



Méthodes de préparation à l'accréditation.

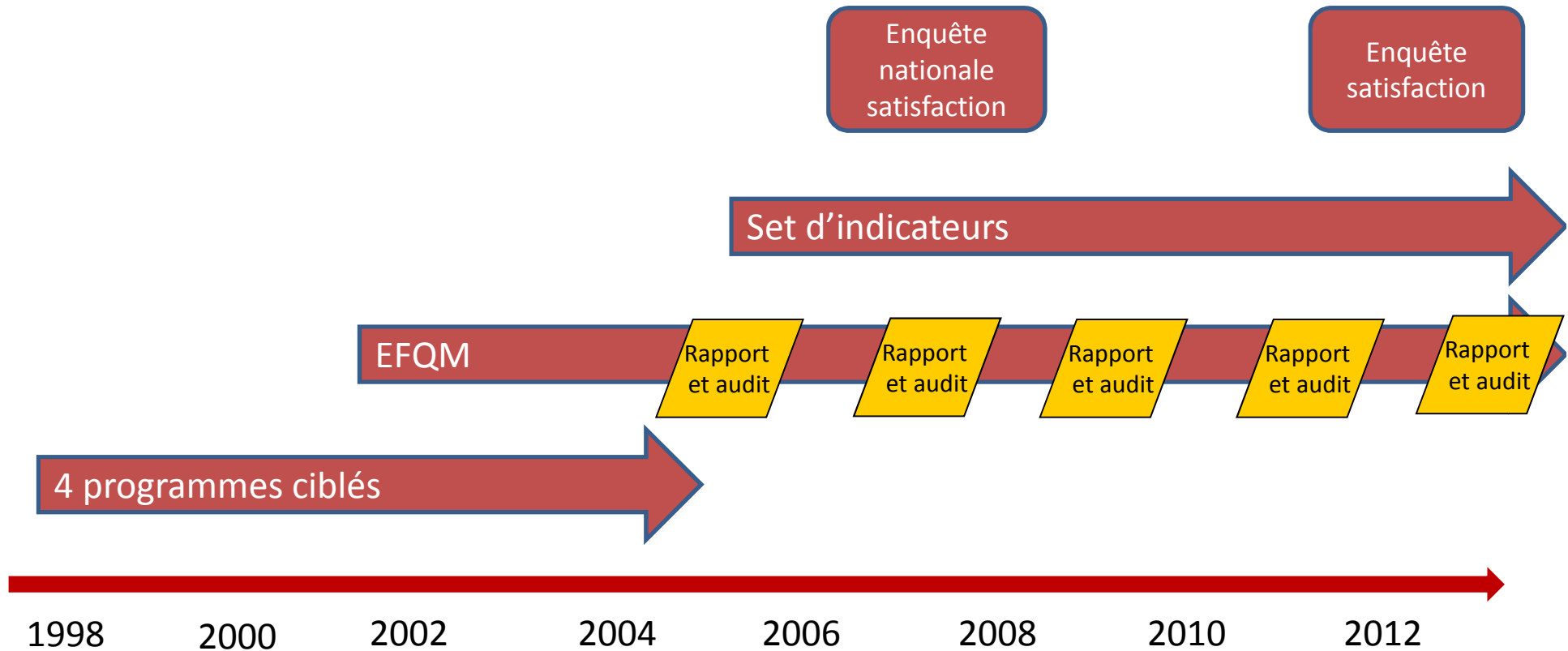
Serge Pechon/ Nicole Kuhn

Coordinateurs qualité

Centre Hospitalier de Luxembourg/ Centre Hospitalier Emile Mayrisch

Historique

Incitants qualité



Historique



Eveil

- 27 janvier 2012 : Information au Cycle de perfectionnement UCL : « Incontournable accréditation »
- Février 2012 : confirmation de la plus-value d'utiliser les standards Joint Commission International pour la gestion de nos processus, outil complémentaire à l'EFQM
- 09 mars 2012 : Séance d'information pour tous les cadres en interne + cadres et coordinateurs qualité d'autres hôpitaux et membres de la Commission d'évaluation par M Kips (Administrateur UZ Leuven)
- Avril 2012 : Travaux par un groupe de cadres soignants + directeur médical et adjoint : Décision de commencer par le standard sur l'identification du patient
- Mars 2013 : décision de procéder à une analyse externe des écarts (société EPOS)
- Octobre 2013 : Gap analysis

Gap analysis : 22 au 25 / 10 / 2013



Signature du contrat en mai 2013.

Objectifs :

connaître la situation du CHL par rapport aux standards de la Joint Commission International

- identifier d'éventuelles lacunes par rapport à la sécurité des patients
- estimer l'effort nécessaire pour parvenir à une accréditation

Intervenants :

Société EPOS (Allemagne)

- 1 médecin : Dr Derick Pasternak (USA)
- 1 infirmière : Mme Petra Knappe
- 1 ingénieur : M Thomas Wicha

Préparation : communication



A partir de mai 2013 :

- Informations sur Intranet (résumés +/- 2 pages par chapitre)
- Détails des standards communiqués aux personnes concernées
Unité de Prévention de l'infection, radiologie, laboratoire, anesthésie, sécurité au travail, cellule biomédicale, informatique, ressources humaines, responsable archives, ...
- « Walking management » avec les cadres de la direction des soins
- Revue des chapitres avec les cadres direction des soins
- Revues dans les réunions de services (par chefs d'unités)
- Présentation en Conseil des Chefs de Départements Médicaux
- Présentation aux cadres de la Direction Administrative et Financière

« Walking management »



Information dans les unités en interrompant le travail 5 à 10 minutes si possible

Messages :

- JCI = complémentaire à l'EFQM
- JCI = référentiel surtout clinique (prise en charge des patients)
- Analyse (état des lieux) par trois personnes externes
- Questions et observations sur le terrain
- Tous potentiellement concernés
- Répondre franchement
- Savoir retrouver les documents de référence dans Ennov (gestion documentaire)

Simulations de « Patient tracer » par quelques questions

Préparation de la visite



- Agenda + lettre envoyés aux participants par le directeur général
- Rendez-vous de préparations avec chaque groupe
- Collecte des documents exigés disponibles
- Argumentaires et preuves rassemblés par chapitre :

MMU (Médicaments)

PCI (Infections)

QPS (Qualité)

SQE (RH)

FMS (Installations et équipements)

Déroulement



22/10	23/10	24/10	25/10
Introduction	Feed-back vers la direction	Feed-back vers la direction	Feed-back vers la direction
Revue documentaire	Suivi de parcours patients	Consultations de dossiers du personnel médical et de soins	Interview de la direction
Visite des installations et systèmes de sécurité		Visite de la stérilisation	Visite de la pharmacie et suivi du circuit du médicament
Suivi de parcours patients	Visite des laboratoires	Visite de la radiologie	<i>Non défini</i>
	Visite des blocs opératoires	Réunion concernant le contrôle des infections	
	Réunion concernant le système d'information	Visite de la cuisine	Présentation des résultats intermédiaires
	Visite des archives	Revue de dossiers fermés	
	<i>Non défini</i>	Réunion concernant les indicateurs cliniques et de gestion	

Vécu de la visite



Positif :

- Motivation des professionnels à montrer ce qu'ils font (et font bien).
- Implication de tous (hasard des interviews)
- Evaluations concrètes sur pratiques cliniques, opérationnelles
- Suivi logique de parcours de patients
- Rélevé de faits concrets



Se préparer

Pratiques
Quotidiennes



Politiques et
procédures

Qualité
servie

Qualité
conçue

Suite



Février 2014 : Lancement du plan d'améliorations suite à la Gap analysis sur 5 domaines

Mai 2014 : Participation de 4 personnes au Practicum (Singapour)

⇒ mieux connaître les standards et le processus d'accréditation

⇒ voir le fonctionnement de services dans des hôpitaux accrédités et assister à des traceurs patients / systèmes

Juillet 2014 : Création du comité de pilotage JCI

Août 2014 : Achat du Manuel JCI pour tous les cadres

Octobre 2014 : Préparation des formations

- aux standards

- aux Tracers (patient et système)



Une dynamique est enclenchée :

- utilisation des standards pour améliorer le fonctionnement et les pratiques
- l'accréditation sera une confirmation de ces améliorations.

Qualité - basics

- Orientation pragmatique centré sur notre core business
- Primum non nocere - pas de qualité sans management des risques
- Stimuler la réflexion critique orientée sur des solutions pragmatiques pour une prise en charge individualisée de nos patients



Historique

- Septembre 2012: Inhouse Workshop Carlo Ramponi, MD. Managing Director JCI Europe
- Décembre 2012: Décision Gap-Analysis
- Mars 2013: Séance d'info des intervenants possibles
- Mars 2013: Circulaire de direction

Gap-Analysis

- Du 15 au 19 avril 2013
- Kick-off du Gap-Analysis avec participants selon planning et middle management

Intervenants :

Société EPOS

- 1 médecin : Dr Marx
- 1 infirmière : Mme Knappe
- 1 ingénieur : M Wicha



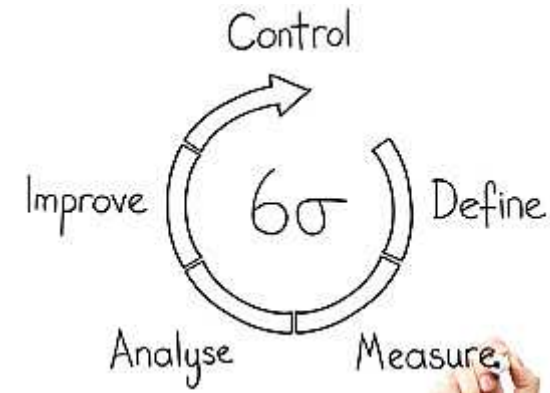
Objectifs à court terme

- Obtenir un regard externe sur notre mode de fonctionnement
- Rendre apparent et transparent des possibilités d'amélioration nécessaires et non reconnues
- S'associer à un organisme de compétence internationale
- Obtenir une analyse « gap » = savoir où nous sommes bons et où nous devons évoluer
- Identifier les déficits cachés



Objectifs à moyen terme

- Orienter le programme qualité vers un programme orienté sur les processus et surtout les processus en rapport avec la sécurité des procédures au patient
- Discuter la « gap analysis » et motiver la discussion professionnelle continue entre professionnels autour des projets qualité et surtout « safety »



Déroulement



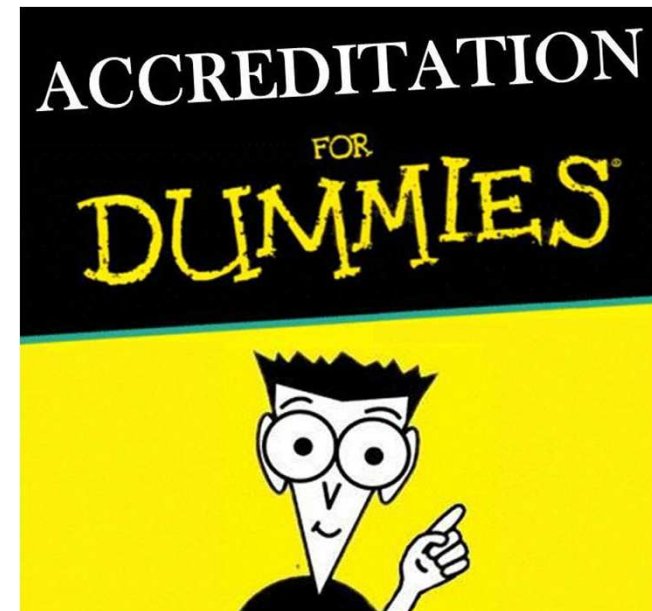
DAY1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5
Meeting with Project Coordinator and Translator	Meeting with Project Coordinator	Meeting with Project Coordinator	Meeting with Project Coordinator	Meeting with Project Coordinator
Opening Session & Introduction and Orientation to the Organisation	Patient Tracer	Transport Dr. Marx to Niederkorn	Patient Tracer	Leadership Interview
Patient Tracer	Patient Tracer	Patient-Tracer	Patient Tracer	Interview with Human Resource & Review personnel files
Patient Tracer	Survey (Laboratory)	Survey (Rehabilitation & Geriatric Medicine)	Survey (Kitchen)	Review Health Information Management
Review Facility Management and Safety System	Survey (Function Diagnostic)	Survey (Reeducation and Undetermined Activities)	Facility Tour	Meeting with Project Coordinator
Patient Tracer Continued	Survey OR & Recovery Room	Facility Tour	Meeting with Project Coordinator	Leadership Interview
Patient Tracer Continued	Medication Management System Tracer & Survey	Survey (Radiology)	Survey (OR & Recovery Room)	Interview with Human Resource & Review personnel files
Facility Tour	Review of Clinical and Managerial Measures	Meeting with Project Coordinator	Infection Control System Tracer	Review Health Information Management
Surveyor Debriefing	Survey (Kitchen)	Transport Dr. Marx to Niederkorn	Survey (Archive)	Meeting with Project Coordinator
	Survey (Radiology and Diagnostic Imaging)	Closed Medical Record Review	Undetermined activities	Leadership Interview
	Surveyor Debriefing	Survey (Sterilisation & Undetermined Activity)	Undetermined activities	Presentation of Intermediate Results
		Survey (Radiology)	Surveyor Debriefing	
		Surveyor Debriefing	Survey (OR & Recovery Room)	

Vecu du GAP-Analysis

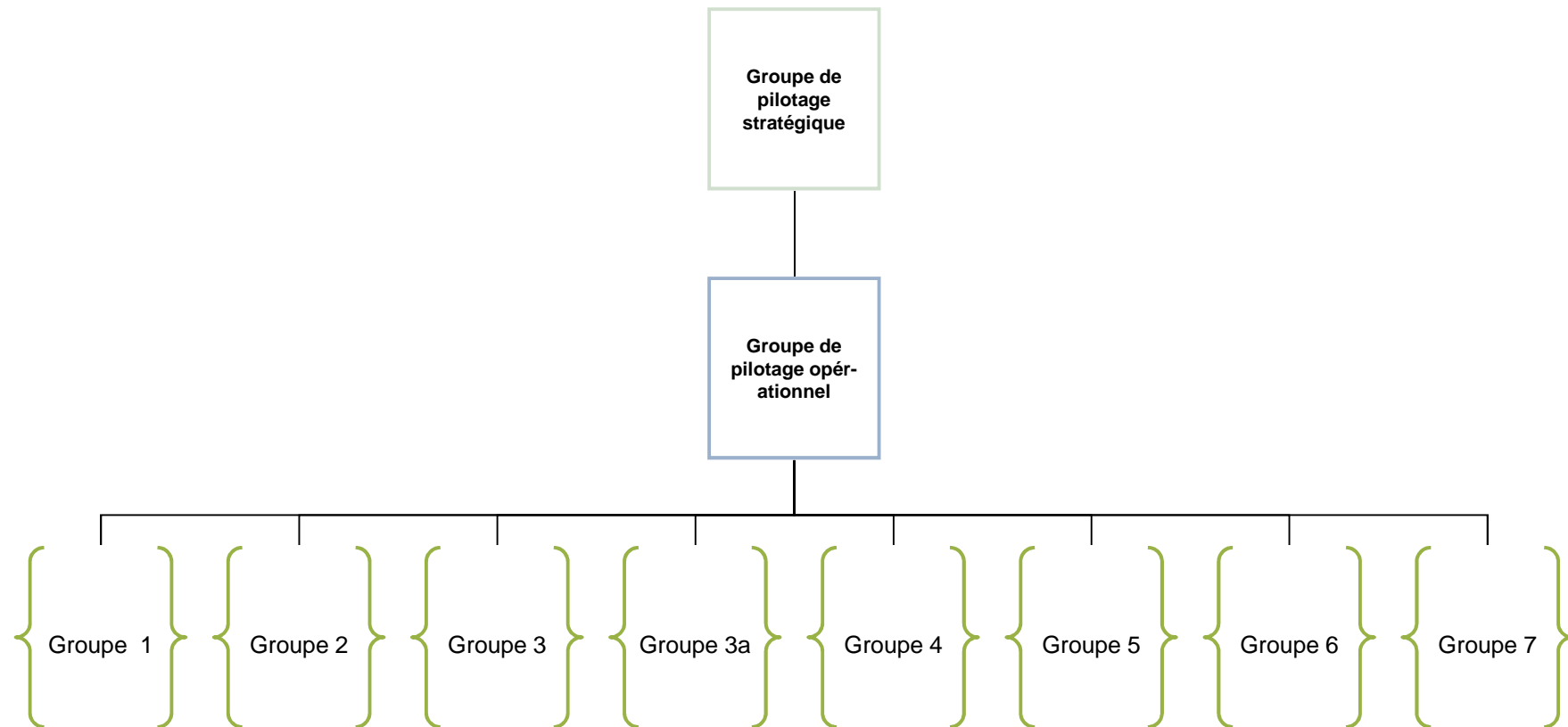
- Approche très différente de l' EFQM
- Approche professionnelle des experts
- Analyse douloureuse mais ressentie correcte, utile et nécessaire

Objectifs à long terme

- Analyser la distance qui nous sépare d'une accréditation
- Lancer des projets d'amélioration
- Nous visons une amélioration continue de nos procédures, non en 1^{er} lieu une accréditation
- JCI interpelle les professionnels



Structure du projet



Continuité des soins/ Identitovigilance



Groupe 1: Accès aux soins et continuité des soins (ACC)/ Identifier correctement le patient (ISPG 1)

Chef du groupe : Häussler, P. Dr.

Binôme Soins : Tozzi, J.

Assessment

Groupe 2: Evaluation des patients (AOP)/ Améliorer l'efficacité de la communication (ISPG 2)

Chef du groupe : Reimer, H.J. Dr.

Binôme Soins : Kosowski, C.



Soins de patients

Groupe 3: Soins des patients (COP)

Chef du groupe : Schmit, A. Dr.

Binôme Soins : Spaus, G.



Prévention des chutes



Groupe 3a: Réduire le risque de blessure provoquée par une chute accidentelle (ISPG 6)

Chef du groupe : Thines, G. Dr.

Binôme Soins : Bach, M.O.

Anesthésie/ Bloc OP

Groupe 4:

Anesthésie et soins chirurgicaux (ASC)/ Garantir l'intervention chirurgicale sur le patient correct, avec la procédure correcte et sur la partie du corps correcte (ISPG 4)

Chef du groupe : Stein, B. Dr.

Binôme Soins : Rinaldis, N.



Sécurité des médicaments



Groupe 5:

Gestion et utilisation des médicaments (MMU)/ Améliorer la sécurité des médicaments à haut risque (ISPG 3)

Chef du groupe : Riani, I.

Infection nosocomiale

Groupe 6:

Prévention et contrôle des infections (PCI)/ Réduire le risque d'infections associées aux soins (ISPG 5)

Chef du groupe : Birgen, C. Dr.



Gestion et sécurité des infrastructures



Groupe 7: Gestion et sécurité des infrastructures (FMS)

Chef du groupe : Cardao, D.

Planning du projet – (I)

Planning		
Nbr. de phase	Phase	Milestone
1	Phase de conception du projet -Définition des objectifs -Définition de la structure et de l'organisation du projet	Elaboration de l'ordre de projet
2	Séance d'info	Réalisation séance d'info
3	Kick-off du projet -Formation des membres des groupes de projet -Formation des standards JCI -Etablir une première ébauche d'un plan d'action par groupe	Formation des membres du projet Elaboration des plans d'action
4	Terminer et valider les plans d'action par groupe Validation par le groupe pilotage stratégique	Validation des plans d'action

Planning du projet – (II)

Planning		
Nbr. de phase	Phase	Milestone
5	Phase de travail -Revue de la loi et de la réglementation -Etat de lieu de la documentation existante/ comparaison avec les standards JCI -Elaboration des nouveaux standards/ adaptation des standards existants - Validation des standards	Mise en œuvre des plans d'action
6	Adaptation sur le terrain Phase de formation/ Mise en place des nouveaux standards	Formation des collaborateurs Standards mises en place
7	Phase de preparation au Progress Assessment	Préparation des collaborateurs au progress assesement
8	Réalisation d'un Progress Assessment	Rapport du progress assesment

Vecu du projet

- JCI: immédiatement compris et accepté par toute l'équipe
- Impression d'une travail enorme à fournir, mais qui nous fait avancer

