



16^o Encontro Nacional da Rede Sentinela

VIVENCIANDO A INOVAÇÃO PARA
A SEGURANÇA DO PACIENTE

ORGANIZADORES



Notificação e Análise de Incidentes: como melhorar a aprendizagem

Vera Lúcia Borrasca - Gestão de Risco
vera.lucia@hsl.org.br

Premissas para qualidade do cuidado à saúde

IOM 2001

Quadro 1 – As definições dos atributos da qualidade²⁵

Atributos	Definição
Segurança*	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.



Princípios da Qualidade

Qualidade e Segurança como valor central da Instituição

Liderança que encoraje o relato de problemas 

Ações para reduzir frequências e consequências 

Foco no Sistema/Processos 

Transparência

Colaboração e integração entre equipes 

Comunicação Efetiva

Aprendizado com o erro 

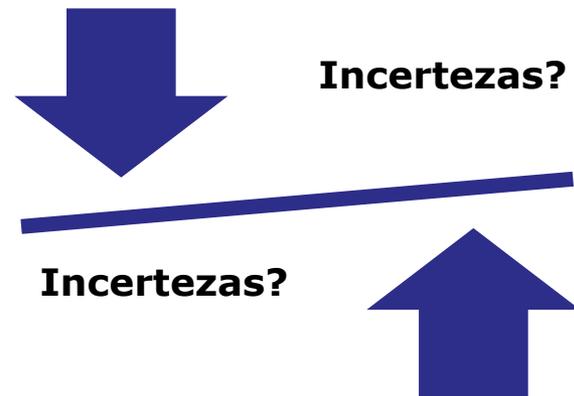
Busca pela Melhoria Continua

O que é Ambiente Seguro?

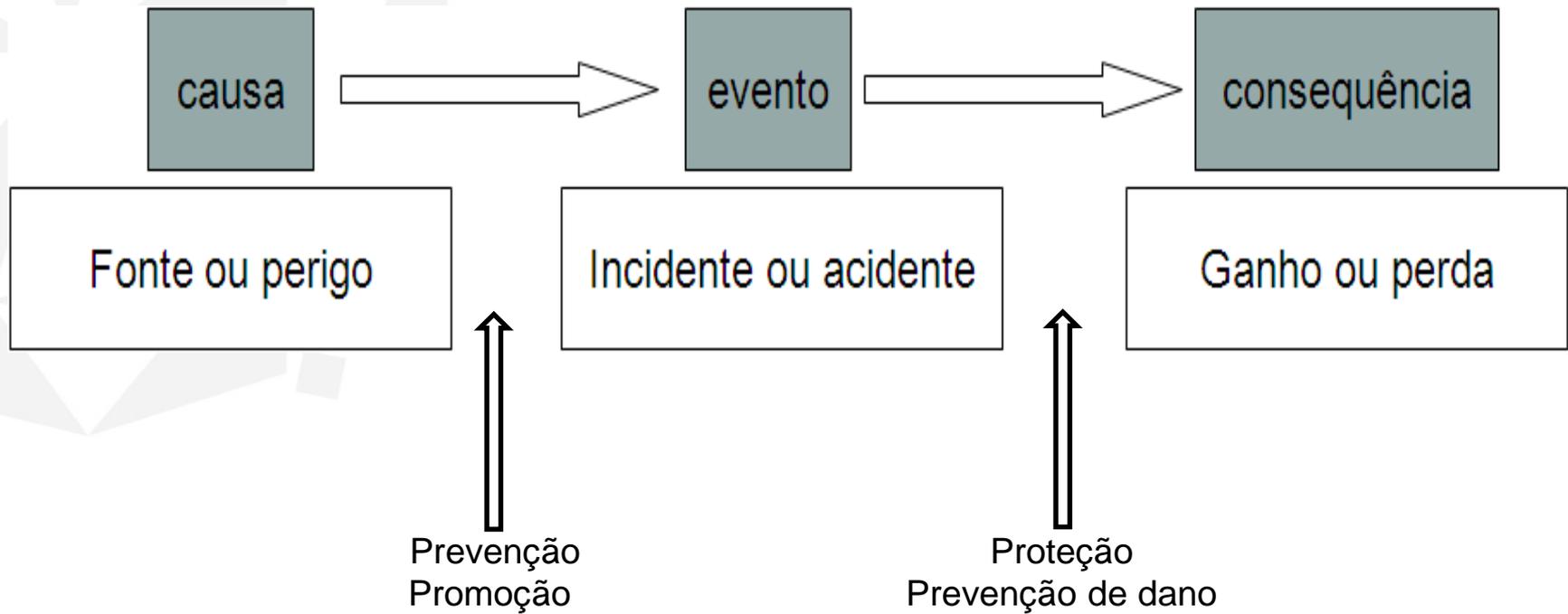


Paciente

- Doença
- Tratamento
- Procedimentos invasivos
- Procedimentos de apoio
- Área física
- Infraestrutura
- Equipamentos
- Insumos
- Pessoas
- Entregas



Conceito: qual o foco!



O que pode acontecer? (evento e consequência)
Quando e onde? (áreas de impacto)
Como e por quê? (fontes de risco e causas do evento)

ISO 31000

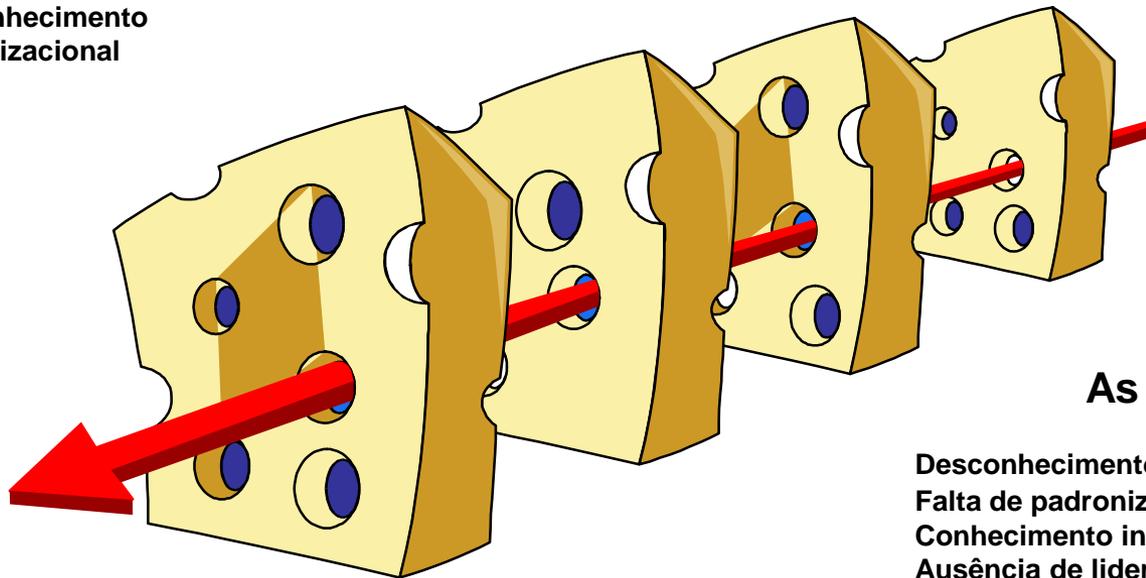


HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

Teoria do Erro – Queijo suíço

As Defesas

Procedimentos padronizados /diretrizes clínicas
Barreiras e monitoramentos
Estrutura física
Educação/conhecimento
Cultura organizacional



Evento
Adverso

As Falhas

Desconhecimento do risco
Falta de padronização /diretrizes clínicas
Conhecimento insuficiente/inadequado
Ausência de liderança definida
Falha estrutura
Falta de integração entre equipe

PATIENT SAFETY 2030

NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial
College London and Imperial College Healthcare NHS Trust

Patient Safety Global Action Summit 2016
March 8-10, 2016 - London

Editorial - The Lancet, março, 2016
Patient safety is not a luxury

“To err is human. Errors in medicine can and will happen. Structuring health systems and environments to minimise the incidence and impact of human errors is essential and achievable. Improvements in patient safety can only be instituted when the culture of reporting evolves from one of blame to understanding and learning from mistakes. Above all, the patient must be placed at the centre of the conversation. Globally, patient safety needs to be integrated into the foundation of quality care—safety is not a special programme.”



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

Assistência à Saúde – tendências





Abordagem Integrada

Abordagem sistêmica

- Engenharia de sistemas
- Transformação sistêmica

Baseada em cultura

- Melhorias sustentadas
- Cultura justa

Soluções Inclusivas

- Paciente
- Equipe

Evidência científica

- Conhecimento em evolução
- Construir evidências

Estratégia para próximos 15 anos

Regulação e Governança

Oportunidade

Coerência

Foco

Transparência

Responsabilidade

Agilidade

Liderança

Políticas e Sistemas de saúde

Organizacional (board)

Clínica

Pacientes e cuidadores

Educação e Treinamento

Formação (conhecimento interpessoal)

Transformação da prática (hierarquias, cultura da culpa, medo)

Informação

Mensuração (Reativo e Ativo)

Análise

Compreensão

Novo conhecimento

Saúde digital

Soluções potenciais

Eficácia monitorada

Modelos comportamentais

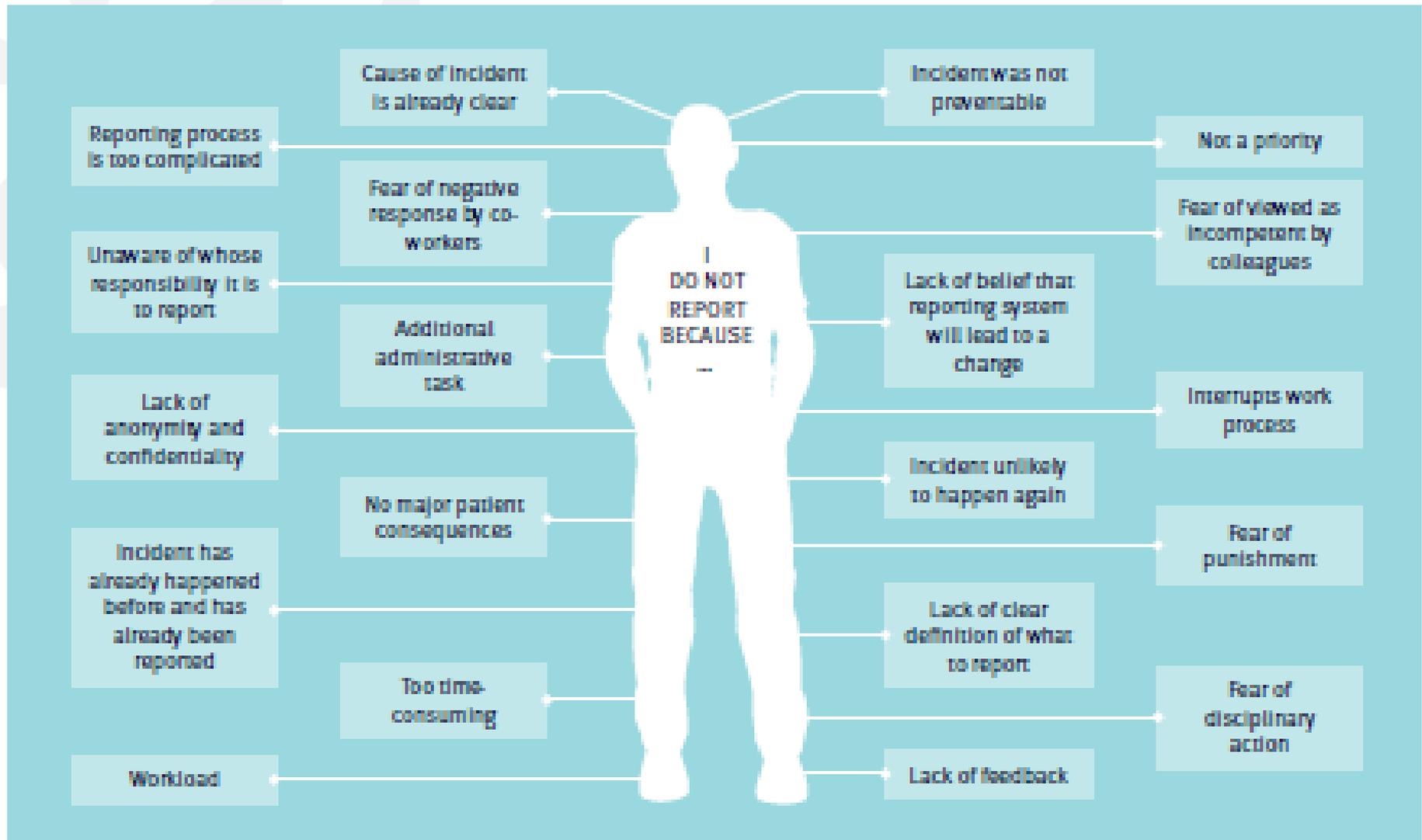
Intenção

Prática real

Sistema de notificação de incidentes premissas

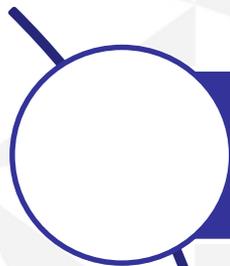
- ◆ Recursos adequados e vontade organizacional
- ◆ Definições claras, desenvolvimento colaborativo e plataformas centradas no usuário
- ◆ Captura de dados de alta qualidade a partir de perguntas diretas e sensatas e de taxonomias
- ◆ Geração de informações para melhoria através de feedback e acesso fácil aos dados

Porque eu não notifico incidentes

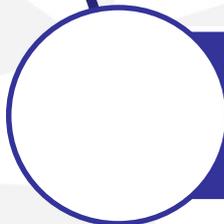


Porque eu notifico incidentes

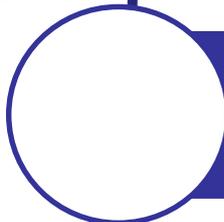




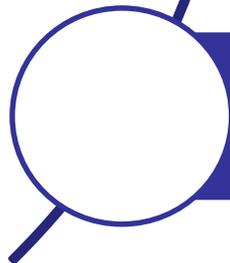
Propósito do sistema de “reports” de incidentes



uso da experiência com sistema de “reports”



Qualidade da informação e análise



Feedback efetivo para aprendizagem



Organização de Alta Confiabilidade

O que é isso?

- ✓ Organizações distinguidas pela persistente performance livre de erro apesar de operar em contextos altamente complexos, dinâmicos, interdependente e intolerante a erro
- ✓ Profissionais com habilidades para gerenciar erros e situações não esperadas

Organização de Alta Confiabilidade

Como?

Força de trabalho focada no aprimoramento de confiabilidade:

- ✓ Conhecimento interpessoal
- ✓ Compartilhamento de expertise – melhoria nos processos de trabalho
- ✓ Oportunidades para adaptações e controle das atividades pela equipe operacional

Princípios	Onde estão os hospitais?
Preocupação com falhas	Complacência com a possibilidade de erro
Indignação: desconforto com a possibilidade de resultado diferente do ótimo	Comunicação falha entre equipes e inter equipes
Valorização de pequenos sinais de ameaça: relatos de “preocupações”	Tolerância aos sinais de alerta: fadiga de alarme
Resiliência: reconhecer falhas prontamente e impedir dano	Intimidação
Deferência ao conhecimento: reconhecer membros da equipe com conhecimento/experiência relevante independente da hierarquia	Hierarquia na solução de problemas: desvalorização da equipe multidisciplinar

O silêncio acerca do erro entre os profissionais de saúde

Pilotos de Aviação X Médicos e Enfermeiros

% Respostas Positivas	Pilotos	Médicos e Enfermeiros
O cansaço tem impacto negativo no seu desempenho?	74%	30%
Você desconsidera avisos de profissionais mais novos?	3%	45%
Você acha que você erra?	100%	30%
É fácil discutir e analisar seus erros?	100%	56%
A análise dos erros é baseado nos sistemas e processos?	100%	30%

“Suposições sobre Competência na Medicina e na Aviação”

Diferentes Suposições sobre Competência e de como Garantí-la e Mantê-la na Aviação e na Medicina

Idéias sobre Competência	Aviação	Medicina
Treinamento e Verificação antes do Uso de Nova Tecnologia	Sempre	Não
Treinamento Recorrente em Simulador (Manutenção de Habilidades)	2 X por ano	Não
Verificação de Competências no Simulador	2 X por ano	Não
Treinamento em Emergências (procedimentos-equipamentos)	1 X por ano	Não
Treinamento para Trabalho em Equipe (CRM)	1 X por ano	Não
Padronização de Comunicação	Sim	Não
Divisão Padronizada de Trabalho entre os Membros da Equipe	Sim	Não
Uso extensivo de “Checklists”	Sim	Não
Procedimentos Padronizados para Realizar Tarefas	Sim	Não
Limitação de Horas de Trabalho e Manejo de Fadiga	Sim	Não

Patient Safety: a Human Factors Approach. Sidney Dekker. CRC Press. EUA. 2011.



O Erro Humano

Erro humano nunca desaparecerá das organizações



Cabe aos gestores desenhar e promover um ambiente de trabalho onde:



É possível se aprender com os erros

Evita-se, de modo coletivo, que os mesmos erros sejam cometidos novamente no futuro.



Avaliação de Resiliência em Instituições de Saúde

- ✓ A **segurança** do paciente é reconhecida como sendo **responsabilidade de todos**;
- ✓ A alta gestão **antecipa** a possibilidade de **erros** e capacita a equipe para detecção e tratamento;
- ✓ Altos gestores (clínicos e não-clínicos) são verdadeiramente comprometidos com as metas de segurança do paciente e proporcionam os recursos necessários para servir a esse fim;
- ✓ As questões relacionadas à segurança são consideradas regularmente em reuniões de alta direção e não apenas depois de algum evento adverso grave;
- ✓ Os **eventos** do passado são cuidadosamente **revistos** em reuniões da alta direção e as **lições aprendidas são implementados sistemicamente**;

Avaliação de Resiliência em Instituições de Saúde

- ✓ **Depois de algum evento**, o objetivo principal da diretoria é o de **identificar as barreiras que falharam e melhorá-las**, em vez de tentar culpar indivíduos específicos;
- ✓ A direção adota **estratégia pró-ativa**: identifica e trata situações que causam erros recorrentes; faz “brainstorms” para novos cenários de erro; realiza **controles periódicos de processos suscetíveis a erros**
- ✓ A direção reconhece que resolver **fatores organizacionais** que provocam erros (falta de pessoal, equipamento inadequado, a inexperiência, a formação irregular, interfaces homem-máquina ruins) é **mais fácil** do que tentar corrigir aspectos psicológicos, como distração, desatenção e esquecimento;
- ✓ **Entende-se que a gestão eficaz depende essencialmente da coleta, análise e disseminação de informações relevantes;**

Avaliação de Resiliência em Instituições de Saúde

- ✓ A alta gestão reconhece a necessidade de **combinar** dados de **defechos reativos** (eventos) com um processo de **informação pró-ativa**. Isto implica muito mais do que as auditorias ocasionais. Inclui a mensuração regular de parâmetros institucionais (a programação de escalas de serviço, procedimentos e protocolos, treinamento, disponibilidade de equipamentos) identificando **pontos de fragilidade** com necessidade de atenção e correção;
- ✓ Profissionais de **diferentes áreas e hierarquias** participam regularmente de reuniões relacionadas com a segurança do paciente;
- ✓ Atribuir uma função relacionada à **segurança** (como gerenciar riscos ou qualidade) é visto como **compromisso prioritário e estratégico**;
- ✓ Entende-se que as metas comerciais, financeiras e problemas de segurança dos pacientes podem estar em conflito e que existem mecanismos para identificar e resolver esses conflitos de forma eficaz e transparente;

Avaliação de Resiliência em Instituições de Saúde

- ✓ **Existem políticas para incentivar os profissionais a identificar e relatar situações que possam comprometer o resultado**
- ✓ A instituição reconhece a dependência crítica de um processo de gestão da segurança **baseado na confiança dos trabalhadores**, particularmente no que diz respeito a **sistemas de relato de incidentes**;
- ✓ Há uma política consistente de comunicação e **resposta a incidentes** em **todos os níveis profissionais**;
- ✓ Políticas de **disciplina** são baseadas na distinção entre o **comportamento aceitável e o inaceitável**;

Avaliação de Resiliência em Instituições de Saúde

- ✓ Gestores da área assistencial (médico, enfermagem, fisioterapia, etc) **capacitam** sua equipe em **técnicas e mentais** necessárias para obter um desempenho seguro e eficaz (**antecipação de possíveis erros e soluções adequadas** (essa **preparação mental**, tanto a **nível individual e organizacional** é uma das características dos **sistemas de alta confiabilidade**);
- ✓ A instituição dispõe de canais de **feedback rápidos**, úteis e compreensíveis para **comunicação sistêmica das lições aprendidas**;
- ✓ A instituição tem **vontade e recursos para reconhecer falhas**, se desculpar por elas e garantir de forma **transparente** ações para evitar recorrência.

Transformando Instituições de Saúde em Organizações de Alta Confiabilidade

- ✓ Meta zero para dano, sustentada pela alta liderança: tolerância zero
- ✓ Incorporação de todos os princípios e práticas de cultura de segurança em todos os níveis da instituição
- ✓ Adoção sistêmica de ferramentas e métodos de melhoria efetiva de processos: RPI (*robust process improvement*)

Transformando Instituições de Saúde em Organizações de Alta Confiabilidade



Força de trabalho focada no aprimoramento de confiabilidade

Equipe

- ✓ Vontade de desenvolver novos conhecimentos
- ✓ Habilidade de trabalhar com outro – conhecimento interpessoal
- ✓ Habilidade de comunicação

Interação respeitosa

- ✓ Percepção do outro, comunicada respeitosamente
- ✓ Valorização de todas as opiniões – sem depreciação da opinião do outro
- ✓ Todos são confiáveis

Organização consciente

- ✓ A equipe conhece e valoriza os talentos e conhecimentos do outro
- ✓ Os problemas e dúvidas são discutidos para desenvolvimento de novo aprendizado e tomada de melhor conduta
- ✓ A possibilidade de erro é discutida em busca da prevenção

Compromisso afetivo

- ✓ Engajamento na unidade de trabalho
- ✓ Sentimento de pertencimento

Comportamento de cidadania organizacional

- ✓ Os membros da equipe fazem mais do que o esperado
- ✓ Os membros da equipe se ajudam mutuamente em busca de maior produtividade
- ✓ Os membros da equipe se ajudam em situações de problemas e crises

Qual é o foco?



MAPA ESTRATÉGICO

| 2017/2018

SUSTENTABILIDADE



CLIENTES E MERCADO



PROCESSOS INTERNOS

EXCELÊNCIA



CRESCIMENTO



PILARES



PESSOAS

PESSOAS



Promotores do Desenvolvimento da Cultura Institucional

Cultura Justa



Cultura do Aprendizado

Cultura da Notificação

Cultura da Informação e Colaboração



O que estamos fazendo?

- **Gestão de riscos**
- **Gestão do erro**
- **Assistência baseada em evidência**
- **Monitoramento de resultados e desfechos**
- **Experiência do paciente**
- **Forum institucional: políticas, prioridades, tomada de decisão, cultura institucional**
- **Descentralização**

Gerenciamento de Incidentes



trajetória



UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL



Percepção de Valor pelo Paciente

Componente Técnico

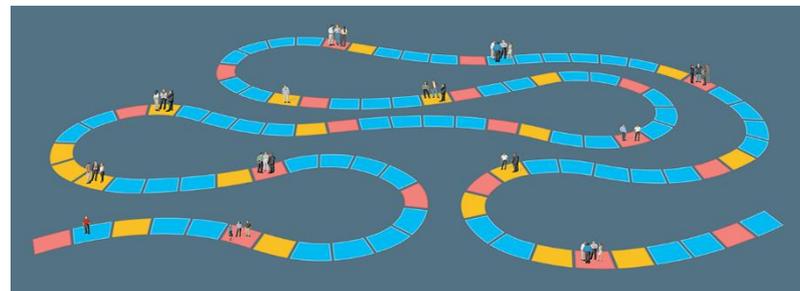
Qualidade e Segurança
(Diagnóstico, Tratamento)

Componente Humano

Compaixão, Empatia, Acolhimento,
Comunicação,
Postura Ética e Respeito

Cuidado Centrado no Paciente

Ativação do Paciente/Família
Atitude de Parceria
Decisão Compartilhada



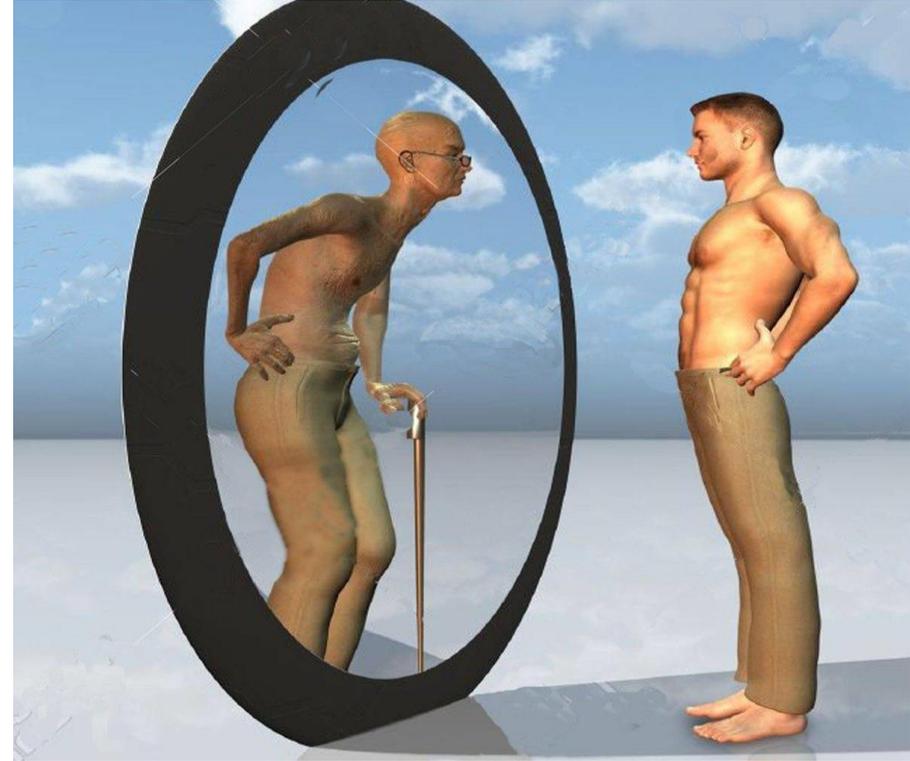
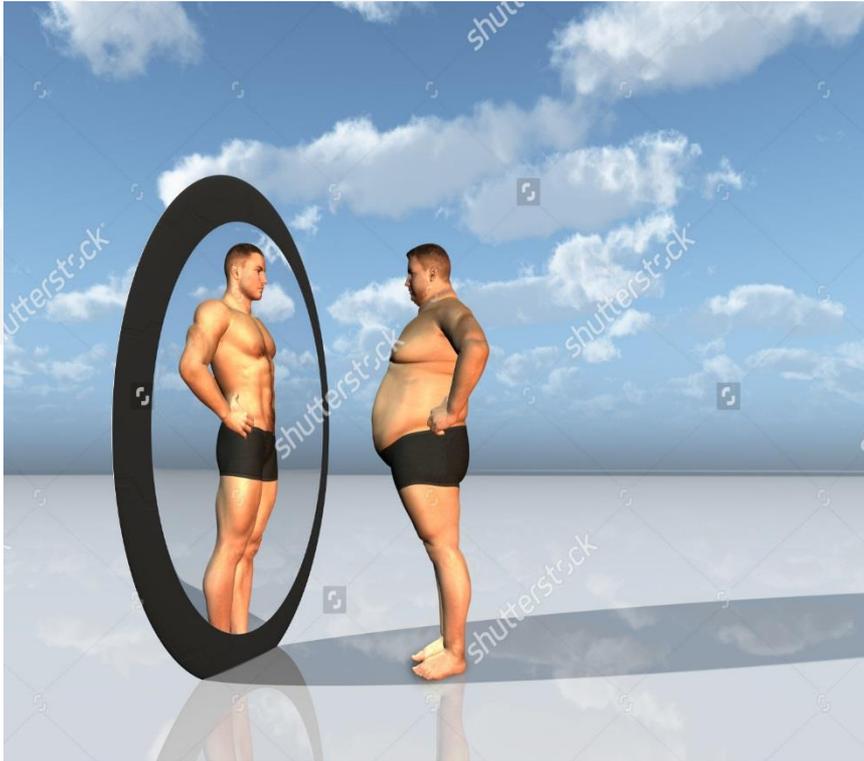
Jornada do Paciente



Como estamos avaliando a segurança da assistência?

- Medindo a frequência de dano (incidência, prevalência de EA) e desfecho
- Avaliando em que medida os cuidados prestados são os apropriados
- Verificando se existe mudança de práticas após “nova” aprendizagem / aquisição de conhecimentos
- Analisando melhoria da cultura institucional

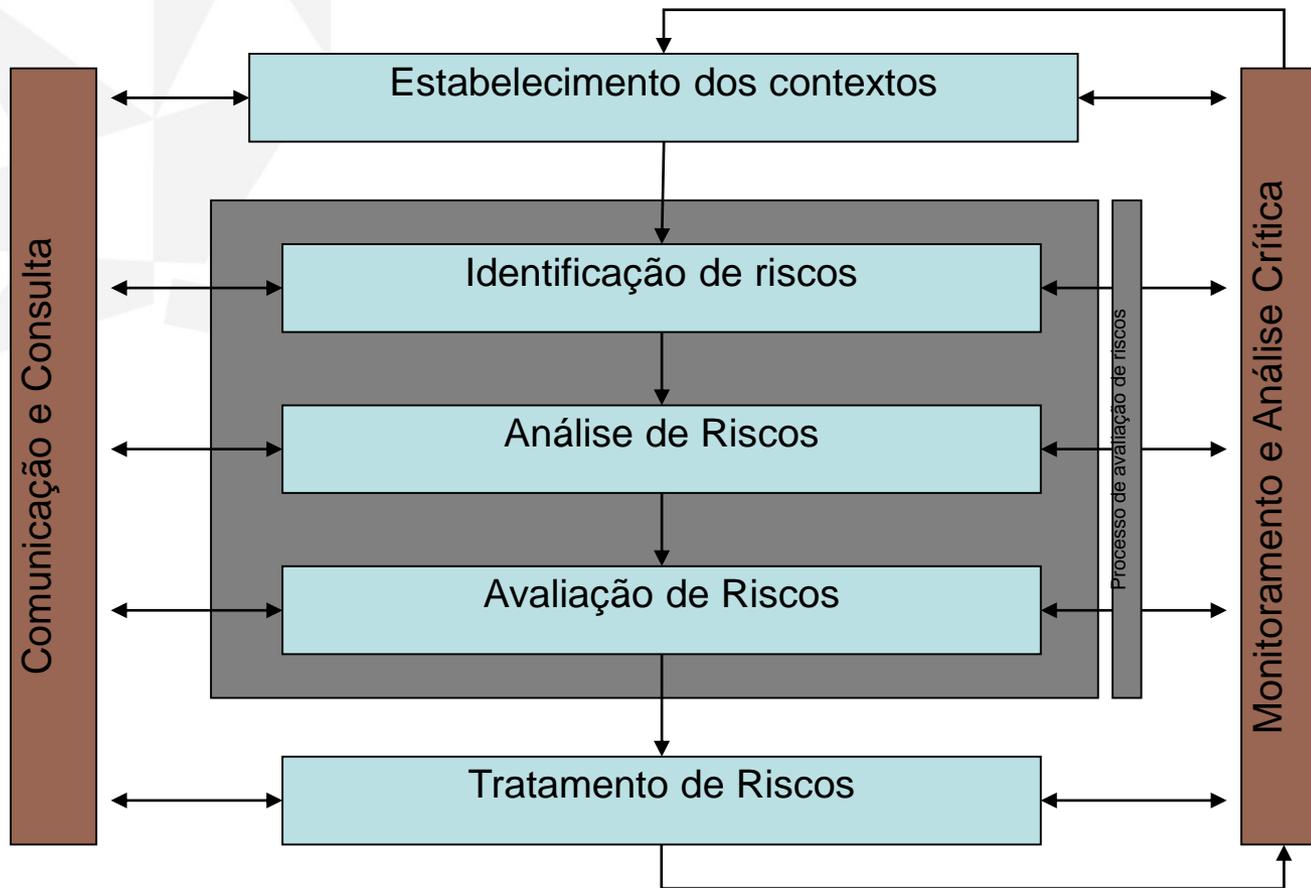
Indicadores medindo o dia dia



Avaliar a prática!!!!



Processo de Gestão de Riscos ISO 31000



Modelo teórico

Indicadores

Monitoramento dos riscos

- Auditorias e monitoramentos
- Eventos notificados: quase falhas e incidentes; ACR

Avaliação de riscos

- Paciente
 - Áreas
- Grandes Processos

Tratamento dos Riscos

- Impacto para o paciente
- Impacto para a operação

Protocolos

Remodelagem dos processos envolvidos

Reclassificação da prioridade de risco



Programa de Segurança Institucional HSL



Premissas:

- missão, visão e valores da instituição
- transparência – portal;
- envolvimento do paciente – cuidado focado



Notificação de incidentes – Por que notificar?

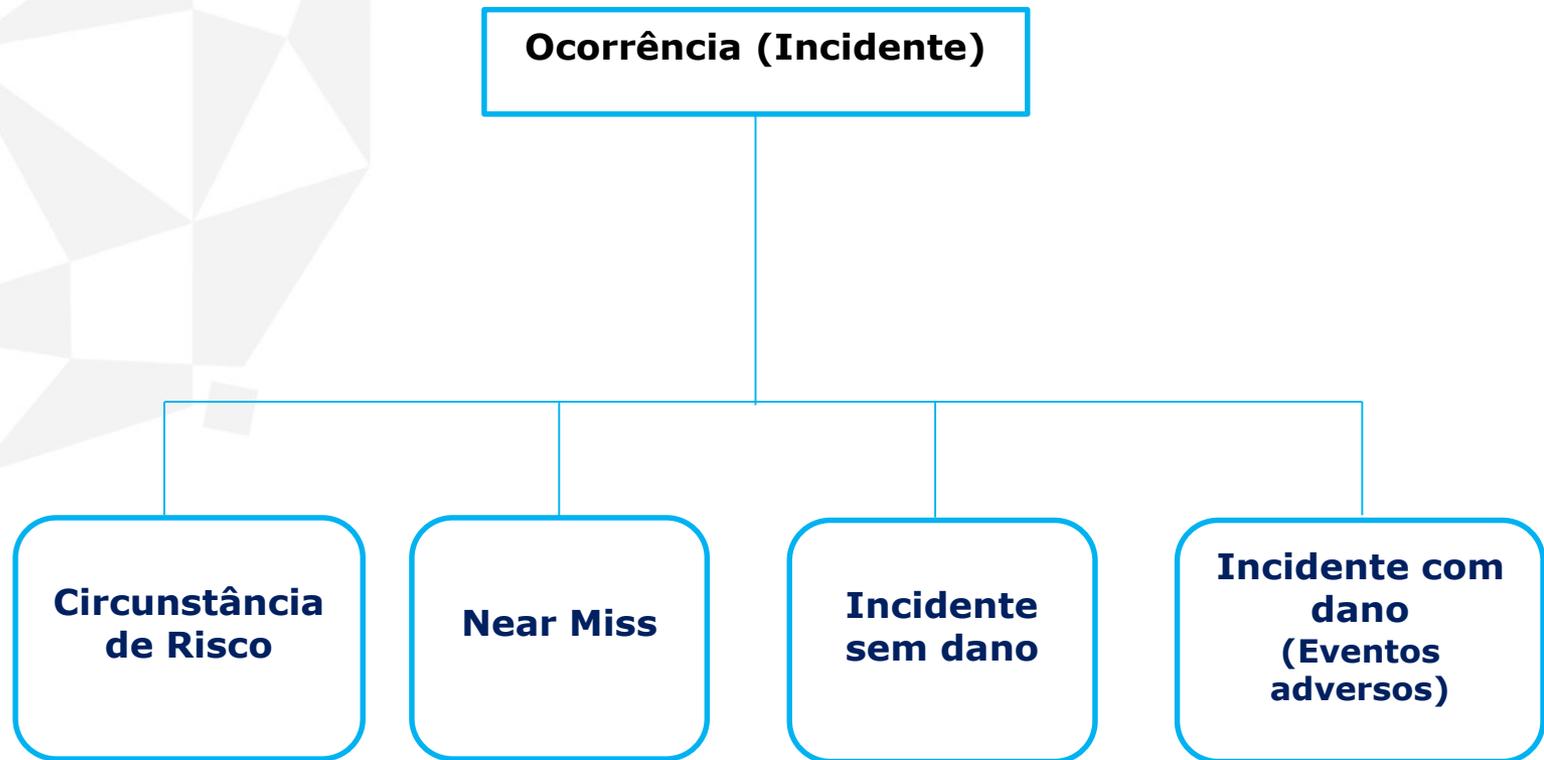
Sem conhecer os tipos de erros e de eventos adversos que ocorrem, não é possível implementar medidas de prevenção.

- Identificar falhas no sistema;
- Prevenir erros e danos;
- Criar uma base de dados para avaliação de riscos;
- Intervir de forma educativa e preventiva em processos organizacionais, estruturais, funcionais;
- Tornar o ambiente seguro;
- Melhorar a qualidade da assistência prestada.

FOCO EM PROCESSOS E NÃO EM PESSOAS!



Gerenciamento de Incidentes - Definições



Não aconteceu o incidente, mas um evento com expressivo potencial para dano ao paciente

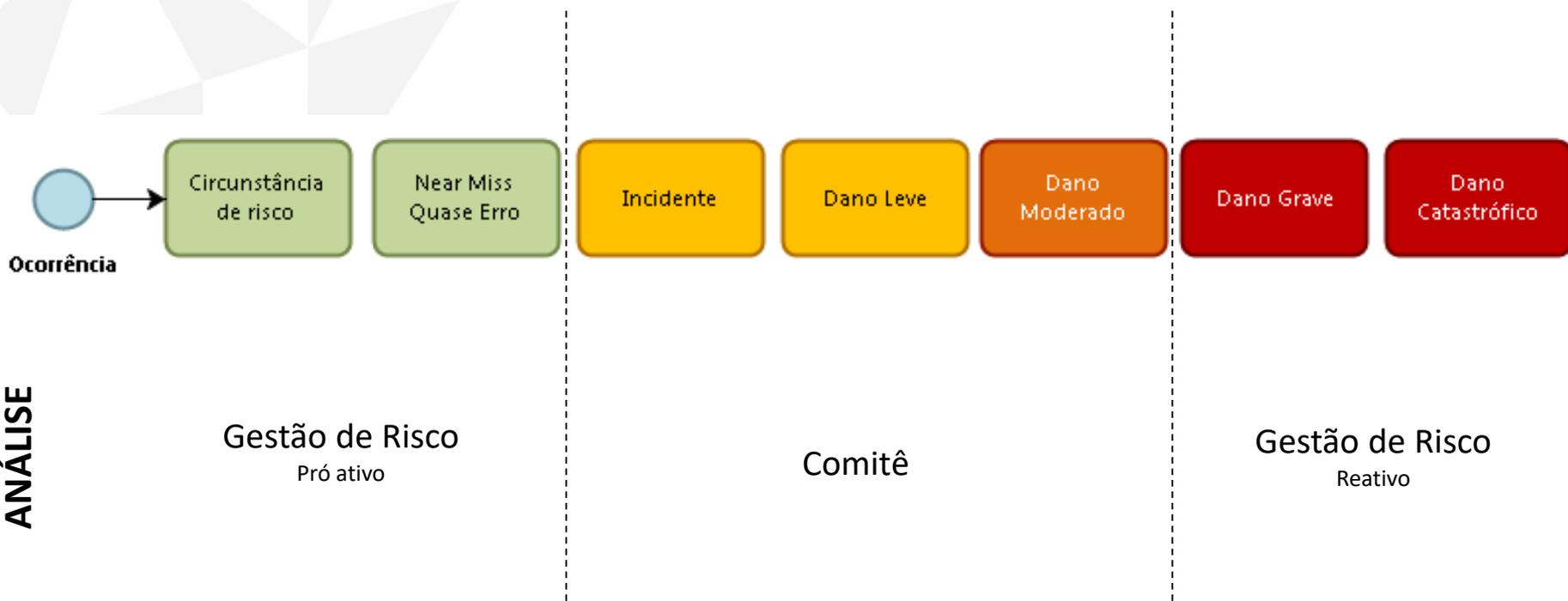
Incidente que não atingiu o paciente

Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano

Incidente que atingiu o paciente e causou dano

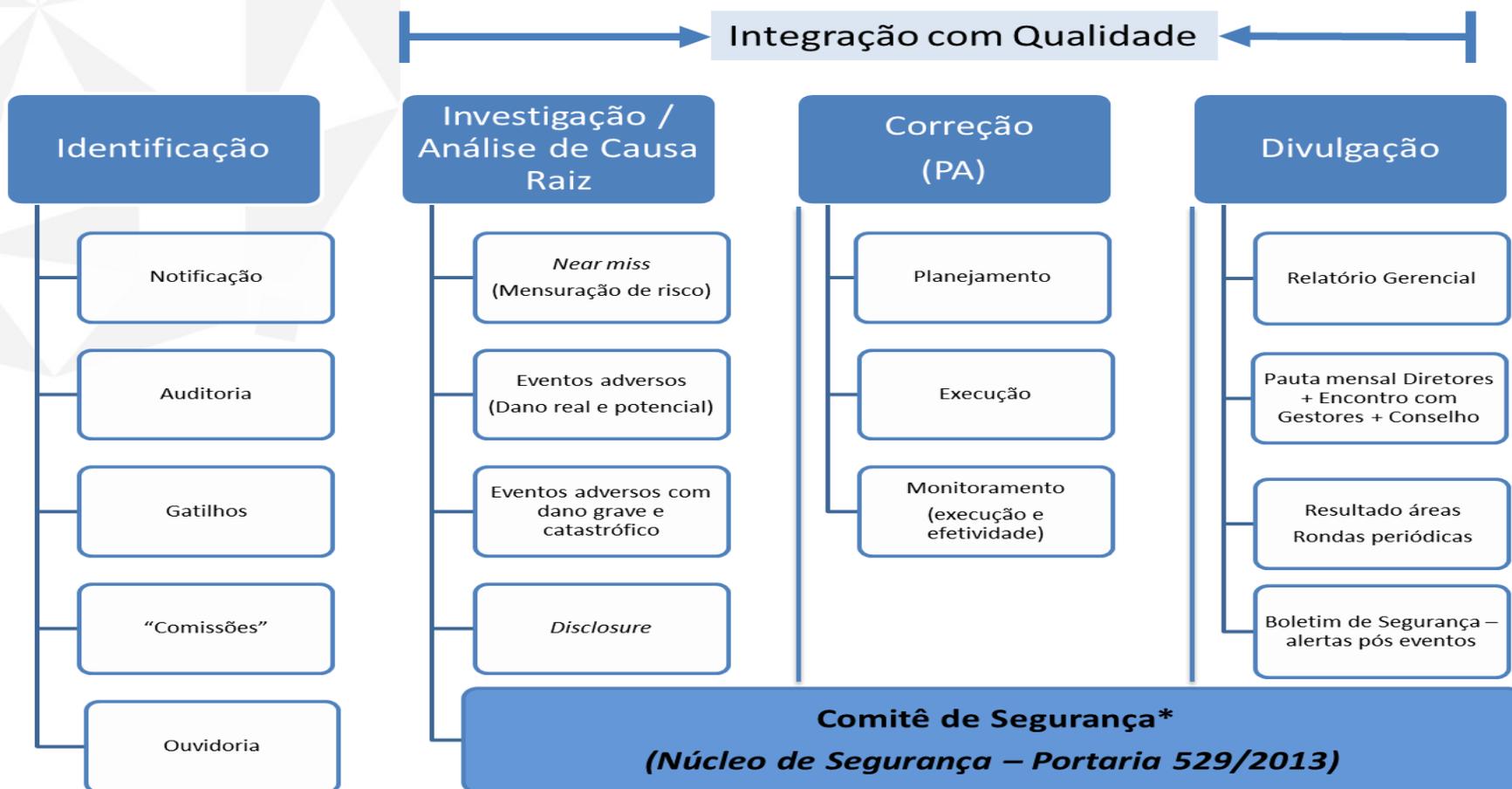


Escopo de Trabalho

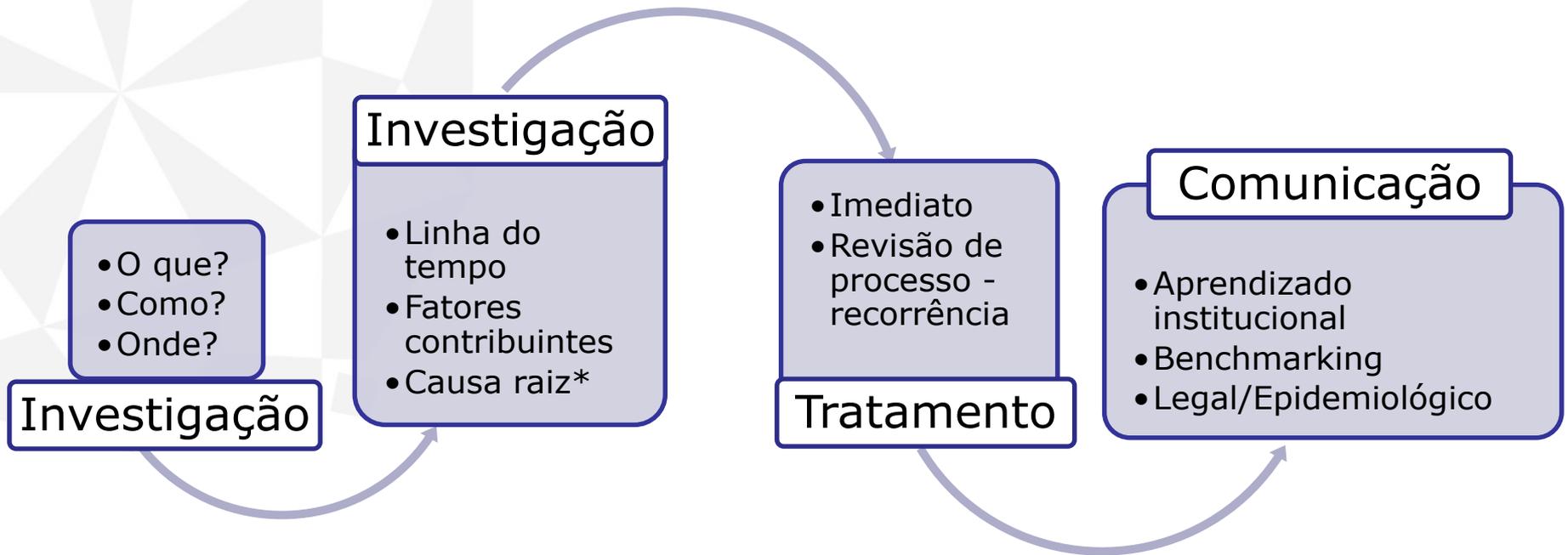


Segurança Assistencial

Gerenciamento de Incidentes



Processo de gerenciamento de incidentes



***RCA (Análise de Causa Raiz):** Metodologia sistematizada, retrospectiva, que identifica causas e fatores contribuintes de um evento e planeja estratégias para melhorar o processo e evitar recorrência

Responde:

O que aconteceu?

Por que aconteceu?

O que pode ser feito para evitar recorrência (e diminuir o dano)



Gerenciamento de Incidentes – Níveis de Equipe

Equipe de Governança

Comunicação em tempo real de eventos graves/catastróficos e de maior impacto

Controle de resultado

Diretoria

Equipe executiva (método)

Classificação

Definição do nível de investigação

Coordenação da análise

Elaboração de relatórios

Gestão de risco e segurança assistencial

Equipe local (operacional)

Análise de eventos de impacto local

Ações iniciais pós evento: proteção de dano e de recorrência (paciente/família e processo)

Vigilância contínua



Prevenção e Promoção



MATRIZ DE RISCO

Unidade de Internação Clínica Médica
Bela Vista



CONSEQUÊNCIA	FREQUÊNCIA				
	(1) Raro	(2) Improvável	(3) Possível	(4) Provável	(5) Quase Certo
(16) Catastrófico	9	3	4 🔍	4 🔍	
(8) Grave	3	3	1 🔍	1 🔍	
(4) Moderado	4	5	10	2 🔍	2 🔍
(2) Leve		1	1		
(1) Insignificante					



Riscos a serem tratados



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

Rondas de Segurança

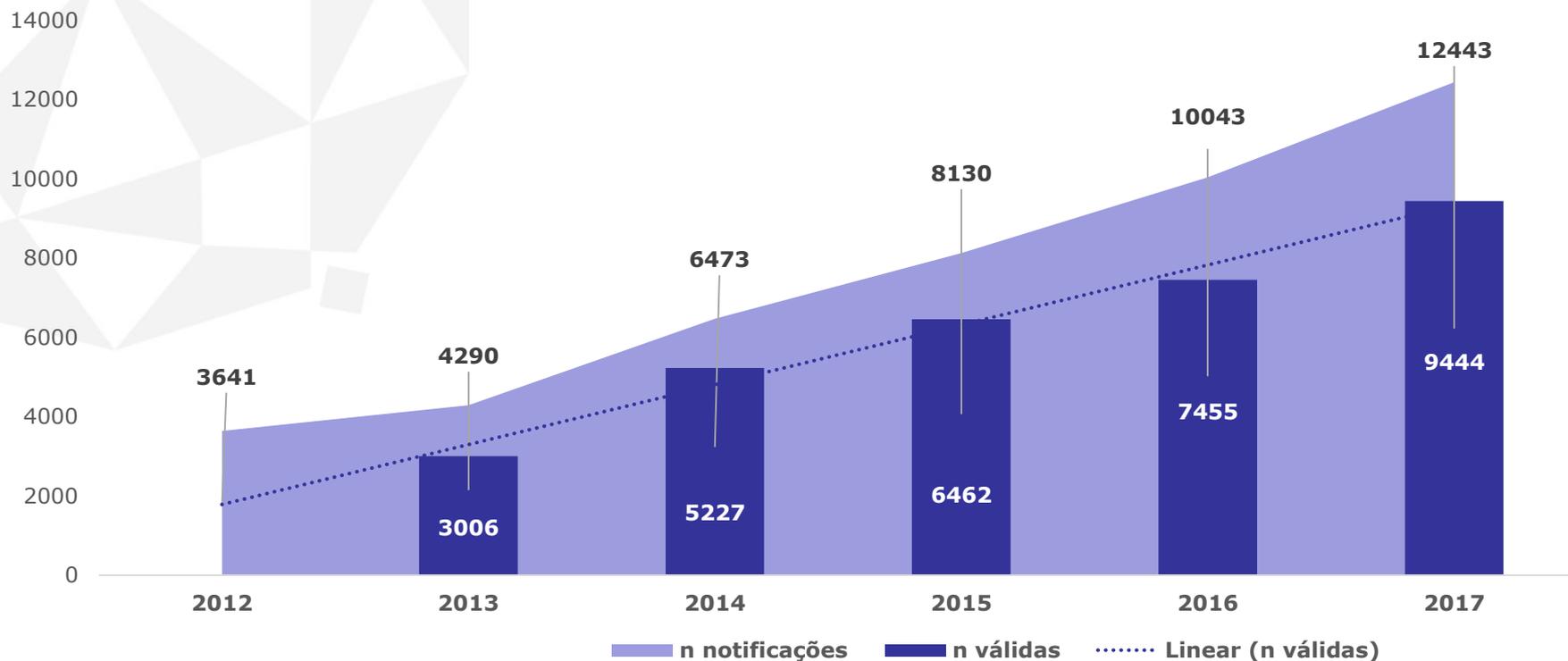
- ✓ Visitas periódicas nas áreas assistenciais (n=92) com abordagem educativa à equipe multiprofissional, reforçando a cultura de segurança a partir da matriz de risco da unidade
- ✓ Início em março de 2018



Ronda na unidade Jardins (Mamografia e Densitometria)



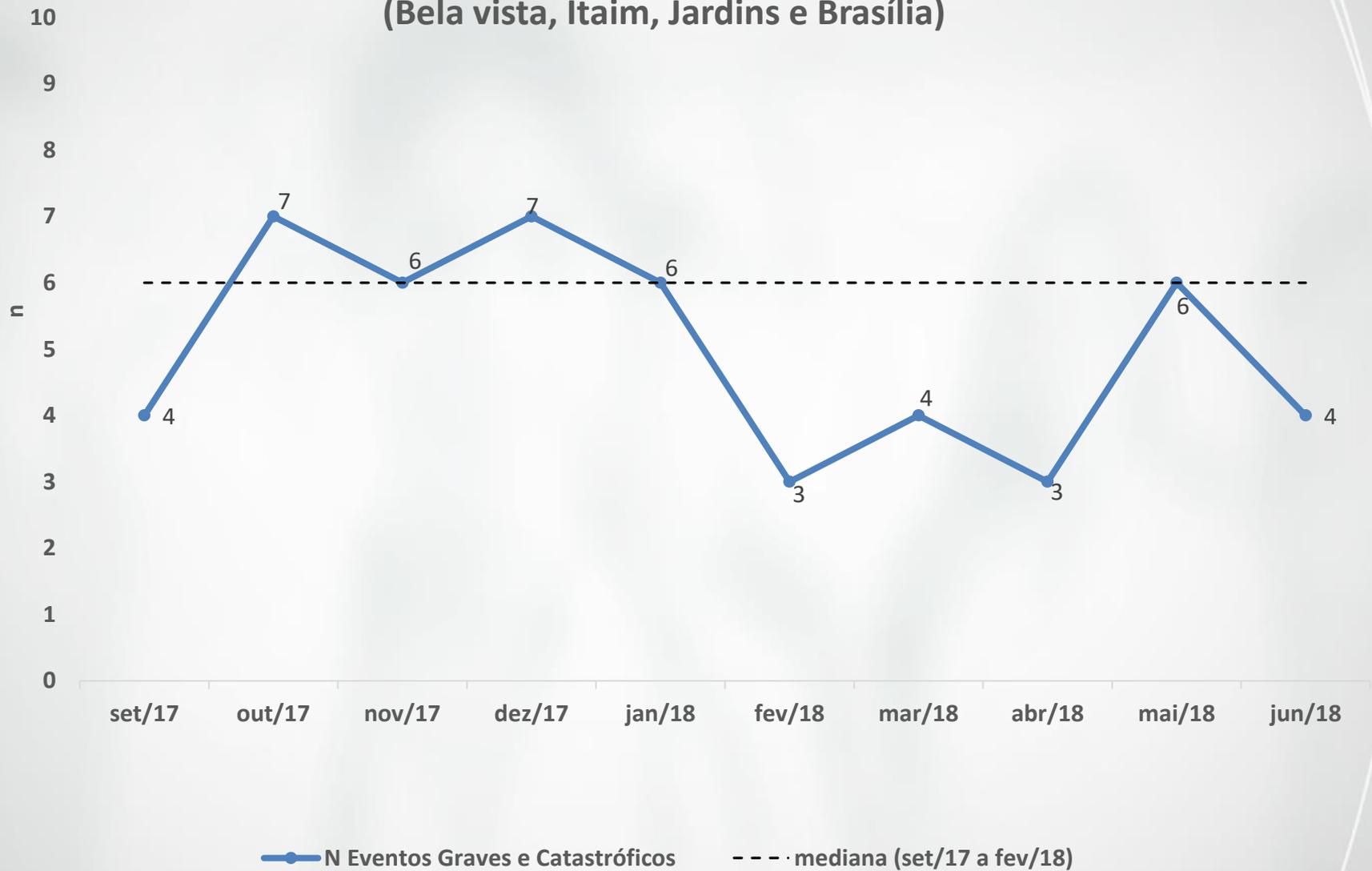
Sistema de Notificação de Ocorrências Volumetria Anual



Razão de Dano (ocorrências notificadas*) (n ocorrências com dano/n ocorrências sem dano)



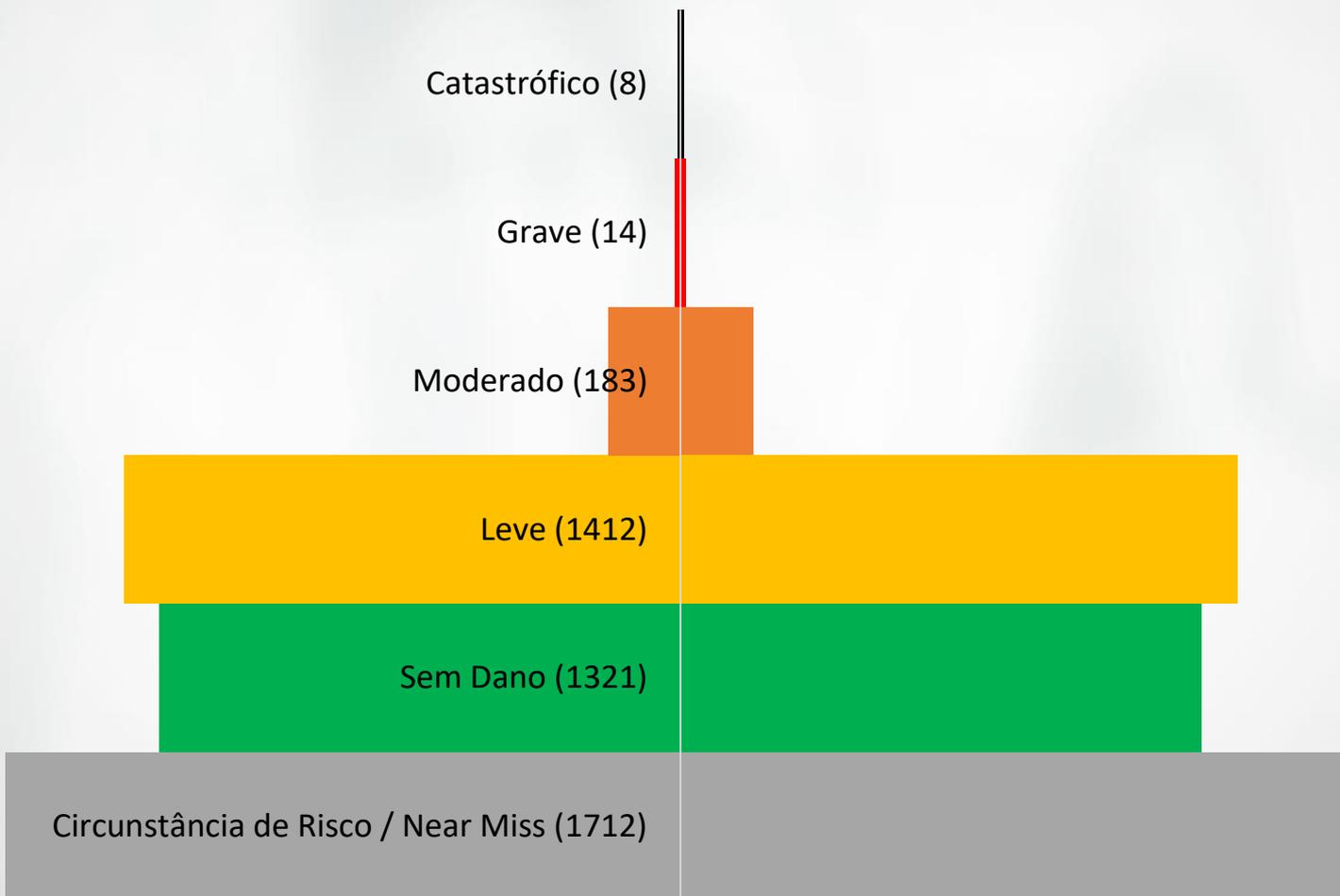
Volumetria de Eventos Graves e Catastróficos* (Bela vista, Itaim, Jardins e Brasília)



Ocorrências Notificadas* - Unid. Bela Vista

Distribuição por Dano

Período: Jan a Jun de 2018



Comunicação – Gestão a Vista



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

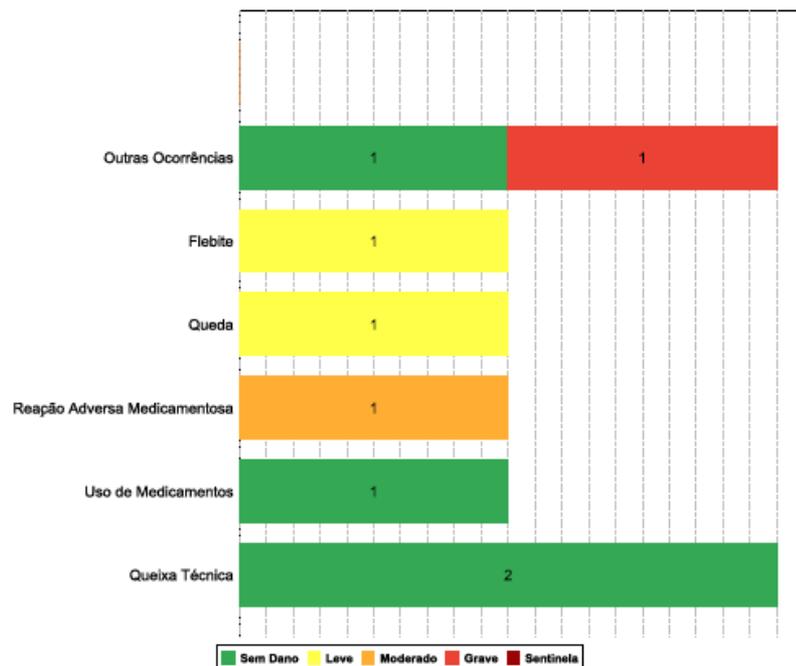
V 5

Unidade Bela Vista
Pronto Atendimento - Adulto

V 5

Referência: Novembro/2017

Notificação de Eventos por Grau de Dano



Unidade Bela Vista

Pronto Atendimento - Adulto

Referência: Novembro/2017

Notificação de Eventos por Grau de Dano

Listagem das Ocorrências

Evento: Uso de Medicamentos

Serial	Descrição da Ocorrência	Dano
TM-009322	Administrado antibiótico antes da coleta de hemocultura e urocultura	Sem Dano

Evento: Reação Adversa Medicamentosa

Serial	Descrição da Ocorrência	Dano
RAM-003771	RAM a clavulim	Moderado

Evento: Queixa Técnica

Serial	Descrição da Ocorrência	Dano
QT-005462	Os potes para coleta de urina utilizados no Pronto Atendimento não estão permitindo uma vedação adequada da tampa, ocasionando abertura do mesmo durante encaminhamento pelo tubo pneumático.	Sem Dano
QT-005690	Nome do Material: Jelco 22 Número do Lote / Identificação: LOT7234783 Ao punccionar a paciente com jelco 22 (LOT7234783), testei o jelco, girei para destravar, puncionei, refluxo no acesso, e ao retirar o mandril, todo o cateter veio junto, perdendo o acesso da paciente que já havia dificuldade de acesso. Comunico enfermeira Líder Silvia.	Sem Dano

Evento: Queda

Serial	Descrição da Ocorrência	Dano
QUE-001640	Queda de paciente da poltrona na sala de observação do Pronto Atendimento	Leve



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

Reflexão

A vida fez de mim um homem bem familiarizado com as decepções. Aos 23 anos, tentei um cargo na política e perdi. Aos 24, abri uma loja que não deu certo. Aos 32, tentei um negócio de advocacia com amigos, mas logo rompemos a sociedade.

Ainda naquele ano, tive um grande colapso nervoso e passei um bom tempo no hospital. Com 45 anos, disputei uma cadeira no Senado e não ganhei. Aos 47, concorri à nomeação pelo Partido Republicano para a eleição Geral e fui derrotado. Aos 49, tentei o Senado e fracassei novamente. Mas aos 51 anos, finalmente, fui eleito presidente dos Estados Unidos da América....

**.... Por mais que você encontre dificuldades pelo caminho, não desista.
Pois saiba que o campo da derrota não está povoado de fracassos, mas de homens que tombaram antes de vencer.**

Abrahan Lincon





**Por hoje é só!!!!
Obrigada**

Vera Lúcia Borrasca - Gestão de Risco
vera.lucia@hsl.org.br