

Segurança do Doente: Sistemas de Notificação

margarida.eiras@estesi.ipl.pt

Porquê a Segurança do Doente?

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

(IOM, 1999)

Hospitais USA

- **44.000/98.000 mortes/ano em resultado de erros**
- **7.000 mortes evitáveis relacionadas com o medicamento**
- **Custos estimados de 17/29 bilhões de dólares**
- **Erros clínicos no internamento - 8ª causa de morte**

NA UE...

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

2. São exemplo as infeções hospitalares, erros relacionados com o medicamento, e com as cirurgias, falhas no uso dos dispositivos médicos, e no diagnóstico.

3. Em média 1 em cada 20 doente hospitalizados sofre de uma infecção associada aos cuidados de saúde, ou seja, 4,1 milhões de doentes por ano na UE e 37.000 doentes morrem na sequência destas infeções.

4. A maior parte do dano causado ao doente pode ser prevenido mas a implementação de medidas para a sua redução e controlo varia muito no grupo de países membros.

EM PT...

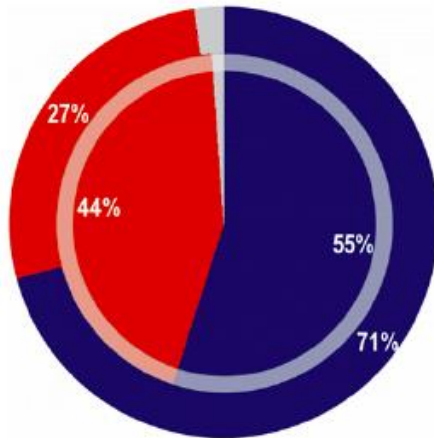
No ano de 2009, de 47.783 admissões em 3 hospitais públicos portugueses, observaram 1.669 processos de doentes (Sousa et al 2011):

- 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 media de 10,7 dias).**

EUROBAROMETRO

1. OVERALL QUALITY OF HEALTHCARE

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

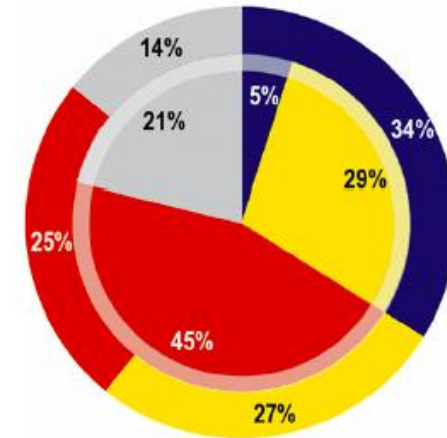


EU28 Outer pie PT Inner pie

	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

Total 'Good'
 Total 'Bad'
 Don't know

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



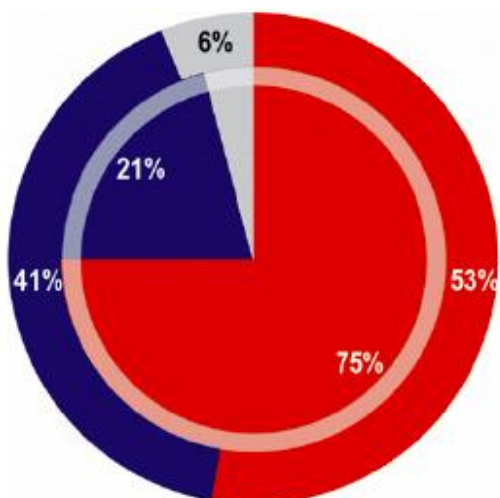
EU28 Outer pie PT Inner pie

	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

Better
 The same
 Worse
 Don't know

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%	=

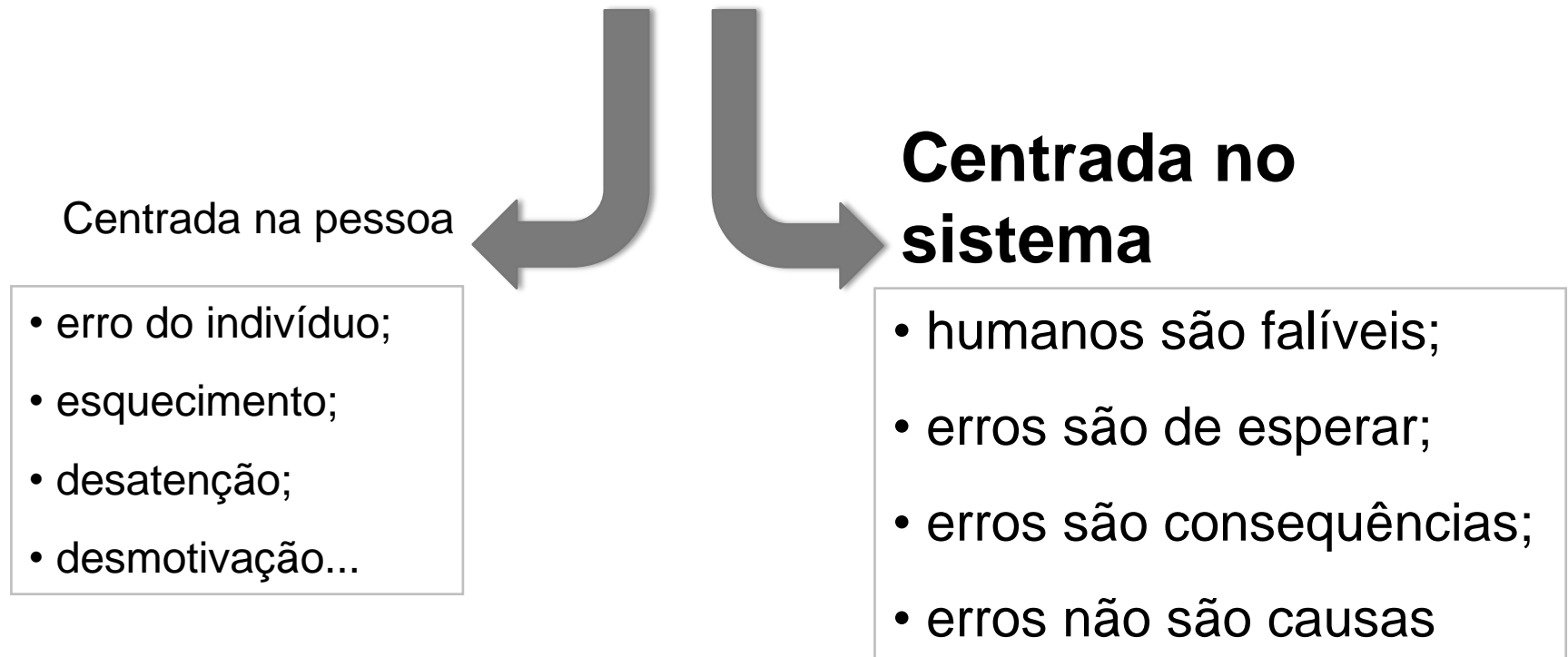


Características dos sistemas complexos:

- Encadeamento de ações
- Incerteza
- Variabilidade

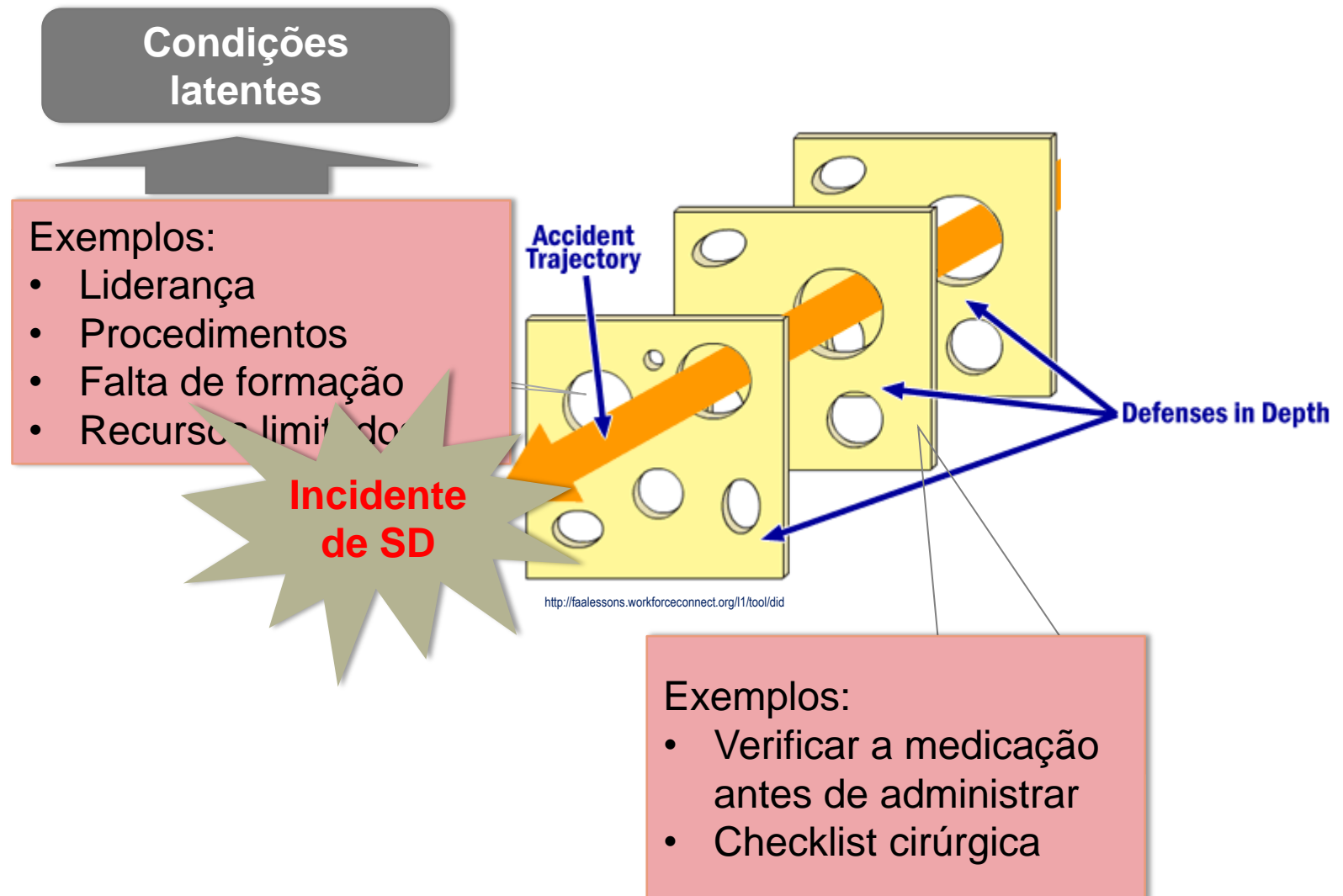
**Como podemos fazer
melhor?**

A PROBLEMÁTICA DO ERRO



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

MODELO DO “QUEIJO SUÍÇO” (REASON, 2000)

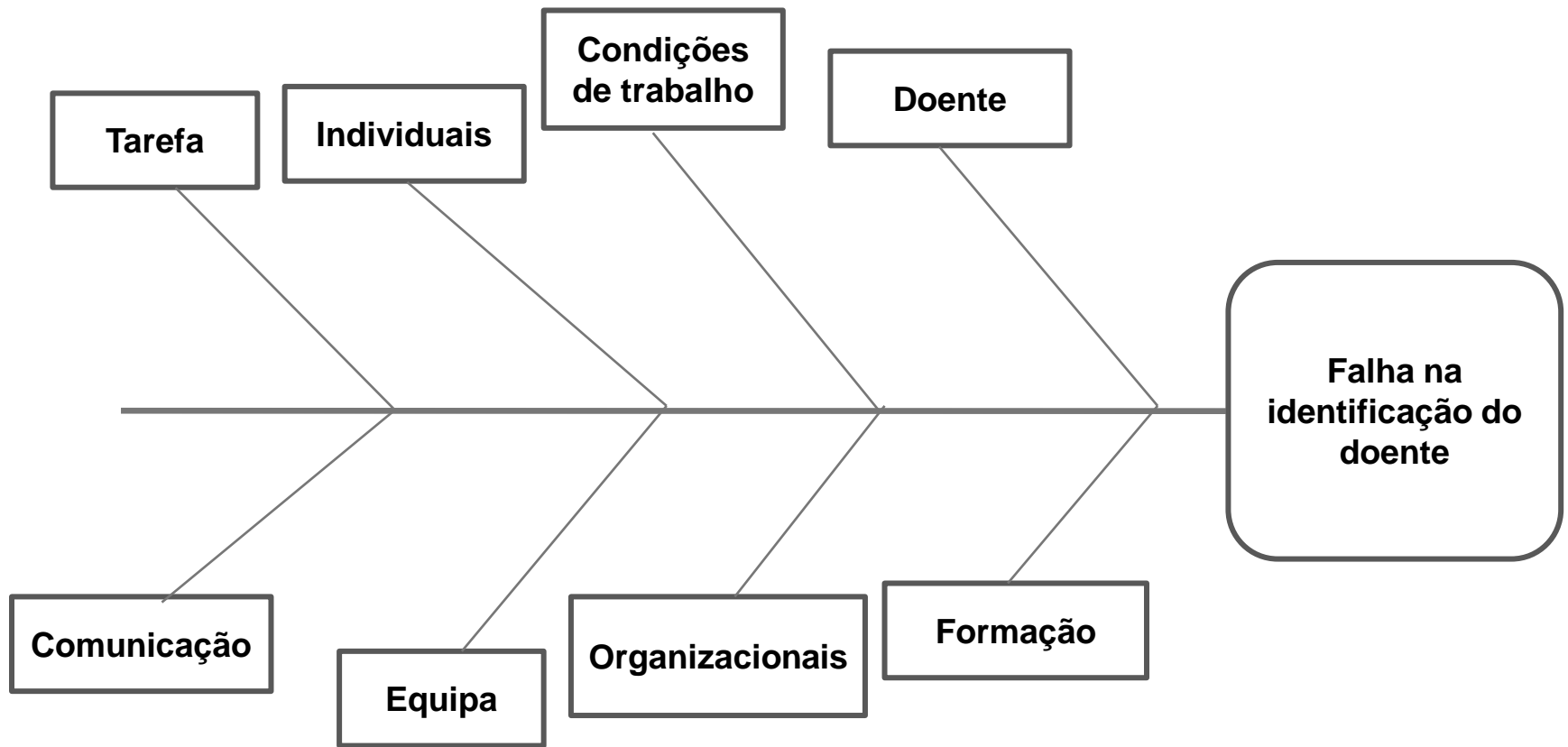


ATIVIDADE ...

Um ou vários problemas?



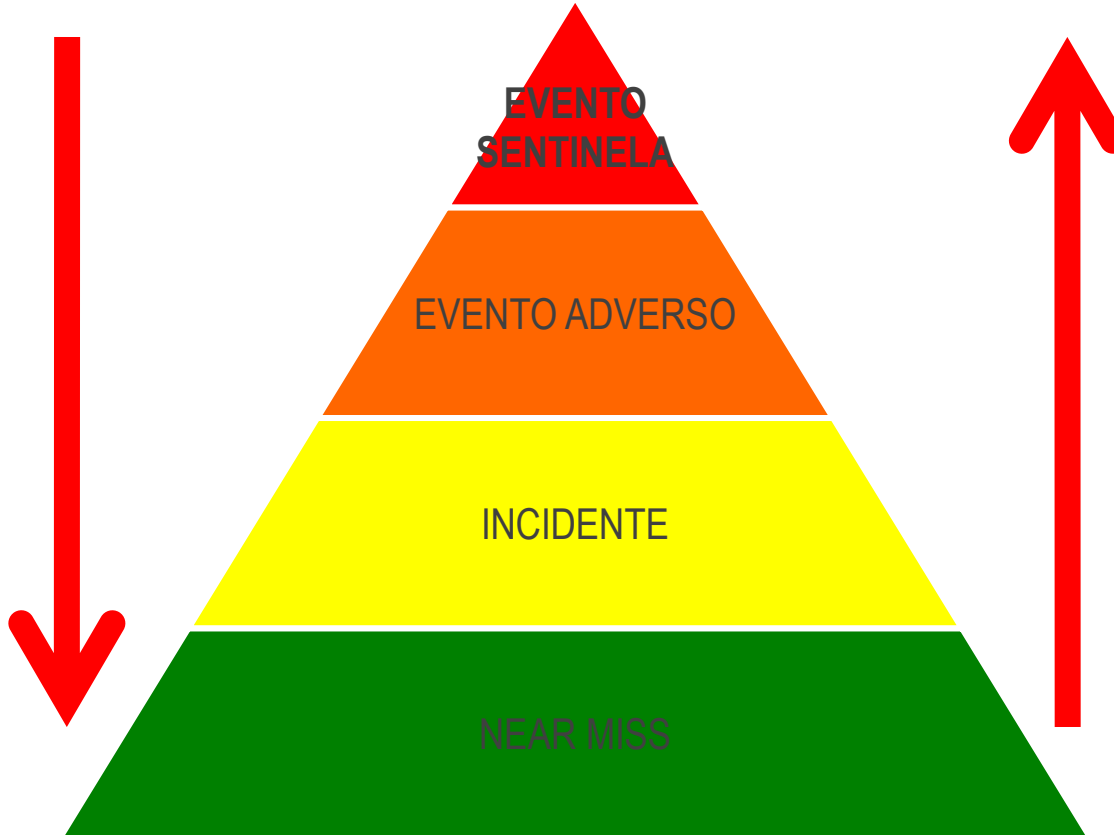
DIAGRAMA CAUSA-EFEITO



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

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

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



G
r
a
v
i
d
a
d
e

RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (**Junho 2009**)



1. Desenvolver políticas e programas nacionais
2. Informar e responsabilizar o cidadão
3. **Desenvolver sistemas de notificação e de aprendizagem**
4. Promover o ensino e a formação
5. Classificar e medir a segurança do doente
6. Partilhar conhecimentos, experiências e boas práticas
7. Desenvolver e promover a investigação
8. Desenvolver estratégia de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde

3. Apoieem o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos que:

- a) Forneçam informação sobre o grau, os tipos e as causas dos erros, dos eventos adversos e das situações de qua se-acidente;**
- b) Incentivem os trabalhadores do sector da saúde a adoptar práticas ativas de notificação, estabelecendo para tal um ambiente de notificação que seja aberto, justo e não punitivo. Este tipo de notificação deverá ser distinto dos sistemas e procedimentos disciplinares aplicáveis aos trabalhadores do sector da saúde em vigor nos Estados-Membros, e as questões jurídicas relativas à responsabilidade destes profissionais deverão ser clarificadas, quando necessário;**

c) Proporcionem de forma adequada aos pacientes, aos seus familiares e a outros prestadores de cuidados informais a oportunidade de comunicarem as suas experiências;

d) Complementem outros sistemas de notificação de segurança, como os relativos à farmacovigilância ou aos dispositivos médicos, evitando, sempre que possível, a duplicação desnecessária de notificações.

Sistemas de notificação e aprendizagem sobre eventos adversos (relatório da Comissão)

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.

AÇÕES FUTURAS...

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 (cuidados transfronteiriços);

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.

PNSD_2015/2010

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

ASSEGURAR A PRÁTICA SISTEMÁTICA DE NOTIFICAÇÃO, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES

Metas para 2020:

Aumentar, em 20%/ano, o nº de notificações de incidentes de segurança no notific@.

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@.	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Analisar as causas dos incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.		X		X		X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

Como?

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO PORTUGUÊS...

Notific @

<http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx>

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





**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 prescriptor: 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, Bisnaga - 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, Bisnaga - 1 unidade(s) - 4 g	1	Uma	

Posologia:

Processo com múltiplas etapas – 40 a 60

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



Gestorareceitas 1.3 • Gestrato, Lda
Certificado Nº. xxxv/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 Nº. xxxv/aaaa

Num processo com 50 fases, se cada fase tem a probabilidade de erro de 1 em 100...

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 fase aumentada (ou ambos)

Fonte: IHI, 2006

Aprender com os erros...

Consequência:

- O mesmo erro ocorre muitas vezes
- O mesmo erro ocorre em muitos ambientes diferentes
- Os doentes continuam a sofrer danos evitáveis

The belief that one day it may be possible for the bad experience suffered by a patient in one part of the world to be a source of **transmitted learning** that benefits future patients in many countries is a powerful element of the vision behind the WHO World Alliance for Patient Safety.

Que **solução** para o



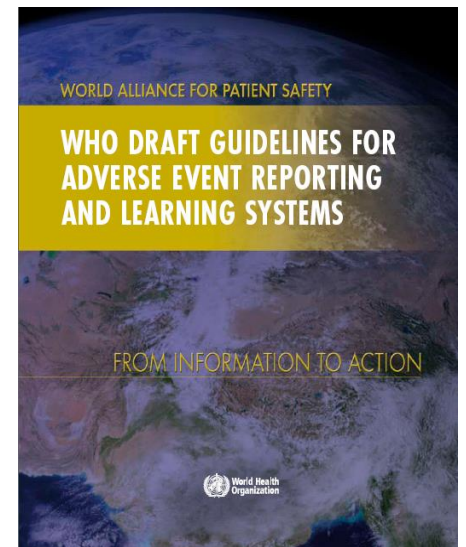
Sistemas de notificação

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Objetivo das *guidelines*: Facilitar o desenvolvimento ou melhoria de sistemas de notificação

Princípios dos sistemas de notificação:

- (i) Aprender a partir de falhas dos sistemas de saúde;
- (ii) Deve ser seguro (sem consequências para os profissionais);
- (iii) A notificação só é válida se conduzir a uma resposta construtiva;
- (iv) Deve disseminar informação, criar recomendações de mudança e propor soluções



Patient Safety Reporting System

See it. Report It. Make a Difference.

PSRS is a cooperative program between VA and NASA.

PSRS Patient Safety Reporting System
<http://www.psrars.nasa.gov>

BUSINESS REPLY MAIL
 PERMIT NO. 1001 WASHINGTON, DC 20330-0001
 POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

NON-POSTAGE NECESSARY MAIL PERMIT NO. 1001 WASHINGTON, DC 20330-0001

NASA PATIENT SAFETY REPORTING SYSTEM
 P.O. BOX 4
 MONTFELT FIELD, CA 94035-0004

PSRS is a cooperative program between VA and NASA.

A confidential program that collects, protects, and uses event data to improve patient safety in VA medical facilities.

What is the Patient Safety Reporting System?

The Patient Safety Reporting System (PSRS) is a learning program jointly developed by two federal agencies, the Department of Veterans Affairs (VA) and the National Aeronautics and Space Administration (NASA).

PSRS is a voluntary, confidential, and non-punitive reporting system. VA medical facility staff are invited to voluntarily report any events or concerns they have, which involve patient safety. Reporters submit PSRS reports directly to NASA via the U.S. mail.

Why is NASA Involved in a VA Program?

NASA has administered a similar and very successful program, the Aviation Safety Reporting System (ASRS), since 1976 without ever violating a reporter's confidentiality. NASA is an independent, respected research organization that does not have a regulatory or enforcement interest. It therefore serves as an objective, trustworthy custodian of reports submitted by VA personnel.

Is PSRS Replacing Any of the VA's Other Reporting Systems?

No, PSRS is completely different and is complementary to the VA's other reporting systems.

For example, the VA's Internal Root Cause Analysis system identifies the basic or controlling causal factors associated with Adverse Events and Close Calls and provides detailed action plans to decrease the likelihood or recurrence of those events. In contrast, the PSRS system is designed to identify broad system vulnerabilities and act as a "safety valve."

Sistemas de notificação

VOLUNTARY **CONFIDENTIAL** **NON-PUNITIVE**

Are PSRS Reports Protected?

VA reports have strong legal, procedural protections, including confidential and privileged quality assurance documents under the provisions of 38 USC 5705. PSRS removes all personal names, facility names, locations, and other potentially identifying information before entering reports into its database.

What Types of Events May Be Reported to PSRS?

Use PSRS to report any safety-related issues, such as:

- Close calls - Events or situations that could have resulted in accident, injury, or illness, but did not, either by chance or through timely intervention.
- Unexpected serious occurrences that involved a death, physical injury or psychological injury of a patient or employee.
- Lessons learned, safety ideas, or potential safety situations.

Are There Any Types of Events That May Not Be Reported?

Several types of events are not protected by 38 USC 5705, Department of Veterans Affairs. These include the following intentional unsafe acts:

- Criminal acts
- Purposely unsafe acts
- Acts related to alcohol/substance abuse
- Impaired provider
- Alleged/suspected abuse

How Is the PSRS Form Used?

The postage-paid PSRS form is printed on a legal-sized sheet of paper. It consists of three parts:

- Reporter Return Receipt** - NASA will return this part of the form to you as proof that your report has been received. NASA does not retain any of the information you provide on the reporter receipt strip, but if additional clarifications about your report are needed, this information allows NASA to contact you.
- General Information** - This section asks for background information about your position, experience, and general event characteristics.
- Narrative** - A blank space for writing where you can describe what happened in your own words, and any safety lessons you may have learned from the experience. The back of the form provides additional space for the narrative.

How to Report to PSRS?

Finding a PSRS Form
 PSRS forms are available from the following sources:

- Paper Copies**
 - At convenient locations in your medical facility such as nurses' stations, staff lounges, and other sites easily accessible to staff.
 - From your facility's Patient Safety Manager.
 - From NASA at the following address:
 Patient Safety Reporting System
 P.O. Box 4
 Montfelt Field, CA 94035-0004
- Internet Copies**
 - Reporting forms may be downloaded from the PSRS Internet Home Page at the following address: <http://psrs.arc.nasa.gov>

Filling Out the PSRS Form
 Please fill out all sections of the form as completely and accurately as possible with a blue or black ink pen. In the narrative section, tell the story of what happened in your own words.

Mailing the PSRS Form
 Official paper copies of the PSRS form are postage-paid and pre-addressed. Just fold the form and mail it. The form will be sent to the Montfelt Field post office box listed above.

If you download a form from the PSRS web site, you will need to print out the form, place it in an envelope, and mail it to the NASA address above using your own stamp.

Please check one or both of the following:

Please send me _____ (quantity) reporting forms.
 No, please send me a free subscription to PSRS newsletter, **FEEDBACK**.

NAME _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____
 STREET/PO BOX _____

You may also fax this card to PSRS: (408) 752-0448
 or sign upon the website: <http://psrs.arc.nasa.gov>

PSRS is a cooperative program between VA and NASA.

psrs Patient Safety Reporting System

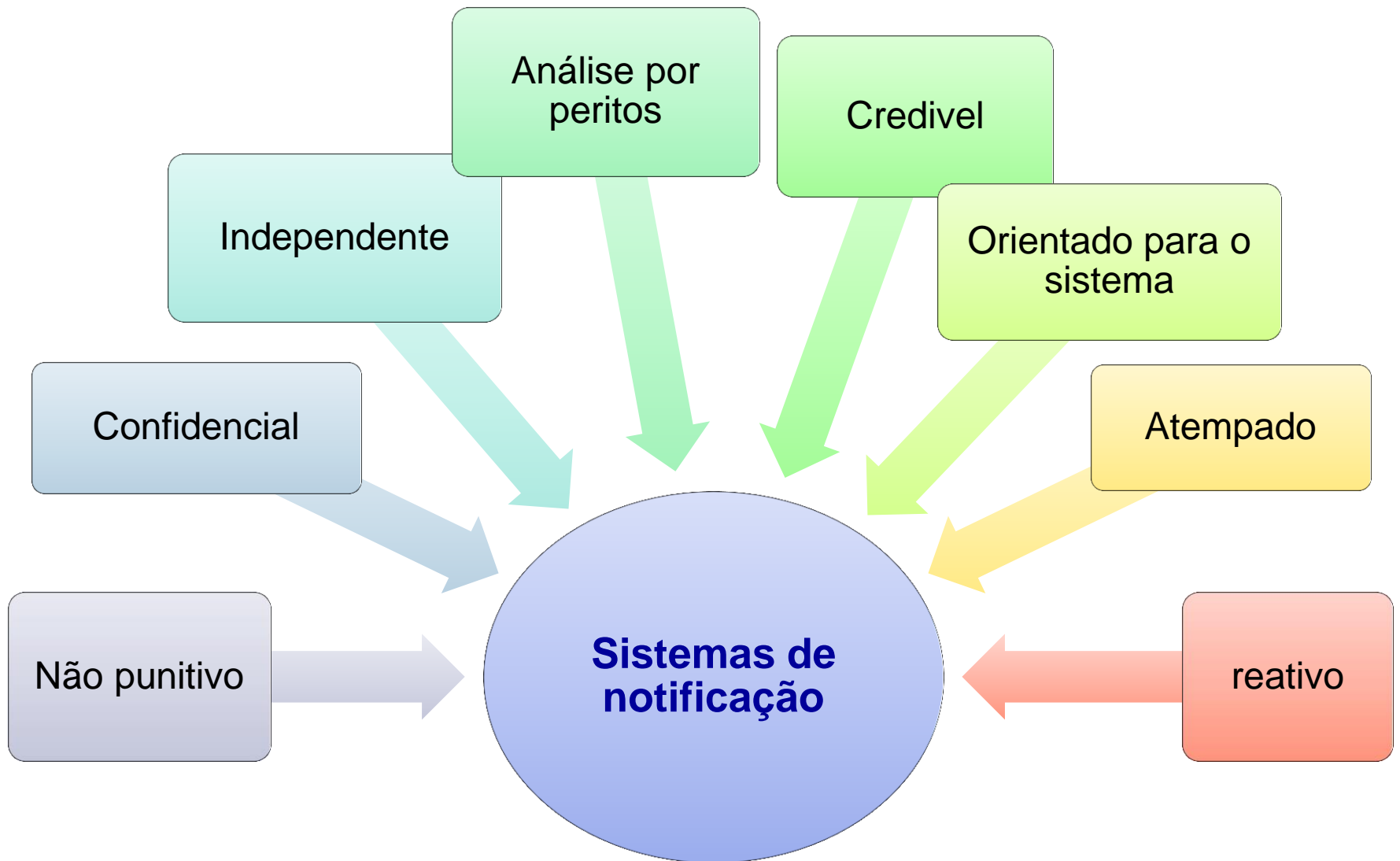
For a free subscription to **FEEDBACK** or for reporting forms please e-mail: psrs@psrs.arc.nasa.gov or send a postage-paid card and send to address above.

If you have any questions, please call us:
 Phone: (408) 541-2880
 Fax: (408) 752-0445

CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SUCESSO (OMS)

1. O acto de notificar é seguro para a pessoa que o faz;
2. A notificação leva a uma resposta construtiva;
3. Estão disponíveis competências e recursos financeiros adequados para uma análise estruturada;
4. Tem a capacidade de disseminar informação, fazer recomendações para a mudança e informar sobre o desenvolvimento de soluções.

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM



SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

Não punitivo: a característica mais importante do sistema. Para os sistemas públicos esta característica é a mais difícil de conseguir porque prevalece uma **cultura de culpa**.

Confidencial: A identidade de quem faz o relato e do doente nunca pode ser revelado a terceiros.

Independente: A manutenção de uma barreira entre a autoridade disciplinar e a gestão do sistema de notificação é fundamental.

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

Análise por peritos: os relatórios têm que ser avaliados por pessoas que compreendam as circunstâncias clínicas em que os eventos ocorrem e que tenham a capacidade de identificar as causas subjacentes dos sistemas.

Credibilidade: a combinação de independência e o uso de peritos para a análise é fundamental para a aceitação das recomendações sejam aceites e implementadas.

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

Atempado: os relatos têm que ser analisados sem demora, e as recomendações prontamente emitidas aos interessados.

Orientado para os sistemas: as recomendações devem estar orientadas para as alterações aos sistemas, aos processos e procedimentos ou aos produtos, em detrimento de se orientar para as pessoas.

Reativo: é necessário que a organização que recebe os relatos tenha a capacidade de produzir e disseminar recomendações eficazes.

(WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, from information to action, 2005)

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

- **Quem notifica:**

Todos podem comunicar? Só profissionais? Que profissionais? Só utentes? Um sistema ou dois?

- **Como notificar:**

Questões abertas? Questões fechadas?

- **Forma da notificação:**

Papel? PC? Telefone?

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

FINALIDADE (OMS)

- Melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde;
- Evitar a repetição de danos aos doentes;
- Melhorar a Cultura de Segurança;
- Identificar perigos e riscos;
- Fornecer informação sobre as falhas que ocorrem nos sistemas de prestação de cuidados de saúde;
- Orientar os esforços de melhoria para evitar a repetição de danos futuros

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

FINALIDADE (NHS)

- Melhorar a segurança para o doente e os profissionais
- Promover a melhoria contínua
- Promover a cultura pró-activa em relação ao risco e à segurança
- Promover uma cultura de transparência não punitiva
- Identificar indicadores de segurança

SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM

Objetivos

- Identificar as causas das falhas ativas e latentes
- Prevenir incidentes
- Melhorar a gestão do risco
- Atuar sobre as causas dos incidentes
- Agir mais precocemente quando as falhas ocorrem
- Partilhar o conhecimento e as boas práticas
- Orientar a formação ao nível local e nacional
- Orientar a elaboração de normas e orientações

O FENÓMENO DA SUBNOTIFICAÇÃO

As notificações voluntárias são cerca de 30% das recolhidas por observadores independentes (*Royal College of Anaesthetists, 1998*).

Entre 50% a 95% dos I&EA não são notificados (Barach & Small, 2000).

A notificação obrigatória ajuda a limitar este fenómeno mas acarreta problemas de cultura de segurança;

Revelam não ser a melhor opção para a aprendizagem e melhoria.

PORQUE NÃO SE NOTIFICA ?

1. Medo (de punição, perda de reputação, de denuncia, etc);
2. Perceção (não sabem o que comunicar, não vêm mais-valia, os quase eventos não são percebidos como importantes);
3. Organizacionais (não há resposta, cultura de culpa, enfase no dano);
4. Dificuldade em fazê-lo. Moroso.

PORQUÊ NOTIFICAR ?

- 1. As notificações ajudam a perceber porque uma ocorrência não chegou a gerar um EA;**
- 2. A agregação de dados ajuda a obter informação quantitativa;**
- 3. Mantêm o 'espírito alerta' presente na atividade;**
- 4. A informação de retorno motiva;**
- 5. As aprendizagens podem ser disseminadas;**
- 6. Um sistema de notificação é mais económico que os custos dos danos que previne;**
- 7. Nalguns casos pode ser um requisito (sangue, medicamentos, dispositivos).**

EVENTOS ADVERSOS MAIS COMUNS

Relacionados com

- 1.O diagnóstico (atraso, identificação,...);**
- 2.A avaliação do estado do doente (alta prematura, demora,...);**
- 3.A monitorização do doente e dos cuidados que necessita (escaras, flebites,...);**
- 4.A infeção nosocomial (do local cirúrgico, sepsis,...) ;**
- 5.Procedimentos e intervenções cirúrgicas (local errado, reintervenção,...);**
- 6.Medicamentos (má abordagem da dor, dose errada);**
- 7.Manobras de reanimação (queimaduras,...).**

INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

	Incidência de EA (%)
Harvard Medical Practice Study (1991)	13,6
Quality in Australian Health Care Study (1995)	4,9
Londres (2001)	8,0
Dinamarca (2001)	6,1
ES (ENEAS,2005)	4,4
PT (2011)	11,2

EVENTOS ADVERSOS

(Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización – ENEAS 2005)

Eventos relacionados com...		
Cuidados	50	7,63%
Medicação	245	37,40%
Infeções nosocomiais	166	25,34%
Procedimentos	164	25,04%
Diagnóstico	18	2,75%
Outros	12	1,83%
Total	655	100%

EVENTOS ADVERSOS

	ENEAS (2005)	IBEAS (2010)	PT (2011)
Uso de medicamentos	34,8%	9,9%	23,9%
Infeção nosocomial	17,8%	26,0%	
Problemas técnicos durante a realização de um procedimento	17,8%	26,8%	24,4%

CULTURA DE SEGURANÇA

Cultura organizacional que dá prioridade aos objectivos 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**

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

“Abordagem integrada de **comportamentos organizacionais e individuais**, baseados em crenças e valores comuns, que busca continuamente a **minimização do dano** causado ao doente resultante da prestação de cuidados de saúde”

EUNetPas, 2007; SimPatIE, 2006; ISQUA; FLEMING, 2005

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE



Adaptado de Reason (1997)

Porque o nosso cérebro é ...

Muito poderoso

Muito flexível

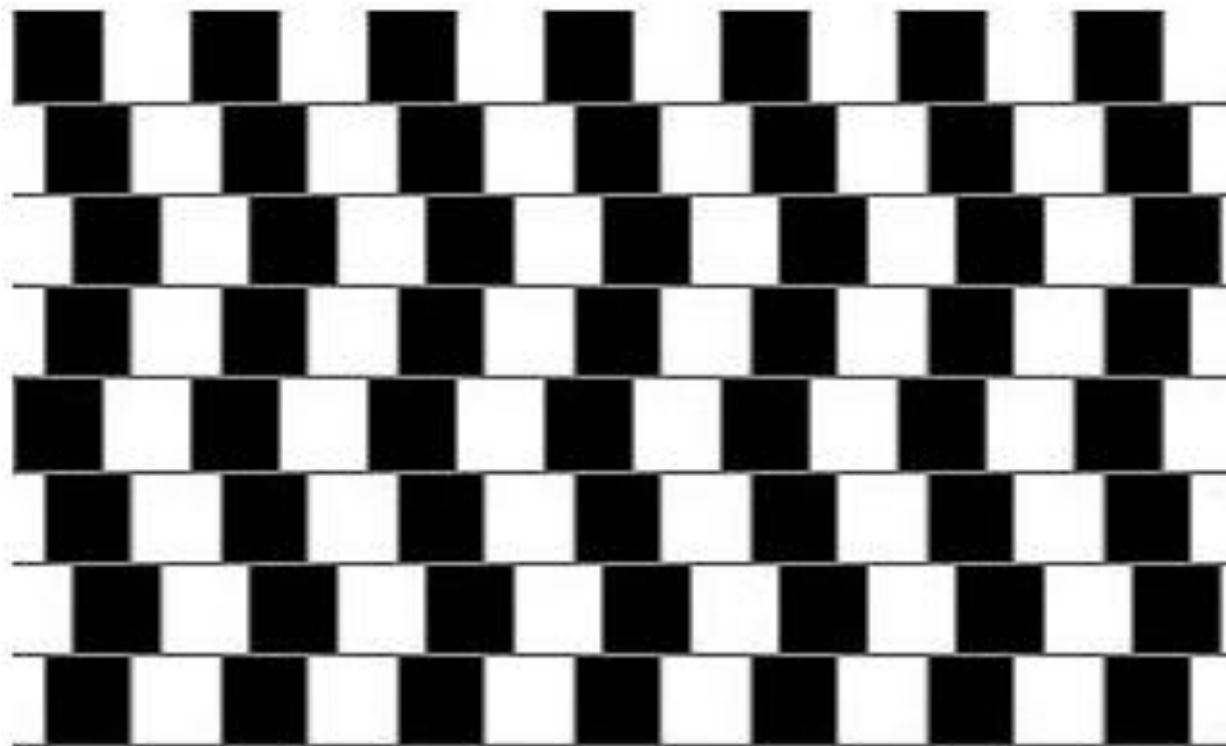
Bom a encontrar atalhos

Bom a filtrar informação

Bom a dar sentido às coisas

Às vezes é esperto
demais...

As linhas estão direitas?



Optillusions.com

Diga as cores...

amarelo

vermelho

azul

preto

verde

amarelo

azul

preto

verde

vermelho

amarelo

preto

verde

vermelho

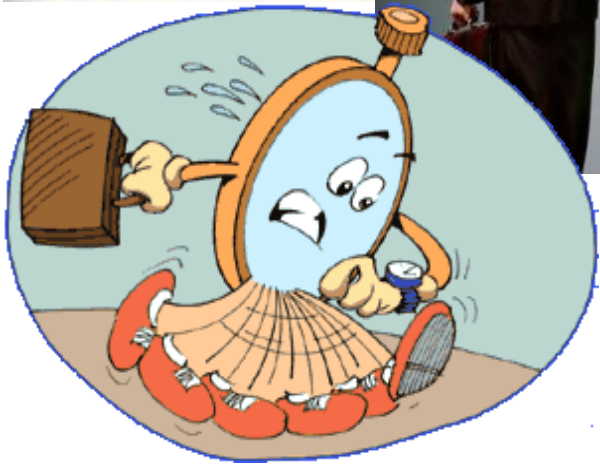
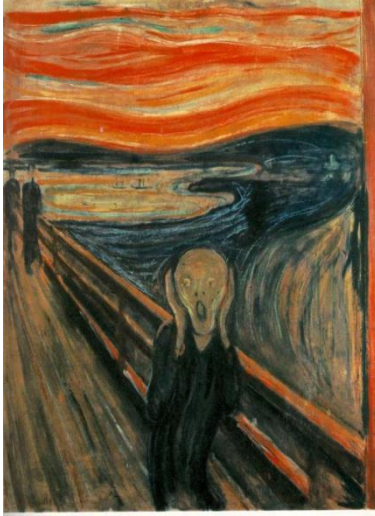
amarelo

Porque é difícil?

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

FATORES INDIVIDUAIS DE PREDISPOSIÇÃO PARA O ERRO





Se estiveres:

Preocupado...

Atrasado...

Rabugento...

Ansioso...

PÁRA!

ATIVIDADE

Pense acerca de erros “tontos” que possam ter acontecido recentemente (fora do seu local de trabalho)

1. Porque aconteceu?
2. O que vai fazer para que não volte a acontecer?

O que podemos fazer ?

1. **Identificar** alterações e melhorias que precisam de ser implementadas
2. Implementar primeiro **soluções simples**
3. Desenhar um **plano**
4. Demonstrar que a **mudança** vale a pena
5. Mostrar **liderança** efectiva
6. Envolver todos os **profissionais e os doentes**
7. **Aprender** através de situações já existentes (na saúde ou noutras áreas)