70 Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ελέγχου Λοιμώξεων, ΑΘΗΝΑ, 6-7 Νοεμβρίου 2014

Η σημασία της «διερεύνησης των αιτιών» των νοσοκομειακών λοιμώξεων

Μαρία Κάργα, Νοσηλεύτρια Π.Ε, Msc, PhD
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

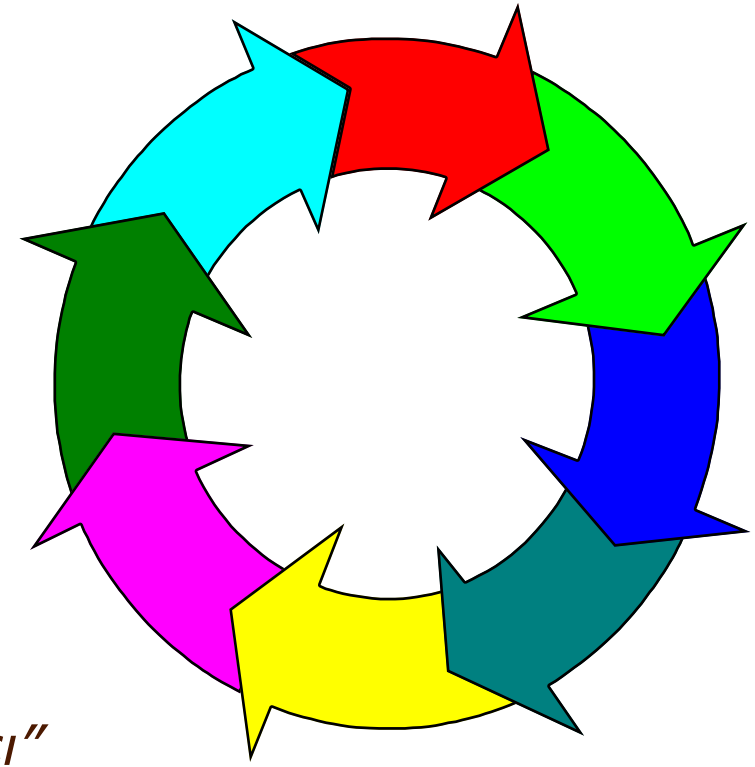
Γιατί είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τις αιτίες των λοιμώξεων;

Αλληλένδετες έννοιες

Λοιμώξεις
(ποσοτικός δείκτης)

και

Ασφάλεια Ασθενούς



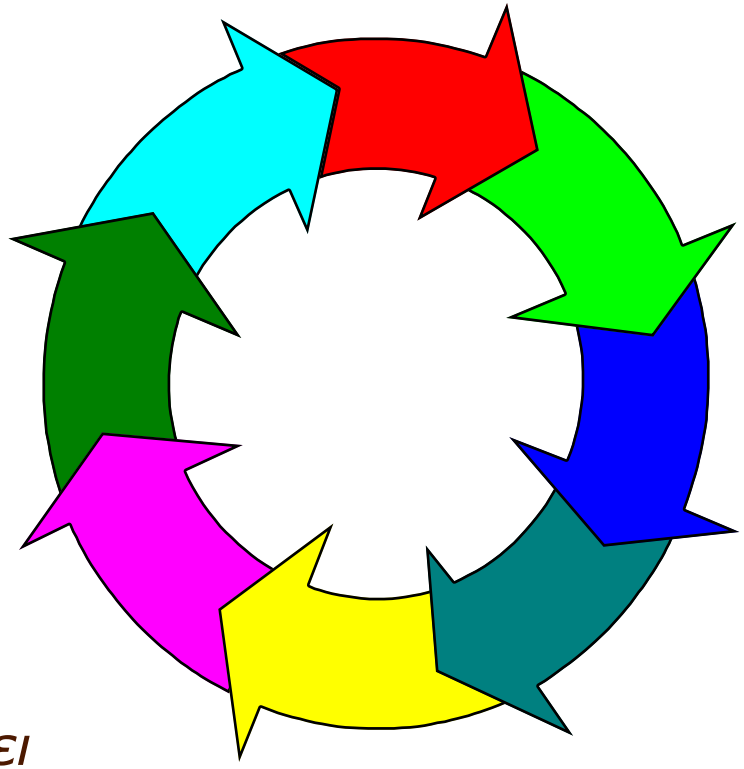
"Ό,τι δε μετριέται δεν υπάρχει"
Kelvin

Αλληλένδετες έννοιες

Λοιμώξεις
(ποσοτικός δείκτης)

και

Ασφάλεια Ασθενούς



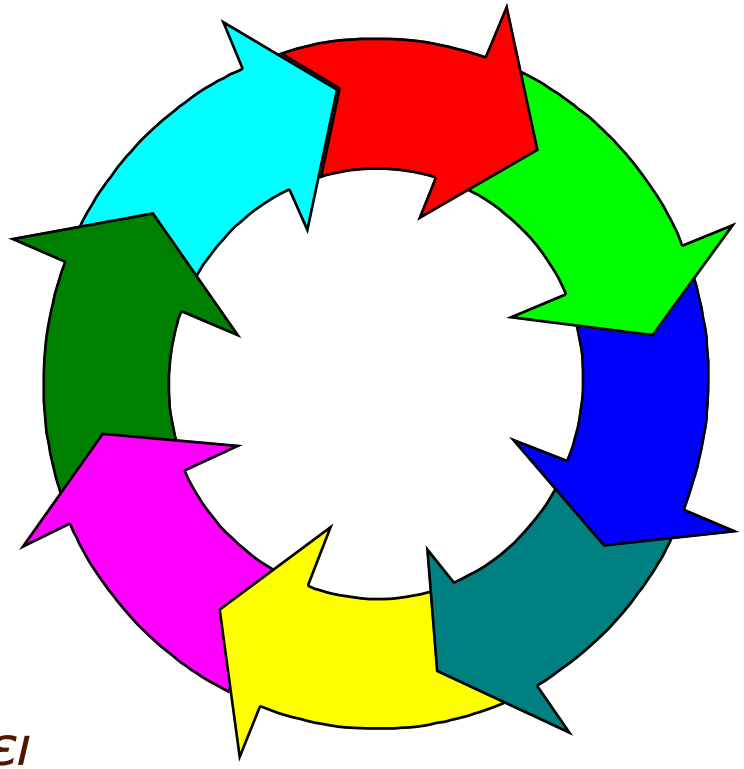
Ότι δε μετριέται δεν υπάρχει
Kelvin

Αλληλένδετες έννοιες

Λοιμώξεις
(ποσοτικός δείκτης)

και

Ασφάλεια Ασθενούς



Ότι δε μετριέται δεν υπάρχει
Kelvin

Ασφάλεια Ασθενών στην Ελληνική πραγματικότητα

Οι λοιμώξεις ΠΛΕΟΝ

ΩΣ

Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητών

……

Η ασφάλεια των ασθενών ως Διεθνής Στόχος

- WHO
- Ευρωπαϊκή Ένωση (Luxembourg Declaration, 2005, SImPaTie, Eunetpas)
- Δραστηριότητες Ο.Ο.Σ.Α.

Γιατί η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί διεθνή στόχο;

ΛΟΓΩ

1. των συνεπειών στην ποιότητα ζωής και της απώλειας ανθρώπινων ζωών (ασθενείς)

2. της συσχέτισης με δικαστικές διεκδικήσεις για αποζημιώσεις από τη μεριά των ασθενών και των ασφαλιστικών ταμείων.

3. της συσχέτισης με την έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Γιατί η ασφάλεια των ασθενών και άρα οι λοιμώξεις αποτελούν διεθνή στόχο;

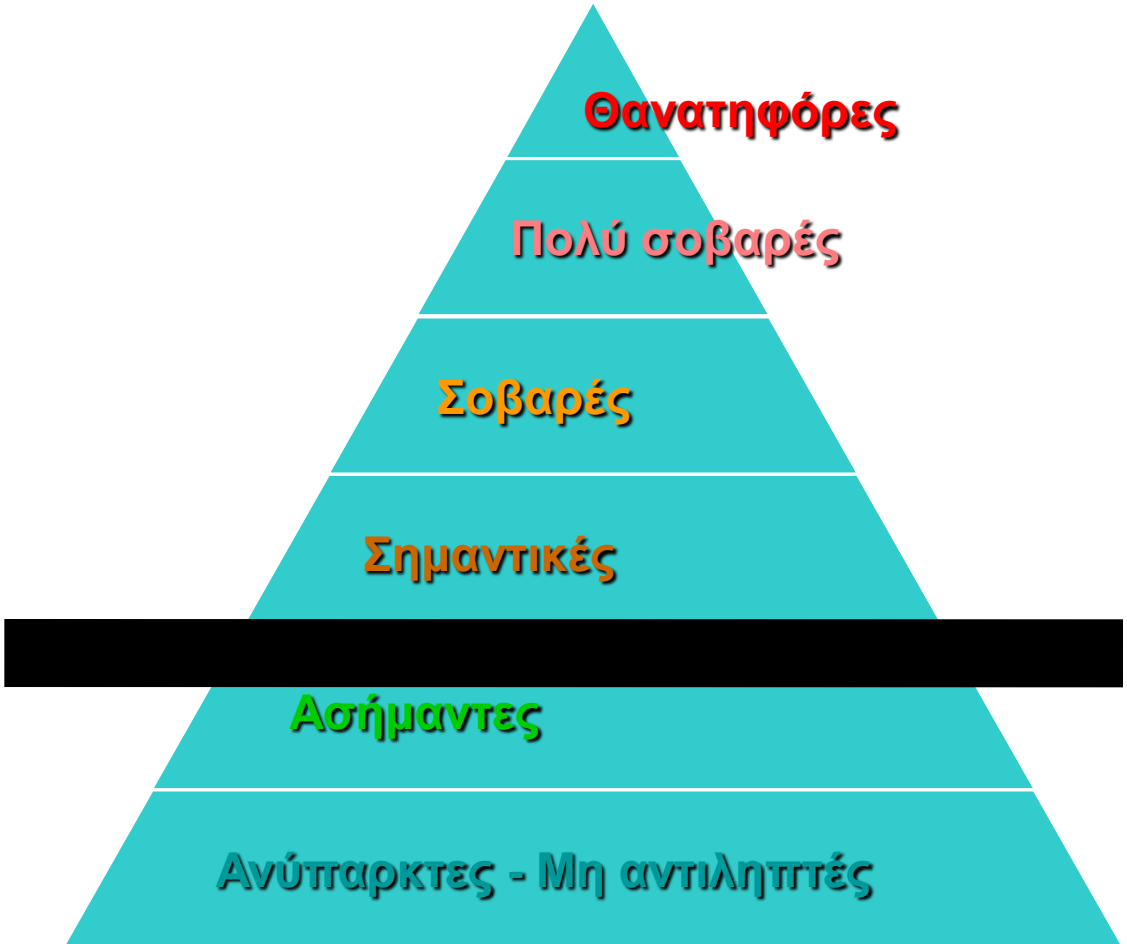
Διότι επηρεάζουν αρνητικά

- Την ανθρώπινη ζωή (ποσοτικά)
- Την Ποιότητα ζωής
- Τους διαθέσιμους πόρους

(οικονομικοί – υλικοί - ανθρώπινοι)

Κρίνοντας εκ του αποτελέσματος...

Οι συνέπειες των λοιμώξεων διαβαθμίζονται ως εξής:



Πώς αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας τις λοιμώξεις;

Λάθη που κατέγραψαν νοσηλευτές...

ΠΕΡΙΠΡΑΞΗ ΛΑΘΟΥΣ
1. «Κοθάρισα δύο διαφορετικούς ασθενείς μεταίδια γάντια»
2. «Περιποιήθηκα τον καθετήρα ασθενή στη ΜΕΘ και στο διπλανό κρεβάτι ήταν ασθενής με ψευδομονάδα. Πήγα μεταγάντια στο διπλανό κρυσίνο να πάρω νοσηλευτικό υλικό»
3. «Δεν αλλάχθηκαν οι σωκευές έγχυσης των φορμάκων εντός 24 ώρου αλλάσε 48 ώρες»
4. «Εκαδώσει σποσειρωμένα γάντια για ανακάνει ασθενής αλλαγή χωρίς να ελέγξω αν είχε εκπαδευτεί ναταβάλει μετο σωστότρόπο»
5. «Κακή χρήση σποσειρωμένου υλικού»
6. «Χρήση μαλιδίου για καλλιέργεια περιτονάϊκού υγρού το οποίο είχε λήξει»

Κάργα Μ. Διδακτορική Διατριβή (2009). Η διαχείριση των λαθών στη Νοσηλευτική πρακτική

Τι ισχύει στην κλινική πρακτική;

Οι λοιμώξεις θεωρούνται

Αναμενόμενη ΕΠΙΠΛΟΚΗ....

Ενημερώνουμε τους συγγενείς
Έτσι ώστε να το περιμένουν...

Η εκδήλωση
νοσοκομειακών λοιμώξεων
είναι
ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ
Άρα είναι δύσκολο έως απίθανο
να βρεθεί ο ένας που προκάλεσε
τη βλάβη.

ΣΤΟΧΟΣ

ZERO TOLERANCE

ΜΗΔΕΝΙΚΗ ΑΝΟΧΗ

Στις λοιμώξεις

Διαχείριση των λοιμώξεων

Σε ατομικό επίπεδο

Σε συστημικό επίπεδο

Failure Mode Effect Analysis

Root Cause Analysis

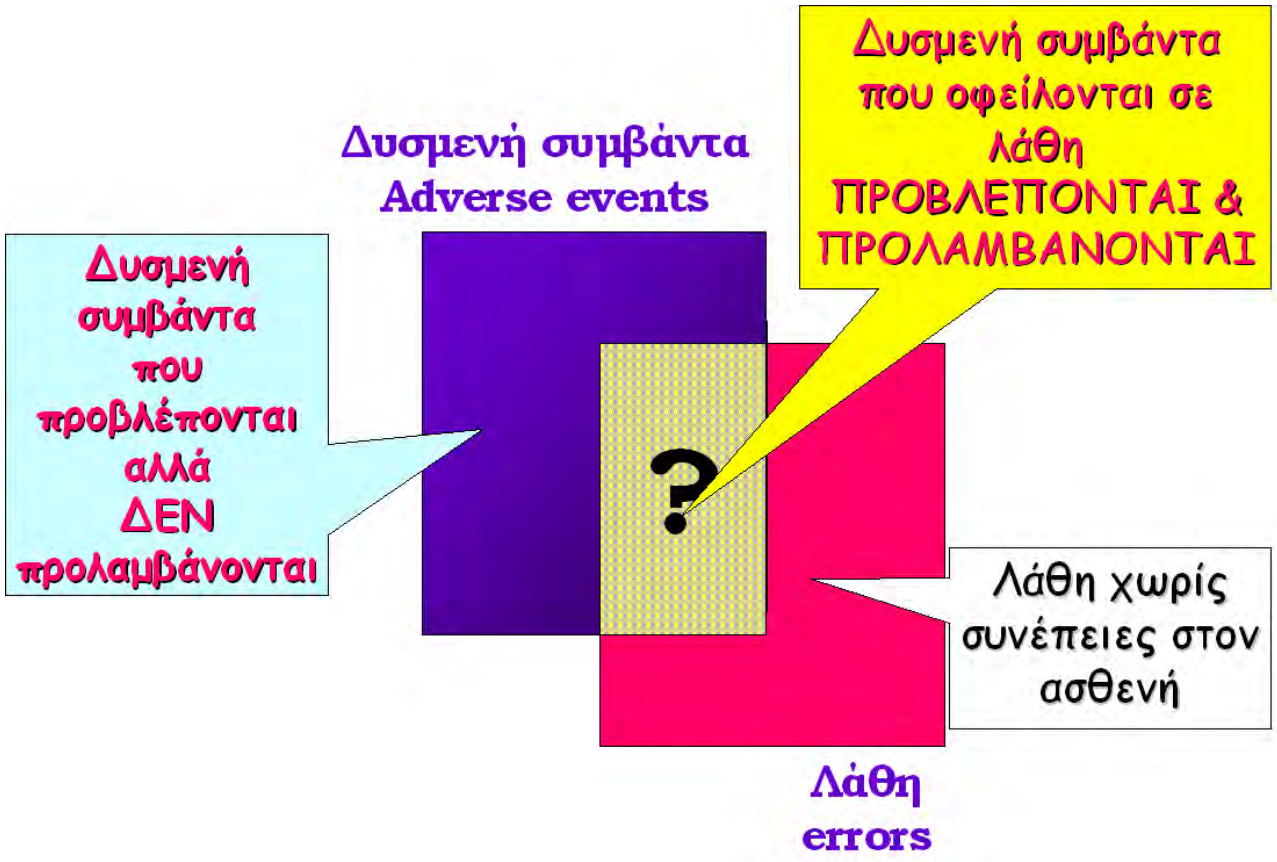
Η σχέση ΛΑΘΩΝ

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ (δυσμενών) ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ

&

των Λοιμώξεων

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ


Δυσμενή συμβάντα
Adverse events
Δυσμενή συμβάντα που οφείλονται σε λάθη ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ & ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ
Δυσμενή συμβάντα που προβλέπονται αλλά ΔΕΝ προλαμβάνονται
?
Λάθη χωρίς συνέπειες στον ασθενή
Λάθη
errors

Ανάλυση πρωταρχικής αιτίας

Why?
because...
Why?
because...
Why?
because...
Why?
because...
Why?
because...

Κρίσιμα ερωτήματα.....

Πότε;

Πώς;

Πού;

Ποιος;

Τι;

ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΗ ΑΙΤΙΑ: ο βασικός αιτιολογικός παράγοντας, ο οποίος αν διορθωθεί ή εξαλειφθεί, θα αποτραπεί η επανάληψη ανάλογων συμβάντων στο μέλλον

Root Cause Analysis in Health Care:
Tools and Techniques

Joint Commission Resources

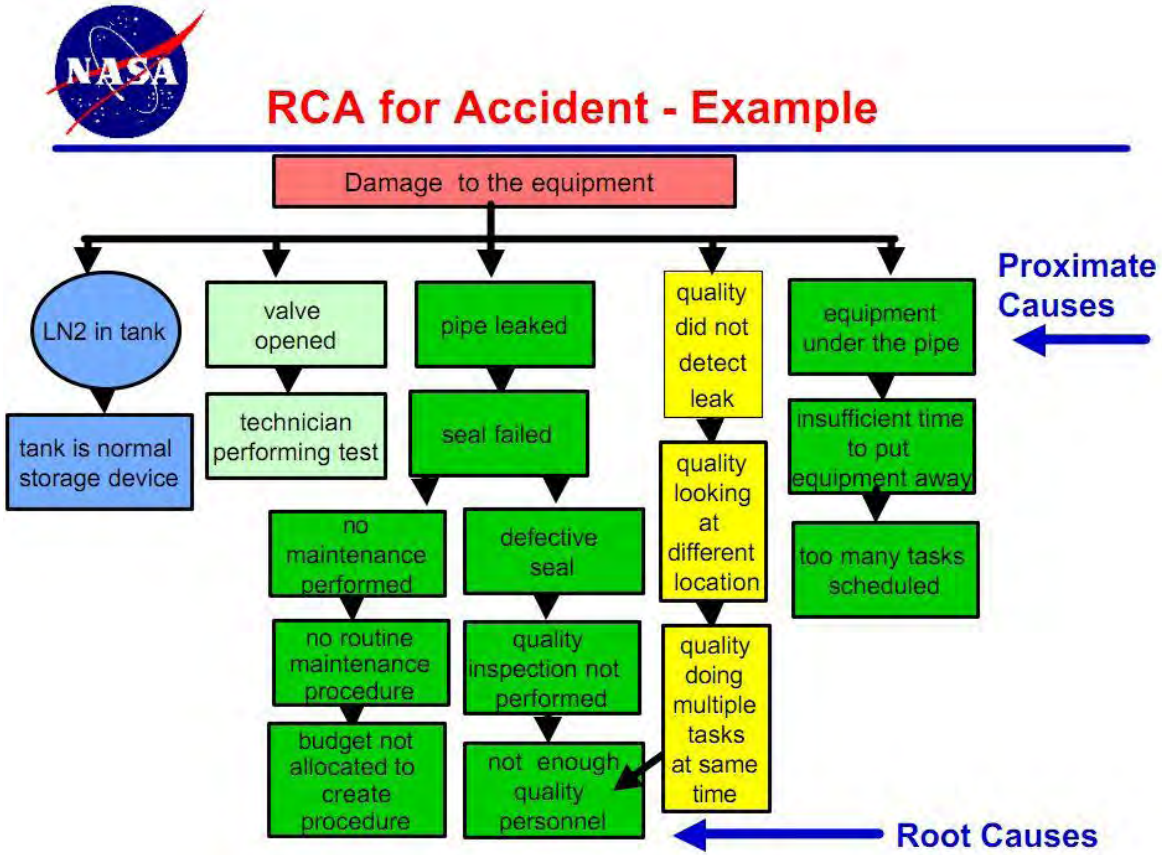
Joint Commission International

Edited by
Richard J. Croteau, M.D.

Fourth Edition

1. Why did it happen?
Each step must explain the step above...
2. Why did that happen?
3. Why was that?
4. And why was that?
5. And why was that?
...Down to the underlying root cause.
ROOT CAUSE

Η NASA μας δείχνει το δρόμο



Οι οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας

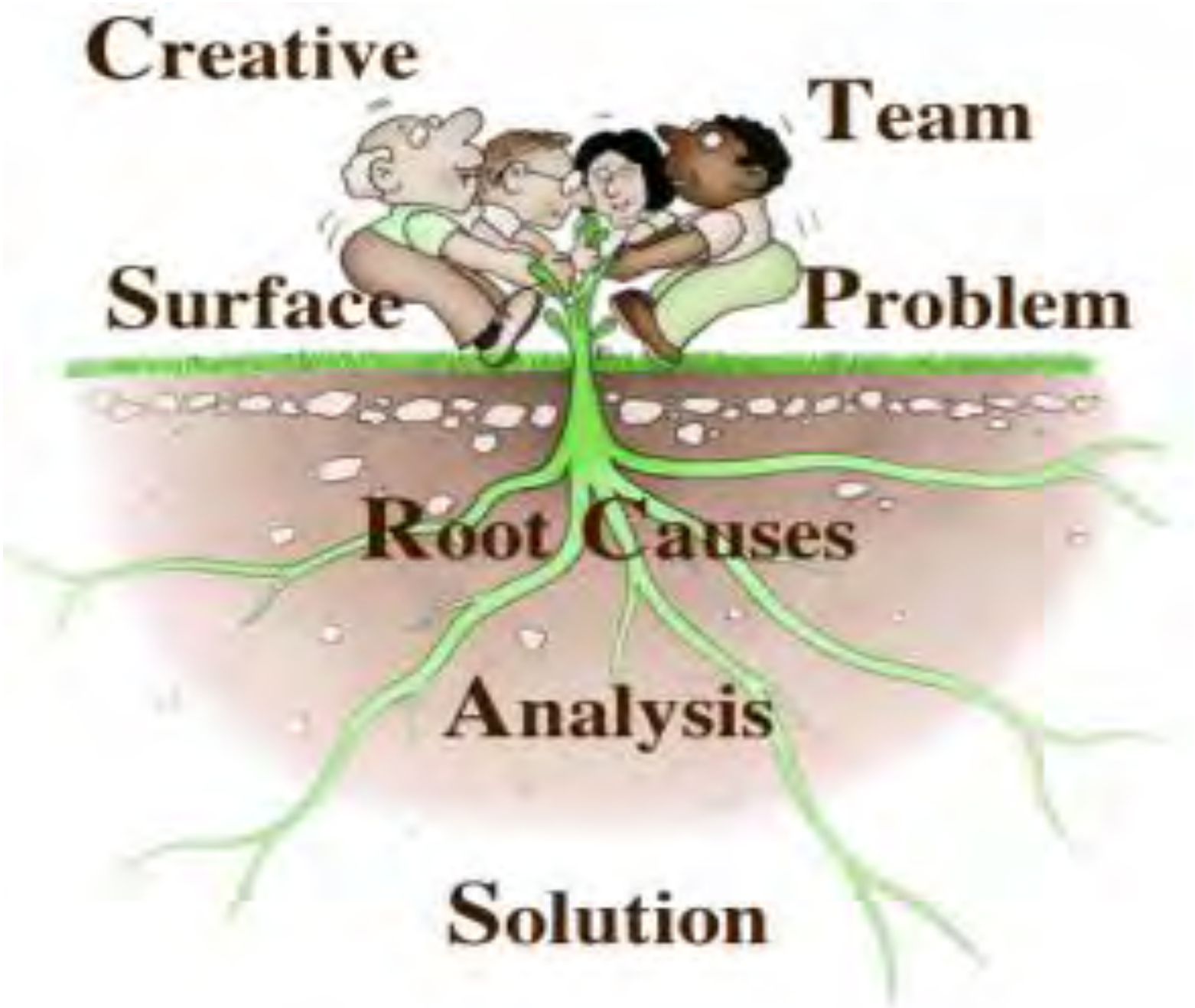
γενικεύουν τα περιστατικά που οφείλονται σε λάθη αντί να τα απομονώνουν,

αντιμετωπίζουν τα λάθη πολύπλευρα, αναζητώντας τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν στο σύστημα

αντί να τα αντιμετωπίζουν στο στενό χώρο που συνέβησαν,

προσδοκούν να συμβεί το χειρότερο και εκπαιδεύονται έτσι ώστε να είναι προετοιμασμένοι για αυτό σε όλα τα επίπεδα.

Τι από αυτά ισχύει στις υπηρεσίες υγείας;;;


Creative
Team
Surface
Problem
Root Causes
Analysis
Solution

Use an Adaptable Root Cause Analysis Process

- Interviews
- Protect Equipment/Parts
- Documents, Records, Diagrams
- Creative Disassembly of Parts
- Expert Investigation

- Flowchart
- Fishbone Diagram
- Timeline Plots
- Distribution Histograms
- Pareto Charts
- FMEA

- Brainstorming
- Brain Writing
- Is-Is Not Table
- Why Tree (Fault Tree Analysis)
- 5/7 Whys (and test Why Tree)

- Evaluation Table
- Affinity Diagrams
- Relationship Digraph

- Project Management

Lifetime Reliability Solutions
www.lifetime-reliability.com

Επίπεδο ανάλυσης του λάθους	**Ερωτήσεις για την ανάλυση του λάθους**	Ευρήματα	**Είναι αυτή πρωταρχική αιτία;**
Τι λάθος συνέβηκε;	Δώσε λεπτομέρειες		
	Πότε και πού συνέβηκε;		
	Ποιοι τομείς του νοσοκομείου επηρεάστηκαν;		
Γιατί συνέβηκε;	Ποια είναι η διαδικασία στη διάρκεια της οποίας έγινε το λάθος;		
Ανθρώπινοι παράγοντες	Ποιοι ανθρώπινοι παράγοντες σχετίζονται;		
Τεχνολογικοί παράγοντες	Σχετίζεται κάποιο τεχνολογικό προϊόν;		
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Επέδρασαν κάποιοι περιβαλλοντικοί		

Επίπεδο ανάλυσης του λάθους	Ερωτήσεις για την ανάλυση του λάθους	Ευρήματα	Είναι αυτή η πρωταρχική αιτία;
Πληροφορία/ επικοινωνία	Σε τι βαθμό διαχέονται οι σχετικές πληροφορίες; Είναι επαρκή και ξεκάθαρα τα δίκτυα επικοινωνίας;		
Εκπαίδευση εισαγωγική συνεχιζόμενη			
Ηγεσία	Σε τι βαθμό υπάρχει η σχετική κουλτούρα για θέματα ασφάλειας στα ηγετικά στελέχη;		
Άλλοι παράγοντες	Επέδρασαν κάποιοι άλλοι παράγοντες;		

Μοντέλο

Ταξινόμησης της

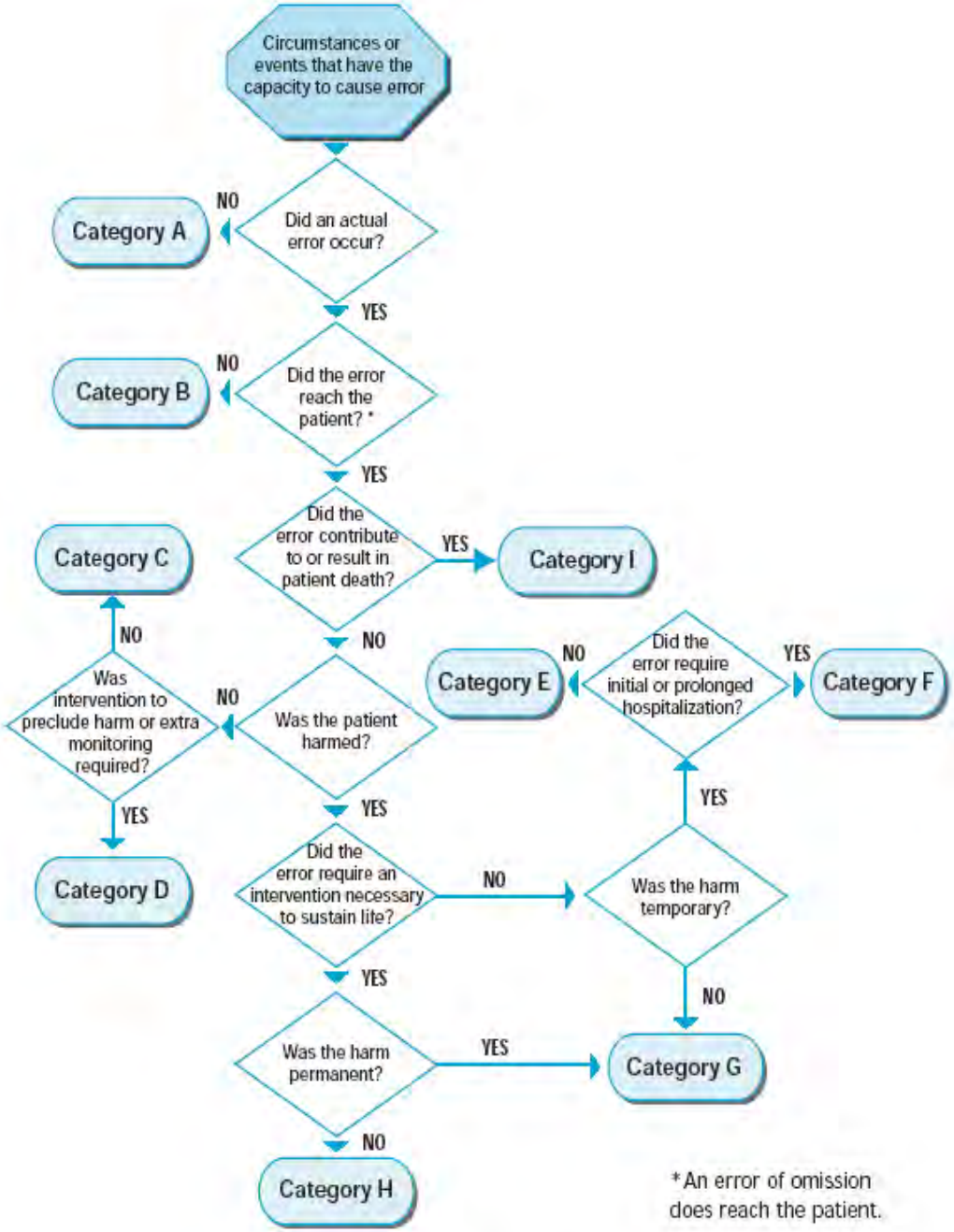
βαρύτητας των

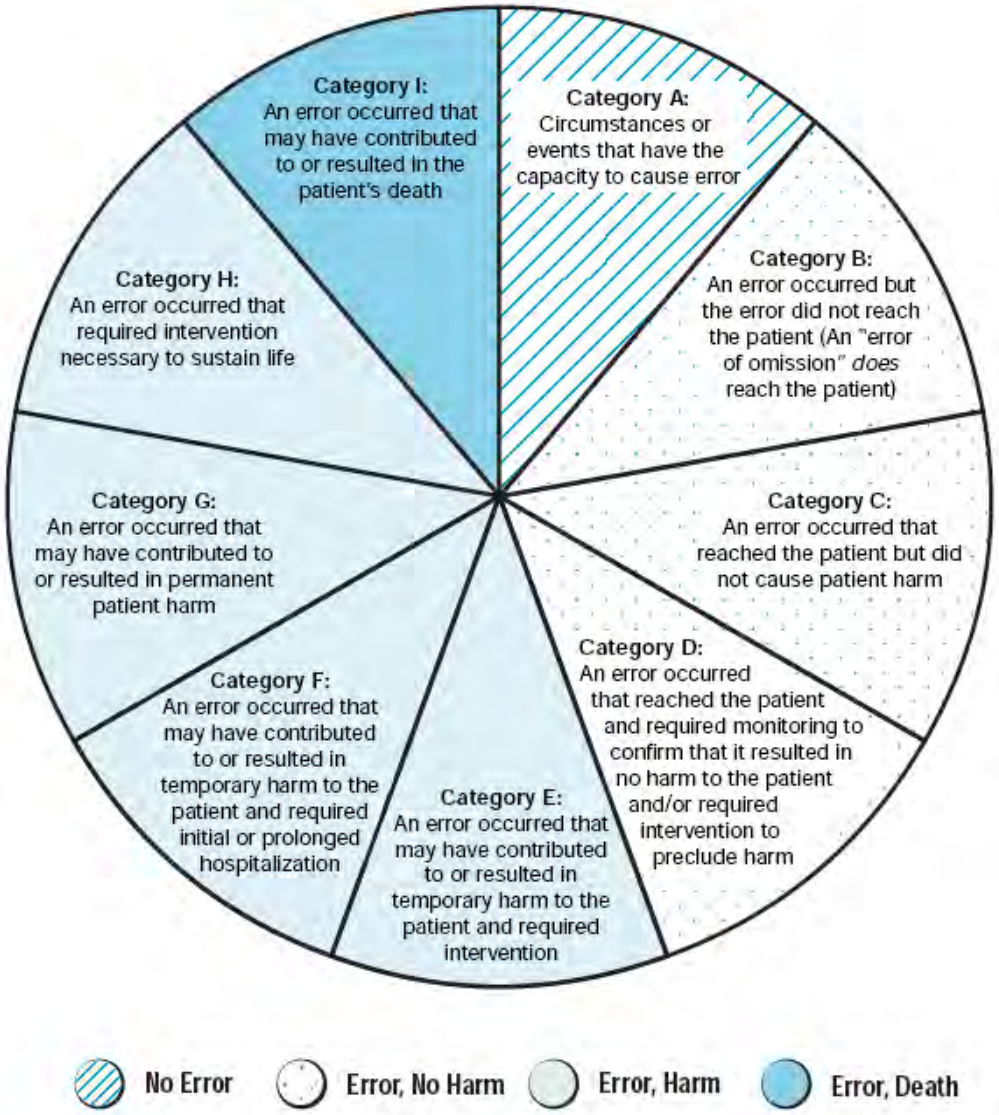
Φαρμακευτικών λαθών

Μπορούμε να φτιάξουμε

κάτι αντίστοιχο

για τις λοιμώξεις;




Category I:
An error occurred that may have contributed to or resulted in the patient's death
Category A:
Circumstances or events that have the capacity to cause error
Category B:
An error occurred but the error did not reach the patient (An "error of omission" *does* reach the patient)
Category C:
An error occurred that reached the patient but did not cause patient harm
Category D:
An error occurred that reached the patient and required monitoring to confirm that it resulted in no harm to the patient and/or required intervention to preclude harm
Category E:
An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required intervention
Category F:
An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization
Category G:
An error occurred that may have contributed to or resulted in permanent patient harm
Category H:
An error occurred that required intervention necessary to sustain life
No Error
Error, No Harm
Error, Harm
Error, Death

Τα λάθη θα πρέπει να είναι αναμενόμενα ακόμα και στους καλύτερους οργανισμούς.

Συστήματα τα οποία βασίζονται
στο αλάθητο των επαγγελματιών
είναι καταδικασμένα να αποτύχουν

(Leape, 1994)

ISMP Medication Safety Alert!®

Nurse Advise-ERR®

educating the healthcare community about safe medication practices — november 2006 — volume 4, issue 11

Since when is it a crime to be human?

Two weeks ago, a nurse from Wisconsin was charged with criminal *negligent homicide* in the medication error-related death of a 16-year-woman during labor. The nurse accidentally administered a bag of epidural analgesia by the intravenous route instead of the intended penicillin. The criminal complaint (www.wha.org/legalAndRegulatory/DCcriminalcomplaint11-2-06.pdf) alleges that the nurse failed to follow the "five rights," did not use an available bedside bar-code scanning system, and did not read the label of the medication.

Like so many other healthcare professionals around the country, we were deeply saddened by the tragic loss of life in this case and extend our condolences to the patient's family. We have also been supportive of the nurse involved in the error, as she works through the agony of having made a fatal error, faces potential action against her nursing license, and copes with the loss of her job of 15 years.

> Filing criminal charges against a nurse involved in a medication error is unquestionably egregious.

Now, as she faces the threat of 6 years in jail and a $25,000 fine, some may be hasty in their judgment of this case, without knowing all the facts. It is important to keep in mind that there is usually much more to a medication error than what is presented in the media or a criminal complaint. For example, while the criminal complaint alleges that the nurse failed to follow the "five rights"[1] and did not use an available bedside bar-coding system, some of the most safety-minded hospitals across the nation with bar-coding systems have yet to achieve a 100% scanning rate for patients and drug containers.

This incident is similar to a 1998 case involving three nurses in Denver who were indicted for criminally *negligent homicide* and faced a possible 5-year jail term for their role in the death of a newborn who received IV penicillin G benzathine.[1,2] At first glance, it appeared to many that disciplinary measures might be warranted in that case. But when working pro bono for one nurse's attorney, ISMP found more than 50 deficiencies in the medication use system that contributed to the error. Had even one of them been addressed before the incident, the error would not have happened or would not have reached the infant. Fortunately, in the Denver case, the nurse who stood trial was rightfully acquitted of the charges by a jury of laymen that deliberated for less than one hour.

While there is considerable pressure from the public and the legal system to blame and punish individuals who make fatal errors, filing criminal charges against a healthcare provider who is involved in a medication error is unquestionably egregious and may only serve to drive the reporting of errors underground. The belief that a medication error could lead to felony charges, steep fines, and a jail sentence can also have a chilling effect on the recruitment and retention of healthcare providers—particularly nurses, who are already in short supply.

continued on bottom of next page

Nurse Fund

Concerned friends and colleagues have started a fund to help support Julie—the nurse involved in this error. Checks can be made payable to "Friends of Julie T" and sent to the Park Bank, P.O. Box 8989, Madison, WI 53708-8989.

nicecatch

What's in your ADC? Sorted alphabetically by brand name, the antiarrhythmic **BREVIBLOC** (esmolol) and the anesthetic **BREVITAL** (methohexital) followed one another on an automated dispensing cabinet (ADC) located in a nodal procedure area. This led a nurse to accidentally remove Brevibloc instead of Brevital and eventually place the wrong medication at the patient's bedside. Fortunately, another nurse and the physician caught the error during the "time out" period immediately before the procedure, although medication verification is not typically part of the process. The near miss reminds us that, whenever feasible, products with look-alike names should not appear sequentially on ADC screens. In this case, the pharmacy also now dispenses maintenance infusions of esmolol for patients as prescribed.

safetywires

Conflicting volume on label. Pharmacy prepared an infusion of **ACTIVASE** (alteplase), 50 mg/50 mL, in an empty 100 mL IV container. The pharmacy label stated "50 mg/50 mL, to be infused over 1 hour," but the nurse who administered the drug saw "100 mL," which was printed by the manufacturer on the front of the plastic container. Believing the total volume in the bag was 100 mL, the nurse set the pump at 100 mL/hour, and the drug infused over 30 minutes. Fortunately, no harm resulted, but the incident illustrated how mistakes can happen if the actual total volume of drug and diluent differs from the volume on the manufacturer's label. Since nurses may only "see" the most prominent information on a container, pharmacists at the hospital decided to cover the "100 mL" portion of the manufacturer's label with the pharmacy label if the actual volume in the bag differs significantly.

continued on next page

Supported by an educational grant from McKesson

Οι λοιμώξεις αποτελούν

Πραγματικότητα

Αν αναγνωρίσουμε τις αιτίες τους, μπορούμε να προλάβουμε παρόμοιες στο μέλλον

Αν τις αγνοήσουμε, διακυβεύουμε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

**"One moment in time,
A lifetime to forget"**