

# Bezpečí ve zdravotnictví – kde jsme a kam dál ?

MUDr. David Marx, Ph.D.

# Ohlédnutí

- To Err is Human – 1999
- WHO – Aliance pro bezpečí pacientů – 2004
- Causa Heparin – 2006
- Resortní bezpečnostní cíle – 2009
- Sledování nežádoucích událostí
- Bezpečí jako pojem v legislativě
- Interní hodnocení kvality a bezpečí

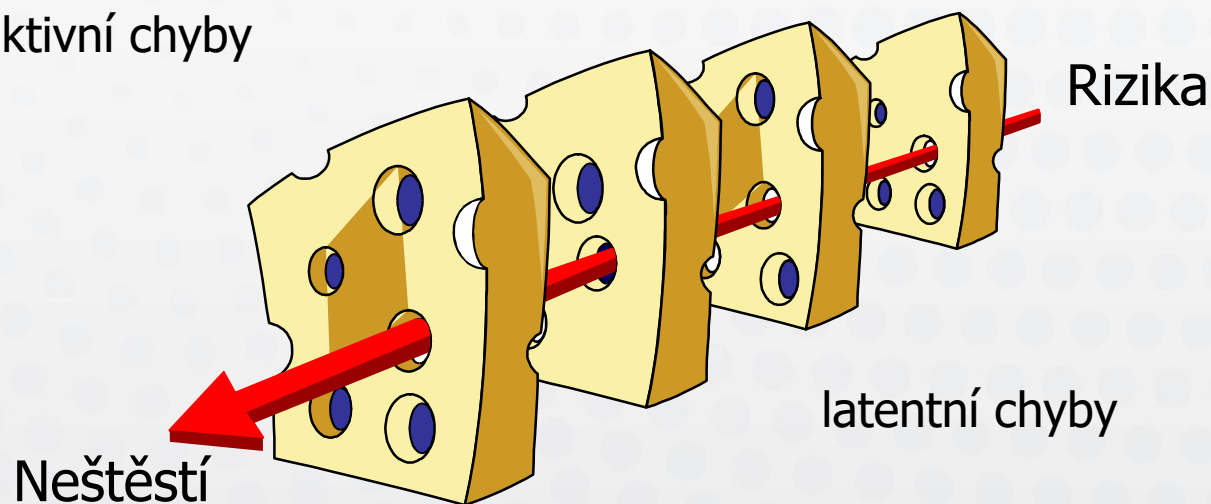
## Kontakty pacient/zdravotník



Source: BMJ Quality and Safety 2013

# Reasonův model Ementálu

aktivní chyby



Návazné ochranné mechanismy

# Systémová analýza pochybení

- Funkční a nesankční systém hlášení
- Výběr závažných (výstražných) událostí
- Kořenová analýza !!!!!
- Návrh a zavedení změn
- Sběr dat

# Vysoce spolehlivé organizace

- o zájem o identifikaci selhání
- o zaměření na odolnost systémů
- o zaměření na praxi
- o kultura bezpečí



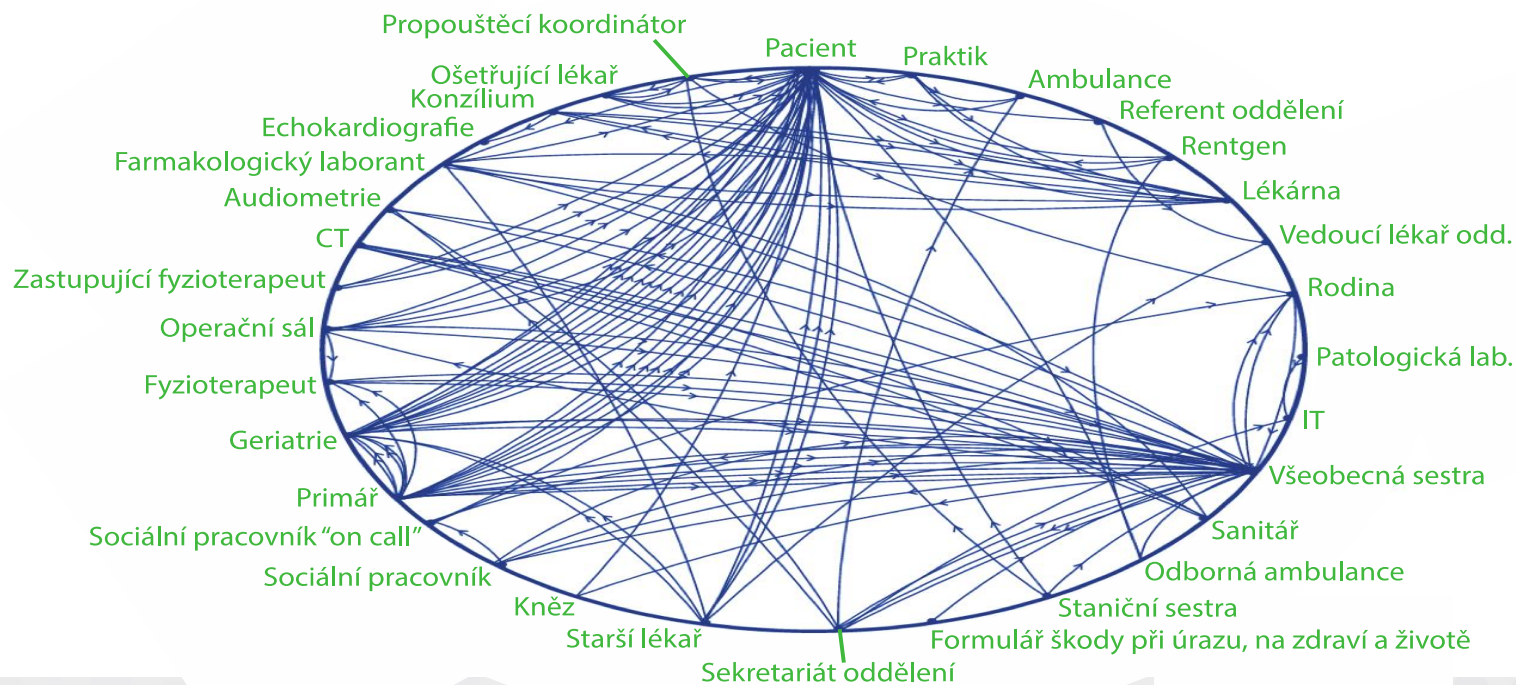


# Proaktivní systémy řízení bezpečí

- Identifikace potenciálních rizik
- Bezpečí I a Bezpečí II
- Analýza možných preventivních opatření
- Změna postupů a zavedení nových
  - Předávání pacientů
  - Rizika seniorského věku
  - Kontinuita péče
  - Kompetence a supervize

# Složitost komunikace

Příklad: 250 komunikací k péči o jednoho pacienta s potřebou komplexní péče





# Standardizované metody komunikace

## Standardy pro efektivní komunikaci

<b>Úplnost</b>	Předání veškerých relevantních informací
<b>Jasnost</b>	Předání srozumitelných informací
<b>Stručnost</b>	Předání informací v koncisní podobě
<b>Včasnost</b>	Informace se poskytuje a přijímá v přiměřeném čase Verifikace/Potvrzení Validace přijetí informace

# Role pacientů

- Aktivní spolupráce
- Otevřenost v řešení nežádoucích událostí
- Poradní a edukační pozice