



CATÓLICA PORTO
BUSINESS SCHOOL

A Cultura de Segurança do Doente como fator de mudança nas organizações de saúde

Margarida Eiras, PhD

11 de março 2016

Agenda

- Recomendação do Conselho como ponto de partida
- Segurança do doente, ou apenas SEGURANÇA...
- Cultura de Segurança versus Formação **OU** Formação versus Cultura de Segurança?

I

(Resoluções, recomendações e pareceres)

RECOMENDAÇÕES

CONSELHO

RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO

de 9 de Junho de 2009

sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde

(2009/C 151/01)

Estima-se que entre 8-12% dos doentes admitidos nos hospitais europeus sofram **eventos adversos** enquanto recebem cuidados de saúde.

Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review

Charles Vincent, Graham Neale, Maria Woloshynowych *BMJ* 2001;322:517-9

Table 1 Number of adverse events by specialty

Specialty	No (%) of records reviewed	No of patients with adverse events detected		Total No of adverse events detected	
		All (% of records)	Preventable (% of events)	All (% of records)	Preventable (% of events)
General medicine	273 (27)	24 (8.8)	18 (75)	25 (9.2)	19 (76)
General surgery	290 (29)	41 (14.1)	17 (41)	47 (16.2)	20 (43)
Obstetrics	174 (17)	7 (4.0)	5 (71)	7 (4.0)	5 (71)
Orthopaedics	277 (27)	38 (13.7)	12 (32)	40 (14.4)	13 (33)
Total	1014	110 (10.8)	52 (47)	119 (11.7)	57 (48)

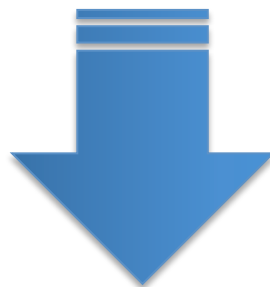
Portugal...

A taxa de incidência de **EA** é de **11,1%**, em que 53,2% são evitáveis (Sousa et al., 2011)

HOSPITAL XPTO em números...

Movimento assistencial em 2015

Cirurgias = 4.828



TAXA DE EVENTOS ADVERSOS (11,1%)

536

Sessões de quimioterapia = 38.762



TAXA DE EVENTOS ADVERSOS (11,1%)

4.302

Tratamentos de Radioterapia = 2.888



TAXA DE EVENTOS ADVERSOS (11,1%)

321

No ano de 2015 terá havido

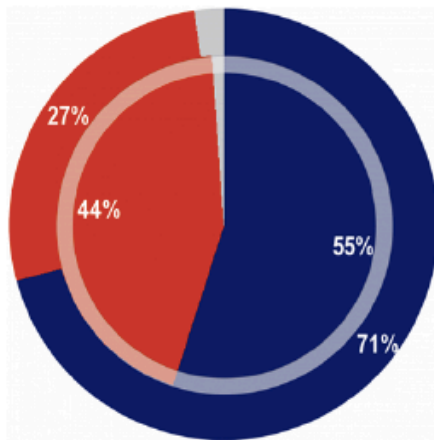
5.159 erros com dano

2.641 (53,2%)

dos erros podiam ter sido
prevenidos

1. OVERALL QUALITY OF HEALTHCARE

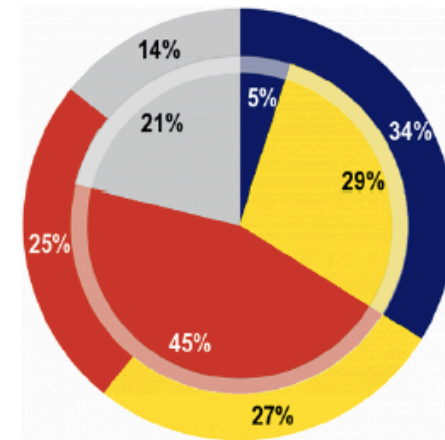
QC2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?



EU28 Outer pie PT Inner pie

	EU28		PT	
	EB80.2 2013	2013- 2009	EB80.2 2013	2013- 2009
Total 'Good'	71%	+ 1	55%	+ 13
Total 'Bad'	27%	- 1	44%	- 12
Don't know	2%	=	1%	- 1

QC3. Based on what you know, do you think that the quality of healthcare in (OUR COUNTRY) compared to other EU Member States is ...?

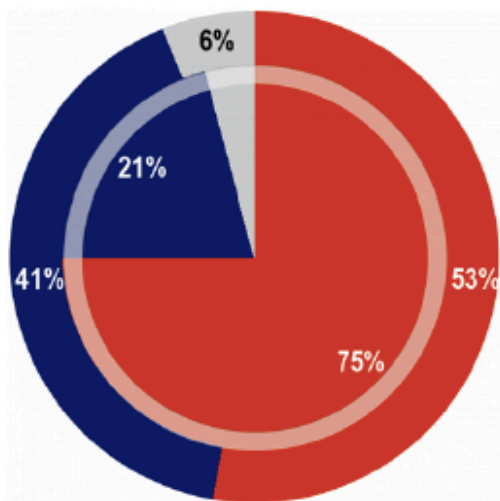


EU28 Outer pie PT Inner pie

	EU28		PT	
	EB80.2 2013	2013- 2009	EB80.2 2013	2013- 2009
Better	34%	+ 1	5%	+ 2
The same	27%	- 3	29%	+ 3
Worse	25%	- 1	45%	- 9
Don't know	14%	+ 3	21%	+ 4

Risco de dano nos Hospitais Portugueses

QC6a. How likely do you think it is that patients could be harmed by hospital care in (OUR COUNTRY)? By hospital care we mean being treated in a hospital as an outpatient or inpatient.



EU28 ● Outer pie

PT ● Inner pie

	EU28		PT	
	EB80.2 2013	2013- 2009	EB80.2 2013	2013- 2009
● Total 'Likely'	53%	+ 3	75%	+ 11
● Total 'Not likely'	41%	- 5	21%	- 11
● Don't know	6%	+ 2	4%	=

Fonte: Eurobarómetro, 2014

“To Err is Human: Building a Safer Health System”

(IOM, 1999)

Hospitais USA

- 44.000/98.000 **mortes**/ano em resultado de erros
- Custos estimados de 17/29 **biliões de dólares**
- Erros clínicos no internamento - **8ª causa de morte**

Nos Hospitais Portugueses...

Critérios	n	%
Lesão ocorrida durante o internamento (e.g. quedas, queimaduras, úlceras de pressão)	101	27,7
Readmissão não planeada relacionada com o último episódio de internamento (últimos 12 meses)	81	22,2
Admissão não planeada relacionada com cuidado de saúde obtido anteriormente	43	11,8
Infecção relacionada com a prestação de cuidados	40	11,0
Reacção Adversa a Medicamento	31	8,5
Retorno não planeado ao Bloco Operatório	29	7,9
Qualquer outro resultado indesejável não referenciado nos outros pontos	28	7,7
Morte inesperada	20	5,5
Transferência não planeada para a Unidade de Cuidados Intensivos	17	4,7
Outra complicação	16	4,4
Paragem cardíaca ou respiratória	14	3,8
Exérese, lesão/dano ou intervenção operatória em órgão não previsto, durante uma cirurgia	10	2,7
Transferência não planeada para outra unidade de Cuidados Agudos	6	1,6
Aparecimento de complicações neurológicas inexistentes na admissão	6	1,6
Alta inapropriada	6	1,6
Insatisfação do doente pelos cuidados prestados, documentada em registo clínico	2	0,5
Lesão/dano relacionado com parto ou aborto	1	0,3
Registo documental de desacordo (reclamação)	0	0,0

(Sousa et al 2011)

No ano de 2009, de 47.783 admissões em 3 hospitais públicos portugueses, observaram 1.669 processos de doentes (Sousa et al 2011):

- 365 (21,9%) dos processos apresentam pelo menos 1 dos 18 critérios positivos;
- A taxa de incidência de EA é de 11,1%, em que 53,2% são evitáveis;
- 61% dos EA não causaram dano ao doente, ou resultaram em dano mínimo com recuperação até 1 mês;
- Em 58,2% dos EA houve prolongamento do tempo de internamento (em média de 10,7 dias).

Como podemos fazer melhor?

A problemática do erro

Centrada na pessoa

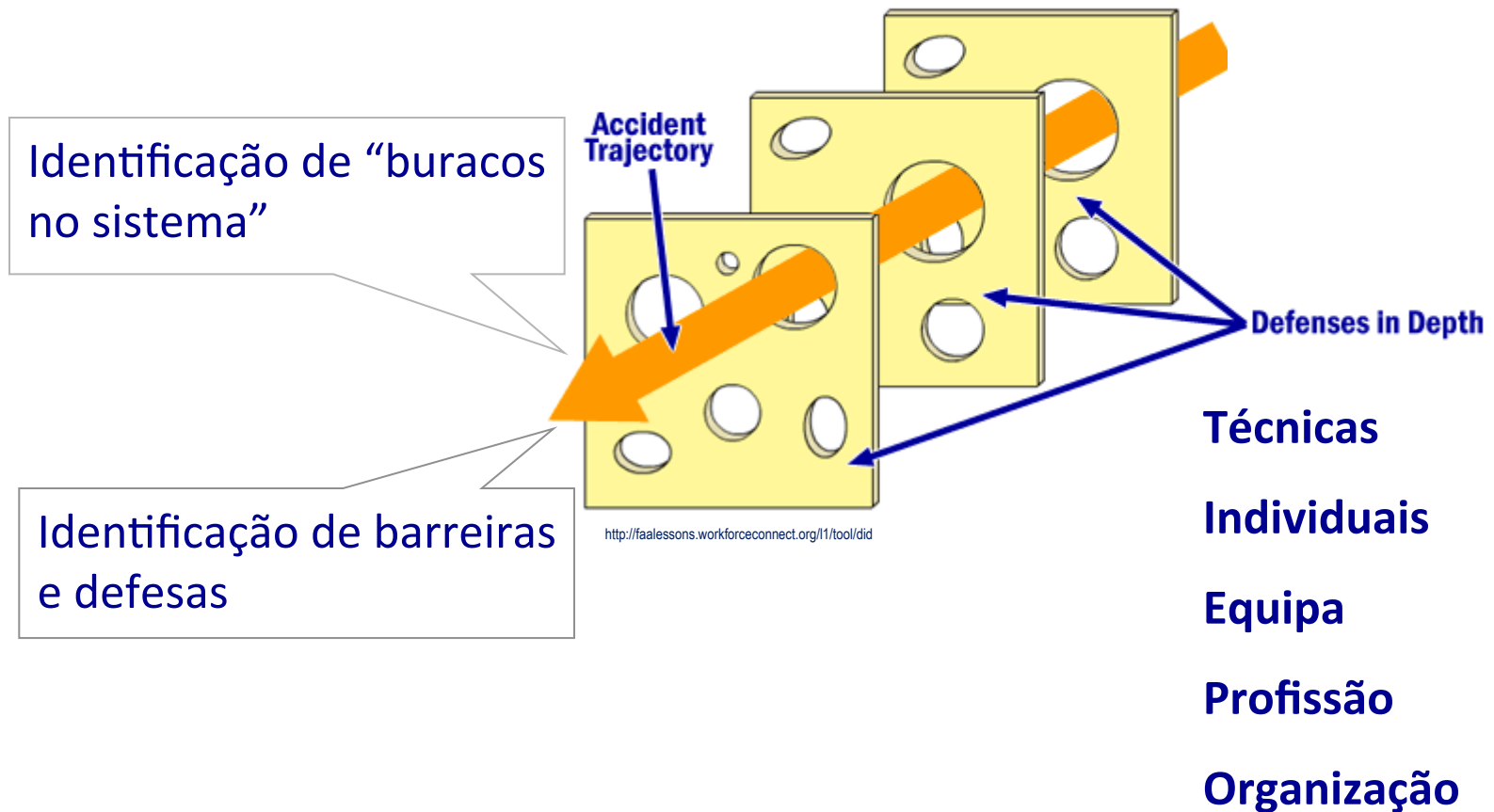
- erro do indivíduo;
- esquecimento;
- desatenção;
- desmotivação...

Centrada no sistema

- humanos são falíveis;
- erros são de esperar;
- erros são consequências;
- erros não são causas

“Não podemos mudar a condição humana mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham”

Modelo do “queijo suíço” (Reason, 2000)

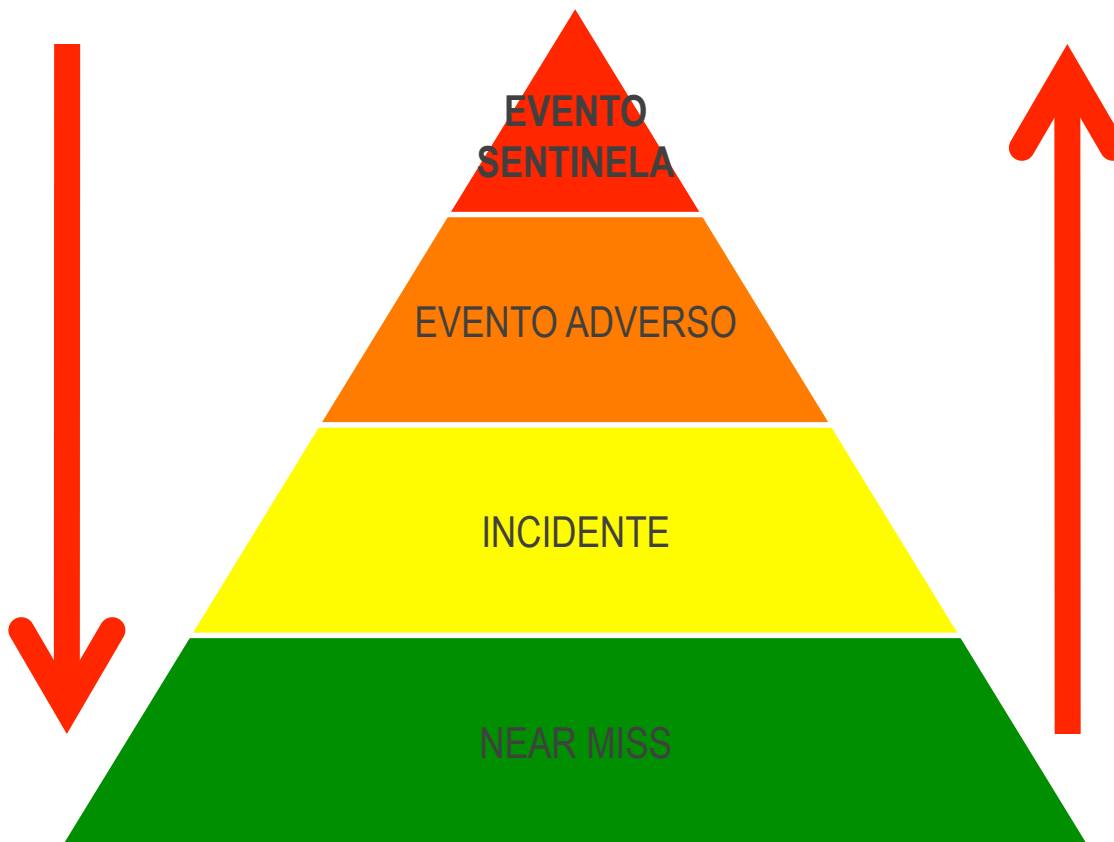


Alguns conceitos...

Segurança do doente – redução do risco de **danos desnecessários** relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (DGS, 2011).

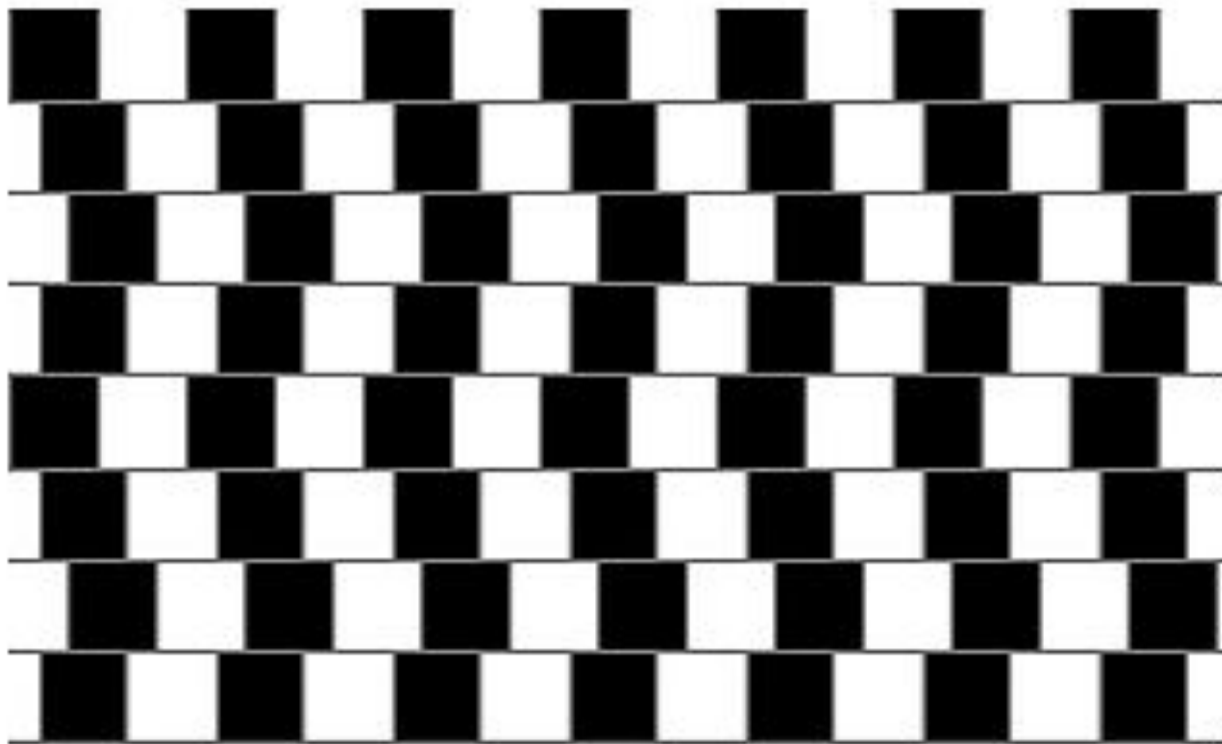
Erro - falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano (DGS, 2011).

P
r
o
b
a
b
i
l
i
d
a
d
e



G
r
a
v
i
d
a
d
e

As linhas estão direitas?



Diga as cores

amarelo

vermelho

azul

preto

verde

amarelo

azul

preto

verde

vermelho

amarelo

preto

verde

vermelho

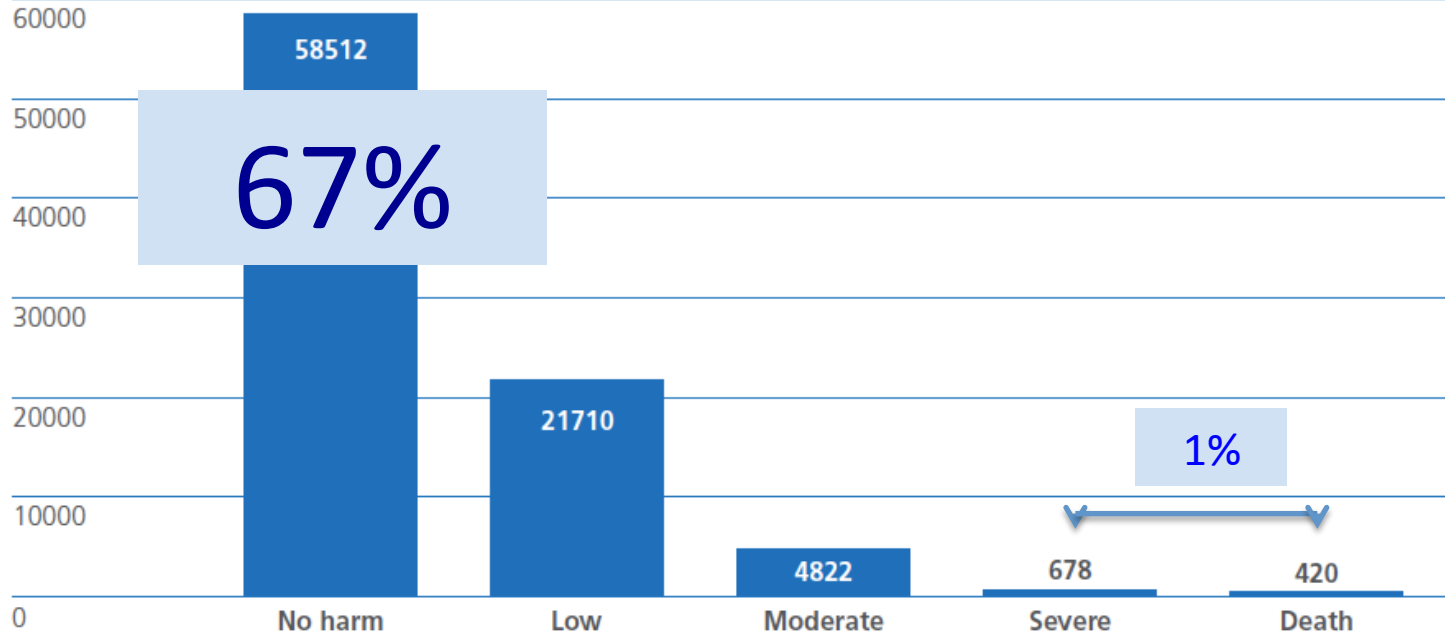
amarelo

Porque é difícil?

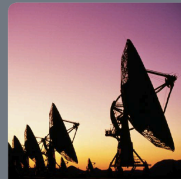
A parte direita do cérebro está a tentar dizer a cor e a esquerda a palavra!

Diagram 2: Degree of harm to patients

Number of patients



Source: Reports in the NRLS database up to 31 March 2005



Fazer errado
ex: ler incorretamente
o rótulo

- Em circunstâncias normais (sem stress nem pressões de tempo) os **erros por comissão** ocorrem numa proporção de 3 em 1.000

Não fazer o correto

- Os **erros por omissão** ocorrem numa proporção de 1 em 100

(Fonte: Nolan, 2000)



Receita Médica N°
2121212000100



CLINICA DE TESTE 1
U113400

Utente: Pedro Abreu

Telefone: 914228136

Entidade Resp.: CESD/EHIC

N° de beneficiário:



134567899



M20854

Dr. Pedro Abreu

Especialidade: Cardiologia

Telefone: 914228136



1234456



Ministério da Saúde

MIGRANTE DE

Guia de tratamento para o utente

Receita Médica No.: 2121212000100

Local de prescrição: Clínica de Teste 1

Médico prescritor: Pedro Abreu

Contacto telefónico da instituição: 229023445

Dados do Utente

Nome do Utente: Pedro Abreu

Entidade Responsável: CESD/EHIC

N° de beneficiário: 134567899

Designação do medicamento, dosagem, forma farmacéutica, dimensão da embalagem	N°	Extensão
1 Terbinafina, Lamisil 1, 10 mg/g, Solução cutânea, Bsnaga - 1 unidade(s) - 4 g	1	Uma

Posologia:

Designação do medicamento, dosagem, forma farmacéutica, dimensão da embalagem	N°	Extensão	Identificação Óptica
1 Terbinafina, Lamisil 1, 10 mg/g, Solução cutânea, Bsnaga - 1 unidade(s) - 4 g	1	Uma	

Posologia:

Processo com múltiplas etapas – 40 a 60

Assinatura do médico prescritor:	1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico
Assinatura do médico prescritor: _____	
Data: 2012/05/13	1 2 3 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico
Validade: 30 DIAS	Assinatura do médico prescritor: _____



Gestorareceitas 1.3 • Gestrato, Lda
Certificado N°. xxxo/aaaa

Para mais informações sobre o preço dos medicamentos, poderá consultar a aplicação Pesquisa Medicamentos, no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt), ligar para a linha do Medicamento (800 222 444) ou falar com o seu médico ou farmacêutico.
A poupança para o utente pode ser diferente da apresentada devido a desconto praticado na farmácia ou porque o medicamento, com preço anterior, se encontra em fase de escoamento.

Data: 2012/05/13



Gestorareceitas 1.3 • Gestrato, Lda
Certificado N°. xxxo/aaaa

Num processo com **50 etapas**, se cada etapa tem a probabilidade de erro de 1 em 100 (por omissão)...

A probabilidade de sucesso seria de 0,61, ou seja, **apenas 61%** das vezes o procedimento é realizado corretamente

Para melhorar o sucesso, o número de fases do processo deve diminuir ou a fiabilidade de cada etapa aumentada (ou ambos)

Fonte: IHI, 2006

Cultura de Segurança

Cultura organizacional que dá **prioridade aos objetivos de segurança**

Cultura em que os profissionais têm consciência ativa e constante das situações que podem originar falhas, **cultura aberta e justa** que estimula os profissionais a **falar sobre os seus próprios erros**

Fatores individuais de predisposição para o erro

doença

fatores culturais

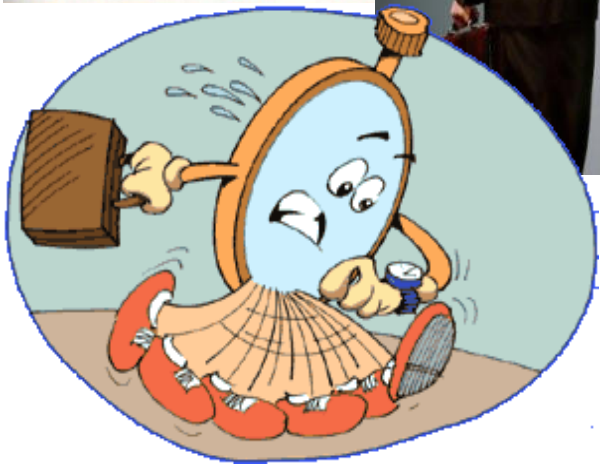
fatores linguísticos

capacidade da memória

stress

fadiga

estados emocionais



Se estiveres:

P reocupado...

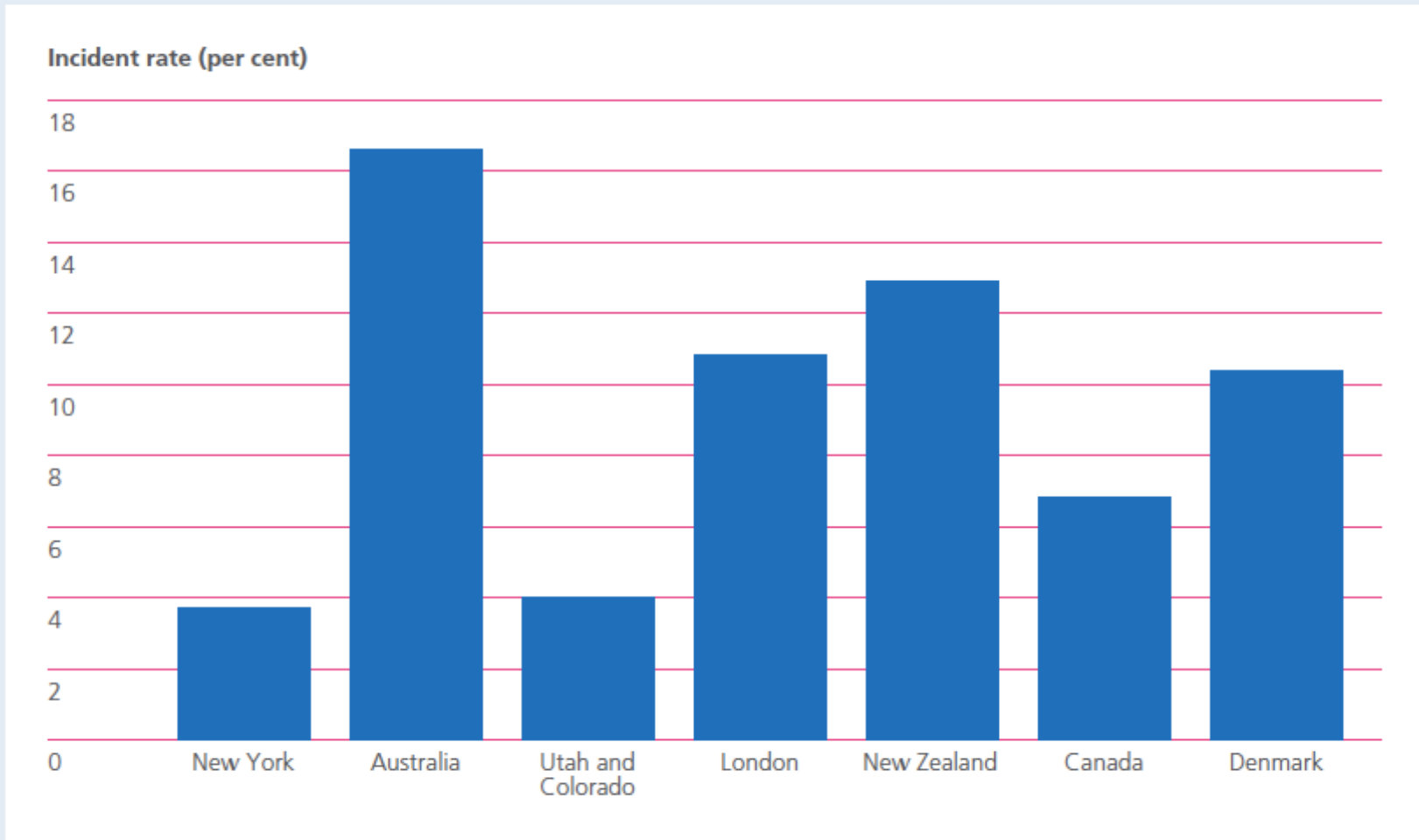
A trasado...

R abugento...

A nsioso...

PÁRA!

Diagram 6: Proportion of patients who experience adverse events from seven studies



Fonte: NHS, 2005

Recomendações relativas a questões gerais de segurança do doente (Rec UE, 2009)

1. Apoiar a instituição e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a SD
2. Responsabilizar os cidadãos e os doentes e os informem...
3. Apoiar o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos
4. Promover, ao nível adequado, o ensino e a formação dos trabalhadores da saúde para a SD
5. Classificar e medir a SD a nível comunitário, colaborando uns com os outros e com a Comissão
6. Partilhar conhecimentos, experiências e boas práticas colaborando uns com os outros e com a Comissão e com outros organismos europeus e internacionais pertinentes
7. Desenvolver e promover a investigação no domínio da SD.

Aplicação da Recomendação

Desenvolvimento de políticas e programas

1º relatório (13.11.2012)

Todos os países desenvolveram políticas específicas sobre a SD e/ou inscreveram-nas como prioridade nas respetivas políticas de saúde

Atividades:

- identificar e promover boas práticas;
- recolher informações sobre os programas de SD em vigor;
- elaborar orientações;
- elaborar normas de SD atualizadas regularmente

Cinco Estados-Membros não comunicaram quaisquer normas ou outras medidas em matéria de segurança do doente

2º relatório (19.06.2014)

Vinte e seis países desenvolveram ou estão a finalizar estratégias ou programas de SD, quer autonomamente, quer no âmbito de outras políticas nacionais

Atividades:

- indicadores para avaliar as estratégias
- autoridade responsável pela SD e a maioria coopera com as de outro país
mas...apenas 16 forneceram documentação comprovativa
- As normas de SD são obrigatórias em 20 países
mas...o entendimento das normas e orientações varia de país para país

A recomendação incentiva os Estados-Membros a utilizarem os sistemas de informação e comunicação para apoiar o desenvolvimento de políticas e programas nacionais sobre a segurança do doente.

Aplicação da Recomendação

Responsabilização dos doentes

1º relatório (13.11.2012)

Envolvimento das associações de doentes e dos próprios doentes

- As associações de doentes são formalmente convidadas a participar na definição das políticas de SD em 14 países, enquanto em seis outros a sua participação, não sendo formalmente exigida, é prática habitual

Atividades:

- Consentimento informado
- Normas de SD
- Lista de instituições de cuidados de saúde acreditadas
- Web públicos (inqueritos de feedback)
mas... cada país interpreta o conceito de forma diferente

2º relatório (19.06.2014)

Foram tomadas medidas insuficientes de responsabilização dos pacientes, tanto em termos de envolvimento das associações de pacientes na elaboração de políticas, como de informação dos pacientes sobre medidas de segurança.

A recomendação instou os países a desenvolverem competências de base para os doentes relacionadas com a sua segurança. Não foram realizados progressos neste domínio desde 2012, uma vez que em muitos países o termo continua a ser pouco claro.

Aplicação da Recomendação

Sistemas de notificação e aprendizagem sobre eventos adversos

1º relatório (13.11.2012)

Plenamente operacionais em 15 Estados-Membros e parcialmente aplicados em 11 Estados-Membros

Em 18 países estão separados dos procedimentos disciplinares

Em dois terços dos países, as notificações pelos profissionais de saúde aumentaram nos últimos dois anos

Só é efetuada uma recolha sistemática de informações sobre as taxas de notificação em nove Estados-Membros, dos quais cinco informam que a notificação pelos doentes aumentou entre 2009 e 2012

2º relatório (19.06.2014)

Existem em 27 países, principalmente a nível nacional (21 países)

Nos casos em que existem vários sistemas em vigor, raramente são «interoperáveis» (apenas sete em 26)

Apenas seis sistemas respondem plenamente aos requisitos da recomendação:

- fornecem informação abrangente sobre os eventos adversos;
- são distintos dos procedimentos disciplinares aplicáveis aos trabalhadores do setor da saúde;
- permitem que os pacientes comuniquem as suas experiências;
- complementam outros sistemas de notificação de segurança, como os relativos à farmacovigilância ou à segurança radiológica.

Aplicação da Recomendação

Ensino e formação dos trabalhadores da saúde

1º relatório (13.11.2012)

Todos os países indicam que promoveram o ensino e a formação dos profissionais de saúde

Apenas 15 preveem a inclusão formal de módulos de SD num ou mais tipos de ensino

Existem menos ofertas de formação para os gestores de cuidados de saúde e os trabalhadores do setor da saúde que não sejam médicos, enfermeiros ou farmacêuticos

Nenhum país integra a SD nos programas de todos os níveis do sistema de ensino, para todos os grupos de profissionais, mas em três países isso é feito para os médicos, enfermeiros e farmacêuticos

2º relatório (19.06.2014)

A maioria dos países referiu ter incentivado a formação multidisciplinar em matéria de SD em contextos de prestação de cuidados de saúde, mas... três quartos não fornecem informações sobre a prestação efetiva da referida formação em hospitais.

A SD não se encontra amplamente integrada nos programas de licenciatura e pós-graduação de trabalhadores do setor da saúde, na formação em exercício nem na formação contínua dos profissionais de saúde, exceto em seis Estados-Membros

Aplicação da Recomendação

Investigação

1º relatório (13.11.2012)

Dez Estados-Membros declaram ter um programa nacional de investigação em matéria de segurança do doente.

A investigação existente abrange os seguintes temas:

- cultura de segurança do doente,
- redução do risco de erros de medicação,
- melhoria da competência dos doentes no domínio da segurança da medicação,
- infeções associadas aos cuidados de saúde,
- prevenção de quedas na população idosa,
- impacto do absentismo dos trabalhadores da saúde na satisfação dos doentes,
- impacto da telerradiologia nas situações de emergência com risco de vida,
- instrumentos para medição de eventos adversos
- frequência de eventos adversos nos doentes hospitalizados

2º relatório (19.06.2014)

Foram desenvolvidos programas de investigação sobre segurança do doente em metade dos Estados-Membros.

A falta de recursos financeiros é indicada como o principal obstáculo ao desenvolvimento de investigação a nível nacional.

Ações futuras em 2014...

- Uma **definição comum** de qualidade dos cuidados de saúde e maior apoio ao desenvolvimento de terminologia comum, indicadores comuns e investigação sobre a SD;
- A cooperação da UE em matéria de SD e qualidade dos cuidados de saúde para o **intercâmbio de boas práticas** e de soluções eficazes;
- O desenvolvimento de orientações sobre como **prestar informações aos doentes** acerca da qualidade dos cuidados de saúde;
- O desenvolvimento, com os Estados-Membros, de um **modelo europeu sobre as normas de SD** e de qualidade dos cuidados de saúde com vista a chegar a um **entendimento comum** sobre este conceito na UE;
- A reflexão, com os Estados-Membros, sobre a questão da reparação prevista na **Diretiva 2011/24/UE**;
- O incentivo ao **desenvolvimento da formação** para os pacientes, famílias e prestadores informais de cuidados, utilizando também ferramentas de TIC; a atualização regular e a divulgação do guia sobre ensino e formação sobre SD para profissionais de saúde;
- O **incentivo à notificação** como instrumento para difundir uma cultura de segurança do doente; a atualização regular e a divulgação do guia sobre o estabelecimento e o funcionamento dos sistemas de notificação e aprendizagem.

Definição comum/Entendimento comum

Classificação da OMS?

Linguagem comum ao nível local?

Intercâmbio de boas práticas

Que boas práticas?

Boas práticas locais?

Boas práticas nacionais?

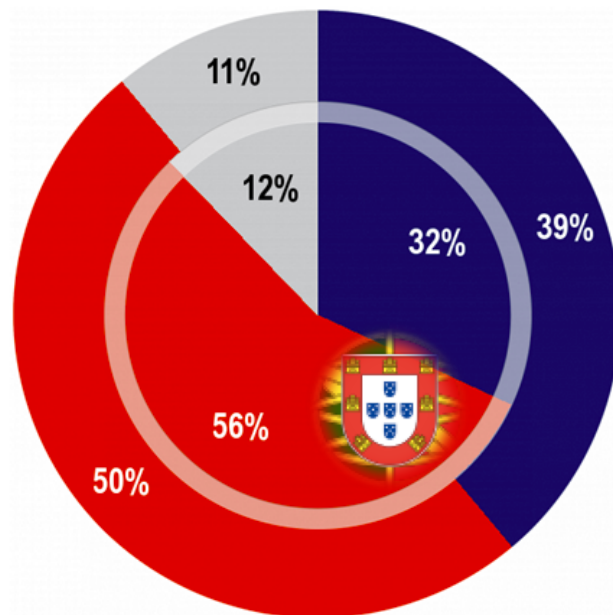
Prestar informações aos doentes

Quem dá a informação?

Como se dá a informação?

Que informação?

QC14b. Did you or a member of your family receive any information on the risk of healthcare-associated infection?



● Yes ● No ● Don't know

EU 🇪🇺 Outer pie

PT 🇵🇹 Inner pie

Base: respondents who have been hospitalised or admitted to a long-term care facility

Fonte: eurobarómetro, 2014

Incentivo à notificação

Cultura justa?

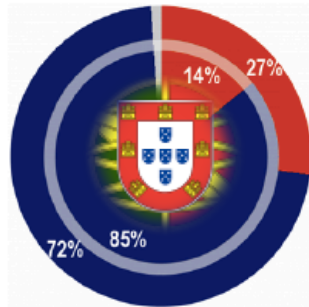
Legislação adequada?

Pelos doentes/familiares?

Em Portugal?

4. EXPERIENCE OF ADVERSE EVENTS

QC7. Have you or a member of your family ever experienced an adverse event when receiving healthcare?

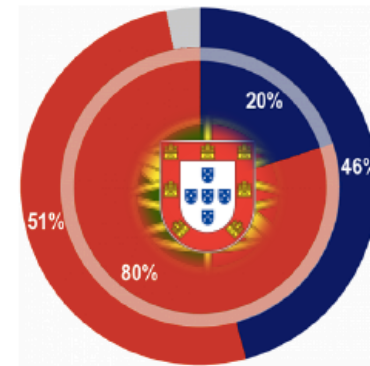


EU28 ● Outer pie PT ● Inner pie

	EU28		PT	
	EB80.2 2013	2013-2009	EB80.2 2013	2013-2009
● Yes	27%	+ 1	14%	+ 1
● No	72%	=	85%	+ 2
● Don't know	1%	- 1	1%	- 3

Respondents were explained that being harmed when receiving healthcare is also referred to as "adverse events". "Adverse events" include hospital infections; incorrect, missed or delayed diagnoses; surgical errors; medication related errors (wrong prescription, wrong dose, dispensing error in pharmacy, wrong administration route); medical device or equipment related errors.

QC9. And did you or the member of your family involved report it?



EU28 ● Outer pie PT ● Inner pie

	EU28		PT	
	EB80.2 2013	2013-2009	EB80.2 2013	2013-2009
● Yes	46%	+ 18	20%	- 6
● No	51%	- 19	80%	+ 8
● Don't know	3%	+ 1	0%	- 2

Base: respondents who have experienced an adverse event

Please note that the basis is too low for this question for this country (n=148) and therefore results are only indicative.

Número de ações executadas pelos países

Países que executaram 13 ações	0 países
Países que executaram entre 10 e 12 ações	9 países: CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK
Países que executaram entre 6 e 9 ações	14 países: AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT , SE, SI, SK
Países que executaram entre 4 e 6 ações	3 países: CY, HU, LV
Países que executaram entre 1 e 3 ações	2 países: EL (Grécia) , RO (Roménia)

Fatores de sucesso para a mudança da cultura

- Envolvimento da liderança
- Formação “on job” inter pares
- Utilização das tecnologias de informação
- Promoção do trabalho em equipa