

## EDITORIAL

### IS CHILDREN-CARE IN THE HOSPITAL SETTING SAFE?

#### OS CUIDADOS ÀS CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR SÃO SEGUROS?

Bilhota Xavier<sup>1</sup>

Portugal was one of the countries in the world with the highest infant and neonatal mortality. In the early 1990s, more than one hundred health units and services without the minimum conditions were closed. The others were equipped with pediatricians and nurses trained in the provision of hospital care to newborns and with minimal equipment required for the resuscitation and stabilization of newborns who needed special care. Also, at the beginning of this decade, neonatal transport of intensive care was implemented through the National Institute of Medical Emergency (INEM), fostering complementary articulation between Perinatal Support Hospitals (PAH) and Perinatal Differentiated Support Hospitals (PAHD), which are equipped with neonatal intensive care units. These and other measures allowed Portugal to become one of the countries in the world with the lowest infant mortality, including neonatal mortality, greatly increasing the survival rate of large preterm infants and the reduction of cerebral palsy.

However, the sustainable development of these significant changes cannot be achieved without ensuring that health services are safe, those that are provided at hospital level to children, including newborns.

Only at the beginning of this century, did the concept of safety in areas such as fire, equipment failure, patient falls and the risks of infection began to emerge.

There was also the belief that health professionals, physicians, and nurses with high quality training, always behaved with care and awareness and sought to avoid or minimize errors, considered as inevitable “complications” of care.

In 1999 the U.S. Institute of Medicine published the well-known “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” raising the awareness of the mortality secondary to “medical errors” in U.S. hospitals. Based on the results obtained in Colorado, Utah and New York studies, it was extrapolated that at least 44,000 and perhaps even

98,000 people died per year in hospitals due to “medical errors, and of those, 7,000 deaths were drug-related and would be preventable.

These data were a wake-up call to the whole world and led to a reflection on the need to urgently implement measures that would increase health care safety.

The concept of health error, adverse event or sentinel event began to be introduced and a paradigm shift from penalizing to seeking to identify the causes for these errors and implementing mechanisms to mitigate the possibility of their repetition developed. Also it became clear that these errors were rarely due to a single professional. On the contrary, in the majority of the cases, the real cause of an adverse incident or event in health care was not due to human error, but to a set of actions and interactions, processes, team relations, communications, human behavior, technology, organizational culture, institutions’ care policies, and the nature of the hospital environment itself.

The harm done to patients can never be corrected, just by urging healthcare professionals to be more careful.

It is necessary that institutions promote the development of policies, procedures and norms and their practical application to reduce the errors of identification of the patient, the infections associated with health care, errors of prescription, preparation, and administration of medicines, to ameliorate the communication between professionals and with parents and adolescents, among others, implementing a culture of quality and safety in each institution.

Audits of all these processes are crucial to measure the evolution of this culture and identify the less correct practices and implementing corrective measures.

Medical errors in pediatric and neonatal hospitalization are not well known. What is known is that at these ages the probability of error is far superior, due to patient’s fragility, heterogeneity of different age groups and the particularities that represent small infants

1. President of Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente.  
bxavier@netcabo.pt

and premature infants. In all areas the safety processes should be redoubled, but the preparation and administration of drugs is particularly important. Most medicines are formulated for adults, and neonatal and pediatric dosing requires specific calculations and tasks, each of which significantly increases the possibility of error. Children are less able to physiologically tolerate a medication error and fail to communicate effectively about any possible adverse effects, which the drugs may be causing.

Not by chance in the beginning of the second decade of the 21st century (2010), the Ministry of Health Portuguese acquired from the Agency of Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), the manual of standards that began to serve in Portugal as a National Model of Health Accreditation. This initiated the certification processes in hospital services that provided health care to children and women, and also the beginning of the accreditation processes of a hospital institution as a whole, according to Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) and Joint Commission International (JCI).

Also, in the view of the need to improve the quality and safety of childcare the Pediatric Society for Quality and Patient Safety (SPEQS) was established within the Portuguese Society of Pediatrics (SPP) in 2017. If at first the membership of this initiative was reduced, perhaps because it addressed a science that was foreign to the majority, it has been growing in recent years, as evidenced by the participation in the ongoing online course promoted by SPEQS, and by the questions posed to board members afterwards.

Also, the invitation to write this editorial, reflects the growing interest that these themes have been assuming.

In addition to those mentioned above, other challenges arise for health professionals working with children:

Involve children, adolescents, and families as partners in the development of increasingly safe health care, promoting health literacy, care, which should be seen as a basic right.

Promote an emerging, alternative approach to patient safety, called "Safety II" that focuses on making health care proactively safer, by emphasizing the conditions in which healthcare professionals are most successful and which implies motivation and awareness in the interest of sharing these best practices with professionals of other institutions.

Last, but not the least, the consolidation of the Pediatric Quality Network is the greatest challenge.

**Mission** to assure that no single child is harmed in the care we provide.

To contribute to

**HIGHER QUALITY AND CHILD-AND FAMILY-FRIENDLY HEALTH SERVICES**

Portugal era dos países do mundo com maior mortalidade infantil e neonatal. No início da década de 90 foram encerrados mais de uma centena de unidades e serviços de saúde em que se nascia sem as mínimas condições. Os outros foram dotados de pediatras e enfermeiros com formação na prestação de cuidados hospitalares, em particular a recém-nascidos e dotados de equipamentos mínimos, que permitissem a reanimação e estabilização dos recém-nascidos que precisavam de cuidados especiais. Também no início dessa década foi implementado o transporte neonatal de cuidados intensivos através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), fomentando a articulação complementar entre Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciados (HAPD), estes apetrechados com unidades de cuidados intensivos neonatais. Estas e outras medidas permitiram que Portugal passasse a ser um dos países do mundo com menor mortalidade Infantil, incluindo a neonatal, aumentando em muito a taxa de sobrevivência dos grandes prematuros e a redução da paralisia cerebral.

No entanto o desenvolvimento sustentável destas significativas mudanças, não poderá ser conseguido, sem garantir que os serviços de saúde são seguros, em particular aqueles que são prestados a nível hospitalar a crianças, incluindo recém-nascidos.

Só no início do presente século, começou a surgir a ideia de segurança em áreas, como o incêndio, a falha do equipamento, as quedas de pacientes e os riscos de infeção.

Havia também a crença de que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros com formação de grande qualidade, se comportavam sempre com cuidado e consciência e procuravam evitar ou minimizar erros, considerados como inevitáveis "complicações" dos cuidados.

Em 1999 o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (EUA) publicou o conhecido "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" chamando a atenção para a elevada mortalidade secundária a "erros médicos", nos hospitais dos EUA. Baseado nos resultados dos estudos do Colorado e Utah e Nova Iorque foi estimado que 44 000 pessoas e talvez 98000 morriam em hospitais todos os anos, e dessas 7.000 mortes estavam relacionadas com o medicamento e seriam evitáveis.

Estes dados foram um alerta para todo o mundo e levaram à reflexão sobre a necessidade de implementar urgentemente medidas que aumentassem a segurança dos cuidados de saúde.

Começou a ser introduzido o conceito de erro em saúde, evento adverso ou evento sentinela e a mudança de paradigma de em vez penalizar, procurar identificar as causas para esses erros e implementar mecanismos para minorar a possibilidade da sua repetição, e a constatação de que esses erros raramente se deviam só a um único profissional.

Pelo contrário, a verdadeira causa de um incidente ou acontecimento adverso nos cuidados de saúde não se deveu na larga maioria das situações a um erro humano, mas sim a um conjunto de ações e interações, processos, relações de equipa, comunicações, comportamento humano, tecnologia, cultura organizacional, políticas de cuidados das instituições, bem como à natureza do ambiente hospitalar.

Os danos causados aos doentes não poderão nunca ser corrigidos, apenas exortando os profissionais de saúde a terem mais cuidado.

É preciso que as instituições promovam a elaboração de políticas, procedimentos e normas e a sua aplicação prática, que possam minorar os erros de identificação do doente, reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, os erros de prescrição, preparação e administração de medicamentos, aumentar a comunicação entre profissionais e com os pais e adolescentes, entre outras, implementando em cada instituição uma cultura de qualidade e segurança.

As auditorias a todos estes processos são cruciais para medir a evolução dessa cultura e identificar quais as práticas menos corretas, no sentido de implementar medidas corretivas.

Não são conhecidos os erros cometidos nos cuidados prestados a crianças e recém-nascidos. O que sabe é que nestas idades a probabilidade de erro é largamente superior, pela sua fragilidade, heterogeneidade dos diferentes grupos etários e pelas particularidades que representam os pequenos lactentes e prematuros.

Em todas áreas os processos de segurança devem ser redobrados, mas a do medicamento é particularmente importante. A maioria dos medicamentos é formulada para adultos, necessitam de alterar a dosagem original do medicamento, que requer cálculos e tarefas específicas, cada uma aumentando significativamente a possibilidade de erro, as crianças são menos capazes de tolerar fisiologicamente um erro de medicação e não conseguem comunicar de forma eficaz sobre quaisquer efeitos adversos que os medicamentos possam estar a provocar

Não por acaso no início da segunda década do sé XXI, em 2010, o Ministério da Saúde Português adquiriu à Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) o manual de padrões que passou a servir em Portugal de Modelo Nacional de Acreditação em Saúde, que iniciou os processos de certificação, como se impunha, nos serviços hospitalares que prestavam cuidados de saúde às crianças e mulheres, e também o início dos processos de acreditação de uma instituição hospitalar no seu todo, pelos modelos Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) e Joint Commission International (JCI).

Também por ser reconhecida a necessidade da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados às crianças, em 2017 foi constituída a Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente (SPEQS), no âmbito da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Se ao princípio a adesão a esta iniciativa foi reduzida, até talvez por abordar uma ciência que era estranha à maioria, nos últimos anos ela tem sido em crescendo, como é evidenciada pela participação no curso online promovido pela SPEQS, que está a decorrer e pelas questões que à *posteriori* têm vindo a ser colocadas aos elementos da direção.

Também o convite para a redação deste editorial, se pode enquadrar no interesse crescendo que estes temas têm vindo a ter.

Para além dos já referidos, outros desafios se colocam aos profissionais de saúde que trabalham com crianças:

Envolver as crianças, adolescentes e famílias, como parceiros no desenvolvimento de cuidados de saúde cada vez mais seguros, promovendo a literacia em saúde, cuidados estes, que devem ser tidos como um direito básico.

Promover uma abordagem emergente, alternativa na segurança do paciente, designada como “Safety II” que se centra em tornar os cuidados de saúde proactivamente mais seguros, através da ênfase nas condições em que os profissionais de saúde têm mais sucesso e que implica a motivação e consciencialização no interesse em partilhar essas boas práticas, com os profissionais de outras instituições.

Já a consolidação da Rede Pediátrica da Qualidade é o maior desafio.

**Missão**, garantir que uma única criança não seja prejudicada nos cuidados que lhe prestamos.

Contribuirmos cada vez mais, para termos

**SERVIÇOS DE SAÚDE, COM MAIS QUALIDADE e AMIGOS DAS CRIANÇAS E DAS FAMÍLIAS**