

Les risques en milieu hospitalier: du constat au contrat

Dr M. Haelterman

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

margareta.haelterman@health.fgov.be

www.patient-safety.be































patient-safety.be

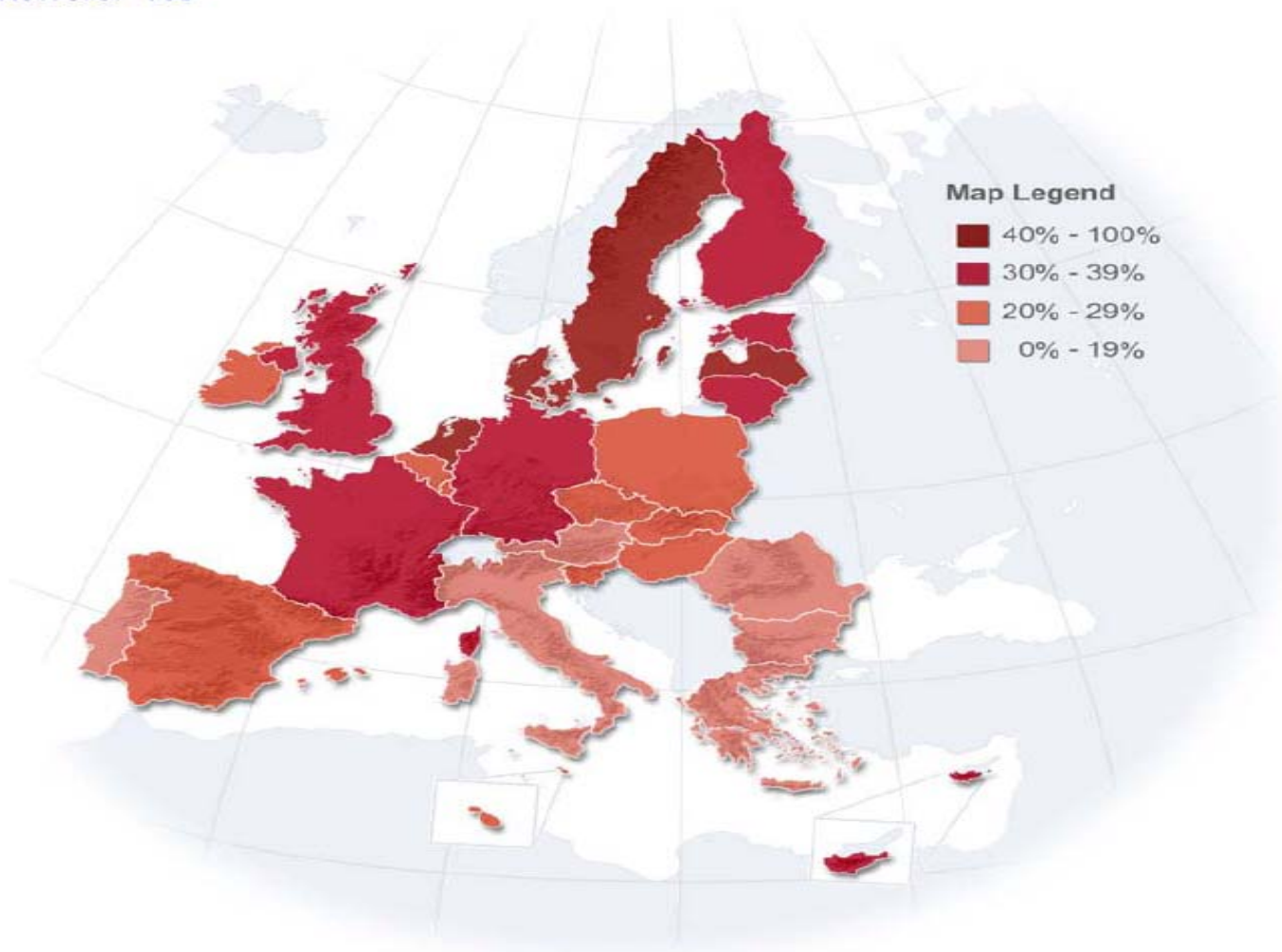
présentation

- ✘ perception qualité et sécurité des patients
- ✘ définitions qualité et sécurité
- ✘ faits et constats
- ✘ contrat coordination qualité et sécurité des patients
- ✘ *leadership*
- ✘ plan pluriannuel 2013-2017

Question: QD6a. Have you or a member of your family ever experienced an adverse event when receiving healthcare?

Answers: Yes

 SE	49%
 DK	43%
 LV	43%
 NL	42%
 EE	39%
 FR	39%
 LT	36%
 CY	35%
 FI	34%
 UK	31%
 DE	30%
 SI	29%
 BE	29%
 LU	29%
 SK	29%
 EU27	26%
 HU	24%
 CZ	23%
 MT	23%
 ES	20%
 PL	20%
 IE	20%
 EL	16%
 RO	16%
 BG	15%
 IT	15%
 PT	13%
 AT	12%

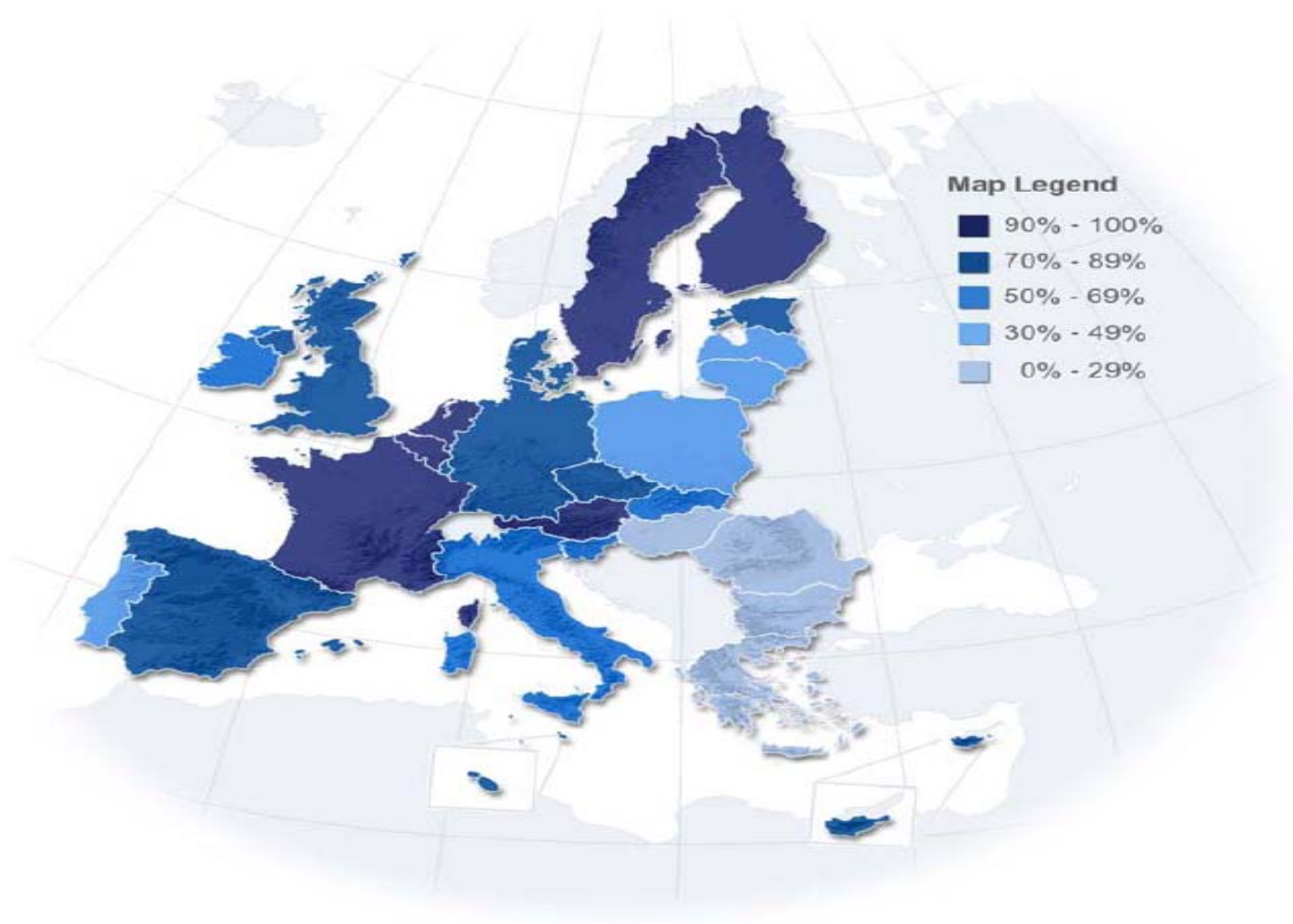


BE 97%

Question: QD2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?

Answers: **Good**



AT	95%
FI	94%
NL	91%
FR	91%
SE	90%
LU	88%
DK	87%
DE	86%
UK	86%
ES	81%
MT	81%
CZ	78%
CY	73%
EE	70%
EU27	70%
SI	69%
IT	54%
IE	53%
SK	53%
PT	42%
LT	40%
LV	37%
PL	30%
HU	28%
BG	28%
RO	25%
EL	25%



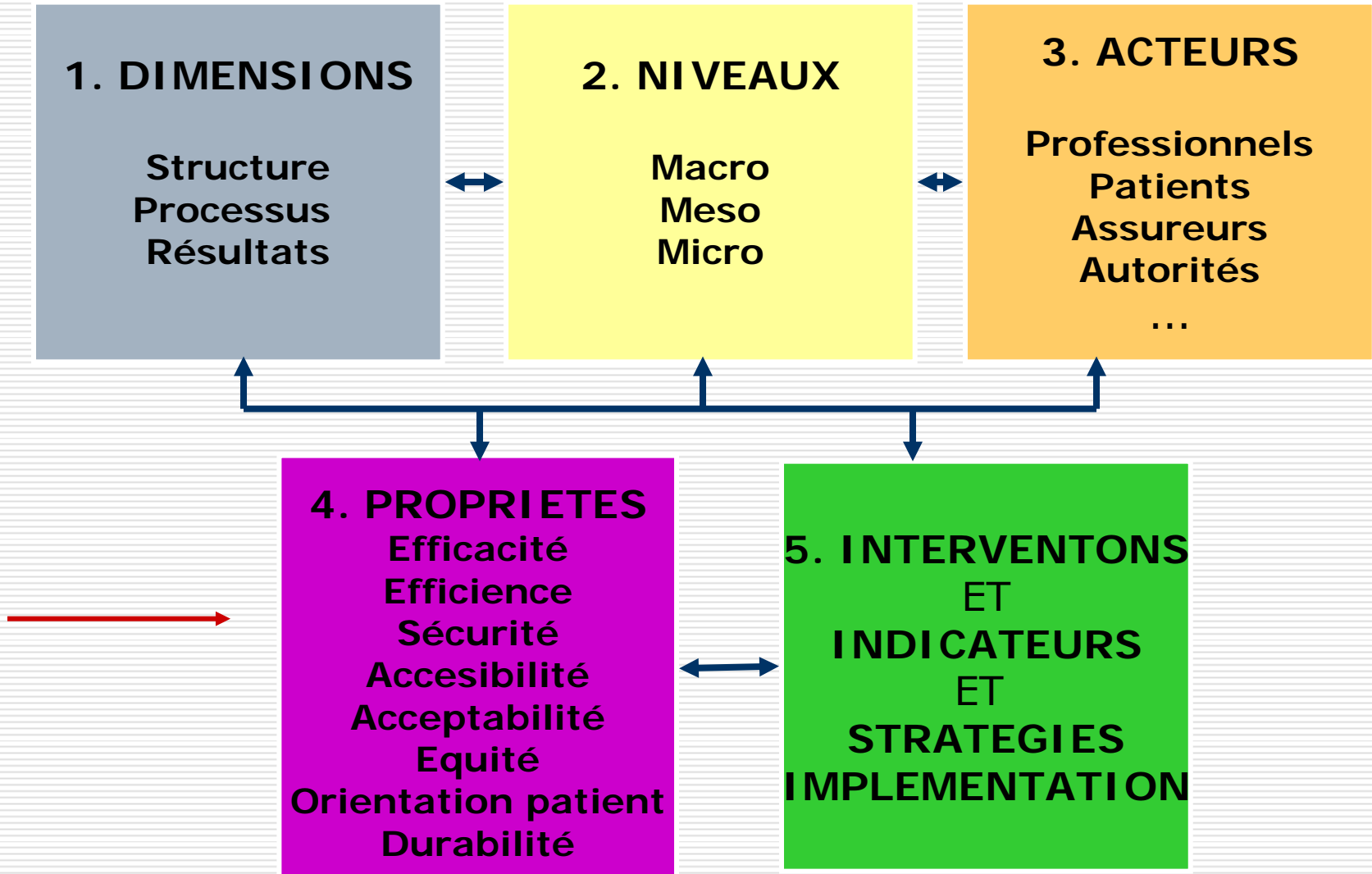
QD1 Of the following criteria, which are the three most important criteria when you think of high quality healthcare in (OUR COUNTRY)? (MAX. 3 ANSWERS) - % EU



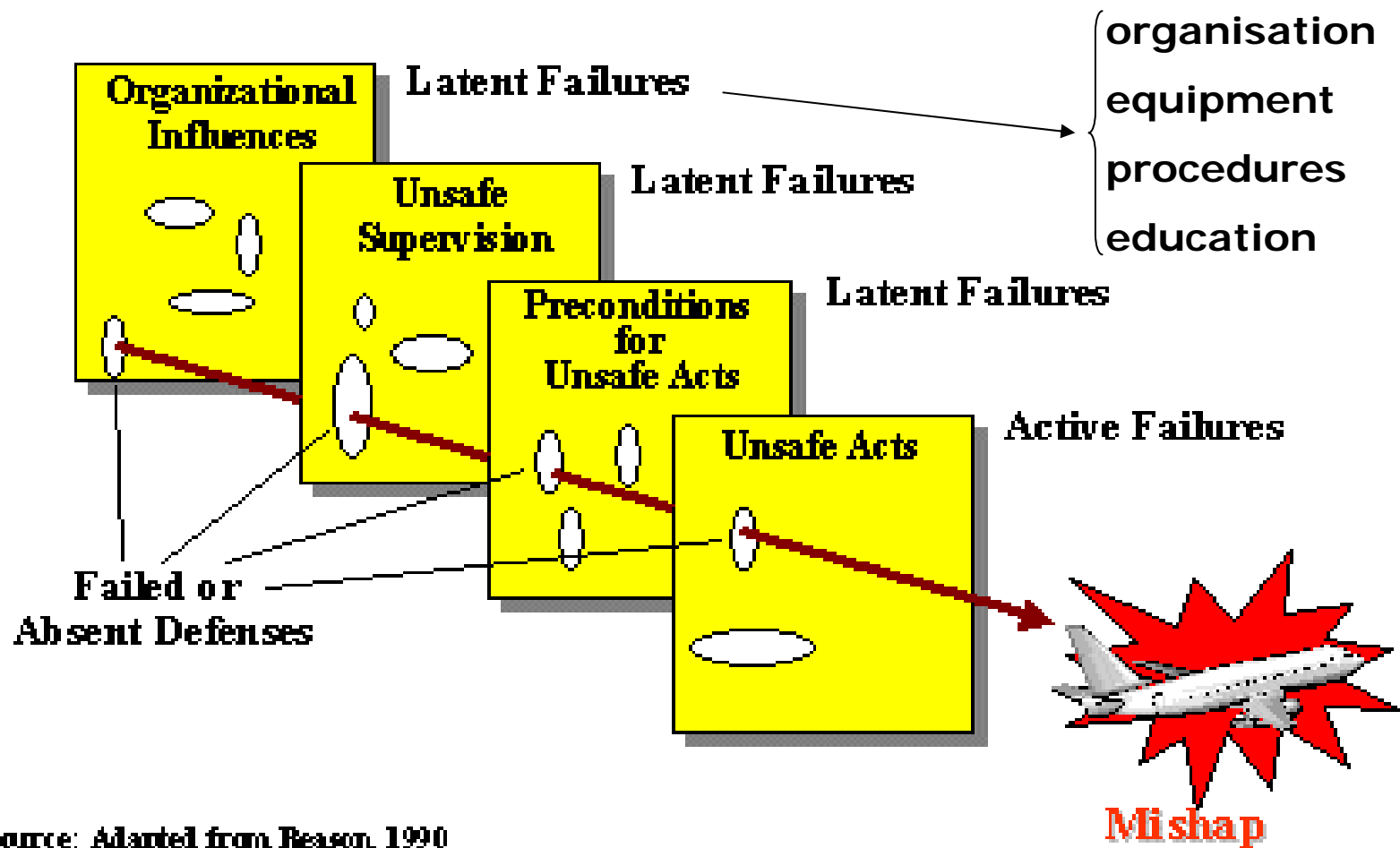
QD1 Of the following criteria, which are the three most important criteria when you think of high quality healthcare in (OUR COUNTRY)? (MAX. 3 ANSWERS)

		Medical staff that is well trained	Treatment that works	No waiting lists to get seen and treated	Respect of a patient's dignity	Modern medical equipment	Free choice of doctor	Proximity of hospital and doctor	Healthcare that keeps you safe from harm	A clean environment at the healthcare facility	Free choice of hospital	A welcoming and friendly environment	DK
 EU27		52%	39%	29%	27%	27%	22%	22%	22%	19%	14%	7%	1%
 BE		52%	33%	19%	27%	26%	33%	21%	18%	13%	26%	11%	0%

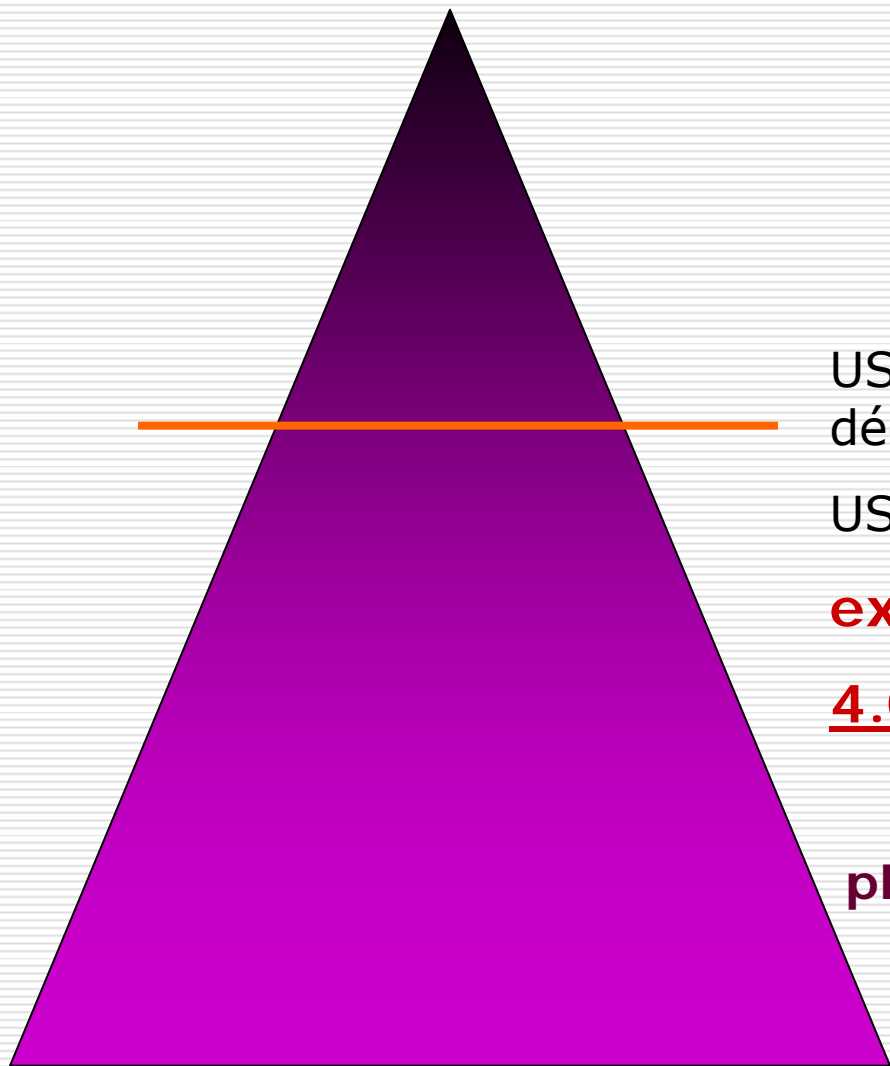
qualité des soins



The Reason Model and Accident Causal Chain



incidents



mortalité évitable

US - IOM (1999): 44.000 à 98.000
décès par an

US - IHI: 100.000 décès par an

extrapolation Belgique

4.000 décès évitables par an



plus élevé que la mortalité routière

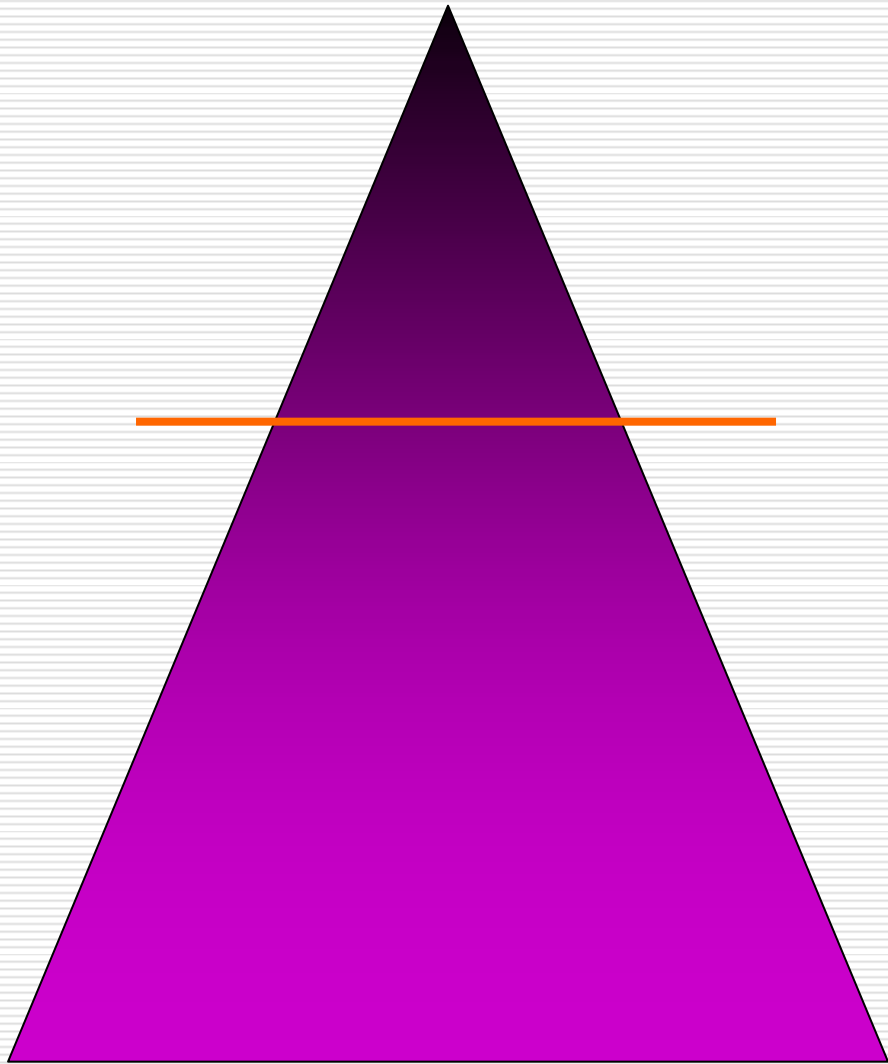
incidents

mortalité évitable

casuistique spectaculaire

- objets oubliés
- incidents de radiothérapie
- erreur de patient, gauche/droite,...

incidents



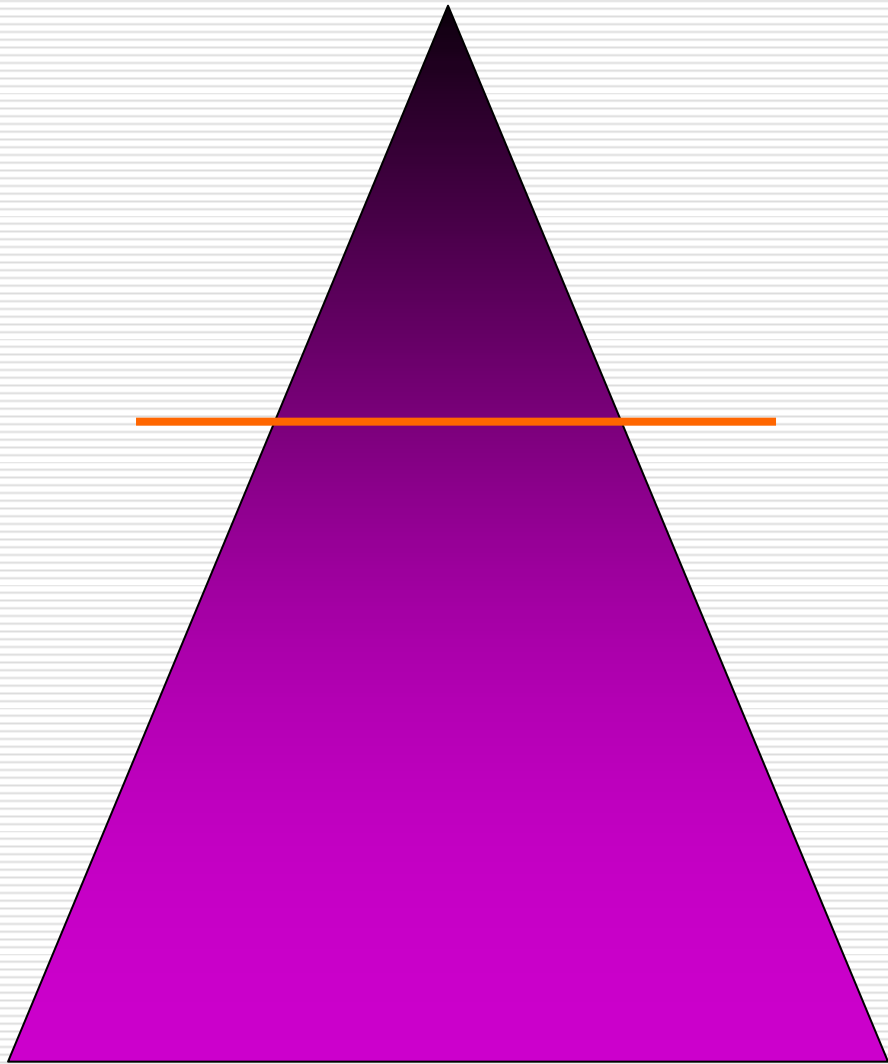
mortalité évitable

casuistique spectaculaire

**dommages, lésions,
handicaps permanents
avec diminution de la
qualité de vie**

- cicatrice (chéloïdienne)
- mobilité réduite
- incapacité de travail
- douleur persistante
-

incidents



mortalité évitable

casuistique spectaculaire

dommages, lésions, handicaps permanents avec diminution de la qualité de vie

lésions ou handicaps temporaires, douleurs, anxiété, séjour prolongé,...

.... données pour la Belgique

✘ RCM 2000

(K. Van den Heede et al., Int. J. Qual Health Care, 2006)

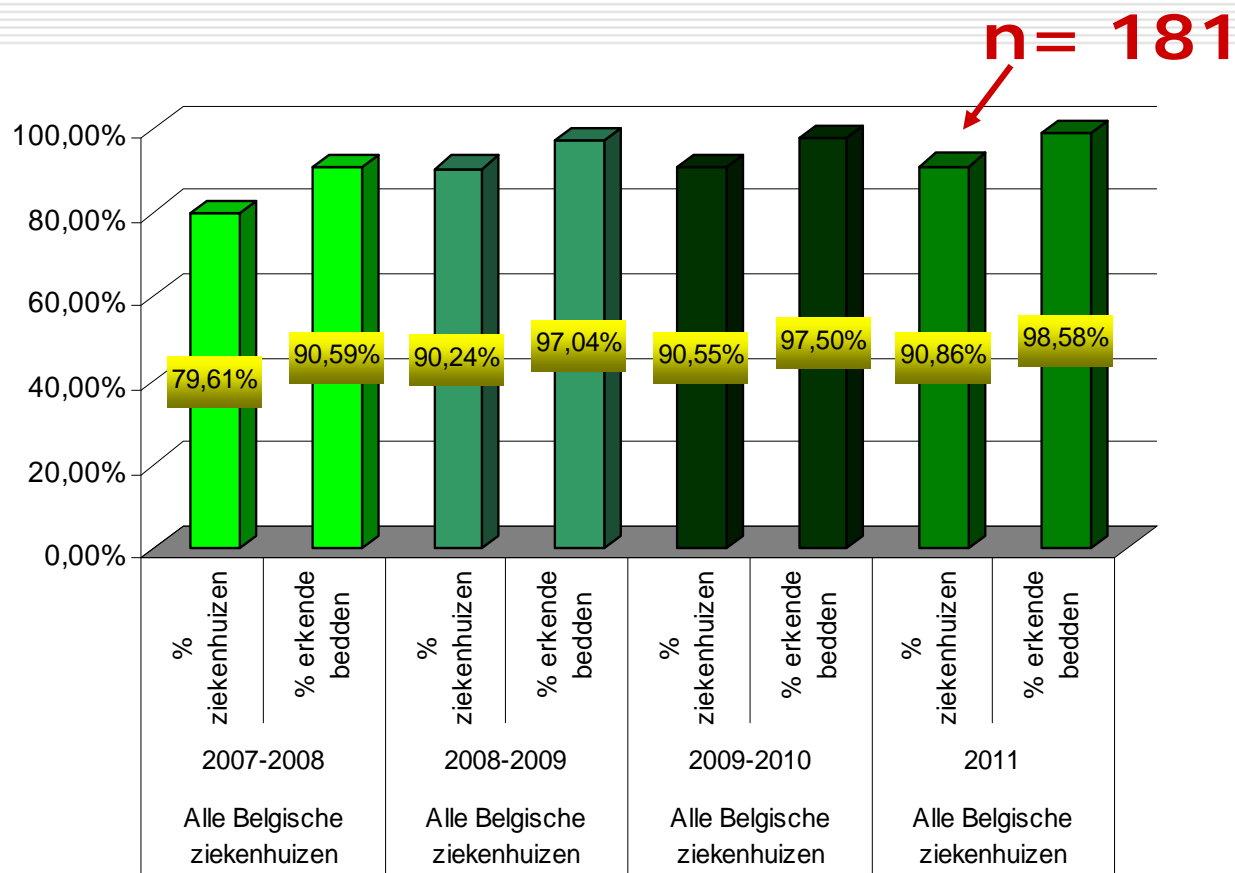
- au moins 1 incident chez
- 6,3% des patients chirurgicaux
- 7% des patients non chirurgicaux

✘ PSI 2007 (RCM)

(SPF, Feedback des PSI 2000-2007, avril 2011)

- PSI 5 (corps étranger laissé au cours d'une intervention): 150/an → moyenne 1 EI/an/hôpital
- PSI 14 (déhiscence de plaie postopératoire après une chirurgie abdominopelvienne): 1,30/1.000 séjours → taux moyen 0,91 EI/an/hôpital

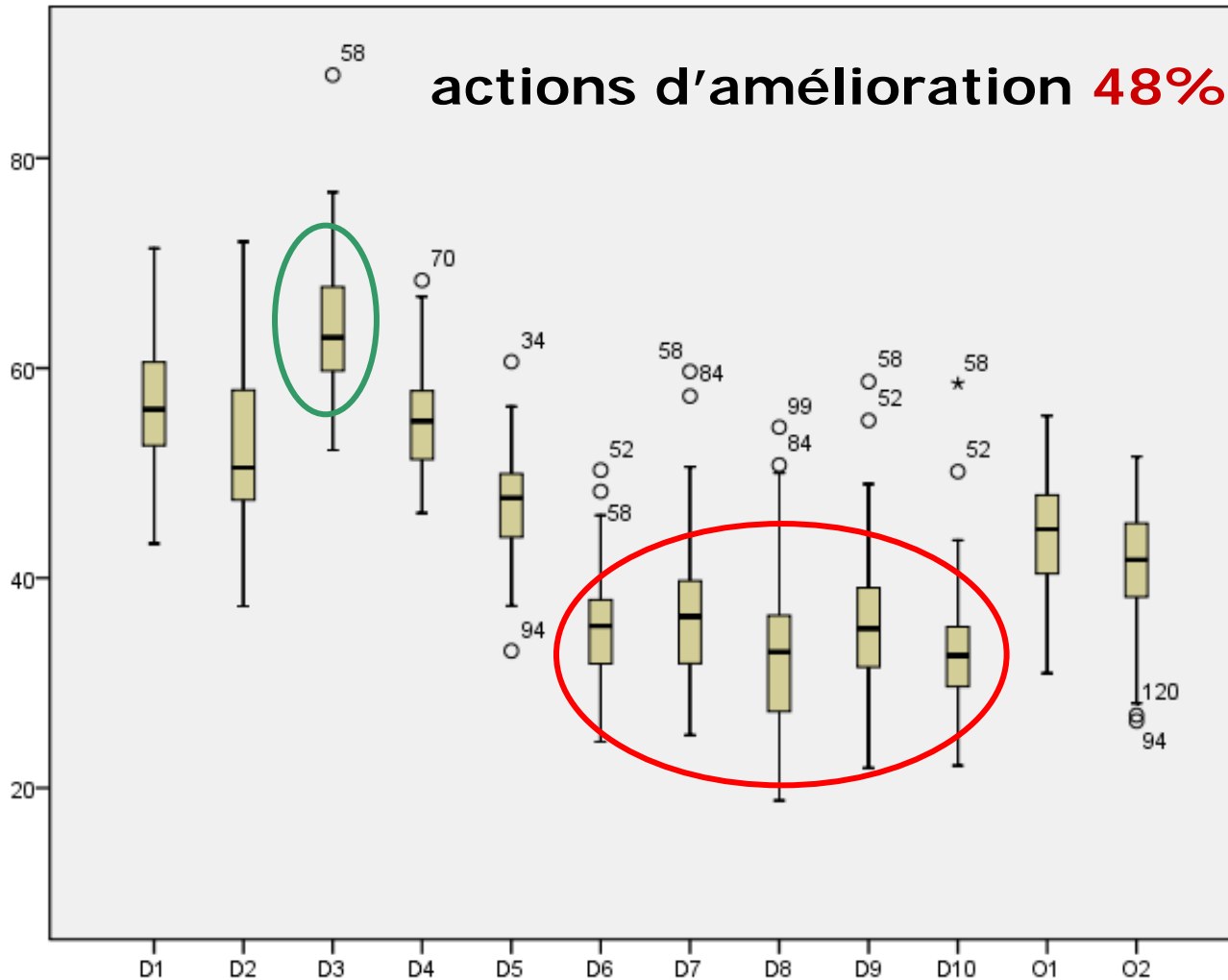
participation au contrat



contrat 2007-2008

- ✘ mission – vision – stratégie – objectifs Q et SP
- ✘ organigramme des structures qualité et gestion de la sécurité et fonction des membres
- ✘ **auto-évaluation de la culture de la sécurité des patients**
- ✘ système de notification des incidents et "*near-miss*"
- ✘ réalisation de projets de qualité
- ✘ usage en interne d'indicateurs de qualité (FMH et PSI)

Mesure de la culture de sécurité des patients pour hôpitaux aigus - 2007



10 dimensions de la culture sécurité:

- D1. La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
- D2. La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue
- D3. Le travail en équipe au sein des unités
- D4. L'ouverture à la communication
- D5. Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients
- D6. L'absence de sanction face aux erreurs
- D7. L'encadrement en personnel
- D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
- D9. Le travail d'équipe entre les départements
- D10. La transmission des informations et les transferts

Deux dimensions d'outcome:

- O1. La perception globale de la sécurité
- O2. La fréquence du signalement des événements indésirables (EI)

Benchmark: 143 hôpitaux

A nationwide Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan

Annemie Vlayen,¹ Johan Hellings,^{1,2} Neree Claes,¹ Hilde Peleman,³ Ward Schrooten^{1,4}

► Additional appendices are published online only. To view these files please visit the journal online (<http://qualitysafety.bmj.com>).

¹Hasselt University, Faculty of Medicine, Patient Safety Group, Diepenbeek, Belgium

²ICURO, Brussels, Belgium

³Federal Service Public Health, Brussels, Belgium

⁴Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, Belgium

Correspondence to

Annemie Vlayen, Hasselt University, Faculty of Medicine, Patient Safety Group, Agoralaan, Building D, Room D58, Diepenbeek 3590, Belgium; annemie.vlayen@uhasselt.be

Accepted 10 June 2011

ABSTRACT

Objective: To measure patient safety culture in Belgian hospitals and to examine the homogeneous grouping of underlying safety culture dimensions.

Methods: The Hospital Survey on Patient Safety Culture was distributed organisation-wide in 180 Belgian hospitals participating in the federal program on quality and safety between 2007 and 2009.

Participating hospitals were invited to submit their data to a comparative database. Homogeneous groups of underlying safety culture dimensions were sought by hierarchical cluster analysis.

Results: 90 acute, 42 psychiatric and 11 long-term care hospitals submitted their data for comparison to other hospitals. The benchmark database included 55 225 completed questionnaires (53.7% response rate).

Overall dimensional scores were low, although scores were found to be higher for psychiatric and long-term care hospitals than for acute hospitals. The overall perception of patient safety was lower in French-speaking hospitals. Hierarchical clustering of dimensions resulted in two distinct clusters. Cluster I grouped supervisor/manager expectations and actions promoting safety, organisational learning—continuous improvement, teamwork within units and communication openness, while Cluster II included feedback and communication about error, overall perceptions of patient safety, non-punitive response to error, frequency of events reported, teamwork across units, handoffs and transitions, staffing and management support for patient safety.

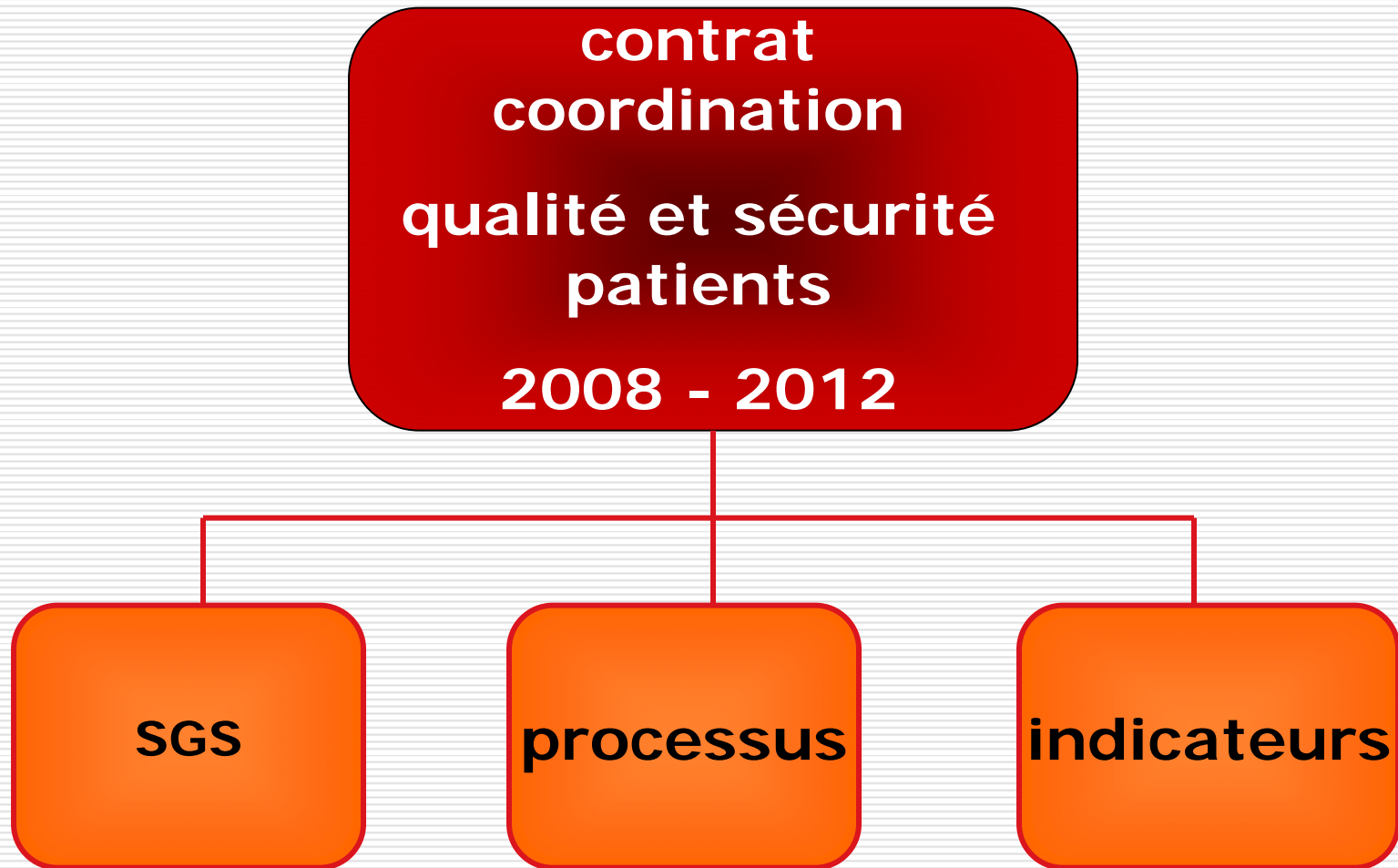
Conclusion: The nationwide safety culture assessment confirms the need for a long-term national initiative to improve patient safety culture and provides each hospital with a baseline patient safety culture profile to direct an intervention plan. The identification of clusters of safety culture dimensions indicates the need for a different approach and context towards the implementation of interventions aimed at improving the safety culture. Certain clusters require unit level improvements, whereas others demand a hospital-wide policy.

INTRODUCTION

Patient safety is receiving growing attention in Belgium. A 5-year program (2007–2012) was launched to implement quality and patient safety initiatives in the acute, psychiatric and long-term care hospitals, with a yearly additional financing (annual budget of €6.8 million in 2007). In 2007, the federal contract was signed by 80% (n=164) of the hospitals, including 97 acute hospitals, 52 psychiatric hospitals and 15 long-term care hospitals. The Belgian government provides a framework for implementing quality and safety strategies with attention to structure (*how care is organised*), processes (*what is done by healthcare providers*) and outcome measurement (*the healthcare results achieved*), according to Donabedian's trilogy.¹

One of the main priorities in the federal program is developing a culture of safety. "Safety culture refers to the beliefs, values and attitudes of patient safety shared by all members of the organisation. These shared values are reflected in the day to day operations of the organization".² Understanding safety culture is seen as a key component in improving patient safety in Belgian hospital settings. During the first program year (2007–2008), 158 hospitals completed a hospital-wide measurement of the safety culture using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC).³ During the second program year (2008–2009), 22 other hospitals entering the federal patient safety program assessed the safety culture. In total, 88% of the Belgian hospitals (180 out of 205 hospitals) applied the HSPSC to measure the hospital-wide safety culture. The federal

plan pluriannuel 2008-2012



SGS

processus

indicateurs

2ème mesure de la culture

continuer à développer le processus intra-muros

performance clinique (FMH)
→ analyse des valeurs extrêmes

- appliquer la taxonomie à 5 incidents
- analyse rétrospective de 5 incidents
- planifier une analyse proactive d' 1 incident

préparer un processus transmurale et établir un plan pour 2012

pour ≥ 1 unité/service/dép.

- mission - vision
- objectifs stratégiques
- objectifs opérationnels
- définir des indicateurs (S - P - R)

contrat 2011

rapports 2009-2010

pilier 1

- x description du système de notification et d'apprentissage**
- x analyser cinq incidents selon une méthode d'analyse rétrospective, décrire les actions d'amélioration proposées et décrire les recommandations formulées**
- x classer ces cinq incidents analysés selon l'ICPS (taxonomie de l'OMS) et coder au moins le set de données minimal : type d'incident, caractéristiques de l'incident, conséquences pour le patient et conséquences pour l'organisation**
- x joindre une copie vierge de tous les formulaires de déclaration utilisés dans l'établissement**

rapports 2009-2010

pilier 1 – système de rapportage

- ✘ 94% des hôpitaux ont un système de rapportage et d'apprentissage
- ✘ système électronique:
 - grande variabilité entre les régions
 - permet une analyse et un feedback plus rapide

rapports 2009-2010

pilier 1 – description de 5 incidents

✘ incidents

- choisis par les hôpitaux
- avec analyse et actions d'amélioration

✘ méthode d'analyse: 64% PRISMA

✘ quels incidents?

- 28% médicaments/infusions IV
- 17% accident du patient
- 16% processus/procédure de soins
- 13% comportement patient/personnel
- 6% erreur de patient

rapports 2009-2010

pilier 1 – **impact des incidents**

- ✘ 75% des incidents rapportés ont une conséquence pour l'institution
 - traitements ou examens supplémentaires
 - flux de travail perturbé / retards pour d'autres patients
 - plusieurs conséquences

rapports 2009-2010

pilier 1 – communication sur l'analyse des incidents

- ✘ pour 96% des incidents analysés, il y a eu une communication aux
 - médecin en chef
 - comité gestionnaire-médecins
 - infirmières en chef
- ✘ peu de communication au pharmacien ou au CMF
- ✘ pas de communication de l'analyse au patient

rapports 2009-2010

pilier 1 – actions d'amélioration

- x** 20% médicaments
- x** 18% procédures, protocoles et recommandations
- x** 10% formation et information du personnel

rappports



Contrat: réflexions (1)

- participation élevée (financement et intérêt)
- cadre clair et net (plan pluriannuel, note stratégique sécurité des patients)
- soutien du SPF est apprécié
- équipe QS à l'écoute du secteur pour garantir la dynamique
- implication et engagement du coordinateur Q

Contrat: réflexions (2)

- sensibilisation et attention ("*awareness*")
- effet positif dans certains hôpitaux
- mise en place de réseaux hospitaliers
- partenariat avec associations faîtières

Contrat: réflexions (3)

- difficultés dans l'implémentation du système de notification et d'apprentissage
- délégation quasi unique au coordinateur QS
- *"leadership" ???*
- impact sur les prestataires de soins ???
- application des concepts PDCA dans le (re)développement des processus de soins ???
- formation des prestataires en matière de qualité et sécurité des patients?

Contrat: réflexions (4)

- **connaissance problématique de la mesure et des indicateurs**
- **déclinaison de la vision institutionnelle?**
- **pas de possibilité de vérifier les changements et les améliorations**
- **pas de vue sur ce qui fait changer** (un incident, les rapports FMH – PSI, le contrat, la stratégie et le “leadership”, l’accreditation,)
- **soins centrés sur les patients ?**
(mesure des temps d’attente, décision thérapeutique partagée, ...)

Projet HPI.be

- ✘ étude de recherche qualitative:
consortium CHU-Liège, UZ-Gent, UZ
Leuven**
- ✘ phase 1: revue de la littérature et
exploration des banques de données
fédérales**
- ✘ phase 2: exploration dans les hôpitaux**
 - 73 interviews dans 13 hôpitaux en 2011
- ✘ phase 3: proposition d'un set
d'indicateurs multidimensionnel**

Projet HPI.be

quelques constatations

- ✘ visions divergentes de la performance
- ✘ manque de liens entre vision – objectifs et tableaux de bord
- ✘ importance d'un *leadership* fort
- ✘ peu de communication sur la vision stratégique
- ✘ priorité aux indicateurs financiers et de gestion
- ✘ « à chacun ses indicateurs »
- ✘ « le coordinateur est un électron libre »
- ✘ indicateurs FMH peu utilisés
- ✘ coordination souhaitée entre les différents niveaux d'autorité

Transforming healthcare: a safety imperative

L. Leape, D. Berwick, et al.

Qual Saf Health 2009;18:424-428

- ✘ efforts considérables depuis 2000 (rapport "To err is human")
- ✘ après 10 ans: **résultats décevants en matière de sécurité des soins**
- ✘ raisons:
 - manque de confiance, rapportage, transparence et discipline
 - organisation hiérarchique, manque d'esprit d'équipe
 - professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, techniciens) continuent à travailler en silo sans réelle concertation les uns avec les autres
 - "blame and shame"
 - concertation avec patients et famille?

Transforming healthcare: a safety imperative

proposition d'une vision et de solutions

- 1. transparence totale** (professionnels entre eux, avec patients, entre organisations, envers grand public)
- 2. mise en place de plates-formes de soins intégrés** (réorganisation des soins afin de maximiser l'efficacité, la qualité, la fiabilité des soins au coût le plus bas et de favoriser la multidisciplinarité)
- 3. engagement du patient/consommateur** ("nothing about me without me")
- 4. rétablissement du plaisir et du sens donné au travail** (importance du leadership, partenariat, valeurs, respect, innovation par les soignants, formations, appréciation du travail accompli, ...)
- 5. réforme du système de formation médicale** (acquisition de connaissances scientifiques, pas d'approche systémique ou de travail en équipe)

Leadership and quality of care

J. Firth-Cozens, D. Mombray

Quality in Health care, 2001;10 (suppl II):ii3-ii7

- ✘ le *leadership* existe à tous niveaux dans l'organisation
- ✘ recherche dans l'aviation: effet de la personnalité du responsable sur les erreurs faites par l'équipage de bord → influence directe du responsable sur la sécurité des actions et résultats de l'équipage
- ✘ recherche sur les erreurs médicamenteuses et la qualité du travail d'équipe en nursing: bonnes équipes notifient plus d'incidents que les moins bonnes équipes
- ✘ le responsable agit indirectement sur l'itinéraire de soins des patients via l'équipe soignante

Leadership and quality of care

J. Firth-Cozens, D. Mombray

Quality in Health care, 2001;10 (suppl II):ii3-ii7

- ✘ une équipe stressée prodigue des soins de moindre qualité
- ✘ le bien-être psychologique de l'équipe soignante influence la qualité des soins par différents mécanismes
- ✘ effet positif si l'équipe est responsable (accountable), participative et créative
- ✘ les *leaders* influencent les soins et la satisfaction des patients par la gestion des équipes soignantes et le stress des équipes

Contrat: plan pluriannuel futur 2013 – 2017 (1)

- maintenir un cadre clair et net (3 piliers)
- focus sur la sécurité du médicament: médicaments à haut risque et le “*seamless care*”,..
- identification des patients
- checklist chirurgie
- auto-évaluation qualité et sécurité des patients (faciliter l'accréditation)

Contrat: plan pluriannuel futur 2013 – 2017 (2)

- programme pour les soins transmuraux
- programme "*leadership*"
- mesure – indicateurs – échantillons –
run charts
- participation active du patient
= "*patient empowerment*"
- (hygiène et indicateurs CFQAI)

Symposium

“Les incidents: parlons-en”

- ✘ 28 novembre 2011, Bozar
- ✘ thèmes: communication avec
 - la victime (et sa famille)
 - la seconde victime
 - le personnel
 - la presse
 - vue d'un administrateur délégué
 - vue d'un patient

vous êtes les bienvenus

www.patient-safety.be

A climber in a dark jacket and orange vest is ascending a steep, snow-covered mountain peak. The climber is using a rope and ice axes. The sun is shining brightly in the background, creating a lens flare effect. The sky is a clear, deep blue.

travailler à la qualité

- ✘ changement de culture
- ✘ long terme
- ✘ *leadership*
- ✘ communication
- ✘ PDCA
- ✘ mesurer
- ✘ multidisciplinarité



margareta.haelterman@health.fgov.be

www.patient-safety.be