Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

WHO Collaborating Centre for Development of Quality and Safety in Health Systems

Ocena zewnętrzna, ciągłość i bezpieczeństwo opieki – jak wsparcie unijne kreuje zmiany dla poprawy?

Basia Kutryba, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, WHO CC, Kraków

Grupa Robocza KE ds. bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki

IX Międzynarodowe Sympozjum Evidence-Based healthcare
„HTA for Healthcare Quality Assurance
15-16.12.2014, Kraków

quality assurance

patient satisfaction

quality improvement

total quality management

continuous quality improvement

clinical audit

clinical effectiveness

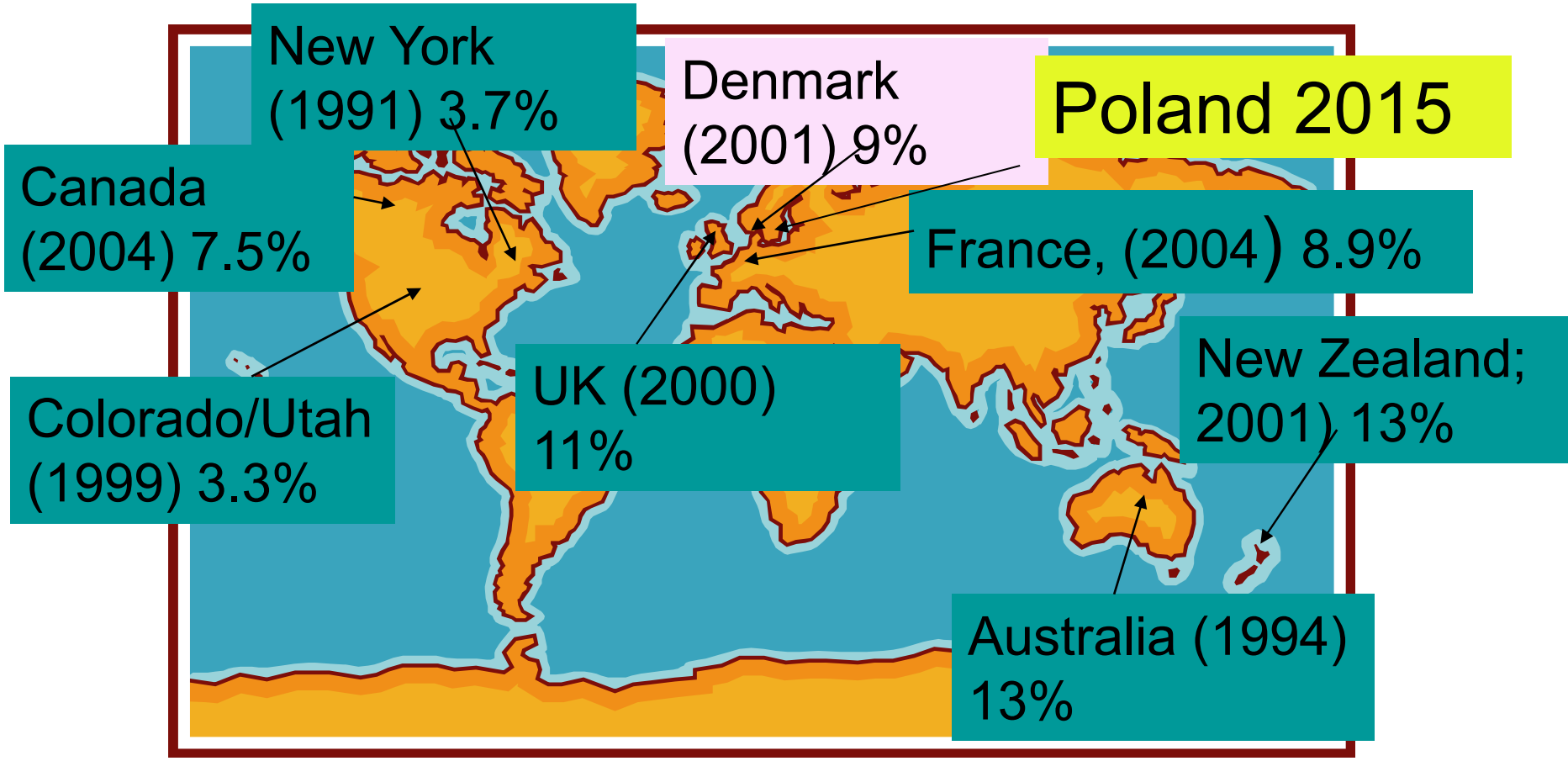
process management

evidence-based medicine

clinical governance

Patient safety

Bezpieczeństwo pacjentów w perspektywie globalnej



SImPatiE:

Safety Improvement for Patients in Europe

www.simpatie.org

Patient Safety - Making it ...
ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
Strona: 1 z 2
Skala automatyczna

European Commission
DG Health and Consumer Protection

Présidence l
du Conseil de l

Patient Safety – Making it Happen!

Luxembourg Declaration on Patient Safety

LARATION

Access to high quality healthcare is a key human right recognised and valued by the European Uni
the citizens of Europe. Accordingly, patients have a right to expect that every effort is made to ensu
of all health services.

Background:

The health sector is a high-risk area because adverse events, arising from treatment rather than dise
serious damage, complications and patient suffering. Although many hospitals and healthcare settin
place to ensure patient safety, the health care sector still lags behind other industries and service
systematic safety processes.

A number of investigations from all over the world have underlined the need for and the poss

MARQuIS:

Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies

DUQUE

Table of Contents — April 2014, 26...
intqhc.oxfordjournals.org/content/26/suppl_1.toc
Często odwiedzane
Pierwsze kroki
Galeria obiektów Web ...
Sugerowane witryny
OXFORD JOURNALS
CONTACT US
MY BASKET
MY ACCOUNT
International Journal for Quality in Health Care
ABOUT THIS JOURNAL
CONTACT THIS JOURNAL
SUBSCRIPTIONS
CURRENT ISSUE
ARCHIVE
SEARCH
Oxford Journals › Medicine & Health › Int. Journal for Quality in Health Care › Volume 26, Issue suppl 1
ISQua's 31st International Conference
Rio de Janeiro 2014
ISQua
How does Hospital Quality Management Drive Quality? Results from the Deepening our Understanding of Quality Improvement (DUQuE) project
Volume 26 suppl 1 April 2014
For checked items
view abstracts
download to citation manager
Go
Clear
Papers
Eric C. Schneider
Hospital quality management: a shape-shifting cornerstone in the foundation for
« Previous | Next Issue »
This Issue
April 2014 26 (suppl 1)
Search this journal:
GO
Advanced »
Current Issue
June 2014 26 (3)
Oxford Index
About the Index
Show related links
Search across all sources
in Oxford Index
10:00
2014-07-30

Bruksela chce całkowitego otwarcia europejskiego rynku usług medycznych

Leczenie bez granic

Katarzyna Bartman
Katarzyna Wal
dziennikarki działu wydarzenia

- Gdyby projekt Unii wszedł w życie, niepotrzebne będą zezwolenia na kurację za granicą
- Pacjent sam wybierałby klinikę, w której chce się leczyć
- Koszty terapii za granicą pokrywałby NFZ

To byłaby rewolucyjna zmiana: Komisja Europejska chce, by pacjenci mieli pełną swobodę w korzystaniu ze świadczeń medycznych na terenie całej Unii. Oznacza to, że leczylibyśmy się tam, gdzie byśmy chcieli.

Przygotowany przez unijnego komisarza ds. zdrowia Markosa Kyprianou projekt nowej dyrektywy w sprawie usług medycznych ma być ogłoszony w Parlamencie Europejskim już 20 listopada.

Gdyby projekt wszedł w życie, chorzy nie musieliby już starać się o zgodę swojego kraju na leczenie za granicą. Aby dostać się na zabieg w zagranicznej klinice wystarczyłby dowód, że są ubezpieczeni we własnym kraju, oraz zwykłe skierowanie od swojego lekarza. Rachunek za leczenie płaciłyby kraje, z których pochodzą pacjenci. I to po swoich stawkach. W przypadku Polaka byłby to Narodowy Fundusz Zdrowia. Zapłaciłby tyle, ile dany zabieg kosztuje u nas w kraju. Różnice obciążałyby budżety państw członkowskich. Chodzi o zasadę solidarności. My wyleczymy Brytyjczyka, a Anglicy Polaków. Taki system z powodzeniem stosują już między sobą np. Holandia, Niemcy i Francja. – Jeśli nowe prawo wejdzie w życie, żaden pacjent nie będzie się już obawiał o zapłatę za swoje leczenie – zapowiada w rozmowie z „Dziennikiem" Philip Tod, rzecznik prasowy Markosa Kyprianou.

W projekcie jest jednak warunek: zabieg nie może wymagać wysoce specjalistycznej i kosztownej obsługi medycznej. W rachubę nie wchodziłyby więc skomplikowane i ryzykowne przeszczepy narządów czy operacje na otwartym sercu. Ale np. operacja przepukliny już tak. Reporterzy „Dziennika" sprawdzili, jak długo trzeba czekać na taki zabieg w Polsce, Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech. W Polsce – ponad 3 miesiące, tyle samo w brytyjskim University College London Hospital. Co innego we Francji. W największym szpitalu Paryża, klinice Salpetiere, termin oczekiwania to jedynie 3 tygodnie. Jeszcze szybciej odbywa się to w Berlinie. W Akademickim Szpitalu Martina Lutra operacja byłaby już za 2 tygodnie.

Unijny projekt musi zostać najpierw zaakceptowany przez większość spośród 27 członkowskich państw. Po 20 listopada w Europie rozpocznie się wielka dyskusja na ten temat. Zmianą najbardziej zainteresowani są Brytyjczycy. Wysyłając pacjentów do innych państw UE, rozładują u siebie gigantyczne, dużo większe niż w Polsce kolejki do zabiegów. Nowe prawo trudniej będzie za to zaakceptować Węgrom, Rumunii, Bułgarii czy Polsce. Budżety tych państw mogą nie udźwignąć potężnych kosztów turystyki szpitalnej.

Ewa Kopacz, przyszła minister zdrowia, już zapowiada, że zamiast wysyłać pacjentów za granicę, będzie się starała, żeby pieniądze te zostały w kieszeniach polskich lekarzy. – Na zabieg zagraniczny powinni decydować się jedynie ci, którzy nie mają innego wyjścia – twierdzi Kopacz.

Bolesław Piecha, były wiceminister zdrowia z PiS, idzie dalej. Uważa, że wprowadzenie dyrektywy będzie katastrofą, bo dysproporcje w kosztach świadczeń pomiędzy poszczególnymi krajami UE są ogromne. – Polscy podatnicy nie powinni płacić za leczenie Brytyjczyków czy Niemców. Zaprotestujemy przeciwko temu – zapowiada.

Bogusław Sonik, eurodeputowany z europejskiej komisji zdrowia, przypomina jednak, że filarem Unii jest swobodny przepływ ludzi, towarów i usług. I propozycja komisarza ds. zdrowia odwołuje się do tej zasady.

dex.html

Google

Home | Sign Up | Log In | Please, inscribe text... | Search »

Handover

Project info | Partners | Workpackages | Library | Events | PhD Corner | Contact

select language

What is the project about?

HANDOVER: Improving the Continuity of Patient Care Through Identification and Implementation of Novel Patient Handover Processes in Europe

The project is coordinated by the University Medical Centre, Utrecht (UMCU) and co-funded by the European Commission within 7th Framework Programme (FP7-HEALTH-F2-2008-223409).

Project Leader: Paul Barach, MD MPH

Project Manager: Loes Pijnenborg, MD PhD

Key words: optimizing, handover, primary care - hospital interface, best practices, standardized approaches to handover communication, measuring effectiveness.

Read more »

SEVENTH FRAMEWORK PROGRAMME

Handover

Def: komunikacja, werbalna i niewerbalna w trakcie przekazywania pacjenta

- UE HANDOVER FP-7, projekt naukowo - badawczy;
- Określenie wariancji w komunikacji, kulturze i technologii;
- Prospektywne, multi - metodyczne badanie (mapy procesów; wywiady; ankiety; grupy fokusowe; obserwacja);
- Identyfikacja barier i ułatwień w kontekście medycznym, społecznym i technologicznym, podczas przekazywania pacjenta;
- Określenie jak zróżnicowanie w procesie przekazywania prowadzą do zdarzeń niepożądanych i zdarzeń niedoszłych (near miss);
- Ocena narzędzi i programów edukacyjnych w zakresie przekazywania;
- Ocena efektywności finansowych interwencji przekazywania;
- Badanie jakościowe: 222 profesjonalistów (150/72); 92 pacjentów w 6 krajach; Polska, Holandia, Szwecja, Włochy, Wielka Brytania, Hiszpania.

Handover

OPIEKA

- Fragmentacja, indywidualizm;
- Brak komunikacji i wzajemnego zrozumienia swoich potrzeb;
- Wyższość szpitala nad rejonem; wzajemna deprecjacja;
- Niedostateczna informatyzacja: POZ; kompatybilność POZ- szpital – POZ;

„Nośnikiem informacji jest pacjent i jego choroba, jego dolegliwości albo rodzina, której mówię: proszę pójść i zwrócić uwagę na to lekarzowi na izbie przyjęć, że tam coś się działo takiego, a nie innego.”

„ - Jak pani bardzo ogólnie ocenia tą komunikację między lekarzami w szpitalu i lekarzem rodzinnym? Tutaj już pani zaczęła mówić, ale chce pani coś dodać?
- Tego nie ma. Tylko karta, poza tym nie ma żadnej informacji.”

Handover

PACJENT/RODZINA

„…mam ten wypis ze szpitala, z tym wypisem wychodzę i mam przekazanych tam kilka recept i jak mam zażywać wszystko dostaje, i później już nie wiem, jak tam później krąży informacja, jak dochodzi do lekarza rodzinnego. Później z tym wypisem pójdę do niego i myślę, że on to weźmie, przepisze tam do siebie, jakie tam badania przechodziłem w szpitalu i tak dalej… Może kiedyś w przyszłości tak jak pani mówi, wejdzie elektronicznie, ktoś dostanie tam bezpośrednio emaila do siebie, że ja zostałem wypisany, mam takie, a takie badania, takie lekarstwa itd. I on ma to u siebie w komputerze. No, to byłoby fajnie, na razie to musimy z karteczką latać…”

Handover

PROFESJONALIŚCI

- Skuteczne przekazanie = pełnia wiedzy o dotychczasowym leczeniu; skierowanie / karta informacyjna
- „my w szpitalu” – „my w rejonie” – trybalizm, brak pracy zespołowej w systemie;
- Orientacja na wynik, nie proces;
- POZ: nabożne postrzeganie karty informacyjnej; szpital: podążanie za sugestią diagnostyczną POZ;

„Lekarze pierwszego kontaktu mało ingerują w nasze leczenie…”

„Tak, często się tak zdarza, że nie widzą pacjenta, bo przychodzi rodzina z kartą po przepisanie tylko leku…”

Szkolenie nt. przekazywania pacjentów to plantowanie marchewki na księżycu.

„Może powinno być tak, żeby lekarz z lekarzem się komunikował? A nie chory pacjent chodził w swojej sprawie?”

Handover

Przekazywanie pacjenta czyli ziemia niczyja

SEVENTH FRAMEWORK PROGRAMME

WHO Collaborating Centre for Development of Quality and Safety in Health Systems

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

BMJ The Handover Toolbox: a k...

qualitysafety.bmj.com/content/21/Suppl_1/i114.abstract

CPPS CERTIFIED PROFESSIONAL IN PATIENT SAFETY
Professional excellence • Personal commitment

Join the more t
health care profes
have earned the CP
since its introducti

This site uses cookies. By continuing to browse the site you are agreeing to our use of cookies. Find out more here

BMJ Quality & Safety

The international journal of healthcare improvement

BMJ Qual Saf 2012;**21**:i114-i120 doi:10.1136/bmjqs-2012-001176

Original research

The Handover Toolbox: a knowledge exchange and training platform for improving patient care

OPEN ACCESS

Hendrik Drachsler[1], **Wendy Kicken**[1], **Marcel van der Klink**[1], **Slavi Stoyanov**[1], **Henny P A Boshuizen**[1], **Paul Barach**[2,3,4]

+ Author Affiliations

Correspondence to

Dr Hendrik Drachsler, Open University, Centre for Learning Sciences and Technologies, Valkenburgerweg 177, Heerlen, Limburg 6419 AT, The Netherlands; Hendrik.Drachsler@ou.nl

Accepted 27 September 2012

Zalecenie Rady UE w zakresie Bezpieczeństwa Pacjentów i Zakażeń związanych z Opieką Zdrowotną: 12.2009

Dla państw członkowskich::

- Wspieranie rozwoju narodowej polityki i programów;
- Upodmiotowienie obywateli i pacjentów;
- **Tworzenie i rozwijanie kultury bezpieczeństwa pacjenta, przywództwa i nadzoru klinicznego na poziomie lokalnym (jednostek ochrony zdrowia);**
- **Promowanie edukacji i szkolenia profesjonalistów medycznych, zarządzających i pozostałego personelu medycznego;**
- **Utworzenie skutecznych mechanizmów raportowania błędów medycznych**;
- Opracowanie i wspieranie mechanizmów kompensacji dla pacjentów poszkodowanych w wyniku zdarzeń niepożądanych.

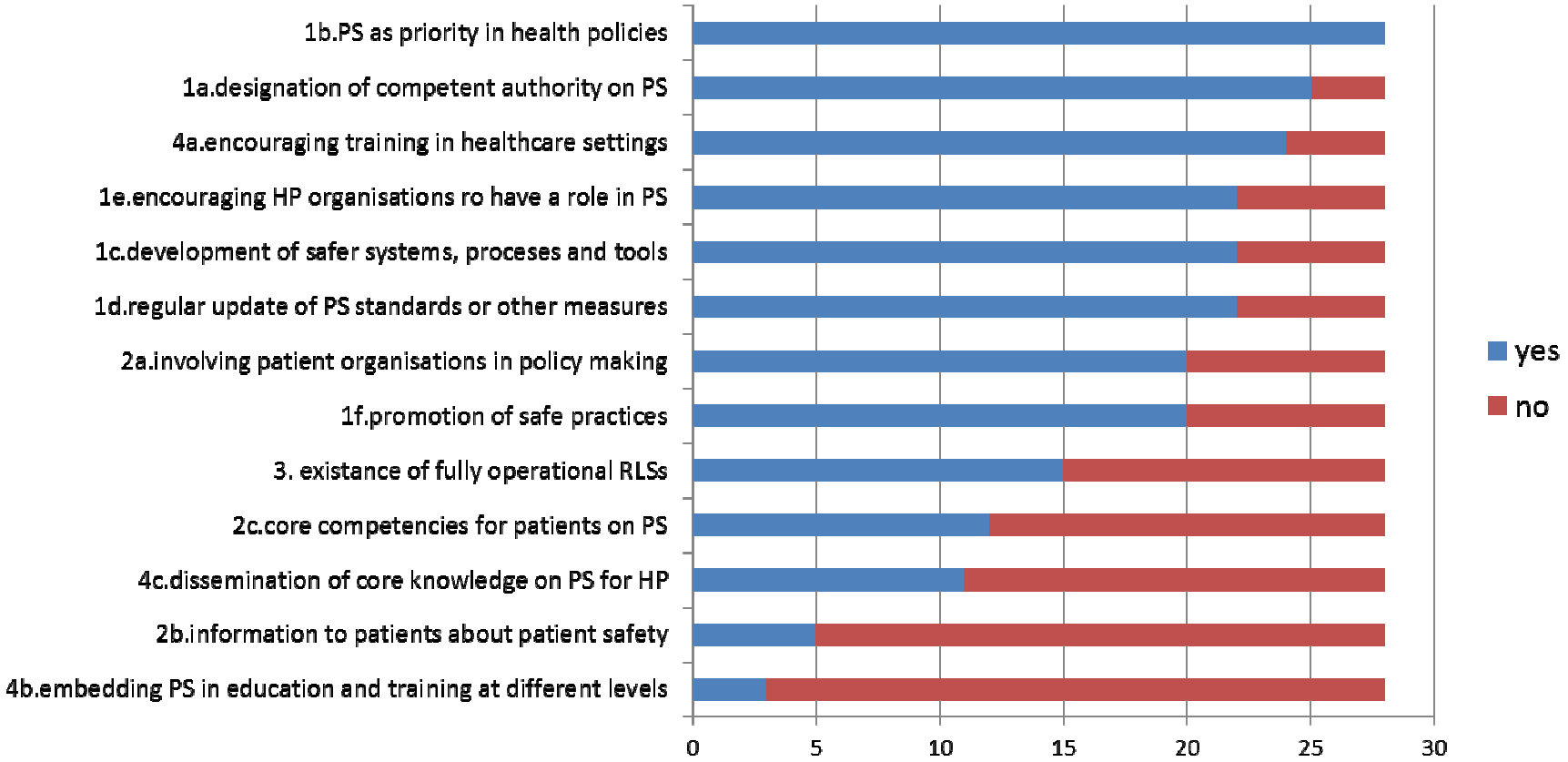
Na poziomie europejskim:

- Poszerzanie wiedzy i prowadzenie badań w kierunku bezpieczeństwa pacjenta;
- Wykorzystanie bazy danych w celu wdrażania zmian dla bezpiecznej opieki;
- Angażowanie i stymulowanie wszystkich zaangażowanych

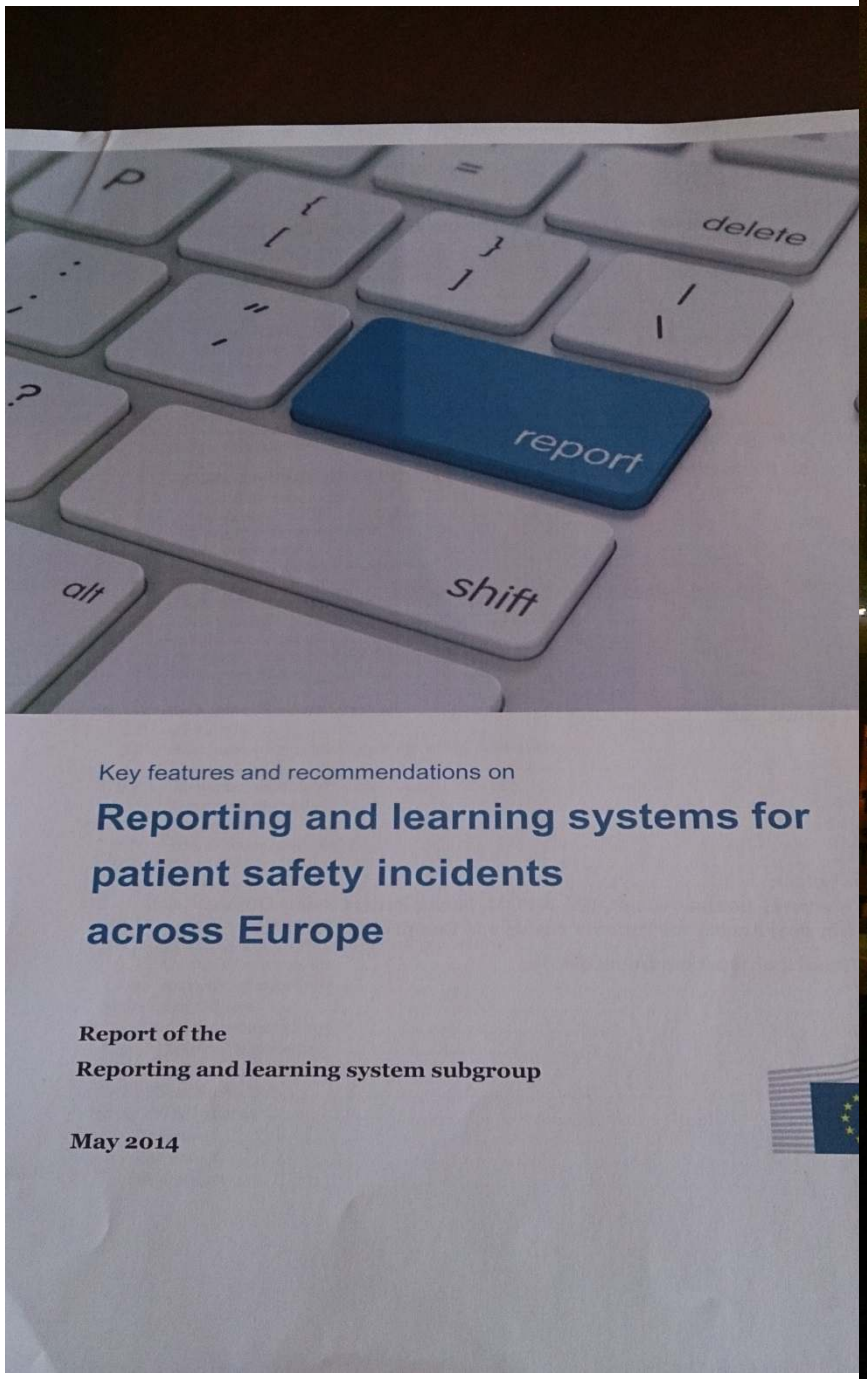
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

European Commission

Summary of actions implemented by countries



http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm



KEY FINDINGS AND RECOMMENDATIONS ON EDUCATION AND TRAINING IN PATIENT SAFETY ACROSS EUROPE

CONCEPT

Not much known about education and training (E&T) in patient safety across Europe

Low compliance of MS implementation of the Council Recommendation 2009/C151/01 requirements:

(a) encouraging multidisciplinary patient safety education and training of all health professionals, other healthcare workers and relevant management and administrative staff in healthcare settings;

(b) embedding patient safety in undergraduate and postgraduate education, on-the-job training and the continuing professional development of health professionals;

(c) considering the development of core competencies in patient safety namely, the core knowledge, attitudes and skills required to achieve safer care, for dissemination to all healthcare workers and relevant management and administrative staff;

(d) providing and disseminating information to all healthcare workers on patient safety standards, risk and safety measures in place to reduce or prevent errors and harm, including best practices, and promoting their involvement;

(e) collaborating with organizations involved in professional education in healthcare to ensure that patient safety receives proper attention in the higher education curricula and in the ongoing education and training of health professionals, including the development of the skills needed to manage and deliver the behavioral changes necessary to improve patient safety through system change.

RECOMMENDATIONS

Patient safety culture needs education and training
Education and training needs safety culture
E&T in patient safety:

- should be introduced and implemented in the curricula for healthcare workers and managers in every Member State
- should be on all levels of healthcare professionals and managers learning and development
- should be based on previous European project and WHO work in building/developing curricula
- should find constructive, feasible and effective ways to include the perspective of patients when developing curricula on patient safety
- should use curricula adaptable to each country – cannot be a static program

Akredytacja w Polsce

- Od 2009 r. prowadzona jest zgodnie z **ustawą o akredytacji w ochronie zdrowia z 8 listopada 2008 r.** i towarzyszącymi jej rozporządzeniami
- **Decyzję o przyznaniu akredytacji podejmuje Minister Zdrowia** na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej
- Certyfikat przyznawany jest jednostkom, które spełnią wymogi standardów przynajmniej w 75%
- 3-letni okres ważności certyfikatu

221 standardów w 15 rozdziałach

Wsparcie akredytacji zakładów opieki zdrowotnej

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

WHO Collaborating Centre for Development of Quality and Safety in Health Systems

Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: ☐ planowy ☐ nagły

☐ Potwierdzono:
- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane
☐ Tak ☐ Nie

☐ Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

☐ Zapewniono monitorowanie:
- EKG*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi*
- kapnometrii*

Alergie:
☐ Tak (jakie?.....) ☐ Nie

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc
☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt
☐ Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci
☐ Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne
☐ Nie

DANE PACJENTA
IMIĘ:
NAZWISKO:
DATA ZABIEGU: / /
ODDZIAŁ / KS.GŁ:

Przed nacięciem

ODLICZANIE

Nowa osoba w zespole operacyjnym
☐ Tak ☐ Nie
jeśli tak:
Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji
☐ Tak ☐ Nie

☐ Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną
☐ Właściwe ułożenie pacjenta
☐ Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.
ze strony chirurga
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy
ze strony anestezjologa
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy
ze strony pielęgniarki operacyjnej
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina

Przygotowano wyniki badań obrazowych
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

STOP!
PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:
☐ nazwę procedury wykonanej
☐ zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu*
☐ Tak ☐ Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne
☐ Tak ☐ Nie

Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym
☐ Tak ☐ Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*
ze strony chirurga
☐ Tak ☐ Nie
ze strony anestezjologa
☐ Tak ☐ Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej*
☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty

* Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2009

Opracowano w oparciu o WHO Surgical Safety Checklist, URL http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ Oxford Health Organization, 2008, all rights reserved.

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Children's Hospital Boston

Before Induction of Anesthesia in OR	Before Skin Incision/Procedure	Before Patient Leaves OR
SIGN IN-INITIATED BY CIRCULATOR	TIME OUT-INITIATED BY SURGEON	SIGN OUT-INITIATED BY SURGEON

VERIFICATION STEPS VERBALIZED OUT LOUD FOR ALL TEAM MEMBERS TO REVIEW:

ANESTHESIOLOGIST & CIRCULATOR VERIFIES:
Patient Identification
- *Matching 2 identifiers with name band*
- *Engage parents and patient (when applicable)*

Procedure & Site/Side
- *Engage parents and patient (when applicable)*

Site marked by surgeon performing procedure
Weight and Allergies

WHEN CLINICALLY INDICATED:
Compression boots used for DVT prophylaxis
Warmers in place to prevent hypothermia

ALL TEAM MEMBERS
1. Introduce self by name and role

SURGEON VERIFIES:
1. Patient/Procedure/Site/Side & Position
2. Critical Steps/Anticipated Risks/EBL/Duration
3. Special Equipment/Implants needed
4. Imaging, labs, and other relevant preoperative tests reviewed and available

ANESTHESIOLOGIST VERIFIES:
1. Antibiotics given within 60 min of incision
2. IV access appropriate for anticipated EBL
3. Blood(or cross-match) available if needed

CIRCULATING/SCRUB NURSE VERIFIES:
1. Consent matches verbalized procedure
2. Site marking visible in prepped field
3. Special Equipment/Implants available
4. Medications/Solutions labeled on field

STOP!
ANY QUESTIONS FROM TEAM?

SURGEON VERIFIES:
1. Name of procedure to be recorded

CIRCULATOR/SCRUB VERIFIES:
1. Final counts (sponge/instrument/needles)
2. Correct labeling of specimens
3. Equipment problems to be addressed

ALL TEAM MEMBERS DISCUSS:
1. Key concerns for postoperative period
2. Airway concerns during recovery
3. EBL and likelihood of ongoing blood loss
4. Need and timing for postop labs/imaging
5. Plan for communicating key recovery issues to recovering team (safe handoff)

i Specialised Hospital Safety Checklist

مستشفى الكندي التخصصي
Al Kindi Specialised Hospital

WHO Surgical Safety Checklist

TIME OUT (To be read out loud) — SIGN OUT (To be read out loud)

Before skin incision

Before Patient leaves operating room

ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF

SICHERHEITS-CHECKLISTE FUER CHIRURGISCHE EINGRIFFE

(ENTWURF)

"SAFE SURGERY SAVES LIFES"
GLOBALE KAMPAGNE ZUR FÖRDERUNG DER PATIENTENSICHERHEIT

ld Health anization

r Induktion der Narkose stellen Sie sicher:
eine Identität, den Operationsort und die Art des Eingriffs bestätigt und
g zur Operation schriftlich gegeben
an der der Eingriff stattfinden soll, ist markiert / nicht anwendbar
cherheitskontrolle wurde durchgeführt
ein Pulsoximeter angeschlossen, die Gerätefunktion wurde geprüft
enten eines der folgenden Risiken?
llergie(en) ☐ JA
- oder Aspirationsrisiken ☐ JA, und benötigte Geräte/Assistenz sind vorhanden
s Blutverlustes >500 ml (bei Kindern 7 ml/kg Körpergewicht) ☐ JA, und adäquater intravenöser Zugang ist vorhanden / ausreichend Flüssigkeit eingeplant

m ersten Schnitt:
; dass das gesamte OP-Team sich mit Name und Funktion vorgestellt hat
thesist(in) und OP-Pfleger(in) haben die Identität des Patienten, die OP-
geplanten Eingriff und seine Lagerung bestätigt
eme:
ht noch einmal durch: was sind die kritischen oder unerwarteten
lange dauert die Operation, wie hoch ist der erwartete Blutverlust?
ht noch einmal durch: welche Reanimationspläne gibt es? Falls vorhanden,
patientenspezifischen Risiken?
erpräft: Sterilitätsindikatoren, Instrumentarium, andere
zifische Belange?
rophylaxe wurde innerhalb der letzten 60 Minuten gegeben:
☐ nicht anwendbar
Röntgen-, Ultraschall-, MRT-Bilder usw. sind vorhanden:
☐ nicht anwendbar

c: _____

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

Checklista för säkerhet vid operationer

Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.

Före inledning av anestesi >>>>>>

Förberedelse

☐ Patienten har bekräftat följande:
- identitet
- plats för incision
- informerad om och samtycker till operation

☐ Operationsområde markerat/ej tillämpligt

☐ Säkerhetskontroll för anestesi genomförd

☐ Fungerande pulsoximeter kopplad

Har patienten något av följande:
Känd allergi?
☐ nej

...ation/svår intubation?
...ning/assistans är tillgänglig
...ml blodförlust (7 ml/kg för barn)?
...tsställande intravenösa infarter och blod/
...nerade
...rmi?

Före incision >>>>>>

Timeout

☐ Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll

☐ Anestesiolog/anestesijuksköterska och operationssjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
- patient ID
- plats för incision
- planerad operation

Väntade kritiska moment under operationen
☐ **Anestesipersonalens** bedömning: finns några patientspecifika eller anestesiologiska problem?
☐ **Operationssjuksköterskans** bedömning: har sterilitet bekräftats?
Finns några problem med utrustning eller annat?
Är patienten korrekt upplagd?
☐ **Operatörens** bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?

Har antibiotikaprofylax givits inom de senaste 60 minuterna?
☐ ja
☐ ej tillämpligt

Har trombosprofylax givits enligt ...

Innan patienten lämnar operationssalen

Avslutning

Checklisteansvarig får muntlig bekräftelse av laget:

☐ Vilket ingrepp har utförts

☐ Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)

☐ Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)

☐ Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?

☐ Operatör, anestesilläkare/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet

☐ Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

BEFORE INDUCTION OF ANESTHESIA	BEFORE SKIN INCISION	BEFORE PATIENT LEAVES ROOM
CHECK IN	TIME OUT	CHECK OUT
❑ Patient ID Verified (wristband and Chart) ❑ Team introductions to patient including name and role	**To surgeon:** ❑ Based on patient History or medication use, Safety precautions taken ❑ Fluid irrigation needs verified ❑ Estimated length of case ❑ Blood availability confirmed ❑ Implants, special equipment is confirmed available	Nurse verbally requests from the team: **Prior to closure:** ❑ The procedure is documented as ❑ All required instrument, sponge and sharp counts are confirmed complete and corre
❑ Airway assessment has been confirmed	**To nursing team:** ❑ Sterility has been checked ❑ Pre-procedure surgical counts complete & recorded ❑ Essential imaging is displayed, in correct orientation, for correct patient. Confirmed by surgeon and (team member)	**To surgeon, anesthesia provider:** ❑ Post-op needs ❑ Antibiotic redosing
❑ Verification of patient allergies noted		*Specimen Check Out*
❑ Anticipated estimated blood loss ❑ Blood availability confirmed	**To Surgical Team:** ❑ Patient's name and DOB ❑ Procedure plan is ❑ Consent confirmed correct ❑ Surgical site marking is visible at this time (After prep and	**To surgeon** ❑ Dr , before you leave, let's confir the specimen and label - pathology sign off confirms your visual inspection of the specime
❑ Patient warming addressed		

BlueCross BlueShield Association
An Association of Independent Blue Cross and Blue Shield Plans

Blue Safety Checklist | Surgical Safety

1 Sign In
(Before induction of anaesthesia)

- Patient has confirmed:
  - Identity
  - Site
  - Procedure
  - Consent
- Site marked/not applicable
- Anaesthesia safety check completed
- Pulse oximeter on patient and functioning

Does patient have a known allergy?
- No
- Yes

Difficult airway/aspiration risk?
- No
- Yes, and equipment /assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
- No
- Yes, and adequate intravenous access and fluids planned

2 Time Out
(Before skin incision)

- Confirm all team members have introduced themselves by name and role
- Surgeon, anaesthesia professional and nurse verbally confirm:
  - Patient
  - Site
  - Procedure

Anticipated critical events
- **Surgeon reviews:** What are the critical or unexpected steps, operative duration, anticipated blood loss?
- **Anaesthesia team reviews:** Are there any patient-specific concerns?
- **Nursing team reviews:** Has sterility (including indicator results) been confirmed? Are there equipment issues or any concerns?

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
- Yes
- Not applicable

Is essential imaging displayed?
- Yes
- Not applicable

3 Sign Out
(Before patient l...)

Nurse verbally confirms
- The name of the pr...
- That instrument, sp... counts are correct (...
- How the specimen ... (including patient nar...
- Whether there are a... problems to be add...
- Surgeon, anaesthes... and nurse review th... recovery and manag...

Based on the WHO Surgical Safety Checklist, URL http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en, © World Health Organization 2008 All rights reserved. Mor...
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/using_checklist/en/index.html.

World Health Organization

Checklist Sicurezza Chirurgica (...

Prima dell'induzione dell'anestesia >>>>>>>>	Prima dell'incisione della cute >>>>>>>>	Prim...
Ingresso in sala (Sign in)	Time out	Uscit...

Ingresso in sala (Sign in)

☐ **Il paziente ha confermato:**
Nome cognome e data di nascita
Sito chirurgico
Procedura chirurgica
Consenso all'anestesia o all'intervento

☐ **Sito chirurgico indicato con segno indelebile sulla cute.**

☐ **Checklist anestesia compilata**

☐ **Saturimetro collegato e funzionante**

Il paziente ha:

Allergie note a farmaci e/o alimenti?
☐ No
☐ Si

Vie aeree difficili/rischio di inalazione?
☐ No
☐ Si, sono stati previsti ausili e assistenza

Rischio di emorragia > 500ml (7ml/Kg per i bambini)
☐ No
☐ Si, sono stati previsti adeguati accessi venosi e fluidi da infondere

Time out

☐ **Tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con nome e ruolo**

☐ **Chirurgo, anestesista e infermieri hanno verbalmente confermato:**
- Identificazione del paziente
- Sito e procedura chirurgica

Eventi critici prevedibili

☐ **Chirurgici:**
Eventi critici o inaspettati, tempi operatori, perdite ematiche.

☐ **Anestesiologici:**
Ci sono particolari preoccupazioni correlate al paziente?

☐ **Infermieristici:**
I processi di sterilizzazione sono stati validati?
Ci sono particolari preoccupazioni correlate alle apparecchiature?
La profilassi antibiotica è stata somministrata negli ultimi 60 minuti?
☐ No ☐ Non applicabile
☐ Si
Sono disponibili e visionabili le immagini diagnostiche fondamentali?
☐ No ☐ Non applicabile
☐ Si

Questa checklist non vuole essere definitiva. Si invita a modificare tutto quanto necessario per un migliore utilizzo nelle dive...

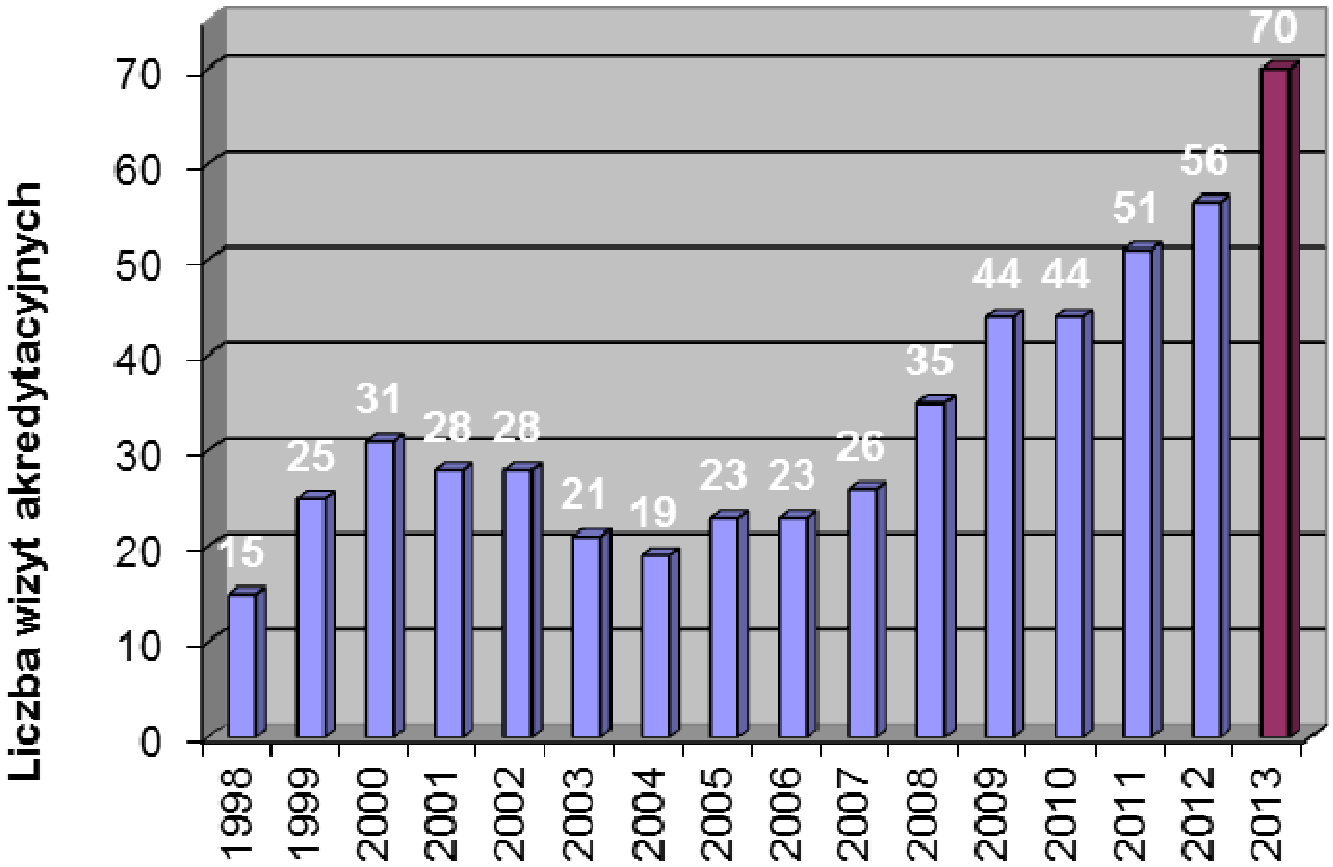
الرقم الوطني .....
منسق القائمة التنفيذية ..... التوقيع .....

وزارة الصحة
مستشفى جرش الحكومي

القائمة التنفيذية للجراحة الآمنة

قبل التحضير للتخدير ◄◄◄

Szpitale w procesie w latach 1998-2014



2014 = 103 przeglądy akredytacyjne

POPRAWA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRIORYTECIE II POKL 2007-2013

BEZPIECZNY SZPITAL BEZPIECZNY PACJENT

Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II,

Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia

Projekt 1 „Wsparcie akredytacji zakładów opieki zdrowotnej"

Termin realizacji: 1 czerwca 2008 – 31 sierpnia 2014

Projekt 2 „Bezpieczny Szpital - Bezpieczny Pacjent"

Termin realizacji: 1 czerwca 2013 – 30 czerwca 2015

WSPARCIE AKREDYTACJI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ – REALIZACJA PROJEKTU

Ponad 300 szpitali zgłoszonych do projektu

237 SZPITALI SKORZYSTAŁO ZE WSPARCIA
191 uzyskało akredytację

17 edycji szkoleń w CMJ
455 uczestników

Ponad 100 szpitali zgłoszonych do projektu
82 SZPITALE SKORZYSTAJĄ ZE WSPARCIA

SZKOLENIA W SZPITALACH

Ok. 3500 uczestników

BADANIA I SZKOLENIA NA TEMAT BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI

Projekt systemowy

„Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”

Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II,

Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia

Termin realizacji: 1 czerwca 2008 – 17 października 2014

Finansowanie: 8 206 884 PLN

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Co obejmuje wsparcie dla szpitali?

- **Konsultacje i szkolenia** w trakcie przygotowań do oceny akredytacyjnej – najtrudniejsze standardy akredytacyjne dotyczące ciągłości opieki, procesu leczenia, dokumentowania opieki nad pacjentem, bezpieczeństwa farmakoterapii
- **Sfinansowanie kosztów** przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego
- **Materiały edukacyjne** dla personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki w szpitalu
- **Szkolenia na temat bezpieczeństwa opieki i zdarzeń niepożądanych**

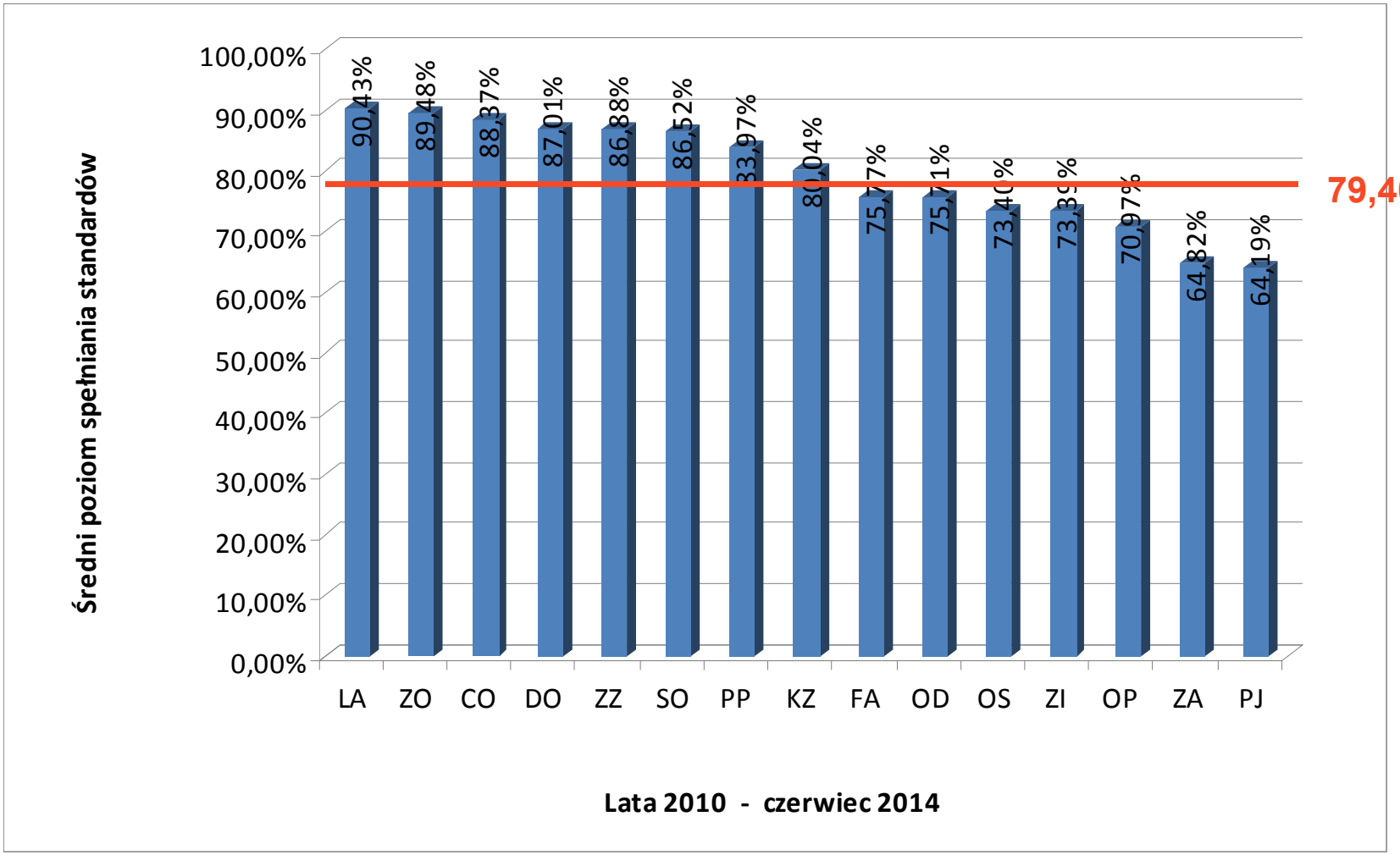
Na co jest położony nacisk w projekcie?

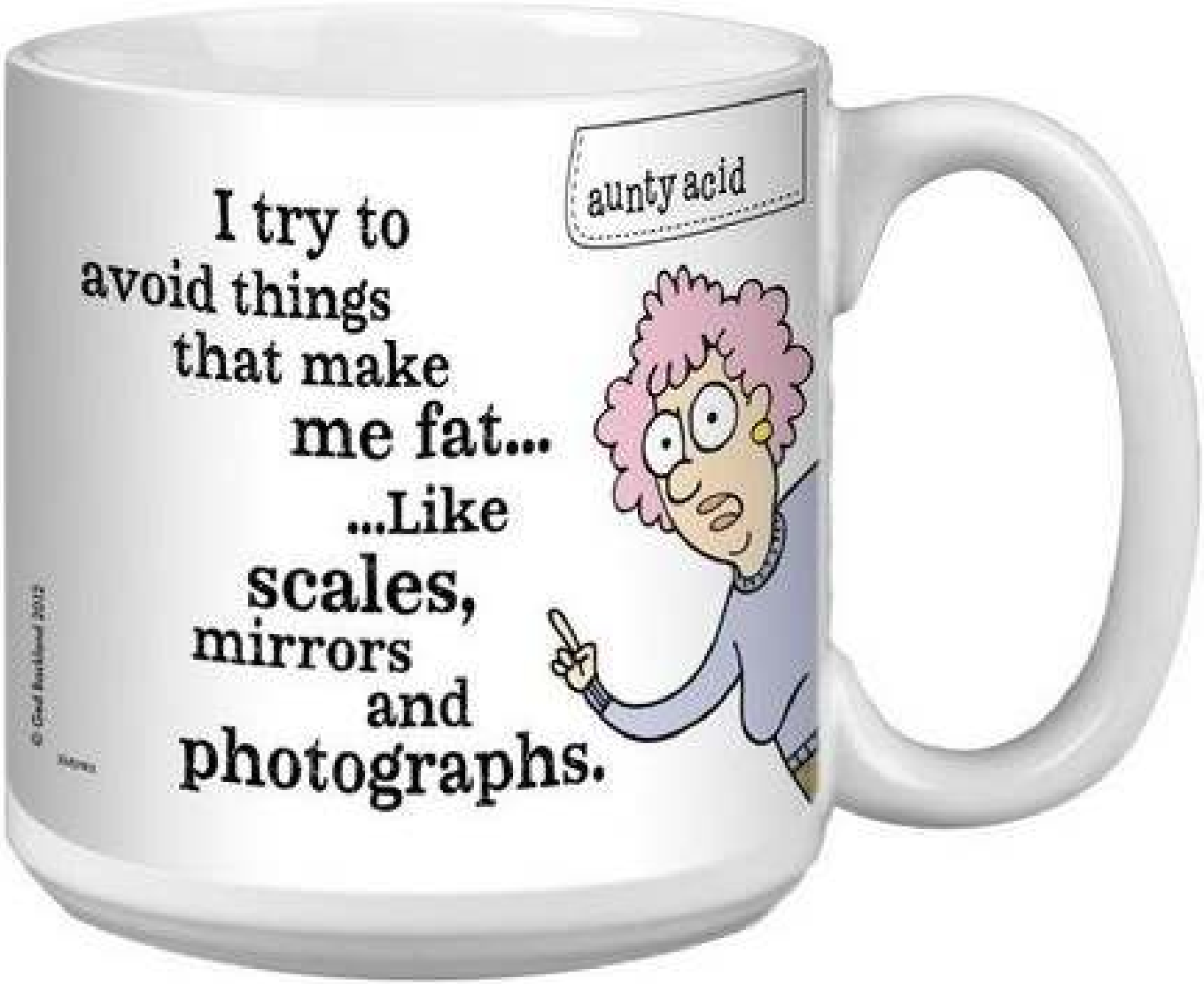
BEZPIECZEŃSTWO - identyfikacja ryzyka w działalności medycznej i prowadzenie nad nim nadzoru

- Nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi
- Analizy reoperacji, ponownych hospitalizacji, przedłużonych pobytów
- Analizy przebiegu znieczuleń,
- Analizy przebiegu reanimacji
- Analizy zgonów
- Wdrażanie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej
- Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi
- Nadzór nad farmakoterapią
- Rzetelne dokumentowanie opieki nad pacjentem

Wdrażanie mechanizmów zwiększana SKUTECZNOŚCI LECZENIA – jak przekładać wyniki analiz działalności klinicznej na wypracowanie właściwych standardów postępowania, leczenie prowadzone zgodnie z aktualnymi wytycznymi postępowania klinicznego.

Poziom spełnienia standardów w szpitalach




aunty acid
I try to avoid things that make me fat...
...Like scales, mirrors and photographs.

BARRIERS TO EU projects IMPLEMENTATION

- resources (financial and time constraints, shortage of competent and well trained faculty)
- resistance to change and lack of awareness (difficulties to place the projects results into the MS health care policy schemes or lack of awareness about patient safety topics)
- organization and logistics (shortage of resources, staff, high turnover, brain drain)
- other reasons (lack of relevant data for impact measurement, language and translations, lack of strong leadership).

Also lack of safety culture (instead of a “blame culture”); often poor involvement of health care professionals (doctors): if quality and patient safety is seen as an extra workload, but not as an integral competence for all health care professionals, it is difficult to motivate people to take part on these activities; lack of knowledge, what is patient safety about, why it is important, which concrete instruments and measures are available.

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

WHO Collaborating Centre for Development of Quality and Safety in Health Systems

Oczekiwania

Rekomendacje?

Życie po życiu?

Dynastia?

Courtesy of prof. Paul Bartels, ESQH

'I have to admit, Catwoman — you are not as I expected.'