

Cultura de Seguridad

11 de Junio 2019

Dr. García Elorrio

IECS

Ocho recomendaciones para alcanzar un sistema ultra seguro



1. El liderazgo sostiene la cultura

Improving safety requires an organizational culture that enables and prioritizes safety. The importance of culture change needs to be brought to the forefront, rather than taking a backseat to other safety activities.



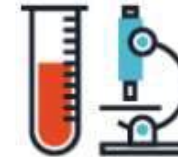
2. Vigilancia centralizada y coordinada de SP

Optimization of patient safety efforts requires the involvement, coordination, and oversight of national governing bodies and other safety organizations.



3. Las medidas reflejan resultados significativos.

Measurement is foundational to advancing improvement. To advance safety, we need to establish standard metrics across the care continuum and create ways to identify and measure risks and hazards proactively.



4. Se invierte en investigación e innovación en SP

To make substantial advances in patient safety, both safety science and implementation science should be advanced, to more completely understand safety hazards and the best ways to prevent them.



Ocho recomendaciones para alcanzar un sistema ultra seguro



5. La SP se analiza en la continuidad del cuidado

Patients deserve safe care in and across every setting. Health care organizations need better tools, processes, and structures to deliver care safely and to evaluate the safety of care in various settings.



6. El personal recibe apoyo

Workforce safety, morale, and wellness are absolutely necessary to providing safe care. Nurses, physicians, medical assistants, pharmacists, technicians, and others need support to fulfill their highest potential as healers.



7. Los pacientes y las familias son socios

Patients and families need to be actively engaged at all levels of health care. At its core, patient engagement is about the free flow of information to and from the patient.



8. La tecnología es segura y mejora las SP

Optimizing the safety benefits and minimizing the unintended consequences of health IT is critical.

¿Por qué la cultura es clave para mejorar la calidad de atención al paciente en su organización?



Table 1: Link between safety culture and climate and patient outcomes

Outcome	Studies	Key findings	Subtyping
Safety culture			
Adverse events and medication errors	<ul style="list-style-type: none"> 1 cross-sectional correlation study from the USA, Canada and Great 1 before and after study from the USA 	Better safety culture was associated with fewer adverse events. Safety initiatives also simultaneously improved safety culture and patient outcomes	Positive link
Safety climate			
Readmissions	<ul style="list-style-type: none"> 1 cross-sectional correlation study from the USA 	Poor safety climate was associated with increased readmissions for heart attacks and heart failure	Positive link
Length of stay	<ul style="list-style-type: none"> 1 cross-sectional correlation study from the USA 	Deductions in safety climate were associated with increased length of stay	Positive link
Mortality	<ul style="list-style-type: none"> 1 cross-sectional correlation study from the USA 	Safety climate was not associated with mortality in acutely patients	No link
Complications	<ul style="list-style-type: none"> 1 before and after study from the USA 1 cross-sectional correlation study from the Netherlands 	Improved safety climate was associated with reduced surgical complications in one study but not another. There was no link between safety climate and pressure ulcer rates	Mixed findings
Medication errors	<ul style="list-style-type: none"> 2 cross-sectional correlation studies from the USA 	Safety climate influenced medication errors and the impact of safety initiatives on medication errors	Positive indirect link
Composite adverse events	<ul style="list-style-type: none"> 1 cross-sectional correlation study from the USA and Canada 1 before and after study from the USA 	Better safety climate was associated with fewer adverse events or less serious adverse events, but there were conflicting findings. Safety initiatives simultaneously improved safety climate and patient outcomes	Mixed findings
Improved processes and greater economies	<ul style="list-style-type: none"> 1 before and after study from the UK 2 cross-sectional correlation studies from the UK and USA 	Safety improvement initiatives were associated with enhanced processes, outcomes and safety climate, but safety climate improvements happened first it is unclear whether they precede or cause positive change	Indirect link

- Cultura de seguridad
- Medicación
- Clima de seguridad
- Readmisión
- Estadía
- Mortalidad
- Complicaciones
- Medicación
- Eventos adversos
- Mejora de procesos

Más evidencia

Open Access

Research

BMJ Open Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review

Jeffrey Braithwaite, Jessica Herkes, Kristiana Ludlow, Luke Testa, Gina Lamprell

Conclusions Synthesised, although there was no level 1 evidence, our review found a consistently positive association held between culture and outcomes across multiple studies, settings and countries. This supports the argument in favour of activities that promote positive cultures in order to enhance outcomes in healthcare organisations.

Figure 3 Key associations between culture and patient outcomes.

	System-related patient outcomes	Well-being outcomes	Clinical outcomes
Exclusively positive associations	15 (24.2)	13 (21.0)	5 (8.1)
Positive associations and no associations	8 (12.9)	6 (9.7)	8 (12.9)
No associations	2 (3.2)	3 (4.8)	1 (1.6)
Negative associations and no associations	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Exclusively negative associations	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Indeterminate or mixed results	8 (12.9)	4 (6.5)	5 (8.1)

Braithwaite J, et al. *BMJ Open* 2017;**7**:e017708. doi:10.1136/bmjopen-2017-017708

Sobre las estadios de la cultura de seguridad



Patient Safety Culture evolves



Pathological
Why waste our time on safety?



Reactive
We do something when we have an incident



Bureaucratic
We have systems in place to manage all identified risks



Proactive
We are always on the alert for the risks that might emerge



Generative
Risk management is an integral

Manchester Patient Safety Framework (MPSF), NHS, 1st Jan. 2006

Manchester Patient Safety Framework NHS 2006

Sobre los errores y su solución

“La gente comete errores , que conducen a accidentes. Accidentes que pueden conducir a la muerte”.

La solución estándar es culpar a la personas involucradas . Si descubrimos quien cometi6 errores y los castigamos se resuelven los problemas , ¿no?

Mal. El problema es rara vez el fallo de un individuo; es el culpa del sistema. Cambiar las personas sin cambiar la sistema y los problemas continuarán" .



Una visión compartida

By Mark R. Chassin

VIEWPOINT

Improving The Quality Of Health Care: What's Taking So Long?

DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0809
HEALTH AFFAIRS 32,
NO. 10 (2013): 1761-1765
©2013 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

¿Por qué cuesta tanto?

- Foco en sobreuso y desperdicio
- Promoción de herramientas de mejoras de proceso adaptadas a salud
- Intervenir en la cultura organizacional

Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy

A Systematic Review

Sallie J. Weaver, PhD; Lisa H. Lubomksi, PhD; Renee F. Wilson, MS; Elizabeth R. Pfoh, MPH; Kathryn A. Martinez, PhD, MPH;
and Sydney M. Dy, MD, MSc

- Recorridas ejecutivas
- Intervenciones para mejorar el trabajo en equipo
- Capacitacion para mejorar la comunicacion entre profesionales.

La evidencia no da señales consistentes por resultados heterogeneos-.

Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review

Renata Teresa Morello,¹ Judy A Lowthian,¹ Anna Lucia Barker,¹ Rosemary McGinnes,¹ David Dunt,² Caroline Brand¹

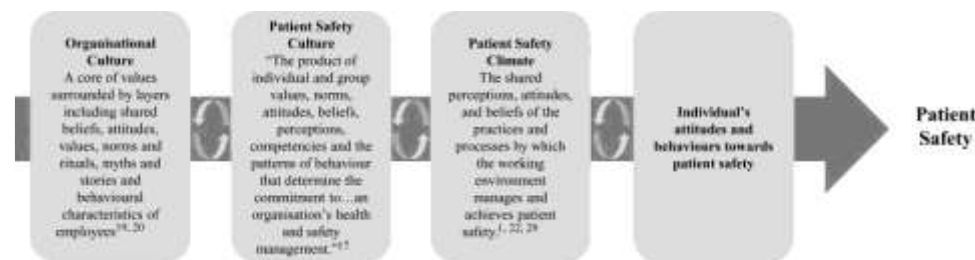


Figure 1 Patient safety culture model.

"Si bien hubo marcada heterogeneidad en los estudios, se reportaron 11 estrategias entre las que rondas ejecutivas y programas multifacéticos podrían tener impacto en la seguridad del paciente"

Morello RT, et al. *BMJ Qual Saf* 2013;**22**:11–18. doi:10.1136/bmjqs-2011-000582

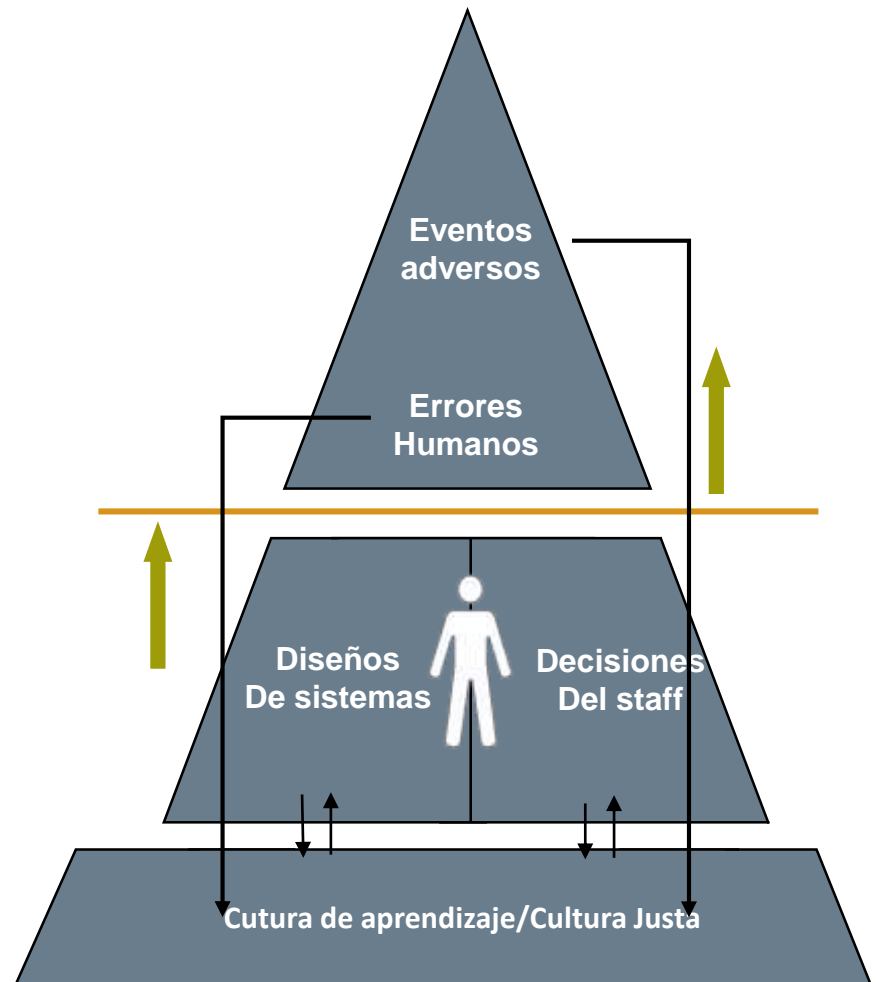
Recorridas Ejecutivas



- Herramienta de sensibilización e interacción grupal para favorecer el dialogo en pos de la seguridad del paciente.
- Inspiradas en la actividad “Gemba” del Toyota Production System.
- Visitas en terreno de 2hs para poder discutir, escuchar y promover iniciativas de seguridad del paciente.
- Se realizan con presencia de funcionarios de diferentes áreas del Hospital.
- Pueden ser útiles para en forma **cualitativa** evaluar el nivel de seguridad

El modelo de la cultura justa

- Crear una cultura abierta y equitativa.
- Crear una cultura de aprendizaje
- Diseñar sistemas seguros
- Manejar decisiones de conducta



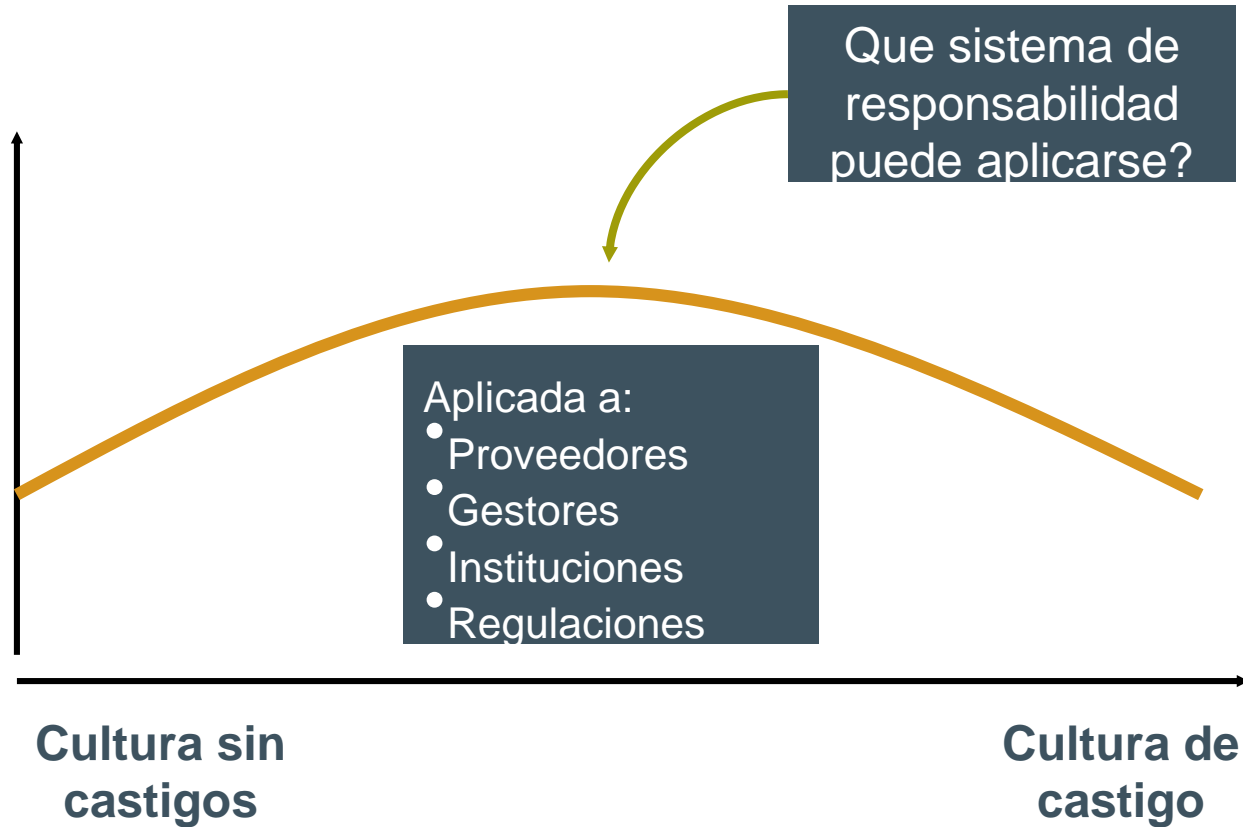
Respuesta de la cultura justa

El problema

Soporte de la seguridad del sistema



David Marx, JD



www.justculture.org

Errar es humano...



Desviarse es humano



Error humano e interacción con el desvío

- Las conductas de riesgo que elegimos nos hacen más propensos a errores humanos
 - Por ejemplo, manejar hablando por teléfono.
- El rendimiento también nos hacen más propenso a un error humano
 - - por ejemplo, fatiga



Conducta de riesgo



Descuido es descuido



Cultura Justa: Algoritmo

ERROR HUMANO

Producto del diseño de nuestro actual sistema y de conductas individuales

Cambios en:

- Procesos
- Capacitación
- Ambiente
- Diseño

- Olvido para administrar un tratamiento
- Error de medicación único

CONSOLAR

CONDUCTA RIESGOSA

El riesgo se creyó insignificante o justificado

- Remoción de incentivos para conductas riesgosas
- Crear incentivos para conducta segura
- Aumento de conciencia de situación

- Documentación antedatada
- Excederse en las atribuciones del puesto

CAPACITAR

CONDUCTA TEMERARIA

Desprecio consciente de riesgos sustanciales e injustificables

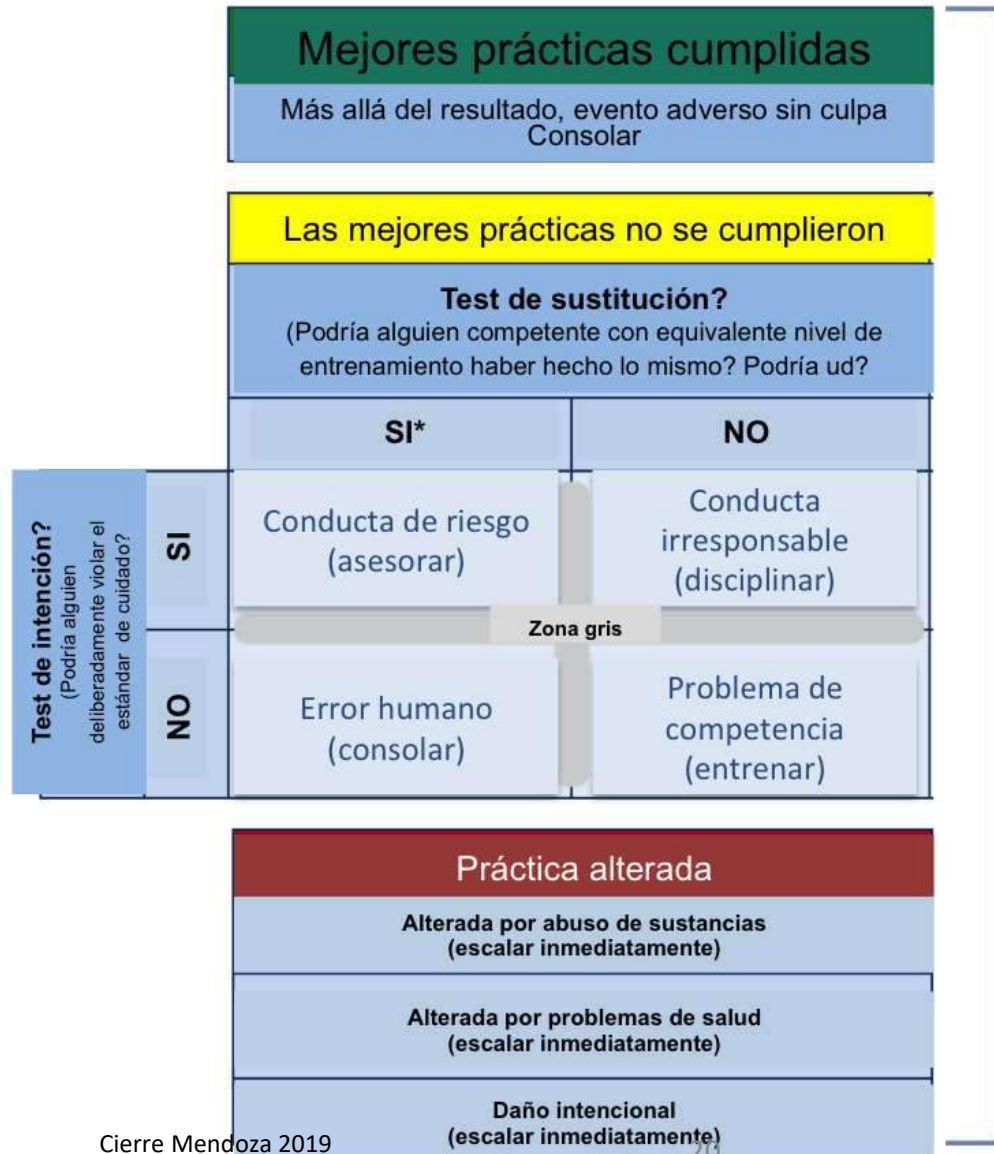
- Acciones punitivas
- Acciones de remedio

- Enfermera no interviene porque no es su cama
- El anestesista se retira del quirófano
- Abandono de guardia
- Error de medicación consciente sin decir nada a nadie

SANCIONAR

HERRAMIENTA DE CULTURA JUSTA

Influenced by the works of James Reason¹ and David Marx^{2,3}



Buscar "fallas del sistema" subyacentes

Cultura Justa: Algoritmo II

1. Choose the column that best describes the caregiver's action. Read down the column for recommended responses.

The caregiver's thinking was impaired by illegal or legal substances, cognitive impairment, or severe psychosocial stressors	The caregiver wanted to cause harm.	The caregiver knowingly violated a rule and/or made a dangerous or unsafe choice. The decision appears to have been made with little or no concern about risk.	The caregiver made a potentially unsafe choice. Faulty or self-serving decision-making may be evident.	The caregiver makes or participates in an error while working appropriately and in the patients' best interests
IMPAIRED JUDGMENT	MALICIOUS ACTION	RECKLESS ACTION	RISKY ACTION	UNINTENTIONAL ERROR
<ul style="list-style-type: none"> Discipline is warranted if illegal substances were used. The caregiver's performance should be evaluated to determine whether a temporary work suspension would be helpful. Help should be actively offered to the caregiver. 	<ul style="list-style-type: none"> Discipline and/or legal proceedings are warranted. The caregiver's duties should be suspended immediately. 	<ul style="list-style-type: none"> Discipline may be warranted. The caregiver is accountable and needs re-training. The caregiver should participate in teaching others the lessons learned. 	<ul style="list-style-type: none"> The caregiver is accountable and should receive coaching. The caregiver should participate in teaching others the lessons learned. 	<ul style="list-style-type: none"> The caregiver is not accountable. The caregiver should participate in investigating why the error occurred and teach others about the results of the investigation.

2. If three other caregivers with similar skills and knowledge would do the same in similar circumstances:

The system supports reckless action and requires fixing. The caregiver is probably less accountable for the action, and system leaders share in the accountability.	The system supports risky action and requires fixing. The caregiver is probably less accountable for the action, and system leaders share in the accountability.	The system supports error and requires fixing. The system's leaders are accountable and should apply error-proofing improvements.
---	--	---

3. If the caregiver has a history of repeatedly making mistakes, the caregiver may be in the wrong position. Evaluation is warranted, and coaching, transfer or termination should be considered. The corrective actions above should be modified accordingly.

The Ochsner Journal 13 (2009-2013)
© Academic Division of Ochsner Clinic Foundation

Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety

Philip G. Boyesen II, MD, MBA, FACP, FCCP, FCCM

Department of Anesthesiology, Ochsner Clinic Foundation, New Orleans, LA, Emeritus Professor, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC

Método integral

1- Preguntarse sobre el profesional de la salud

Juicio deteriorado, Acción Maliciosa, Acción descuidada, Acción riesgosa y Error Intencional

2- Test del reemplazo: ¿Qué hubiesen hecho otros profesionales en la misma situación.

3. Preguntarse si el Sistema permite acciones descuidadas o de riesgo y actuar en su rediseño.

Leonard MW, Frankel A. The path to safe and reliable healthcare. Patient Educ Couns. 2010 Sep;80(3):288-292. Epub 2010 Aug 4.

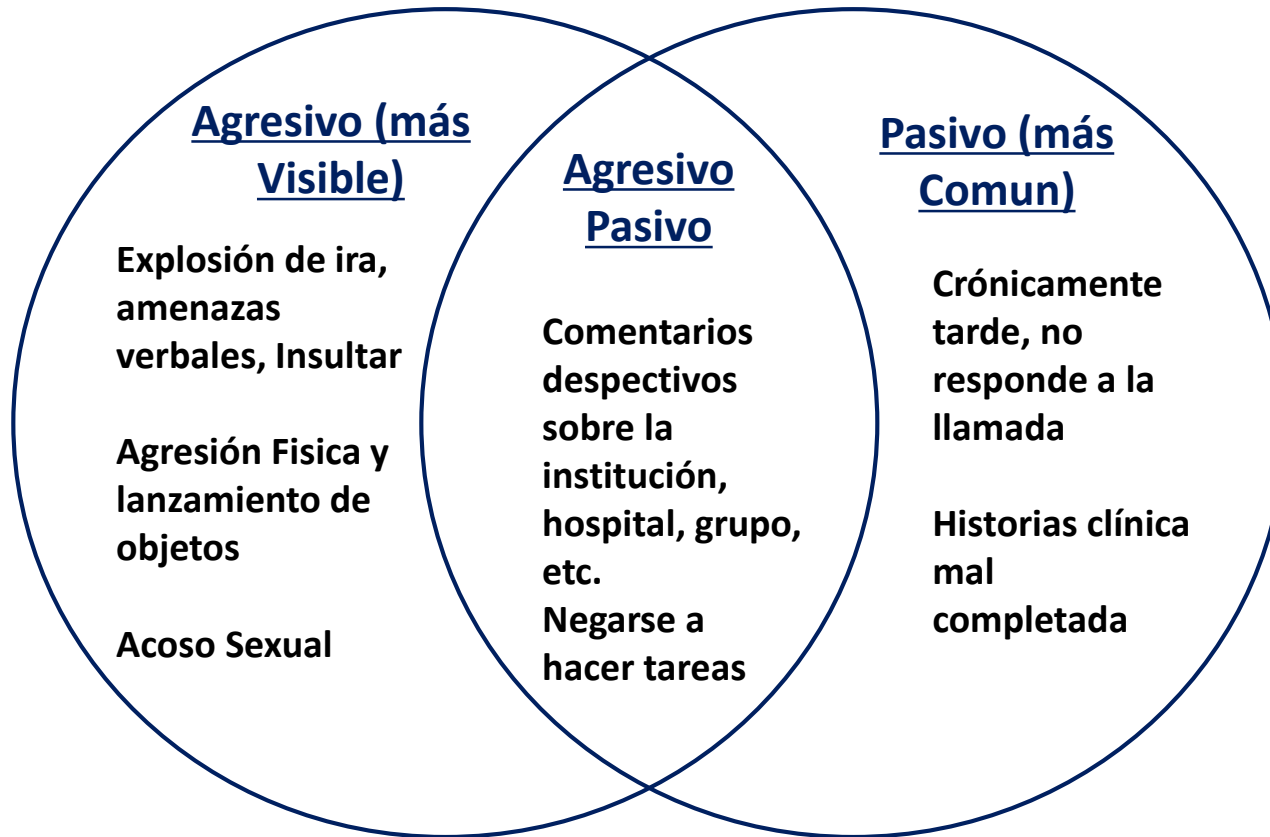
Definición de conducta disruptiva

Comportamiento que interfiere con el trabajo o crea un ambiente hostil , por ejemplo :

abuso verbal , acoso sexual, gritos, groserías , vulgaridades , amenazantes palabras/acciones; contacto físico no deseado ; amenazas de daño ; comportamiento razonablemente interpretado como intimidante conductas agresivas pasivas :, malcomportamiento que crea ambientes estresantes e interfiere con el funcionamiento eficaz de los demás

Vanderbilt University and Medical Center Policy #HR-027

Categorías del comportamiento disruptivo



Samenow CP. Swiggart W. Spickard A Jr. A CME course aimed at addressing disruptive physician behavior. Physician Executive. 34(1):32-40, 2008.

Pirámide de la conducta disruptiva

Hickson GB, Pichert JW,
Webb LE, Gabbe SG,
Acad Med, Nov, 2007



En Resumen

- Los individuos son responsables de sus propias acciones , pero no deben ser considerados responsables de las fallas del sistema.
- Un algoritmo de cultura justa debe ser política en una organización y tiene que ser:
 - Inherentemente entendido por los gestores
 - practicado regularmente por aquellos que evalúan eventos
 - sencillo de entender y recordado por los trabajadores.
- El algoritmo de Cultura Justa en 4 pasos:
 - 1. Identificar comportamiento malicioso y a individuos que tienen estados mentales alterados .
 - 2. Caracterizar acciones como imprudente , arriesgado , error
 - 3. Aplicar la prueba de sustitución: los demás harían lo mismo con habilidades y situaciones similares?
 - 4. Evaluar las personas para conductas problemáticas recurrentes

Algunos modelos de trabajo en equipo

Table 3 Team training programs in healthcare

Simulator-based programs
Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM)
Team Oriented Medical Simulation (TOMS)
Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios (MOSES)
Classroom-based programs
Medical Team Management (MTM)
Geriatric Interdisciplinary Team Training (GITT)
Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)
Triad for Optimal Patient Safety (TOPS)
Managing Obstetric Risk Efficiently OB (MOREOB)
MedTeams
Lifewings
TeamPerformancePlus

Teamwork and Communication in Health Care: a literature review CPSI 2011

Cierre Mendoza 2019

Un modelo integrador:

TeamSTEPPS

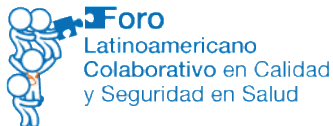
Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety



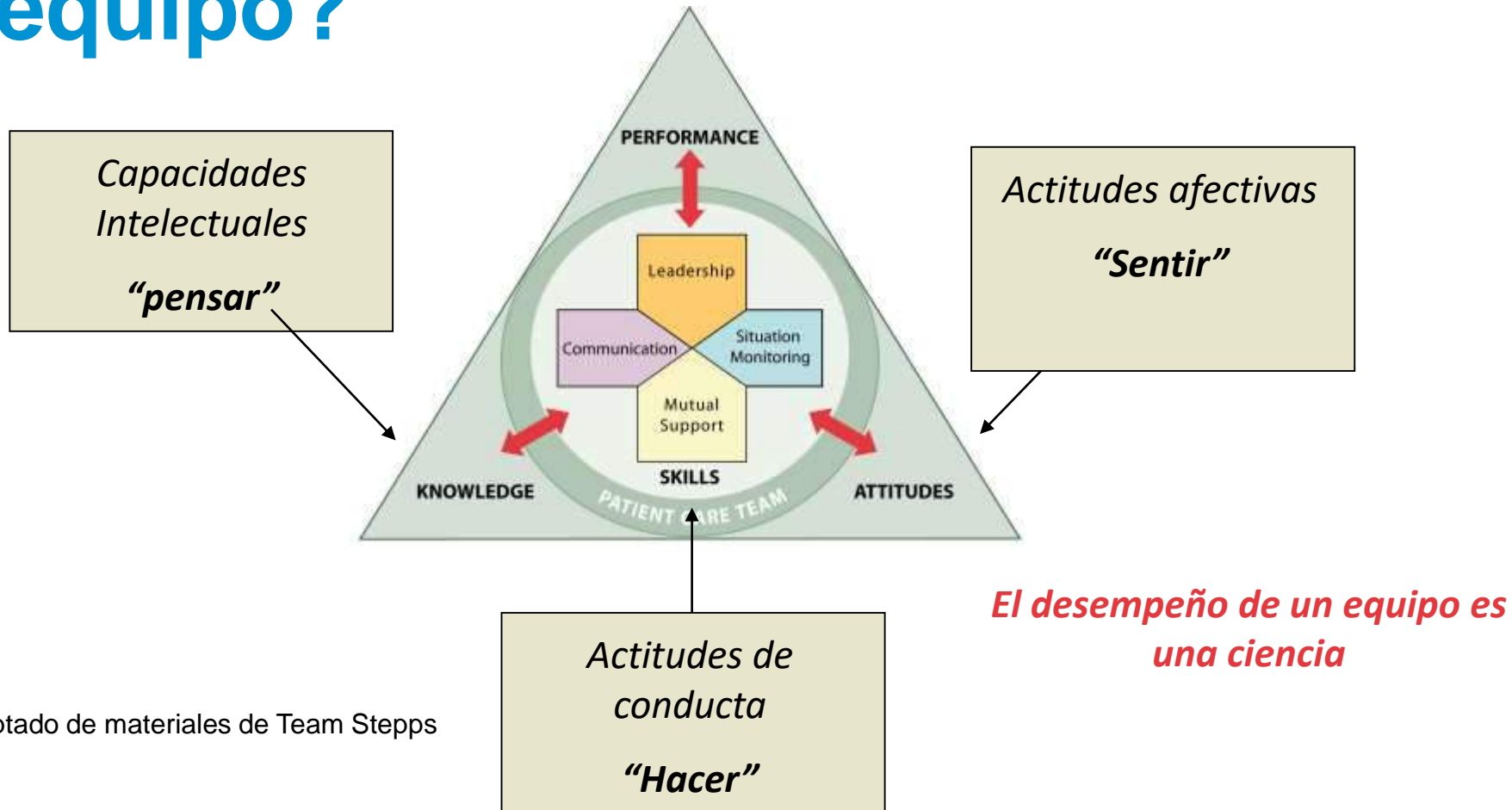
"Iniciativa basada en la evidencia sobre rendimientos de equipos para aprovechar más de 25 años de investigación en el ejército, la aviación, la energía nuclear, negocios y la industria ... para adquirir competencias de equipo"



Team Strategies & Tools to Enhance
Performance & Patient Safety



¿Qué incluye la eficiencia de un equipo?



Adaptado de materiales de Team Steps

Principios del TeamSTEPPS

Equipo

Características como tamaño, criterio de incorporación, liderazgo, identificación y distribución

Liderazgo

La habilidad de coordinar actividades de los miembros del equipo asegurando con sus acciones son comprendidas, los cambios son compartidos y que los miembros del equipo tienen los recursos necesarios.

Monitoreo Situacional

Proceso activo de observar y evaluar elementos situacionales para ganar información, comprender o mantener la atención para apoyar el funcionamiento del equipo

Apoyo mutuo

La habilidad de anticipar y apoyar a otros miembros del equipo a través de conocimiento preciso de sus responsabilidades y carga de trabajo.

Comunicación

Proceso donde la información es claramente intercambiada entre miembros del equipo.



Barreras

- * Inconsistencias en la pertenencia al grupo
- * Poco tiempo
- * Se comparte poca información
- * Jerarquias
- * Actitud defensivas
- * Pensamiento convencional
- * Complacencia
- * Diferentes estilos de comunicación
- * Conflicto
- * Pobre coordinacion
- * Distracciones
- * Fatiga
- * Carga Laboral
- * Malas interpretaciones
- * Falta de claridad en el rol

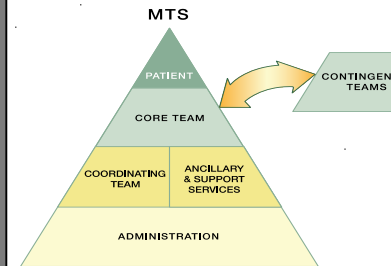
Herramientas y estrategias

Multi-team Sytem
 Brief
 Huddle
 Debrief
 STEP
 Monitoreo cruzado
 I´SAFE Checklist
 Feedback
 Asertividad
 Regla de los dos desafios
 CUS
 DESC
 Colaboracion
 SBAR
 Call-Out
 Check-Back
 Hands off

Resultados

- * Modelo mental compartido
- * Adaptabilidad
- * Pensamiento de grupo
- * Confianza mutua
- * Desempeño de equipo
- * Seguridad del paciente

Key Principles





TeamSTEPPS®

- About TeamSTEPPS®
- Curriculum Materials
- TeamSTEPPS® 2.0 Online Master Trainer Registration
- Research/Evidence Base
- TeamSTEPPS® Webinars



TeamSTEPPS® Pocket Guide App

A quick-reference tool for the TeamSTEPPS® communication framework.

Download AHRQ’s new TeamSTEPPS app to put the structured communication tools and checklists from the TeamSTEPPS Pocket Guide at your fingertips on your smartphone or tablet. TeamSTEPPS is AHRQ’s signature curriculum to improve patient safety by training health care teams to communicate and practice effective teamwork.

The app is available at no cost through the [Apple App Store](#) and [Google Play Store](#).

*Page last reviewed April 2018
Page originally created June 2017*

Características de los equipos de las Unidades

CUSP

- Tiene líderes locales
- Tiene voluntad de diseminar la iniciativa

TeamSTEPPS¹

- Tienen liderazgo fuerte
- Establece roles y responsabilidades
- Mantiene valores claros y visión compartida
- Tiene mecanismos de colaboración y devolución
- Desarrolla alto sentido de la colaboración
- Mejora y optimiza resultados
- Desarrolla confianza colectiva, identidad de equipo y confianza.

Un ejemplo



En conclusión

- Es necesario incorporar cambios a la cultura.
- Es clave que sea un sistema de aprendizaje continuo.
- Es clave el apoyo del liderazgo
- Es necesario involucrar a proveedores en la primera línea.
- Los recursos son claves para la sustentabilidad.

Gracias por su atención

egarciaelorrrio@iecs.org.ar

@egarciaelorrrio