



Erasmus+



KICK-OFF TRAINING

MAP4E 16/1/KA202/23016

Projekt wspierany przez Komisję Europejską.

Program

- Krótka prezentacja projektu MAP4E
- Streszczenie podstaw dotyczących bezpieczeństwa pacjenta (wprowadzenie do bezpieczeństwa pacjenta)
- Znaczenie bezpiecznego przekazywania
- Podstawy przekazywania
- Główne aspekty skutecznego wdrożenia na poziomie szpitala
- Opis miejscowego programu szkoleń



Erasmus+

Krótką prezentacją projektu MAP4E



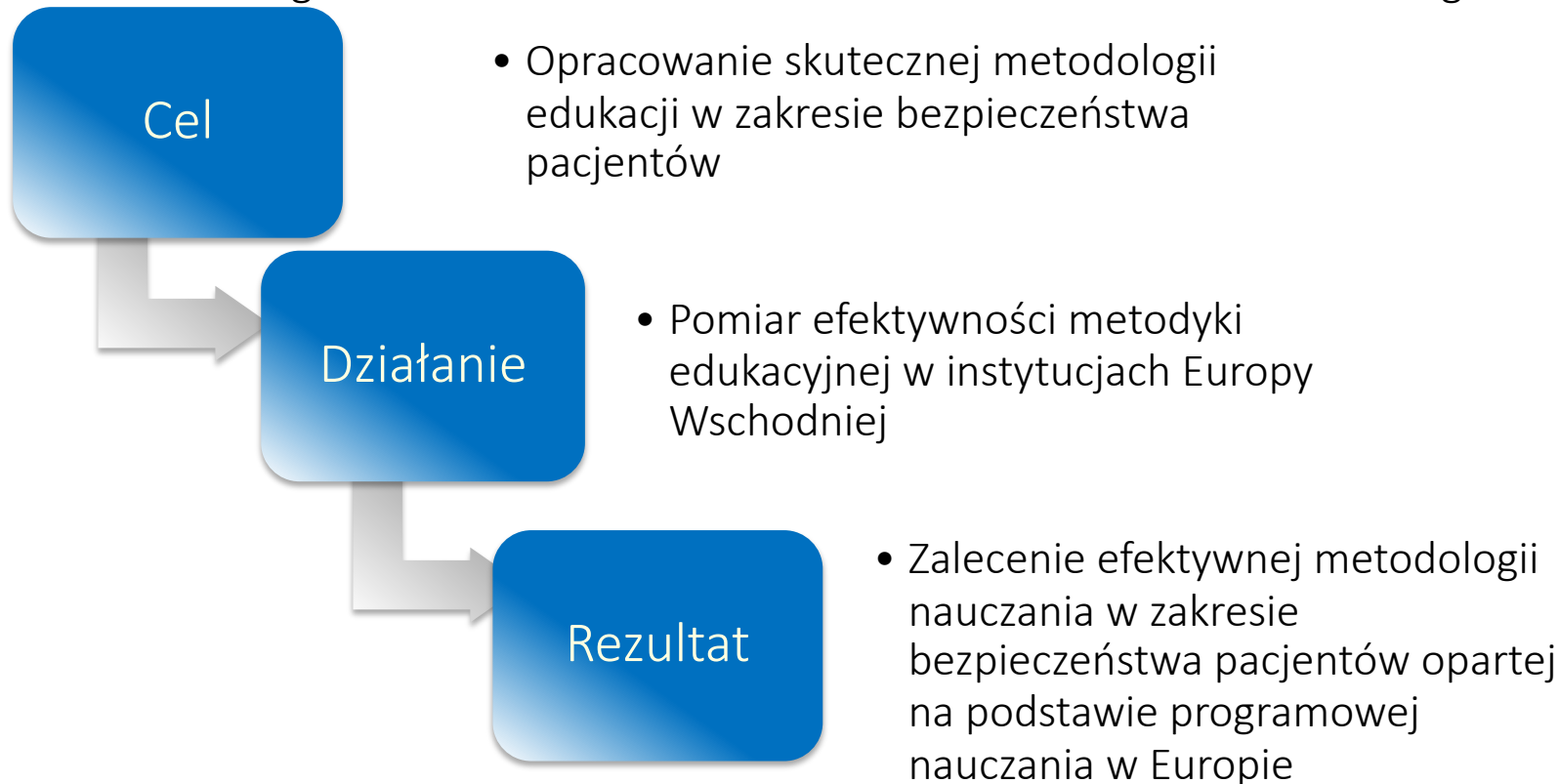
Erasmus+

Zasady projektu MAP4E

Finansowany przez Erasmus +

KA2 – Współpraca na rzecz Innowacji i Wymiany Dobrych Praktyk.

Strategiczne Partnerstwo na rzecz kształcenia i szkolenia zawodowego.





Erasmus+

MAP4E partnerzy



Węgry (HU)

Lider projektu; redakcja zaleceń dotyczących materiału dydaktycznego, opracowywanie, testowanie i ocenianie metodologii edukacyjnej; formułowanie ostatecznych zaleceń.



Polska (PL)

Uczestnictwo w opracowywaniu i testowaniu metodologii edukacyjnej; udział w ocenie wyników i formułowaniu ostatecznych zaleceń.



Hiszpania (ES)

Zapewnienie profesjonalnego zaplecza w oparciu o najlepsze praktyki i doświadczenia w zakresie bezpieczeństwa pacjenta; wskazówki w opracowywaniu metodologii edukacyjnej; uczestnictwo w ocenie wyników i formułowaniu ostatecznych zaleceń.

Podstawowe informacje o Bezpieczeństwie Pacjentów

Wymiary jakości opieki



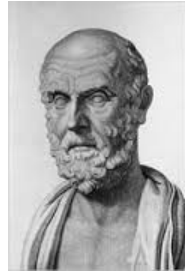
Tło bezpieczeństwa pacjenta



Erasmus+

- Kodeks Hammurabiego (-1760?):

Odpowiedzialność
medyczna



- Hipokrates (-460):

“Primum non nocere”

(„Po pierwsze nie szkodzić”)

- Florence Nightingale (1820-1910):

Środki zapobiegawcze

- Philipp Semmelweis (1818-1865):

Higiena rąk

- Ernest Codman (1869-1940):

Rejestracja błędów

- Beecher i Todd (1954)

Zgony związane ze znieczuleniem
i chirurgią (Ann Surg; 1954)

- Anesthesia Patient Safety
Foundation (1985)

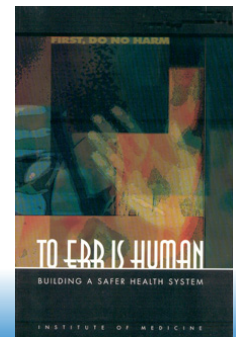
”Patient safety”

- Brennan et al: (1991)

Częstość występowania AE i
zaniedbanie w szpitalach (NEJ,
1991)

- IOM (1999):

Błądzić jest rzeczą ludzką



- Błędy systemu
- Bezpieczeństwo pacjenta musi być priorytetem
- Kultura bezpieczeństwa



Od prostego i nieskutecznego leczenia...

...do innych znacznie bardziej efektywnych i zaawansowanych metod





Erasmus+

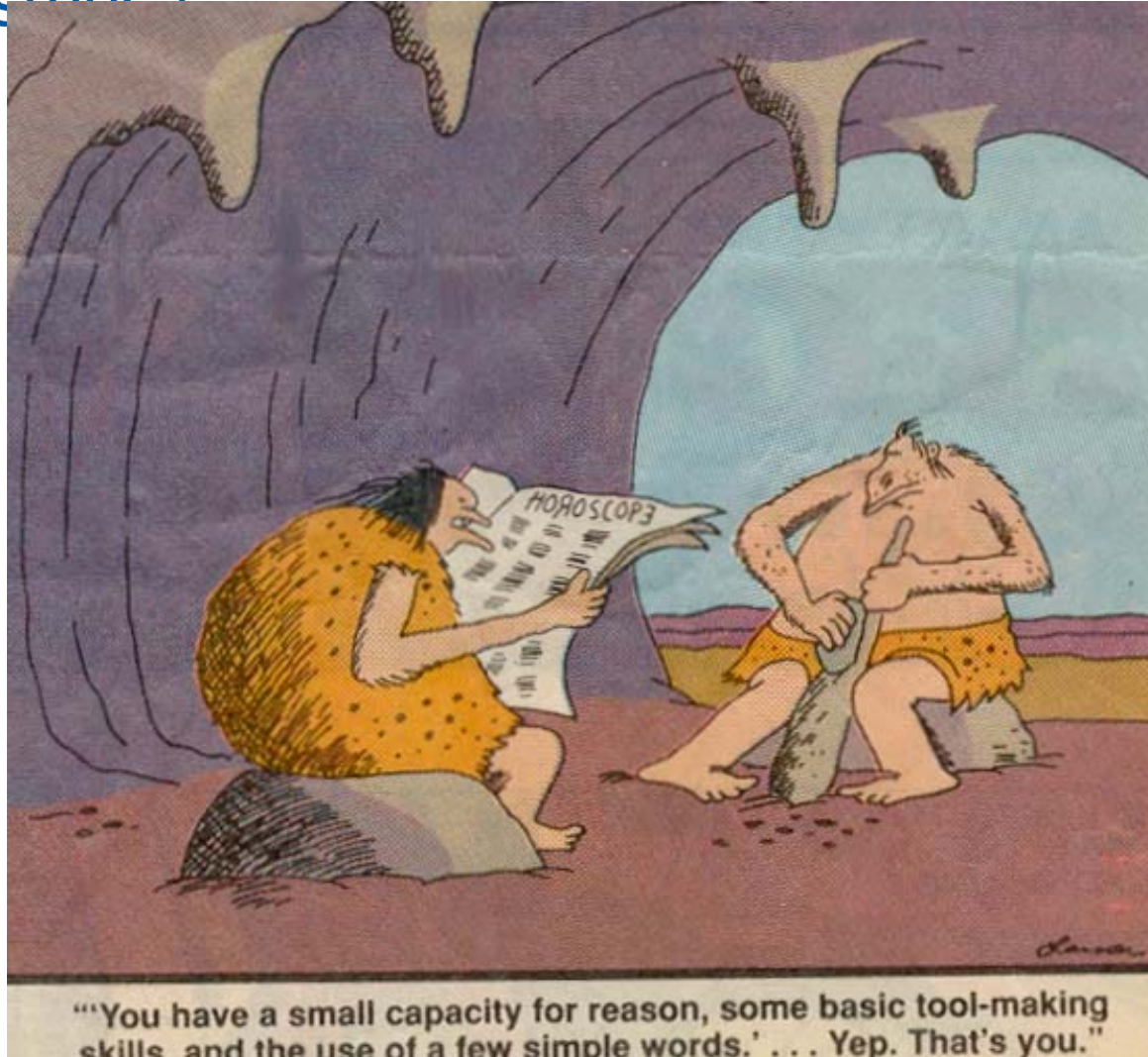
Bezpieczeństwo Pacjenta. O czym rozmawiamy?

- 👉 “Redukcja ryzyka możliwej do uniknięcia szkody związanej z opieką zdrowotną do dopuszczalnego minimum. Dopuszczalne minimum odnosi się do zbiorowych pojęć wynikających z aktualnej wiedzy, dostępnych zasobów i kontekstu, w którym udzielono opieki ważonego ryzykiem braku leczenia lub innej metody leczenia” (WHO, ICPS, 2009)
- 👉 “Zapobieganie szkodom u pacjentów” (IOM)
- 👉 “Zmniejszanie i łagodzenie niebezpiecznych działań w systemie opieki zdrowotnej, również poprzez wykorzystywanie najlepszych praktyk, prowadzących do uzyskania optymalnych wyników leczenia pacjenta (Kanadyjski Słownik Bezpieczeństwa Pacjenta)

Błądzić jest rzeczą ludzką



Erasmus I



„Masz małą zdolność rozumowania, kilka podstawowych narzędzi, umiejętności i używasz kilku prostych słów”... Tak to Ty.”



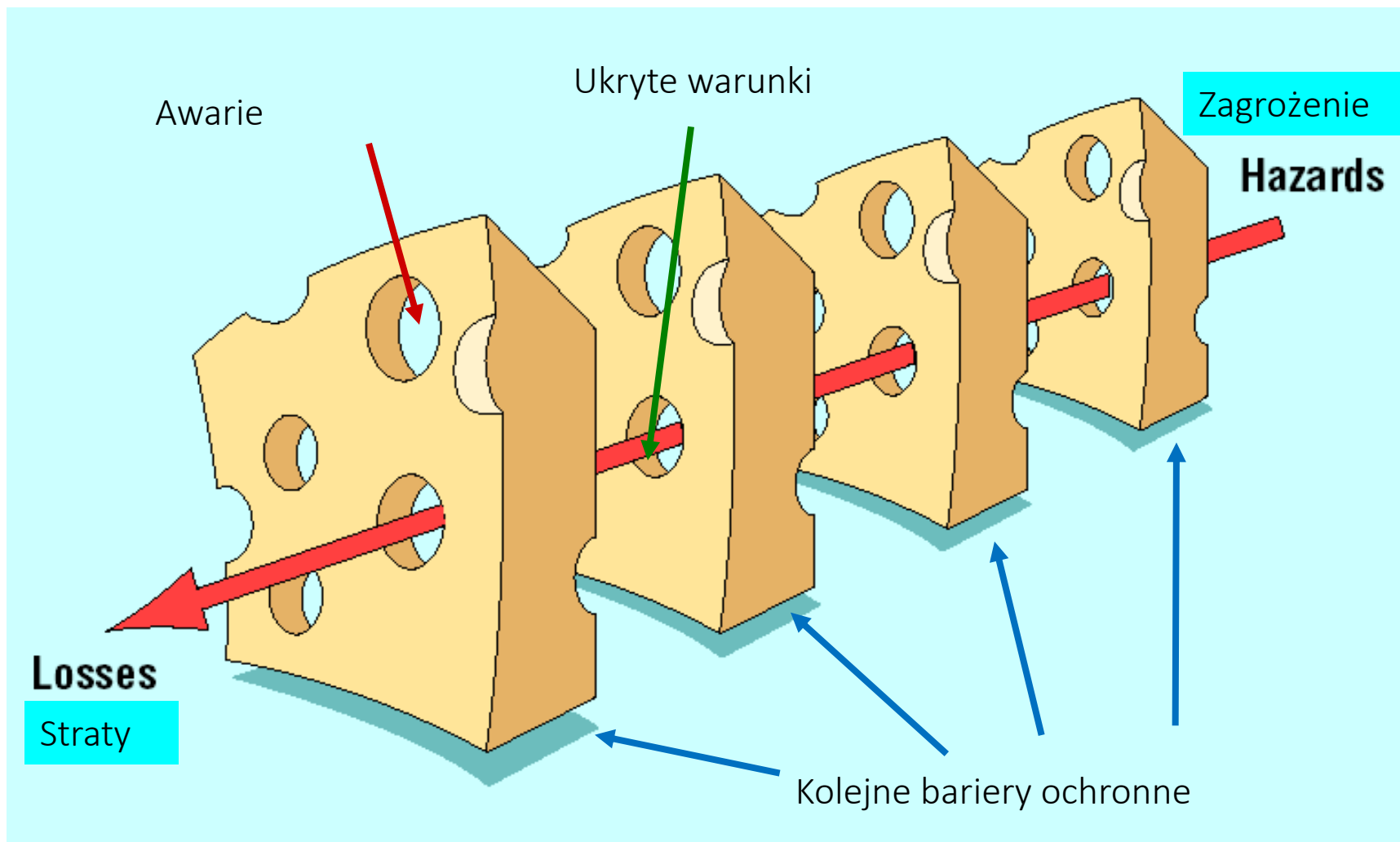
Erasmus+

Człowiek popełnia błędy, ponieważ system, zadania
i procesy z którymi pracuje są źle zaprojektowane

Lucian Leape. Harvard School of Public Health



Przyczyny wg. Modelu Szwajcarskiego Sera



Źródło: Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:768–70.

doi: 10.1136/bmj.320.7237.768.



Erasmus+

Co znaczy bezpieczeństwo pacjenta?

- S**ense that clinical errors exist (Poczuj, że błędy kliniczne istnieją)
- A**ctions to prevent them (Podejmij działania zapobiegawcze)
- F**ollow the evidence to control them (Postępuj zgodnie ze wskazówkami, aby je kontrolować)
- E**nquire into adverse events (Zapytaj o zdarzenia niepożądane)
- T**ake appropriate improvement measures (Podejmij właściwe środki poprawy)
- Y**our responsibility (Twoja odpowiedzialność)

BEZPIECZEŃSTWO



Erasmus+

Poziomy Bezpieczeństwa Pacjenta





Erasmus+

Częstość występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalach: 9,2% (IC95%: 4,6-12,4%)



Źródło: Estrategia de Seguridad del USA Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020.

Error management

The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review

E N de Vries,¹ M A Ramtani,² S M Smorenburg,² D J Gouma,¹ M A Boermeester¹

¹Department of Surgery, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands; ²Department of Pharmacy, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Netherlands

Correspondence to: M A Boermeester, Department of Surgery (04102), Academic Medical Centre, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands; m.a.boermeester@amc.uva.nl

Accepted: 7 October 2007

ABSTRACT
Background: Adverse events in hospitals constitute a serious problem with grave consequences. Many studies have been conducted to gain an insight into the problem, but a general overview of the data is lacking. We performed a systematic review of the literature on in-hospital adverse events.
Methods: A formal search of Embase, Cochrane and Medline was performed. Studies were reviewed independently for methodology, inclusion and exclusion criteria and endpoints. Primary endpoints were incidence of in-hospital adverse events and percentage of preventability. Secondary endpoints were adverse event outcome and subdivision by provider of care, location and type of event.
Results: Eight studies including a total of 74 485 patient records were selected. The median overall incidence of in-hospital adverse events was 9.2%, with a median percentage of preventability of 43.5%. More than half (56.7%) of patients experienced no or minor disability, whereas 41% of events were fatal. Operator (59.6%) and medication-related (15.1%) events constituted the majority. We present a summary of evidence-based interventions aimed at these categories of events.
Conclusions: Adverse events during hospital admission affect nearly one out of 10 patients. A substantial part of these events are preventable. Since a large proportion of the in-hospital events are operation- or drug-related, interventions aimed at preventing these events have the potential to make a substantial difference.

Adverse events (AEs) in hospitals are now widely agreed to be a serious problem, annually killing more people than breast cancer or AIDS. An AE is usually defined as an unintended injury or complication resulting in prolonged hospital stay, disability at the time of discharge or death and caused by healthcare management rather than by the patient's underlying disease process.¹ Aside from the direct harm to the patient, AEs are a considerable financial burden to the healthcare system. In 1999, it was estimated that the total costs of preventable AEs in the USA lie between \$17 billion and \$29 billion annually.² In recent years, the focus in thinking about AEs has shifted from the person approach—blaming individuals for errors—to the systems approach. The systems approach assumes that people will make mistakes, and that the system that surrounds them should provide a safety net for those mistakes. Therefore, efforts to diminish AEs should be directed towards a particular system.³ The new approach has shifted the focus of the debate on AEs from the legal consequences associated with personal responsibility, to a more constructive point of view, clearing the way for thinking about solutions.

In the aftermath of the 2001 Institute of Medicine report "To err is human," many large studies have been performed concerning AEs, some of them nationwide. Although many of these studies used similar methods, they report substantially different incidences. A general overview of data on in-hospital AEs is lacking.

To make the important step towards solutions, it is necessary to gain a more detailed understanding of the problem: what percentage of events is preventable, where do the majority of events happen and which type of event is the most frequent? This will enable identification of categories of AEs that are most susceptible to interventions to improve patient safety.

To gain an insight into the overall incidence, preventability, outcome and subdivision by location, provider and type of in-hospital AEs and the nature of related to adverse patient safety interventions, we conducted a systematic review of available data from the literature.

METHODS
Literature search
 Two authors (ENV, MAB) independently performed a formal computer-assisted search of the medical databases Medline (January 1966 to February 2007), Cochrane and Embase (January 1966 to February 2007). Keywords used were "adverse events" and "preventable". Clinical studies published in peer-reviewed journals in the English language were identified. A manual cross-reference search of the reference lists was performed to identify additional relevant articles.

Selection
 In order to be able to reliably compare the data, we defined an AE as follows: an unintended injury or complication resulting in prolonged hospital stay, disability at the time of discharge or death and caused by healthcare management rather than by the patient's underlying disease process. All studies that used this or a similar definition to evaluate the incidence of AEs in adult hospital patients and that included a minimum of 1000 patient records were eligible for inclusion. Studies that evaluated events without linking them to outcomes and studies relying only on computerized scanning data were excluded. Studies that evaluated specific types of AEs only (for example, adverse drug events only) and studies that evaluated specific populations (for example, ICU patients only) were excluded. No abstract publications without subsequent full-text

218 *Qual Saf Health Care* 2008;17(218–223). doi:10.1136/qshc.2007.022982

Źródło: De Vries EN et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Quality & Safety in Health Care. 2008;17(3):216-223.

Uczenie się od innych branż o wysokim ryzyku

Czynnik ludzki i zachowanie bezpieczeństwa pacjenta



- Przywództwo
- Praca zespołowa
- Skuteczna komunikacja
- Wspólna świadomość
- Standaryzowane procedury
- Nauka: stymulacja



WHO Program Bezpieczeństwo Pacjenta

2005-2006:
Czysta opieka
to bezpieczniejsza opieka

2008: Bezpieczna chirurgia
chroni życie

2017:
Medication without arm

2010:
Oporność na antybiotyki



Działania:

- Pacjent dla bezpieczeństwa pacjenta
- System raportowania i uczenia się
- Rozwiązania bezpieczeństwa pacjenta
- Wysokie 5's
- Badania
- Edukacja i szkolenia
- Wiedza i zarządzanie

<http://www.who.int/patientsafety/>



Zalecane Dobre Praktyki

AHRQ Evidence for PSP (2013)	NQF PSP for better healthcare (2010)	JC National PS goals (2014)	WHO Nine patient safety solutions (2007)
<p>HAIs</p> <ul style="list-style-type: none">•Higiena rąk•CLABSI, VAP•CAUTI <p>MEDICATION</p> <ul style="list-style-type: none">•High risk medications•Medication reconciliation•NO dangerous abbreviations <p>SURGERY</p>	<p>HAIs</p> <ul style="list-style-type: none">•Higiena rąk•CLABSI, CAUTI, VAP•SSI, MDRO <p>MEDICATION</p> <ul style="list-style-type: none">•High risk medications <p>SUREGRY</p>	<p>HAIs</p> <ul style="list-style-type: none">•Higiena rąk•CLABSI, CAUTI•SSI <p>MEDICATION</p> <ul style="list-style-type: none">•Medication reconciliation <p>SURGERY</p>	<p>HAIs</p> <ul style="list-style-type: none">•Higiena rąk <p>MEDICATION</p> <ul style="list-style-type: none">•High risk medications•Medication reconciliation•“Look alike, sounds alike” <p>SURGERY</p>
<p>OTHER</p> <ul style="list-style-type: none">•PU, Falls Patient safety culture <p>Handover</p>	<p>OTHER</p> <ul style="list-style-type: none">•PU, Falls•Culture <p>Handover</p>	<p>OTHER</p> <ul style="list-style-type: none">•Patient Identification <p>Handover</p>	<p>OTHER</p> <ul style="list-style-type: none">•Patient Identification <p>Handover</p>

Pojawiające się zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjenta

Uważaj!

- Wzrost wielozadaniowości: skomplikowane przypadki
- Bardziej kompleksowa opieka: wielodyscyplinarne zespoły
- Ograniczenia budżetowe
- Oporność antybiotykowa: zrobić „więcej niż mniej”





Erasmus+

Zwiększanie bezpieczeństwa pacjentów

Filary bezpieczeństwa pacjenta

Ciągłe kształcenie

Przywództwo

Priorytet polityczny

Podejście systemowe

Kultura bezpieczeństwa

Możliwości

Dowody medyczne



Erasmus+

Poważne zdarzenia niepożądane: tło

- Błędy komunikacyjne są często spotykane
- Większość z nich jest związana z procesem przekazywania pacjentów
- Jest to podstawa transformacji opieki nad pacjentem przez zmianę i organizację
- Krytyczne dla zachowania ciągłości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem
- Niewystarczająca praktyka bezpiecznego przekazywania pacjenta może prowadzić do niepotrzebnych readmisji, błędów medycznych, błędów diagnostycznych i szkód w badaniach fizykalnych
- Oznacza to dodatkowe koszty dla szpitali



Erasmus+

Podstawy przekazywania



Erasmus+

Handover

O czym rozmawiamy?



- “..proces przekazywania konkretnych informacji o pacjencie od jednego opiekuna do drugiego, od jednego zespołu opiekunów do następnego lub od opiekuna to pacjenta i jego rodziny w celu zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa pacjenta.” WHO
- Przekazywanie informacji (wraz z autorytetem i odpowiedzialnością) podczas przekazywania opieki; zawiera możliwość zadawania pytań, wyjaśnień i potwierdzeń (AHRQ-TeamSTEPPS)
- „Przekazywanie odpowiedzialności zawodowej i odpowiedzialności za niektóre lub wszystkie aspekty opieki nad pacjentem lub grupą pacjentów innej osobie lub grupie zawodowej na czas określony lub na stałe.” (Australian Medical Association in their ‘Safe Handover: Safe Patients’ guideline . AMA, 2006)

Handover (or Hand-off) Dlaczego to ważne?

- Handover komunikacja może nie zawierać wszystkich istotnych informacji
- Luki w komunikacji mogą powodować groźne zdarzenia niepożądane
- Rozłam w komunikacji był główną przyczyną strażniczych zdarzeń raportowanych do Joint Commission (Wspólnej Komisji)
- Promuje środowisko nauczania
- Ułatwia zaangażowanie pacjenta



Handover or Handoff

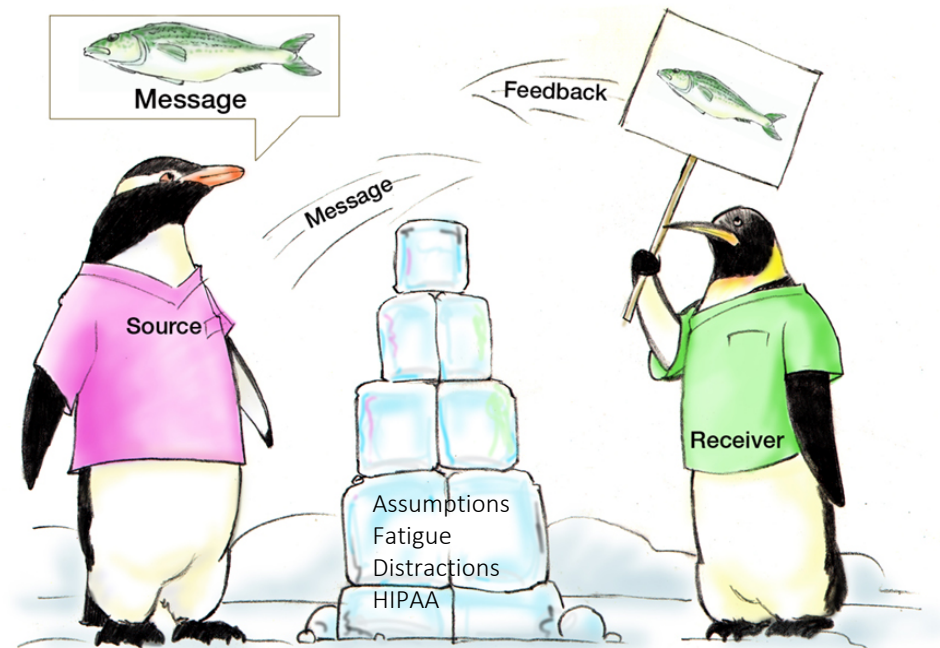
Szansa na jakość i bezpieczeństwo

- Zoptymalizowane informacje
- Skuteczne umiejętności komunikacyjne mają kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta
- Odpowiedzialność - Samoodpowiedzialność
- Umożliwia członkom zespołu efektywne przekazywanie informacji
- Niepewność
- Struktura werbalna
- Listy kontrolne
- Wsparcie informatyczne
- Dowód uznania





- Proces wymiany informacji pomiędzy osobami, departamentami lub organizacjami
- Linia życia, serce zespołu
- Jest skuteczna, gdy przenika każdy aspekt organizac...





Erasmus+ Związła

Przekazuj informacje
w zwięzły sposób



Kompletna

Przekazuj wszystkie
istotne informacje



Skuteczna Komunikacja

Wyrażna

Przekazuj informacje,
które są zrozumiałe



Aktualna

- Stosuj informacje we właściwym czasie, żądaj odpowiedzi
- Sprawdzaj autentyczność
- Weryfikuj poprawność informacji



Erasmus+

Wyzwania komunikacyjne

- Bariera językowa
- Zakłócenia
- **Physical proximity**
- Osobowości
- Obciążenie pracą
- Różne style komunikacji
- Konflikt
- Brak weryfikacji informacji
- Zmiana w systemie zmianowym



Erasmus+

Handover (or Hand-off) Gdzie następuje przekazanie opieki nad pacjentem?



Przyjęcie w
podstawowej
opiece
zdrowotnej



Przekazanie
kolejnej zmianie
(lekarze)



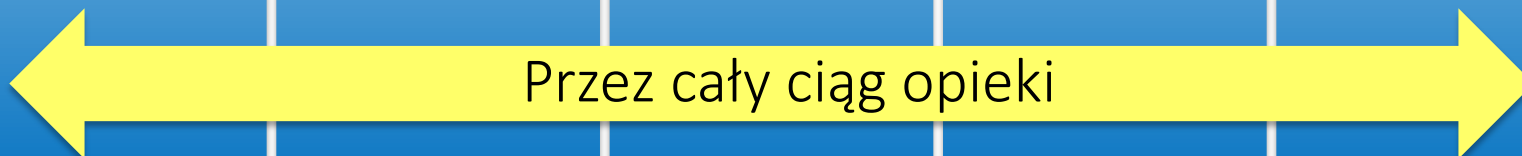
Przekazanie
kolejnej
zmiianie
(pielęgniarki)



Przeniesienie
między
oddziałami lub
obiektami



Wypis do
domu lub
innego
ośrodka



Przez cały ciąg opieki



Erasmus+

- Podział w komunikacji
- Częstotliwość przerw
- Brak miejsca
- Ograniczenia czasowe
- Przekazywanie pacjenta w czasie weekendu

Rozpoznane ryzyko w przekazywaniu pacjentów

- Niekompletne lub pominięte informacje
- Niewłaściwe informacje lub powtórzenia
- Spekulacja
- Niezgodność

Jak często przekazujemy pacjenta ?



Przekazywanie pacjenta powtarza się coraz częściej, ponieważ różne zespoły opiekują się tą samą grupą pacjentów w ciągu danego dnia



Tryby przekazywania pacjentów

- Twarzą w twarz: przy łóżku pacjenta, w pokoju lekarskim lub pielęgniarskim
- **Taped**
- Pisemnie
- Przez telefon





Erasmus+

Korzyści z przekazywania pacjentów przy łóżku

- Pacjenci byli lepiej poinformowani
- Daje pacjentom możliwość zaangażowania się w opiekę nad nimi
- Wzrost satysfakcji pacjenta
- Minimalizacja błędów
- Poprawa relacji lekarz-pielęgniarka-pacjent



Erasmus+

Komunikacja związana z bezpiecznym przekazaniem pacjenta

- Informacje muszą być dostarczane w sposób priorytetowy, jasny, zwięzły i chronologiczny
- Informacje powinny zawierać:
 - Plan opieki nad pacjentem
 - Leczenie
 - Aktualny stan
 - Wszelkie ostatnie i przewidywane zmiany

Części składowe właściwego przekazania

Przykład komunikacji podczas przekazywania pacjentów

Polityka

Umieść w widocznym miejscu standardowe podejście do komunikacji przekazywania pacjenta pomiędzy zmianą personelu, pomiędzy różnymi jednostkami opieki nad pacjentem, w trakcie transferu pacjenta

Dostawca

Upewnij się, że osoba odpowiedzialna aktualizuje informacje dotyczące statusu pacjenta, leków, planów leczenia, planowanych kierunków i jakichkolwiek zmian istotnych dla wyników badań

Pacjent

- Angażuj pacjentów i ich rodziny w decyzje dotyczące opieki na poziomie, na który ich dotyczy
- Dostarczaj pacjentowi informacje na temat jego stanu zdrowia, planu leczenia w sposób zrozumiały dla pacjenta

Komunikacja przekazania:
zmiana-zmiana
jednostka – jednostka

- Użyj standaryzowanego podejścia, aby minimalizować chaos
- Poświęć wystarczająco dużo czasu na odpowiedzi na pytania personelu
- Włącz kroki powtórnego czytania jako część procesu przekazywania
- Ogranicz wymianę informacji, do tych które są niezbędne, by zapewnić bezpieczną opiekę nad pacjentem

Komunikacja przekazania:
wypis

Dostarcz pacjentowi i następnej osobie sprawującej opiekę informacji o diagnozie, planach leczenia, lekach i wynikach badań

Ten przykład niekoniecznie jest odpowiedni dla wszystkich rodzajów opieki zdrowotnej



Skuteczne wdrożenie
na poziomie szpitala



Erasmus+

Kluczowe zasady dla klinicznego przekazywania pacjentów

- **Przywódcy.** Muszą wszechstronnie rozumieć proces bezpiecznego przekazywania pacjenta i zapewnić wszystkim uczestnikom biorącym udział w przekazywaniu pacjenta zrozumienie procesu.
- **Wartość przekazywania pacjenta.** Przekazywanie w szpitalach jest wartością i istotną częścią codziennej pracy.
- **Uczestnicy procesu przekazywania.** Identyfikuj uczestników procesu włączając ich w regularne przeglądy klinicznego procesu przekazywania pacjentów.
- **Czas przekazywania.** Zawsze, gdy następuje zmiana odpowiedzialności (w tym transport pacjenta z oddziału na badania diagnostyczne). Terminowość przekazania pacjenta ma zasadnicze znaczenie dla zabezpieczenia zrównoważonego i skutecznego procesu leczenia.



Erasmus+

Kluczowe zasady dla klinicznego przekazywania pacjentów

- **Miejsce przekazania.** Ustal spokojne miejsce, w którym może nastąpić kliniczne przekazanie pacjenta. Korzystniej jest gdy przekazanie następuje osobiście i w obecności pacjenta (przekazanie przy łóżku)
- **Poufność:** Niektóre informacje są właściwe do przekazania przy łóżku, inne nie. Użyj swojej oceny klinicznej, ale zaangażuj pacjenta gdzie tylko możesz.

Źródło: IMPLEMENTATION TOOLKIT. Standard Key principles fro Clinical Handover.

NSW Department of Helath. Sydney. Australia:

https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/acute-care/safe_clinical_handover/implementation-toolkit.pdf



Erasmus+

Dobre praktyki w przekazywaniu

- Każdy szpital powinien opracować własną strategię przekazywania pacjentów
- Generalne podejście do przekazywania pacjentów powinno być ujednolicone w całym szpitalu
- Podejście to powinno zostać opracowane po konsultacjach z zespołem, aby zapewnić sukces procesu
- Kliniczne przekazywanie jest tak samo ważne dla wszystkich członków zespołu, zarówno młodych jak i seniorów



Kto?

- Zespoły z wszystkich/specyficznych jednostek
- Zarówno młodzi, jak i seniorzy

Kiedy?

- Główne przekazywanie najkorzystniej wykonać rano
- Pomiędzy zmianami

Gdzie?

- W pobliżu najbardziej używanych obszarów pracy
- Bez zakłóceń

Jak?

- Format i struktura w celu zapewnienia odpowiedniej wymiany informacji: narzędzia komunikacji
- Musi mieć wyraźnego przywódcę

Co?

- Należy ustalić priorytety w celu zapewnienia, że najważniejsze informacje są przekazywane i rozumiane



Erasmus+

Edukacja przekazywania pacjenta

- Wszystkie poziomy personelu medycznego wymagają sesji edukacyjnej, która obejmuje zasady bezpiecznego przekazywania pacjentów
- Treść przekazywani pacjenta zawiera wszystkie kliniczne notatki i inne ważne dokumenty pacjenta (**legibility, detail and identification of authorship**)
- Trzeba wiedzieć, jak korzystać z dostępnych narzędzi (tj. systemów elektronicznych, formularzy)
- Programy szkoleniowe dla nauczycieli są bardzo użyteczne



Opis miejscowego programu szkoleń

Do Dyskusji

Pytania?



MAP4E 16/1/KA202/23016

Projekt wspierany przez Komisję Europejską.