

Hazai megbízottsági programok és kezdemenyyezések NEVES program

SZÉCHENYI 2020

Vázlat

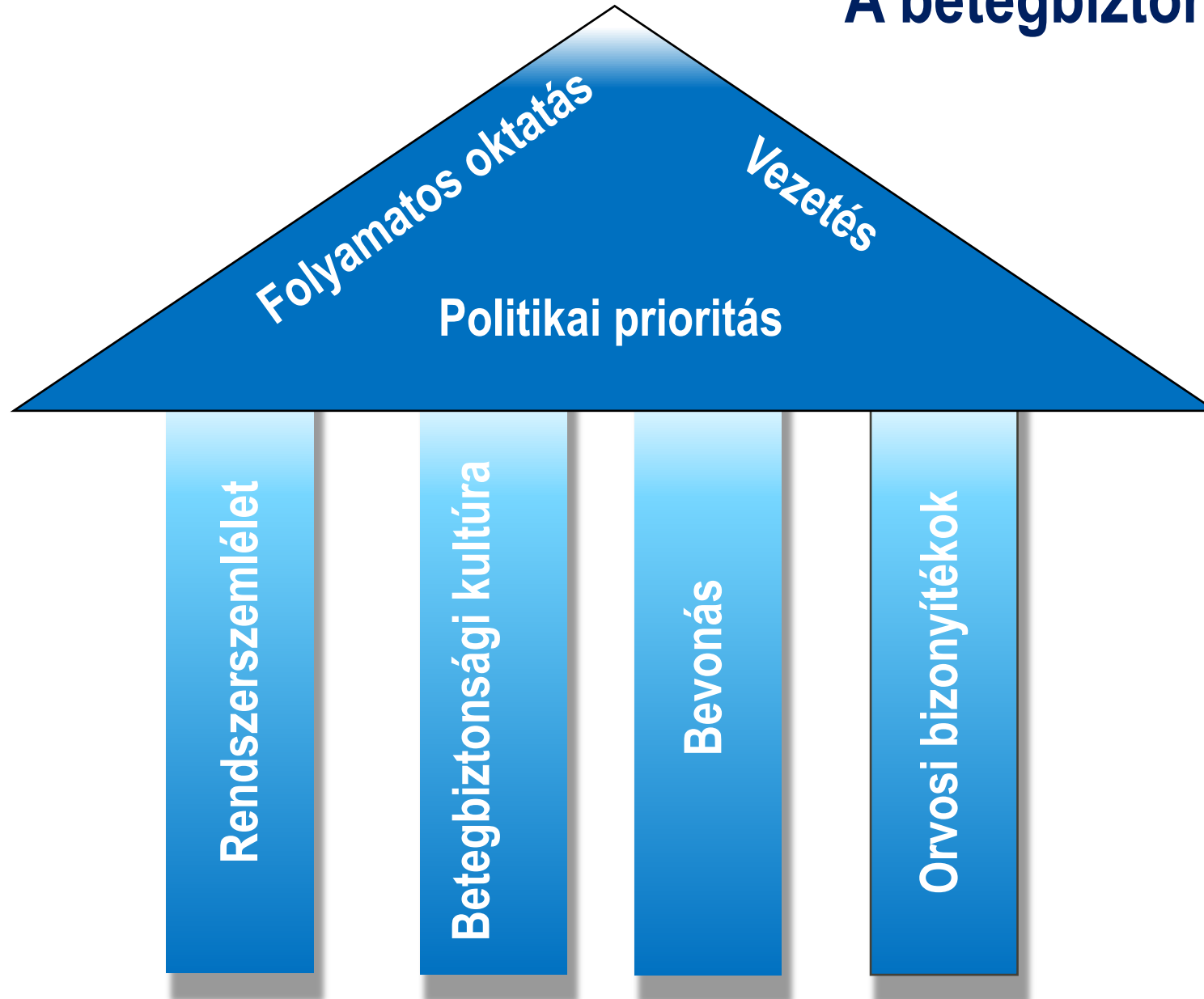
- A betegbiztonság fejlesztési lehetőségei és a hazai kezdeményezések
- A NEVES program célja, elemei
- A jelentési rendszerről alapjaiban...



SZÉCHENYI 2020

A betegbiztonság fejlesztése

A betegbiztonság pillérei



Adapted from: Patient Safety 2030. NHS. 2015

Betegbiztonságunk jelene



Képzési programok

MBM
E-Learning
MAP4E



Szabályozás

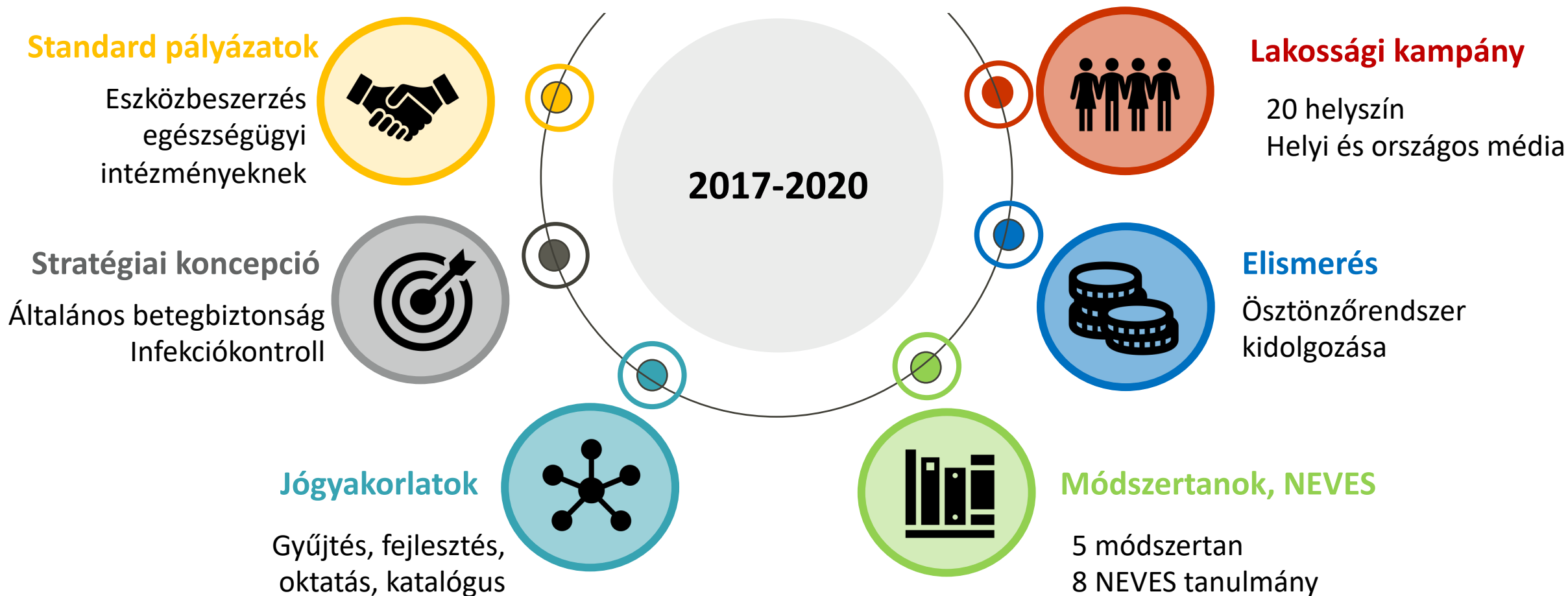
BELLA
Szakmai irányelvek



**Nemkívánatos
eseményekből való
tanulás**

NEVES
NEKED

Betegbiztonságunk fejlesztése



A betegbiztonság fejlesztése

A betegbiztonság pillérei



A NEVES program



SZÉCHENYI 2020



Európai Unió
Európai Szociális
Alap

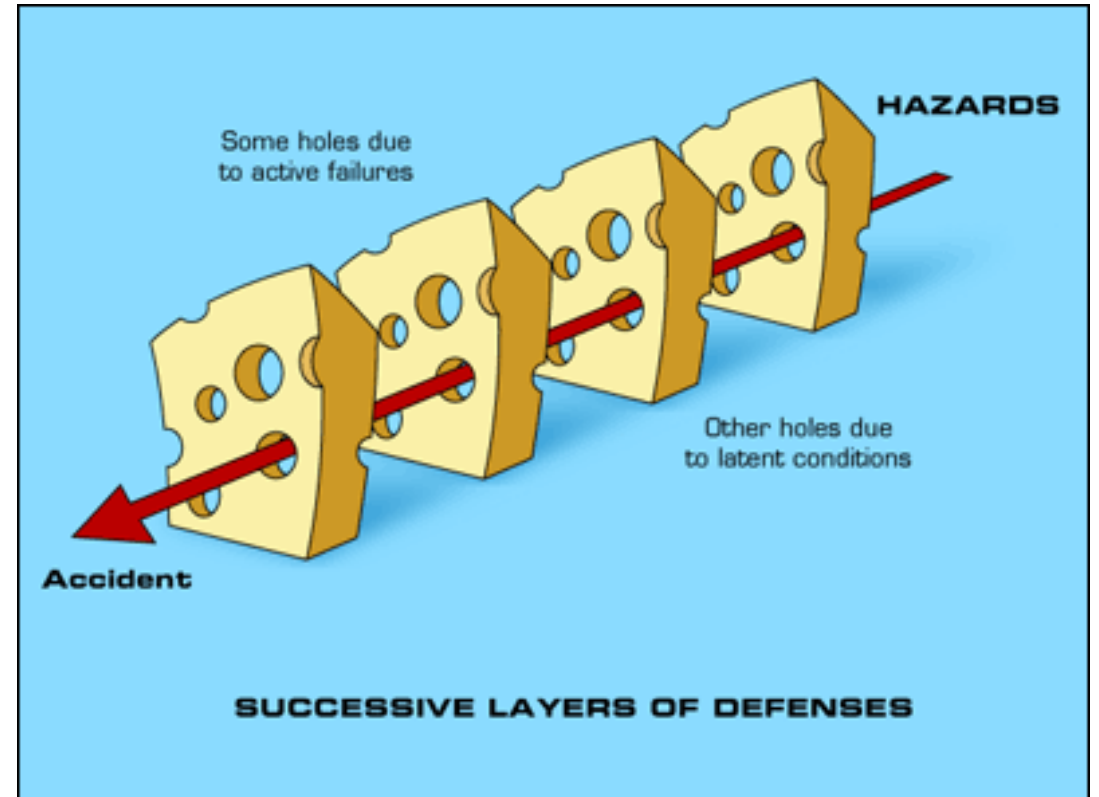


BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Ismétlésképpen...

Kutatási eredmények

- Ismétlődő minták
- Hasonló helyzetek – hasonló hibák
- 85-90% vs 10-15%



Egy magyar eset

Tévedésből rossz helyre adták az injekciót - meghalt egy gyerek

Két orvosnőt és egy ápolót vádolt meg az ügyészség, mert tévedésből a gerinccsatornába adtak be egy, kizárólag vénába szúrható injekciót. Az ellátási hiba miatt meghalt egy tizennégy éves gyerek. A szegedi egyetem, ahol az eset másfél éve megtörtént, elismerte a hibát. Úgy tudjuk: a család tíz- és húszmillió forint közötti összeget kapott kártérítésként.

Vádemelés egy daganatos kislány halála miatt

Két klinikai orvost és egy ápolót vádolt meg az ügyészség.



Egy daganatos kislány halála miatt emelt vádat a Szegedi Járási Ügyészség két orvos és egy ápoló ellen – tájékoztatta a Csongrád Megyei Főügyészség szóvivője szerdán az MTI-t. Szanka Ferenc közölte, a vádirat szerint a két orvos, valamint az ápoló a daganat eltávolításával járó műtétet követő kezelés során összekeverték és felcserélték a gerinccsatornába, illetve az intravénásan beadandó készítményeket. A vádlottak olyan személyt is bevontak a

kezelésbe, aki nem rendelkezett megfelelő szakképesítéssel, alkalmassági vizsgával.

Mit tegyünk?

Reménykedjünk...

Elemezzünk...

Tanuljunk...



SZÉCHENYI 2020



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Hogyan?

- Háttér, alapelvek:

- Anonim
- Önkéntes
- Büntetés mentes
- Független
- Szakértői bázis
- Rendszerorientált



Miért gyűjtsünk adatokat?



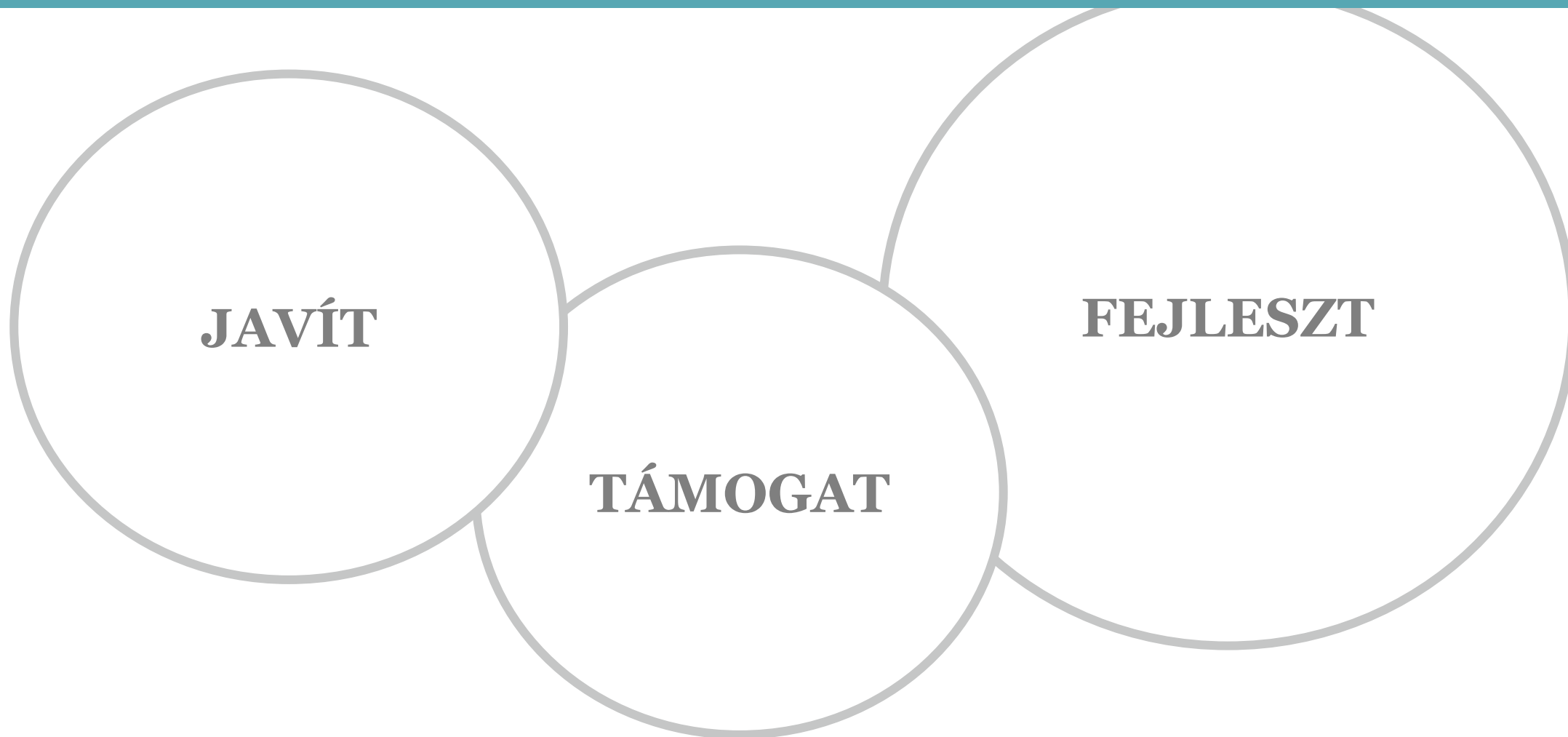
Mi a NEVES?

- NEVES = NEm Várt ESemények
- jelentési rendszer + visszajelzési rendszer + Fórum - tanuló rendszer



SZÉCHENYI 2020

A NEVES PROGRAM CÉLKITŰZÉSEI



A NEVES program elemei

- Fórum
 - Kéthavonta
 - Ingyenes, regisztrációhoz kötött
 - Honlap <http://info.nevesforum.hu/>
- Oki kutatások
 - 8 témában
 - "EFOP-1.8.0-VEKOP-17 az Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése" c. kiemelt projekt keret



SZÉCHENYI 2020

Oki kutatások

- 2020. szeptemberig, várhatóan a következő témákban:

Tűszúrásos sérülések

Betegesés

Decubitus

Elmaradt tervezett műtétek

Betegcsere

Újraélesztés

Beteg eltűnése, elkóborlása

Dolgozót ért bántalmazás

- Cél: intézmények támogatása saját adataik feldolgozásában, értelmezésében, megfelelő megelőző intézkedések fellelésében
- Eredmények közzététele: <http://info.nevesforum.hu/>



SZÉCHENYI 2020

A NEVES program elem

- Fórum
 - Kéthavonta
 - Ingyenes, regisztrációhoz kötött
 - Honlap <http://info.nevesforum.hu/>
- Oki kutatások
 - 8 témában
 - "EFOP-1.8.0-VEKOP-17 az Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése" c. kiemelt projekt keretében
- Jelentési rendszer
 - <http://neves.nevesforum.hu>



SZÉCHENYI 2020

Miben más?

- Esemény specifikus adatgyűjtő lap
 - Egyszerű kitöltés, elsősorban zárt kérdések
 - Lehetőség részletes leírásra
- Előidejűségre és az okokra koncentrálnak
- Azonnali adatfeldolgozás és visszajelzés

NEVES Report form for patient fall: v5 Valid from 13th February 2014

NEVES Report form for patient falls v5

Patient fall: An unintended event, during which the knee or any body parts above the knee of the patient contacts with the ground/ floor. The form should be filled out at every such event (patient fall).

Hospital ID# _____ Case ID# _____

Unit ID# _____

Hospital, unit, and case ID-s are automatically generated on the NEVES reporting site. For offline data collection it is possible to use either an internal identification system, or the codes provided by the software. In the latter case, it is suggested to write the electronic case ID on the paper.

1. Patient information

1.1.1. Age (years): _____

1.1.2. Gender: ☐ Male ☐ Female

1.2.1. Impairments of the patient* (multiple choice)

☐ None ☐ Imbalance (walking, general mobility)

☐ Not known ☐ Hearing ☐ Mobility limitation arising from general physical weakness

☐ Visual ☐ Incontinence

☐ Speech ☐ Mood disorder (depression, restlessness, agitation, etc.) ☐ Other: _____

☐ Disorientation ☐ Mobility limitation arising from walking difficulties

☐ Pain

1.2.2. Scale of mobility limitation for adult patient* (Mark the most serious if you have selected mobility disorder in the previous question)

☐ Not known ☐ Able only to sit up

☐ Moves around independently with walking aid ☐ Bed-ridden, cannot sit or stand up

☐ Moves around with help only

1.3. Date of admission*: (DD-MM-YYYY) _____/_____/_____

1.4. Medication in the last 24 hours before fall* (multiple choice)

☐ Sleeping pill and/ or sedative ☐ Anti-hypertensive and/ or diuretic ☐ Insulin, anti-diabetic

☐ Anti-epileptic ☐ diuretic ☐ No medication

☐ Anti-psychotic ☐ Anti-coagulant, platelet aggregation inhibitor ☐ Not known

☐ Anti-depressant ☐ Pain relief ☐ Laxative ☐ Other: _____

1.5. Has risk assessment been performed* ☐ Yes ☐ No ☐ Not known

1.5.1. If yes, date of risk assessment (DD-MM-YYYY) _____/_____/_____

2. Characteristics of the unit responsible for the patient at the time of the fall

2.1. Unit type

☐ Acute, surgery ☐ Emergency ☐ Nursing ☐ Other (e.g. outpatient ward): _____

☐ Acute, no surgery ☐ Rehabilitation ☐ Other chronic care

3. Description of the event

3.1. Where did the fall occur* ☐ Related to bed use (e.g. getting out of bed, laying down, sink in the room) balcony, etc.)

☐ Grabbing bed, leaning out of bed) Bathroom in patient room Common areas (lounging room, smoking area, etc.)

☐ Common bathroom

☐ Corridor, staircase

☐ Patient room, not related to bed use (including using the corridor, staircase, park, etc.)

☐ Outdoors (sidewalk, park, etc.)

3.2.1. Date of event* (DD-MM-YYYY) _____/_____/_____

3.2.2. Time of event (HH-MM, 24h format) _____/_____/_____

3.3. Day of event ☐ Workday ☐ Holiday ☐ Not known

3.4.1. Mobility aid used at the time of fall* (multiple choice)

☐ Not known ☐ Walking stick ☐ Wheelchair

☐ No aid ☐ Crutch ☐ Other: _____

☐ Patient has aid, but not used it ☐ Walking frame (fixed or rollator) at the time of fall



Mire jó? Mire nem jó?

JÓ

- Rendszerhibák feltárása
- Szervezeti tanulás
- Folyamatszervezés
- HR tervezés
- Eszközök tervezése, kezelése és működtetése

NEM

- Előfordulási gyakoriság elemzés
- Epidemiológiai kutatások
- Beteg kockázati tényezőinek kutatása
- Bűnbakkeresés



- Mit? Hogyan? Ki?
- Milyen formában?
 - Hogyan motiválhatóak a munkatársak?



- Egyedi esetek vagy aggregált adatok gyökérok elemzése
- Statisztikai elemzés



- Eredményes visszajelzési módszerek kialakítása, (motiváció, szervezeti tanulás)
- Intézkedések
- Betegbiztonság javítása



Mit?



SZÉCHENYI  **2020**



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Jelenthető témakörök I.

		FB*	JB**
1	Beteg eltűnése, elkóborlása	I	-
2	Betegcsere	I	I
3	Betegesés	I	I
4	Decubitus	I	-
5	Dolgozót ért bántalmazás	I	I
6	Elmaradt tervezett műtétek	I	I
7	Fel nem használt vérkészítmények	I	-
8	Gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események	I	I/-
9	Húgyúti beavatkozást követő húgyúti fertőzések	I	I
10	Kanül/katéter asszociált fertőzések	I	I

*FB: fekvőbeteg ellátásban értelmezhető, **JB: járóbeteg ellátásban értelmezhető

Jelenthető témakörök II.

		FB	JB
11	Leletcsere	I	I
12	Leletkéslekedés	I	I
13	Műtéti sebfertőzés	I	I
14	Műtéti szövődmény	I	I
15	Nem tervezett ismételt kórházi felvétel	I	-
16	Oldaltévesztés vagy más testrészen történt beavatkozás	I	I
17	Orvosi eszközök, műszerek elégtelen működése	I	I
18	Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet	I	-
19	Tűszúrásos sérülések	I	I
20	Újraélesztés	I	I
21	Váratlan halálozás	I	-

Milyen formában?



SZÉCHENYI 2020



NEVES Report form for patient falls v5

Patient fall: An unintended event, during which the knee or any body parts above the knee of the patient contacts with the ground/ floor. The form should be filled out at every such event (patient fall).

Hospital ID* _____ Case ID* _____

Unit ID* _____

Hospital, unit, and case ID-s are automatically generated on the NEVES reporting site. For offline data collection it is possible to use either an internal identification system, or the codes provided by the software. In the latter case, it is suggested to write the electronic case ID on the paper.

1. Patient information

1.1.1. Age (years): _____

1.1.2. Gender*: ☐ Male ☐ Female

1.2.1. Impairments of the patient*: (multiple choice)

- | | |
|---|---|
| ☐ None | ☐ Imbalance (walking, general mobility) |
| ☐ Not known | ☐ Hearing |
| ☐ Visual | ☐ Incontinency |
| ☐ Speech | ☐ Mood disorder (depression, restlessness, agitation, etc.) |
| ☐ Disorientation | ☐ Mobility limitation arising from general physical weakness |
| ☐ Pain | ☐ Mobility limitation arising from walking difficulties |
| | ☐ Other: _____ |

1.2.2. Scale of mobility limitation for adult patients

(Mark the most serious if you have selected mobility disorder in the previous question)

- | | |
|--|---|
| ☐ Not known | ☐ Able only to sit up |
| ☐ Moves around independently with walking aid | ☐ Bed-ridden, cannot sit or stand up |
| ☐ Moves around with help only | |

1.3. Date of admission*: (DD-MM-YYYY) ____/____/____

1.4. Medication in the last 24 hours before fall* (multiple choice)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Sleeping pill and/ or sedative | ☐ Anti-hypertensive and/ or diuretic | ☐ Insulin, anti-diabetic |
| ☐ Anti-epileptic | ☐ Anti-coagulant, platelet aggregation inhibitor | ☐ No medication |
| ☐ Anti-psychotic | ☐ Anti-depressant | ☐ Not known |
| ☐ Pain relief | ☐ Laxative | ☐ Other: _____ |

1.5. Has risk assessment been performed?*

- ☐ Yes ☐ No ☐ Not known

1.5.1. If yes, date of risk assessment (DD-MM-YYYY) ____/____/____

2. Characteristics of the unit responsible for the patient at the time of the fall

2.1. Unit type

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Acute, surgery | ☐ Emergency | ☐ Nursing | ☐ Other (e.g. outpatient ward): _____ |
| ☐ Acute, no surgery | ☐ Rehabilitation | ☐ Other chronic care | |

3. Description of the event

3.1. Where did the fall occur?*

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Related to bed use (e.g. getting out of bed, laying down, grabbing bed, leaning out of bed) | ☐ sink in the room) | ☐ balcony, etc.) |
| ☐ Patient room, not related to bed use (including using the bed) | ☐ Bathroom in patient room | ☐ Common areas (lounge room, smoking area, etc.) |
| | ☐ Common bathroom | |
| | ☐ Corridor, staircase | ☐ Other: _____ |
| | ☐ Outdoors (sidewalk, park, | |

3.2.1. Date of event* (DD-MM-YYYY) ____/____/____

3.2.2. Time of event (HH-MM, 24h format) ____/____/____

3.3. Day of event ☐ Workday ☐ Holiday ☐ Not known

3.4.1. Mobility aid used at the time of fall* (multiple choice)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Not known | ☐ Walking stick | ☐ Wheelchair |
| ☐ No aid | ☐ Crutch | ☐ Other: _____ |
| ☐ Patient has aid, but not used it | ☐ Walking frame (fixed or rollator) | |

at the time of fall



3.4.2. Other aid used at the time of fall* (multiple choice)

- | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| ☐ Not known | ☐ Patient has aid, but not used it at the time of fall | ☐ Hearing aid |
| ☐ No aid | ☐ Eyeglasses, contact lenses | ☐ Other: _____ |

4. Consequences of the event

4.1. Injury due to the fall*

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| ☐ None | ☐ Minor (e.g. bruise, superficial haematoma, lasting pain) | ☐ Severe (e.g. break, joint haemorrhage) |
| ☐ Not known | | ☐ Patient died |

4.2. Necessary procedures/ diagnostics due to the fall (e.g. surgery, medication, X-ray, CT scan)

4.3. Injured body part* (multiple choice)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ No injury | ☐ Healthy upper limb | ☐ Amputated limb |
| ☐ Not known | ☐ Healthy lower limb | ☐ Body, ischial tuberosity |
| ☐ Head, face, ear, mouth | ☐ Injured or disabled limb | |

5. Detailed description of the event

5.1. Activity during which the event occurred*: (multiple choice)

- | | |
|---|---|
| ☐ Not known | ☐ Wheelchair transfer and falling out of wheelchair |
| ☐ Standing up, sitting down, transfer (except from/ to wheelchair) | ☐ Taking a bath or a shower |
| ☐ Moving in bed, in laying position | ☐ Toilet use (except mobile toilet) |
| ☐ Falling from a sitting or standing position, without moving | ☐ Movement started due to immediate need (e.g. toilet, phone call, etc.) |
| ☐ Mobile toilet use | ☐ No or incorrect application of prescribed aid |
| ☐ Reaching towards nightstand | ☐ Walking, strolling |
| ☐ Walking on wet floor (except in bathroom) | ☐ Other: _____ |

5.2. What environmental factors could have contributed to the event?* (multiple choice)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Not known | ☐ Physical barrier (e.g. furniture, stairs) | ☐ Unexpected displacement of bed or other equipment (e.g. wrong fastening) |
| ☐ No environmental factor had contributed to the fall | ☐ Characteristics of equipment (e.g. distance of nightstand, height of bed) | ☐ Restrictive measures (bedrail) |
| ☐ Delayed response to nurse calling signal | ☐ Equipment damage | ☐ Other: _____ |
| ☐ Wet or contaminated floor | ☐ Insufficient lighting | |

5.3. Factors arising from the health status of patient, which could have contributed to the event* (multiple choice)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Not known | ☐ Pain | ☐ Patient does not wear their eyeglasses |
| ☐ No health condition factor had contributed to the fall | ☐ Amputated body part | ☐ Other: _____ |
| ☐ Confusion, delirium | ☐ Muscle weakness, walking instability | |
| ☐ Loss of consciousness, faint | ☐ Paralysis | |
| ☐ Vertigo | ☐ General weakness | |

5.4. Detailed description of the circumstances of the event, including factors and possible causes which have not yet been described (e.g. patient is not yet aware of their health status)

5.5. In your opinion how could have the event been prevented?

6. Reporting

6.1. Date of filling in the form (DD-MM-YYYY) ____/____/____

6.2. Profession of reporting person (e.g. physician, registered nurse, administrator, etc.) _____

KREDIT
MARATON

SZÉCHENYI 2020

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



MAGYAR
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSMENT
TÁRSASÁG

Jelentőlapok jellemzői

- Oki központú adatgyűjtés
- Strukturált kérdőívek
- Szabad szöveges válasz is lehetséges
- Rövid (max. 2-3 oldal) terjedelem
- Felhasználóbarát szerkezet
- Nyomtatható formában letölthető kérdőív
- Statisztikai elemzések azonnal
- Exportálható adatok
- Adatlapok újraértékelése, fejlesztése az adatok tükrében



SZÉCHENYI 2020

Hogyan?



SZÉCHENYI 2020



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Tippek és trükkök...

- Értsék az érintettek, miért foglalkozunk a témával, mi a cél a jelentéssel
- Legyen biztosítva a támogató környezet (büntetésmentesség)
- Előre meghatározott ideig gyűjtsük az adatokat (minimum 30 eset, de inkább 50)
- Egyszerre egy témában gyűjtsünk adatot
- A kiválasztott téma legyen fontos az ellátóhely szempontjából (magas kockázat, jelentős következmény)
- Vezetői támogatás/példamutatás



Hogyan tanuljunk?



SZÉCHENYI 2020

Mit kezdünk az adatokkal?

- Keressük meg a gyökérokokokat
- Az adatok elemzésében lehetőleg vegyenek részt az érintettek
- Aki nem vesz részt az elemzésben, az is kapjon az eredményről tájékoztatást
- Elemzés az adatgyűjtést követően mielőbb
- Határozzuk meg a szükséges intézkedéseket az eredmények ismeretében



SZÉCHENYI 2020

“Tanulni nem a hiba elítéléséből, hanem csakis a megértéséből lehet.”

• *Rudolf Steiner*



SZÉCHENYI 2020

A NEVES eszköz a problémák okainak
feltárásához, megoldásához, nem
maga a megoldás!



SZÉCHENYI 2020

Köszönöm!



SZÉCHENYI  **2020**



Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

NEVES Fórum

2018. november 29.

13:30-16:00 h

2019. február 7.

2019. április 11.

2019. június 6.

Regisztráció: <http://info.nevesforum.hu/>

Helyszín: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)

1139 Budapest, Váci út 73/A.

