

# **INVESTIGAREA EVENIMENTELOR ADVERSE APARUTE IN CURSUL INGRIJIRILOR MEDICALE**

Dr. Carmen Angheluta

# Cadrul legal: Ordin nr 639/2016 pentru aprobarea Metodologiei de monitorizare a unitatilor sanitare acreditate

- Art 8 – monitorizarea evenimentelor adverse/santilela/near-miss
  - Raportarea obligatorie in 24 ore la ANMCS de catre spital in formatul furnizat pe CAPESARO
  - Analiza efectuata de spital si raportarea analizei in 30 zile la ANMCS
  - Centralizare si analiza de catre ANMCS si comunicare anonimizata “Pentru profesioniști”

# Teme propuse pentru dezbateri

1. Ce se raporteaza – clarificari de termeni, definitii
2. De ce se solicita raportare?
3. Bariere si solutii

# Ce evenimente se raporteaza?

- Toate evenimentele adverse, nu numai cele mai grave
- Cele care s-au produs, dar nu au dus la vatamarea pacientului
- Cele care s-au produs, dar pacientul nu a fost afectat pentru ca s-a intervenit la timp

**Cine** raporteaza? – personalul medical si nemedical

# Definitii utilizate la nivel national / international

- Ordin 639/2016
- **Eveniment advers:** eveniment considerat prevenibil, care reprezinta afectarea neintentionata si nedorita a sanatatii, ranirea, imbolnavirea, dizabilitatea temporara sau permanenta sau chiar moartea pacientului, asociata asistentei medicale
- **Eveniment santinela / catastrofic** – vatamarea grava a sigurantei pacientului, cu consecinte pe termen lung, infirmitate permanenta sau moartea pacientului si care reflecta deficiente serioase ale politicilor si procedurilor din unitatea sanitara, lipsa de interes, organizatoie cu gard crescut de risc; necesita masuri de corectie imediata
- **Eveniment Near miss** – incident sau potential incident, care a fost evitat si nu a provocat daune, desi ar fi putut produce

## Alte notiuni si definitii din Capesaro

- **Eveniment santinela**

eveniment catastrofic, soldat cu decesul sau invaliditatea permanentă a pacientului sau necesită o perioadă lungă de recuperare post-eveniment, care reflectă grave disfuncționalități la nivelul unității sanitare și care necesită o analiză și măsuri imediate.

- **Eveniment pre-santinela ( un potential eveniment santinela eveitat la limita / near miss)**

eveniment care în absența unei intervenții prompte și adecvate ar fi putut duce la decesul sau invaliditatea pacientului, care nu are efecte ce necesită masuri speciale de recuperare, care reflectă grave disfuncționalități la nivelul unității sanitare și care necesită o analiză și măsuri imediate.

# Alte notiuni si definitii din Capesaro

- **Accident (similar evenimentului advers)**

eveniment care a produs prejudicii tratabile pacientului și pentru a cărui rezolvare a fost necesară o intervenție suplimentară asupra acestuia.

- **Eveniment near-miss (sub-eveniment,=eveniment evitat la limita)**

eveniment care nu a afectat pacientul, fără o intervenție deliberată pentru evitarea sa sau eveniment cu capacitatea de a provoca vătămări, dar care nu are consecințe negative, datorită identificării și corectării în timp util și corecte a posibilelor consecințe pentru pacient.

- **Incident (similar near miss)**

eveniment survenit in cursul unui proces de ingrijire, fara urmari asupra pacientului, care a fost identificat si rezolvat inainte de a produce afectarea pacientului

# Definitii ale Consiliului UE

- eveniment advers” înseamnă incident care dăunează unui pacient;  
„daună” implică deteriorarea structurii sau funcționării corpului și/sau efectele vătămătoare care rezultă din aceasta;
- „siguranța pacienților” înseamnă libertatea, pentru un pacient, de a nu fi supus vătămării inutile sau potențiale asociate cu asistența medicală;
- infecții asociate asistenței medicale” înseamnă boli sau patologii legate de prezența unui agent infecțios sau a produselor acestuia ca urmare a expunerii la instalațiile asistenței medicale sau la procedurile sau tratamentele acestuia



# Definitii Institute for Healthcare Improvement - SUA

- Ev advers: Vătămarea fizică neintenționată rezultată din sau cu contribuția procesului de îngrijiri medicale (inclusiv absența tratamentului indicat), care are ca rezultat monitorizare, tratament, spitalizare suplimentară sau duce la moartea pacientului. Def. se referă la evenimentele prevenibile, adică prevenibile prin proceduri / mijloace disponibile în acel spital.
- Evenimentele adverse prevenibile – acelea care apar datorită unei erori sau greșeli de aplicare a unei strategii preventive

# Definitii Institute for Healthcare Improvement - SUA

- **Evenimente adverse ameliorabile** – evenimente care ar fi putut fi mai puțin vătămătoare, dacă procesul de îngrijiri ar fi fost diferit
- **Near miss** – evenimente evitate la limita: o situație nesigură pentru pacient, care se diferențiază de evenimentul advers doar prin rezultat. Pacientul este expus situației, dar nu este vătămat, fie datorită detectării precoce, fie norocului.
- **Eroare:** termen general care se referă la efectuarea unui act în mod greșit sau omisiunea efectuării unui act corect, expunând pacientul la situații potențial periculoase.

# Alte definitii

**Evenimentul advers** – evenimentul care are drept rezultat vatamarea neintentionata a pacientului, nelegata de boala sau starea pacientului, printr-un act de omisiune sau comitere a unei greseli (UK)

Siguranta pacientului - Prevenirea erorilor si a evenimentelor adverse asociate cu ingrijirile medicale (OMS)

## Tipuri de evenimente in functie de gravitatea consecintelor (model SUA)

- Eveniment catastrofic (moarte, afectare grava, permanenta a unei functii sau organ, procedura chirurgicala gresita, etc)
- Eveniment major (afectare permanenta, necesitatea unei interventii chirurgicale, afectarea mai multor pacienti, etc)
- Eveniment moderat (cresterea duratei de spitalizare)
- Eveniment minor (fara afectarea pacientului sau cresterea duratei de spitalizare)

## 2. De ce se solicita raportare?

- Recunoasterea existentei evenimentelor adverse /erorilor si atragerea atentiei asupra fenomenului
- Colectarea informatiilor si analiza duc la identificarea ariilor unde se pot reduce greselile
- Furnizarea de feed-back pentru spitale si corectare, impartasirea experientelor
- Introducerea bunelor practici
- Invatarea din alte evenimente

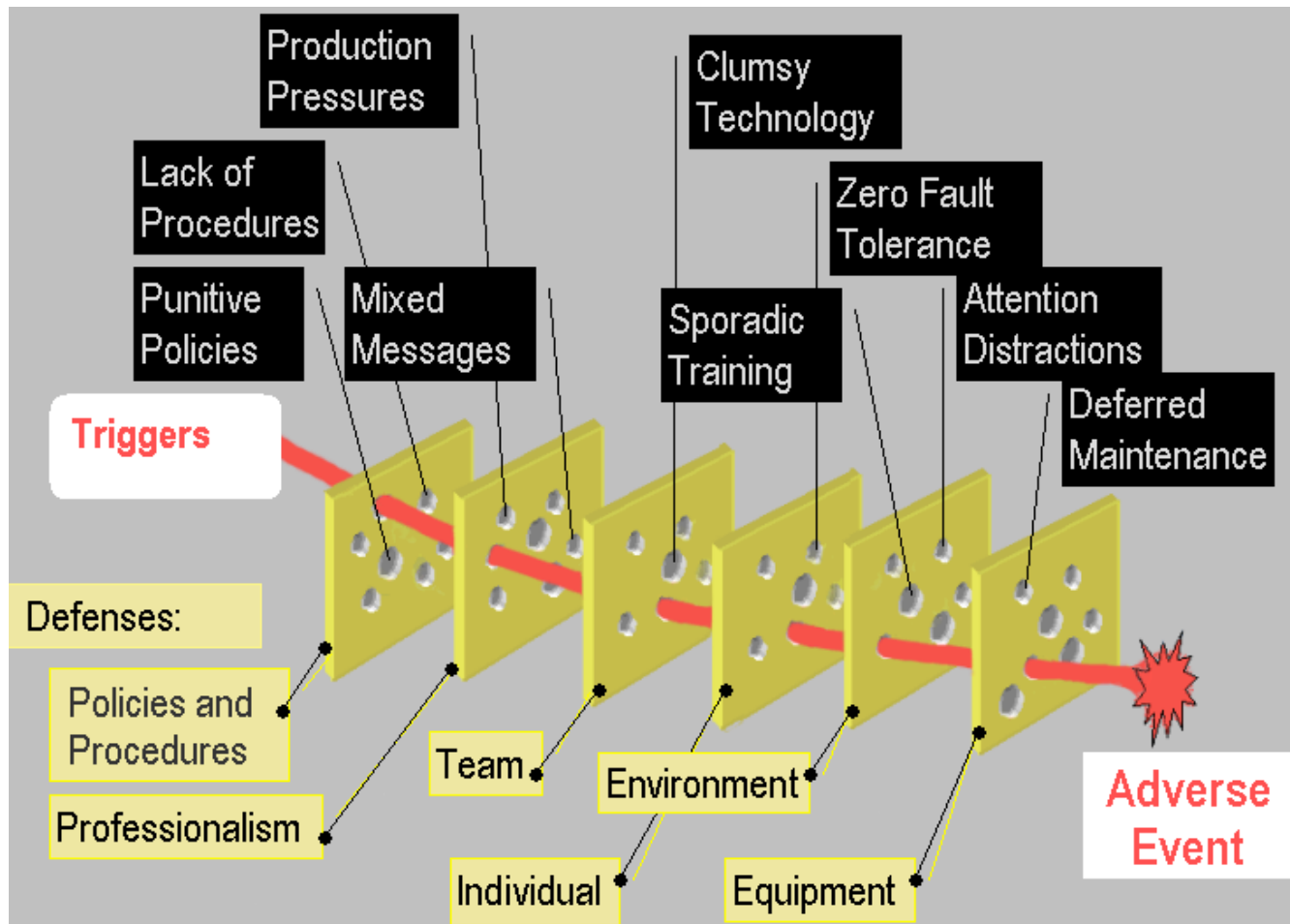
# Bariere in raportare

- **Perceptia personalului privind raportarea**
  - Pozitiva privind discutarea deschisa cu pacientul
  - Opinia ca raportarea erorilor ar trebui sa fie strict limitata in cadrul specialitilor din sanatate
  - ne-necesara daca pacientul nu a fost afectat;
  - rezistenta in cazuri in care personalul considera ca deja au cultura sigurantei
- **Teama de procese, de prezentare publica, in media**
- **Sentimentul ca sistemul de raportare e punitiv**

# Experienta raportarii

- Nu trebuie sa se evalueze organizatiile in functie de numărului sau tip de incidente grave pe care le raportează. Acest lucru va descuraja doar raportarea, nu va stimula schimbul de informații și inhibă învățarea.
- Este adecvat a evalua performanța, sanctiona sau recompensa organizatiile pe baza răspunsurilor lor la incidente grave
  - să ne așteptam la incidentele serioase care sa fie raportate în timp util (pentru a fi eficiente)
  - in mod deosebit se astepta ca aceste incidente sa fie in mod corespunzător investigate, sa aiba elaborate planuri de acțiune robuste, care urmează să fie implementate

# Modelul schweiter al cauzelor accidentelor – J Reason – abordarea cauzelor din sistem





# Cadrul factorilor contributori din sistem

Tip de factori	Factori contributori
Sarcini si tehnologie	Complexitate, design, claritate, disponibilitate
Individuali	Cunostinte, aptitudini, competenta, sanatate fizica si mentala
Echipa	Comunicare verbala si scrisa, structura echipa, supervizare
Mediu de lucru	Nivel personal, incarcatura de munca, mediu fizic, etc
Organizare si management	Resurse fizice, structura, constrangeri, politici
Factori institutionali	Context economic, national
Pacient	Complexitatea bolii, comunicare, limbaj, personalitate, etc

# Investigarea evenimentului din perspectiva sistemului – pasii principali

- Identificarea evenimentului si decizia de investigare (natura si dimensiunea consecintelor)
- Selectarea echipei de investigare
- Organizarea colectarii datelor (fisa pacient, interviuri, observatii directe, alte documente)
- Determinarea cronologiei incidentului -harta procesului – succesiunea evenimentelor cum ar fi trebuit conform protocolului si cum a fost de fapt
- Determinarea problemelor legate de procesul de ingrijire
- Identificarea factorilor directi si contributori
- Recomandari si plan de actiune

## Investigarea evenimentului din perspectiva sistemului – tehnica RCA

- Discutarea si acordul asupra ev. advers de investigat (diagrama os de peste)
- Identificare si acord asupra categoriilor majore de cauze (oasele principale)
- Brainstorming toate cauzele posibile (“de ce s-a intamplat?”, la toate categoriile, de mai multe ori)

# Diagrama “os de peste”

- Ce s-a intamplat
- Cum s-a intamplat
- DE CE ?

- Va multumesc pentru atentie!