



COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE

Margarida Eiras
7.abril.2017

Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors

G Rubin, A George, D J Chinn, C Richardson

See editorial commentary, p 404

Qual Saf Health Care 2003;12:443-447

Resultados:

940 eventos registados num período de 2 semanas

taxa de eventos: 7,5%

Tipo de eventos:

- **Prescrição 42%**
- **Comunicação 30%**
- consultas
- equipamento
- clínicos (3%)
- “outros”
- Dano resultante em hospitalização – 4%
- Morte – 1%

ARS NORTE/CSP EM NÚMEROS...

TOTAL Consultas = 25.523.264



TAXA DE ERROS (7,5%)

1.914.245

COMUNICAÇÃO (30%) = 574.274

**Podiam ser prevenidos 60 a 83% (Sandars
e Esmail, 2003)**

344.656 a 476.647

ARS NORTE/CSP EM NÚMEROS...

**TOTAL Atividades
de enfermagem = 9.915.570**



TAXA DE ERROS (7,5%)

743.668

COMUNICAÇÃO (30%) = 223.100

Podiam ser prevenidos 60 a 83% (Sandars
e Esmail, 2003)

139.860 a 193.473

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”

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Produto das crenças, valores, atitudes, normas e padrões de conduta que configuram o comportamento individual e coletivo, que determina o **compromisso dessa organização com programas de segurança** (adaptado de NPSA, 2004 e Vincent, 2006)

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**.

DIMENSÕES DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

D1 Trabalho em
equipa

D2 Percepções gerais acerca
da qualidade e da
segurança do doente

D3 Comunicação
acerca do erro

D4 Seguimento do
Doente

D5 Formação e treino
dos profissionais

D6 Abertura na
comunicação

D7 Pressão e ritmo
de trabalho

D8 Aprendizagem
organizacional

D9 Apoio pela gestão
de topo

D10 Processos administrativos
e uniformização de
procedimentos

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NOS CSP 2015

TÂMEGA II - VALE DO SOUSA SUL

Universo: 386 profissionais

Questionários válidos: 115

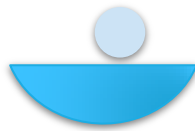
Taxa de adesão: 29,8%

Dimensões	ACES TÂMEGA II	NACIONAL
1. Trabalho em equipa	84	76
2. Seguimento do doente	89	77
3. Aprendizagem organizacional	83	72
4. Perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do Doente	81	70
5. Formação e treino dos profissionais	53	46
6. Apoio pela gestão de topo	39	29
7. Comunicação acerca do erro	69	55
8. Abertura na comunicação	67	54
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	66	54
10. Pressão e ritmo de trabalho	31	21
11. Qualidade e Segurança do Doente	80	70
12. Gestão e troca da informação	80	70

CARACTERÍSTICAS DA TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Oportuna



Completa



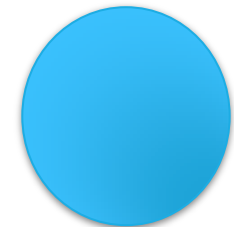
Precisa



Sem
ambiguidade



Atempada



Compreendida

HANDOVER/TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO ...

acontece no *continuum* de cuidados dos doentes nos momentos de transição e que inclui a oportunidade para levantar questões, clarificar e confirmar (AHRQ, 2006).

processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade e segurança dos cuidados (JCAHO, 2005).

FUNÇÕES DO HANDOVER (KERR, 2002)

1. **comunicação expressa**, que inclui a informação sobre aspetos objetivos essenciais ao cuidado e o ensino das práticas;
2. **informação encoberta**, que integra os elementos psicológicos e sociais dos cuidados;
3. **integração cultural**, que tem como objectivo a construção da identidade profissional

HANDOVER...



NORMA...



NORMA

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

NORMA...

A transição de cuidados deve obedecer a uma
comunicação eficaz na transferência de
informação entre as equipas prestadoras de cuidados

No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I (modelo explicativo da técnica ISBAR).

Anexo I - modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
<p style="text-align: center;">I Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
<p style="text-align: center;">S Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
<p style="text-align: center;">B Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
<p style="text-align: center;">A Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
<p style="text-align: center;">R Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Qualquer momento da prestação em que se verifique a **transferência de responsabilidade** de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.

São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/interinstituições.

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade **envolvem um maior risco** de erro na transferência de informação, como é o caso das **admissões e altas** hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das **mudanças de turno** na mesma instituição.

○ QUE PODEMOS FAZER?





GERAL@APDH.PT
