



La Fondation pour la Sécurité des Patients et la qualité médicale dans les hôpitaux

*Séminaire spécialisé H+ pour journalistes,
21 novembre 2008, Berne*

Paula Bezzola, MPH
Directrice adjointe de la Fondation
pour la Sécurité des Patients

Fondation pour la Sécurité des Patients : qui est-elle, que fait-elle ?



Unser Auftrag ... *Notre mission ...*

**Sicherheitsprobleme
erkennen und analysieren**

*Identifier et analyser
les problèmes de sécurité*

**Wissen
verbreiten**

*Diffuser les
connaissances*

**Kooperationen
suchen**

*Nouer des
coopérations*



Lösungen entwickeln

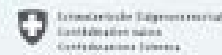
Concevoir des solutions

Fondation pour la Sécurité des Patients : qui est-elle, que fait-elle ?



Ein Gemeinschafts- und Netzwerk...

Un réseau pour une cause commune...



SSM
 Schweizerische Gesellschaft für
 Intensivmedizin
 (Société Suisse de Médecine Intensive)



Ein Netzwerk von Schweizer
 Ärzten, Apothekern, Krankenschwestern,
 Zahnärzten, Hebammen,
 Physiotherapeuten, etc.



Bonne question ?

« Qu'entend-on par 'qualité médicale dans les hôpitaux' et comment la distinguer de la 'sécurité des patients' ? »

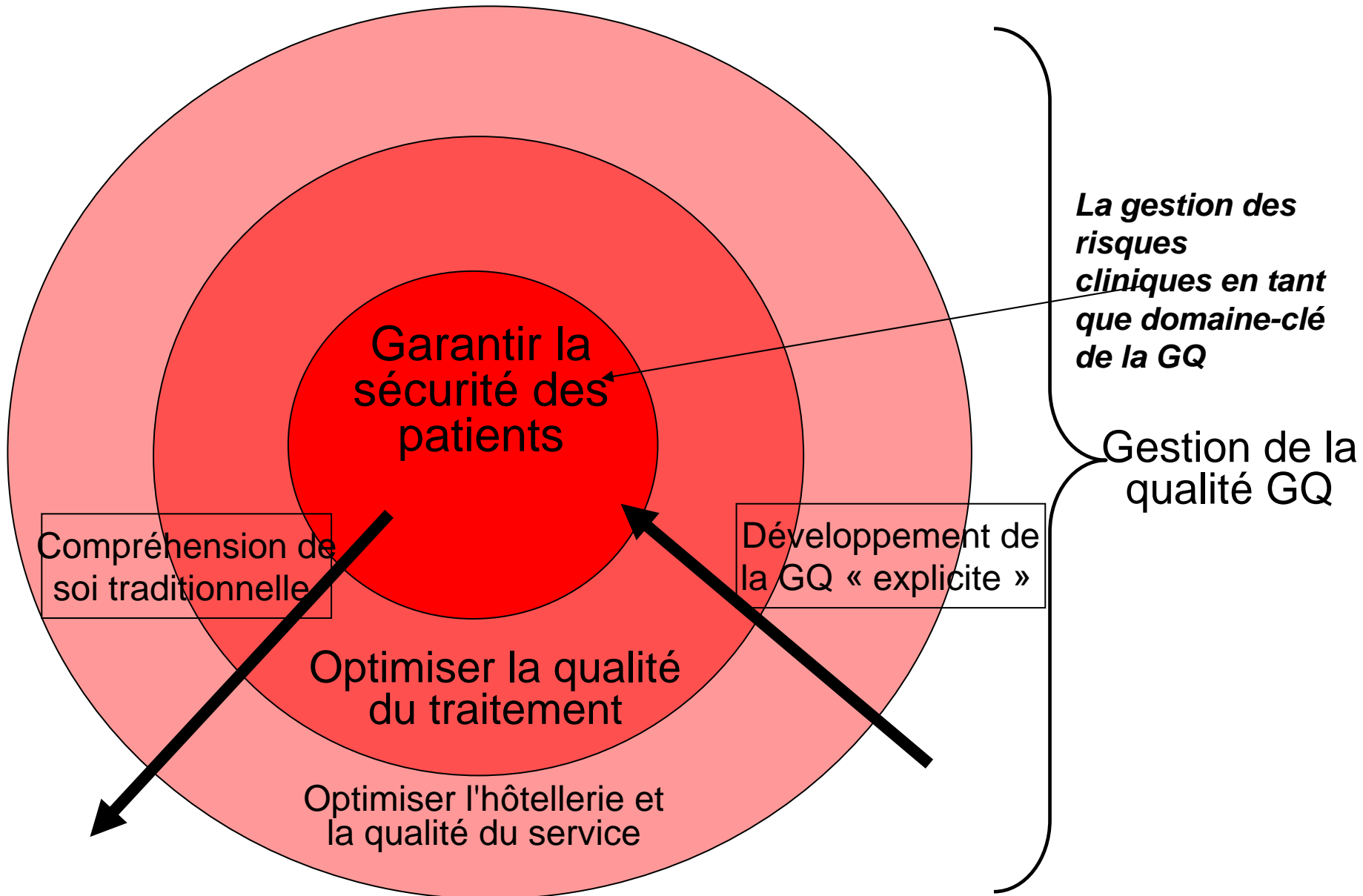
Thèse n° 1

Sécurité des patients et qualité

La sécurité des patients

(= devoir de ne pas porter préjudice au patient)
est la **partie la plus centrale et la plus élémentaire** de la **qualité médicale !**

Focalisation : les tendances depuis l'intérieur – vers l'intérieur ?



Thèse n° 2

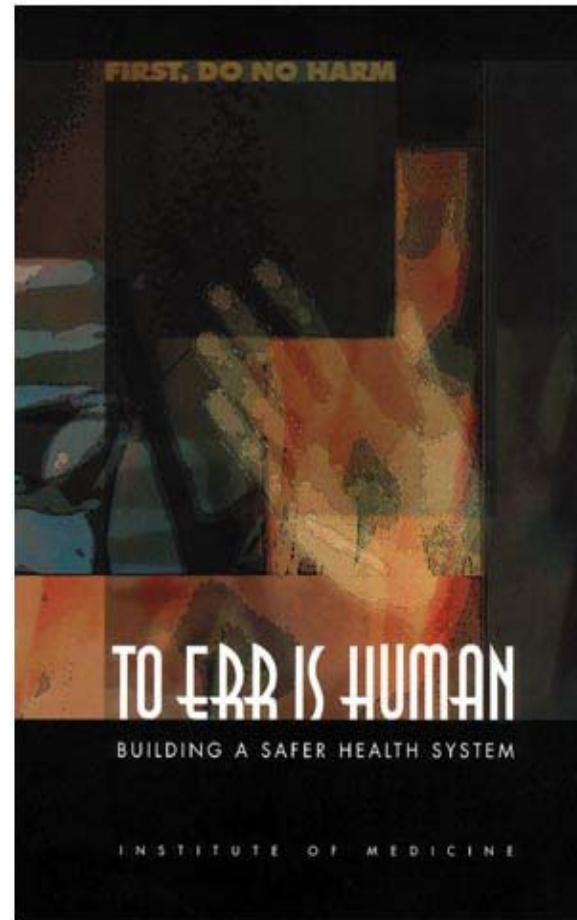
Sécurité des patients et qualité

Le traitement à l'hôpital comporte de nombreux risques.

Il est absolument nécessaire de prendre des mesures concernant la sécurité des patients - le domaine-clé de la qualité médicale !

Point de départ

Lucian Leape et le célèbre rapport de l'Institute of Medicine...



Les dimensions supposées en Suisse...

- **Événements indésirables (Adverse Events = AE) dans les hôpitaux : entre 32 000 et 116 000 p.a.**
- **Événements indésirables évitables dans les hôpitaux : entre 10 000 et 80 000 p.a.**
- **Décès évitables (!) dans les hôpitaux : entre 800 et 6 600 p.a.**
- **Coûts : entre 6 000 et 12 000 CHF, soit 6–8 jours d'immobilisation par cas, c.-à-d. : entre 0,2 et 1,2 milliards de CHF p.a.**
- **Frais d'assurance supplémentaires : env. 75 000 CHF par cas**
- **Sans compter : les frais consécutifs économiques et les frais consécutifs des assurances sociales**

**Plus la tâche
est complexe,
plus le risque d'erreur
est grand**



Les systèmes qui partent du principe que l'homme fournit un travail parfait sont assurément voués à l'échec !

Thèse n° 3

Sécurité des patients et qualité

La sécurité des patients peut être améliorée.

Mais il faut pour cela un changement de culture, de nouveaux modèles, de nouvelles approches et des mesures concrètes correspondantes.

**Ce ne sont pas les erreurs qui posent
problème,**

**mais notre façon de les
appréhender !**



Source : transparent Dr Beat

Exemple



Facteurs pouvant favoriser les erreurs

- **Environnement de travail**
- **Equipe**
- **Individu**
- **Patient**
- **Tâches**
- **Gestion**
- **Contexte institutionnel**

Gute Teamarbeit – bessere Operationsresultate



Kommunikation unter erschwerten Bedingungen.

GAETAN BALLY / KEYSTONE

ni. Nicht immer hat schlechte Teamarbeit in der Medizin so gravierende Folgen wie im April 2004 am Universitätsspital Zürich. Damals führte eine «interne Kommunikationspanne» dazu, dass der renommierte Chirurg Marko Turina einer Frau ein falsches Herz einsetzte – mit tödlichen Folgen für die Patientin. Im Nachgang zu diesem tragischen Zwischenfall wurde viel über die Bedeutung einer über die Fachgebiete und Berufsgattungen hinweg funktionierenden Teamarbeit in der Medizin diskutiert. Eine Studie aus Ame-

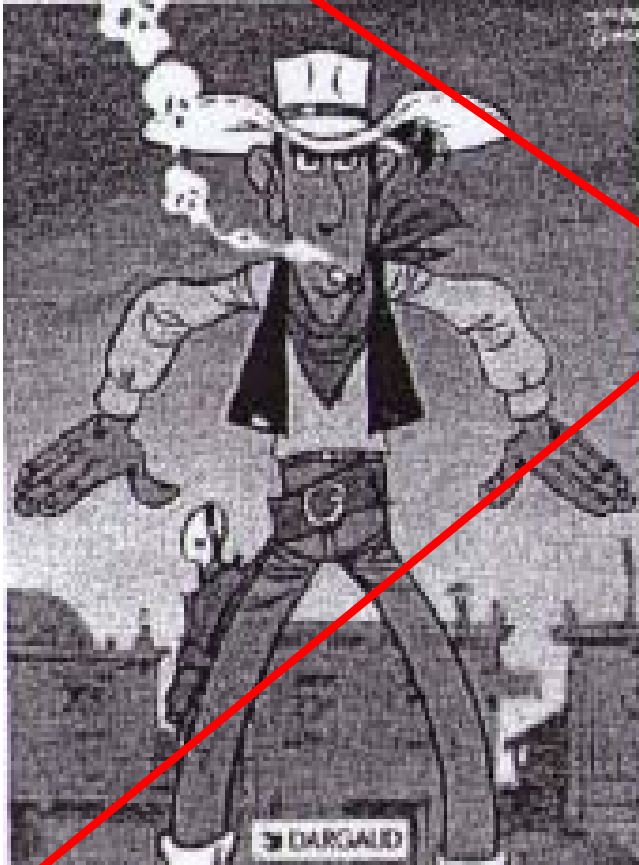
besprechung (Briefing) vor jedem Operationsschritt, andere das gegenseitige Informieren und Rückfragen. Ausserdem wurden die beim Patienten innerhalb eines Monats nach der Operation aufgetretenen Komplikationen dokumentiert.

Wie die Korrelationsanalyse nun zeigt, hatten jene Patienten vergleichsweise wenig Komplikationen zu erleiden, die von besonders interaktiven Operationsteams behandelt wurden. Bei Chirurgenteams, die in sämtlichen Bereichen und während aller Phasen des Eingriffs keine oder nur

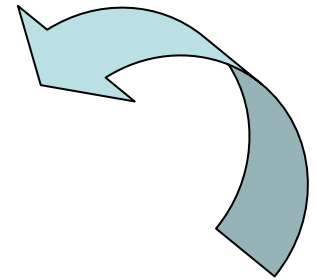
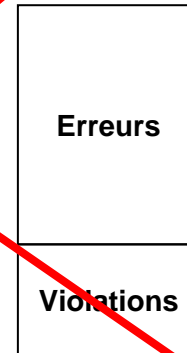
Facteurs pouvant favoriser les erreurs

- **Environnement de travail**
- **Equipe**
- **Individu**
- **Patient**
- **Tâches / procédures**
- **Gestion**
- **Contexte institutionnel**

Modèle encore prédominant



Exécution individuelle



„ Modèle du héros solitaire“

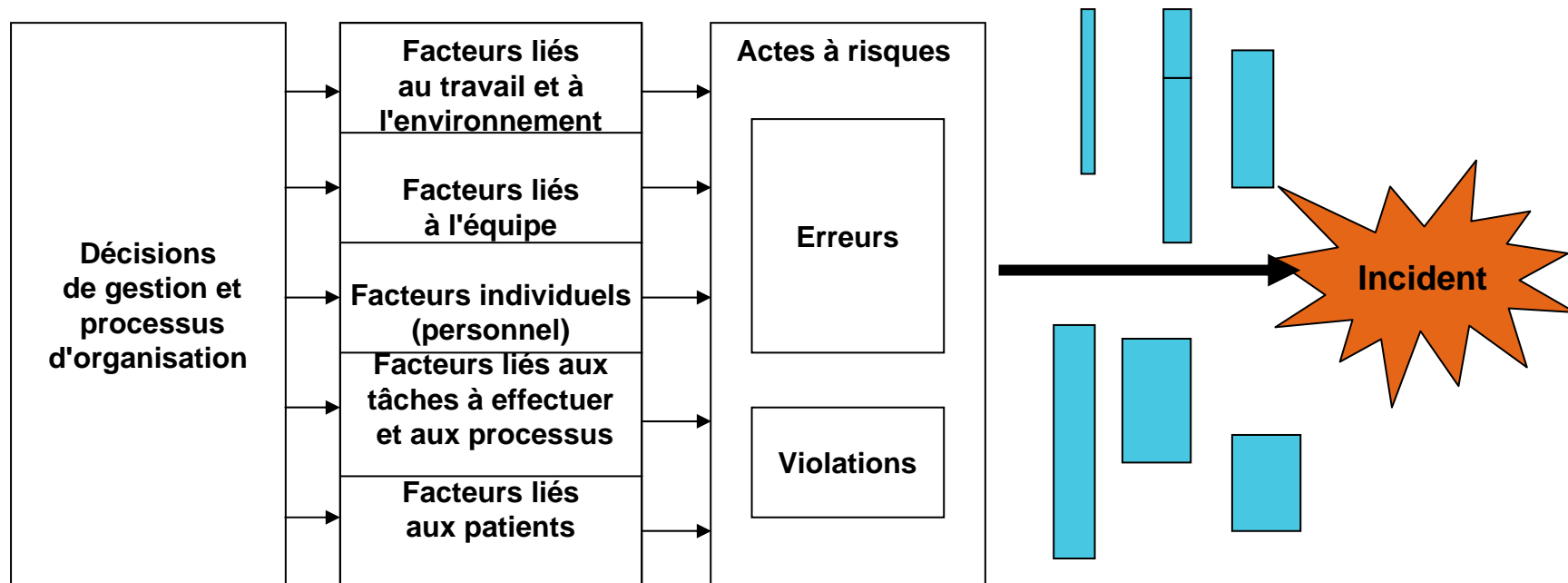
CONTEXTE INSTITUTIONNEL

CULTURE D'ORGANISATION & GESTION

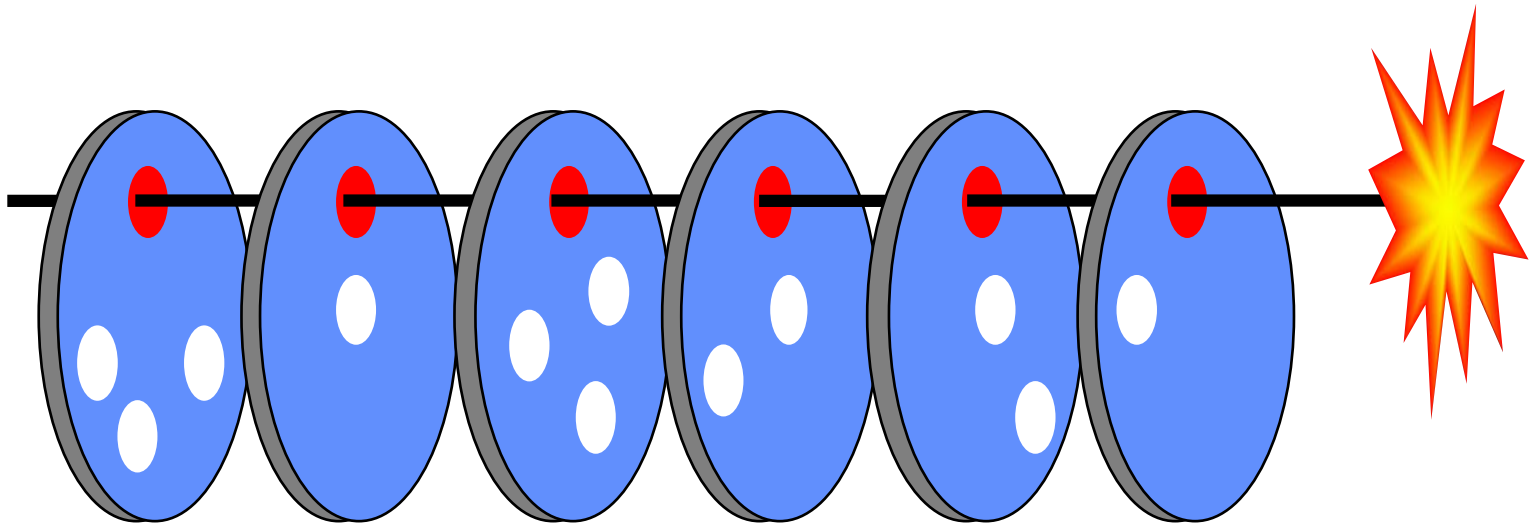
FACTEURS CONTRIBUTIFS INFLUANT SUR LA PRATIQUE

PROCÉDURES ERRONÉES

MÉCANISMES DE DÉFENSE / BARRIÈRES



Modèle – Le modèle « Swiss cheese » –
problèmes systémiques en chaîne



Thèse n°3

Sécurité des patients et qualité

La sécurité des patients peut être améliorée.

Mais il faut pour cela un changement de culture, de nouveaux modèles, de nouvelles approches et des mesures concrètes correspondantes.

Que faut-il faire ?

1. Sensibilisation à un changement de culture
2. Concevoir des solutions à des problèmes situés à différents niveaux et introduire des mesures concrètes
3. Diffuser les connaissances

Fondation pour la Sécurité des Patients : qui est-elle, que fait-elle ?

Unser Auftrag ... *Notre mission ...*

**Sicherheitsprobleme
erkennen und analysieren**

*Identifier et analyser
les problèmes de sécurité*

**Wissen
verbreiten**

*Diffuser les
connaissances*

**Kooperationen
suchen**

*Nouer des
coopérations*



Lösungen entwickeln

Concevoir des solutions

Fondation pour la sécurité des Patient: produits et amorces de solutions

Sicherheitsprobleme erkennen und analysieren
Identifier et analyser les problèmes de sécurité

Wissen verbreiten
Diffuser les connaissances

Kooperationen suchen
Nouer des coopérations

Lösungen entwickeln
Concevoir des solutions



Prospectus

Conseil Formations Séminaires Evaluations

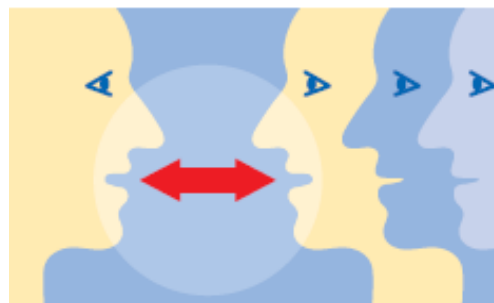
Planifications

Publications Littérature

Quick Alerts

Recomandations d'action
Matériel de campagne

Version française
en consultation



Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall

Oktober 2006

Zwischenfälle und Fehler sind nicht völlig vermeidbar, aber in ihrer Häufigkeit reduzierbar. Sie sind sogar eine Chance, denn aus ihnen kann man lernen. Dies gilt auch für Zwischenfälle in der Medizin. Doch um aus Zwischenfällen zu lernen, muss man sie zugeben und dazu stehen. Und genau dies fällt uns oft schwer.

Die richtige Kommunikation eines Zwischenfalls zeugt von Professionalität und Respekt gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen. Sie ist für Patienten und Angehörige genau so wichtig wie der Zwischenfall und seine Folgen an sich. Gute Kommunikation sichert das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam für die Bewältigung des Problems.

• When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

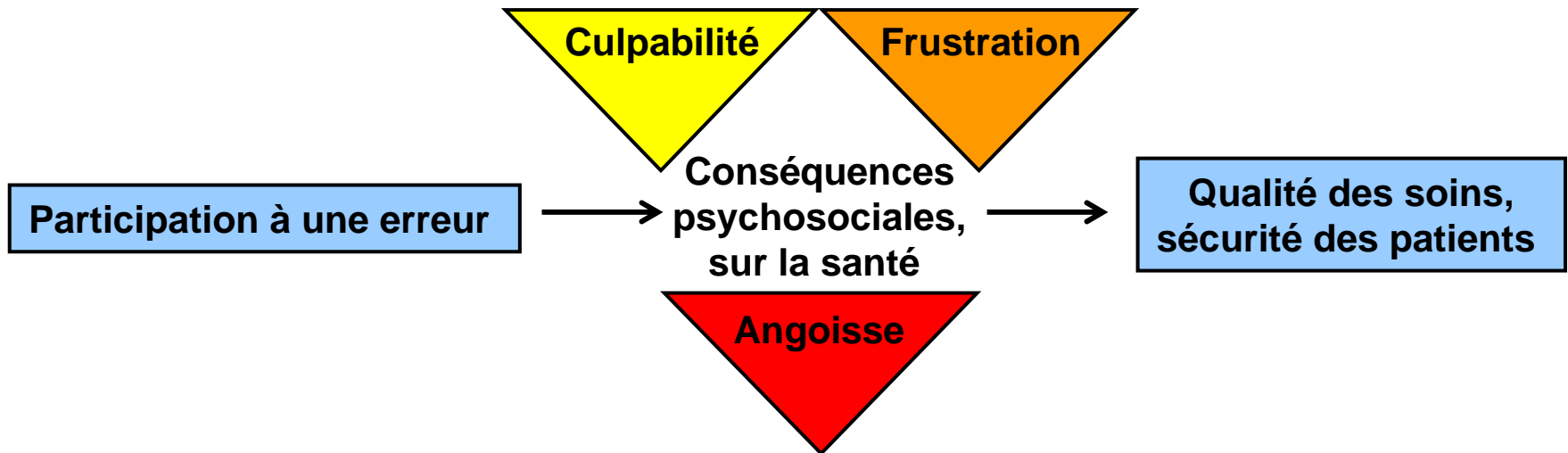
Stiftung für
Patientensicherheit
in der Anästhesie



Société suisse d'anesthésiologie
et de réanimation
Schweizerische Gesellschaft für
Anästhesiologie und Reanimation

Et la seconde victime (« second victim »)...

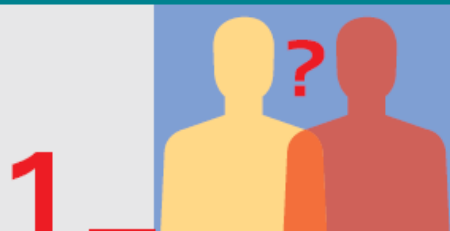
Erreur – charge – erreur : un cycle de réciprocité ?



- Léger mal-être, dépression, burn-out associé à une légère empathie
- Burn-out, notamment dépersonnalisation, associé à une future approvisionnement de soins aux patients suboptimale et à de futures erreurs

Prévention des erreurs de site opératoire (Version française en consultation)

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen



1 Identifikation Patient

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme

- was?**
- **Richtiger Patient**
 - Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen
 - **Eingriffsart**
 - im Gespräch mit dem Patienten bestätigen
 - **Eingriffsort**
 - aktiv fragen und zeigen lassen
 - Angehörige fragen
 - **Abgleich mit Akten und Bildern**



2 Markierung Eingriffsort

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

wann? – außerhalb des OPs
 – bei wachem Patienten

- was?**
- **Abgleich mit Akten**
 - richtiger Patient
 - Eingriffsart
 - Eingriffsort
 - **Patienten aktiv fragen**
 - Eingriffsort zeigen lassen
 - Angehörige fragen
 - **Markierung**
 - nur Eingriffsort
 - eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen)
 - nicht abwischbarer Stift
 - mehrere Eingriffsorte: alle markieren



3 Zuweisung zum richtigen OP-Saal

wer? – definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Anästhesieeinleitung und vor Eintritt in den Saal

- was?**
- **Patientenidentität**
 - Namen und Geburtsdatum prüfen
 - **Eingriffsart**
 - prüfen und bestätigen
 - **Eingriffsort**
 - prüfen und bestätigen
 - **Markierung prüfen**
 - mit Aktenabgleich
 - wenn möglich aktive Befragung des Patienten
 - **Saalcheck**
 - Zuweisung zum OP-Saal überprüfen



4 Team-Time-Out vor Schnitt

wer? – OP-Team
 – initiiert durch definierte, verantwortliche Person

wann? – unmittelbar vor Schnitt

- was?**
- **Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung**
 - **Mittels Minicheckliste**
 - richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum)
 - Eingriffsart
 - Eingriffsort
 - Aufnahmen bildgebender Verfahren
 - Richtige Implantate verfügbar
 - **Alle Punkte durch OK bestätigen**
 - **Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren**

Jede Unstimmigkeit sofort klären

Jede Unstimmigkeit sofort klären

Ohne Markierung keine Anästhesie

Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt

Site Web existe seulement en allemand

http://www.cirrn.ch/ - Windows Internet Explorer

http://www.cirrn.ch/ Live Search

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Google Los geht's! Lesezeichen 26 blockiert Rechtschreibprüfung Einstellungen

http://www.cirrn.ch/ Seite Extras

CIRRNET > [sich registrieren >](#)

Willkommen

CIRRNET – Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK

CIRRNET ist in seiner Pilotphase ein Netzwerk von anästhesiologischen Kliniken/Abteilungen aus derzeit 24 Schweizer Spitälern. Dieses Netzwerk hat zum Ziel, überregionales Lernen aus Fehlern zu ermöglichen, erkannte und überregional relevante Problemfelder gemeinsam zu bearbeiten, Wissen auszutauschen und zu verbreiten und dadurch die Patientensicherheit in den Gesundheitsinstitutionen zu fördern.

CIRRNET ist ausbaufähig konzipiert und lässt die Öffnung für weitere interessierte medizinische Fachbereiche und Spitäler zu.

In der CIRRNET-Datenbank werden lokal in den Spitälern aufgetretene kritische Zwischenfälle gesammelt.



Ein kritischer Zwischenfall ist dasjenige Ereignis, das unerwartet auftritt und ohne geeignete Gegenmassnahmen zu einer Schädigung des Patienten hätte führen können.




In Kooperation mit:

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

SSAR
Schweizerische Stiftung für Sicherheit in der Anästhesie
Swiss Anesthesia Foundation for Safety of Anesthesia

Start Pos... Prä... FAc... Ado... Min... 2 I... Fac... 11:59

<p>Tagung 2008 <i>Colloque 2008</i></p>	
	<p>Stiftung für Patientensicherheit / <i>Fondation pour la Sécurité des Patients</i> Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften / <i>Académie Suisse des Sciences Médicales</i></p> <p>Wie wird Patientensicherheit lehr- und lernbar? Patientensicherheit in Aus-, Weiter- und Fortbildung</p> <p><i>Comment la sécurité des patients peut-elle être enseignée et apprise?</i> <i>La sécurité des patients dans les formations prégraduée postgraduée et continue</i></p> <p>Donnerstag 13. November 2008, Kongresshaus Biel <i>Jeudi, le 13 novembre 2008, Palais des Congrès Bienne</i></p>
	<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>

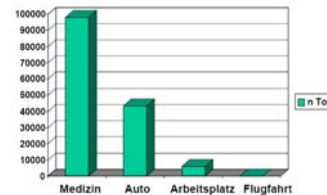
<p>training</p>	<p>patientensicherheitschweiz</p>
	<p>Error & Risk Analysis (ERA)</p> <p>Systemische Analyse von Behandlungszwischenfällen auf Basis des „London Protocol“</p>
<p>Approved by</p> 	<p>Die Stiftung für Patientensicherheit führt interaktive und praktisch orientierte Kurse durch, in welchen die Methodik der systemischen Analyse von Behandlungszwischenfällen nach der Methodik des „London Protocol“ vermittelt wird.</p> <p>Neue Kurse in Deutsch im Jahr 2008, jeweils in Zürich:</p> <p>ERA-Kurs D2: Kursteil I: 29./30. April 08 Kursteil II: Follow up 22. Aug. 2008</p> <p>ERA-Kurs D3: Kursteil I: 5./6. Juni 08 Kursteil II: Follow up 24. Okt. 08</p> <p>ERA-Kurs D4: Kursteil I: 30./31. Okt. 08 Kursteil II: Follow up 30. Jan. 2009</p>
	<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>

Résumé

Sécurité des patients et qualité médicale

Thèse 1 La sécurité des patients est la partie la plus centrale et la plus élémentaire de la qualité médicale !

Thèse 2 Grande nécessité d'action dans le domaine de la sécurité des patients

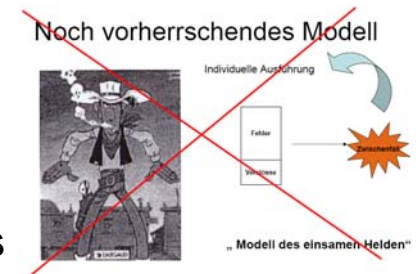


Thèse 3 La sécurité des patients peut être améliorée. Changement de culture, nouveaux modèles, nouvelles approches et mesures concrètes.



Mesures concrètes - Fondation pour la Sécurité des Patients

- ** Encouragement et soutien du processus de changement de culture
- ** Identifier les problèmes, concevoir des solutions avec les partenaires
- ** Diffuser les connaissances à différents niveaux et par le biais de différents canaux



MERCI



STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

DEUTSCH Bitte wählen Sie Ihre Sprache

FRANCAIS Veuillez choisir votre langue

www.patientensicherheit.ch