



Operating Room Nurse Key Skill Management

*Un projet européen pour
expérimenter KSM
Au bloc opératoire*

Partenaires dans le Projet

- *EORNA (Europe)*
- *ISEI (Belgium)*
- *OKPIP (Poland)*
- *SAVONIA (Finland)*
- *CHU (France)*
- *IFCIL (France)+ UNAIBODE*
- *DP conseil(France) and BD center (Poland)*

Qu'est ce que Key Skill Management (KSM)

KEY SKILL
MAN  GEMENT
detecting hidden quality issues

Operating Room Nurse Key Skill Management

*Un ami chirurgien, à qui au préalable j'avais brièvement exposée l'approche **ORN-KSM**, prenant lors d'une conversation d'autres personnes à témoin, me posa malignement la question suivante :*

-Par qui préfères-tu te faire opérer ? Un bon chirurgien avec une équipe peu compétente ou un mauvais chirurgien avec une équipe très compétente ?

Je lui répondis dans la même veine :

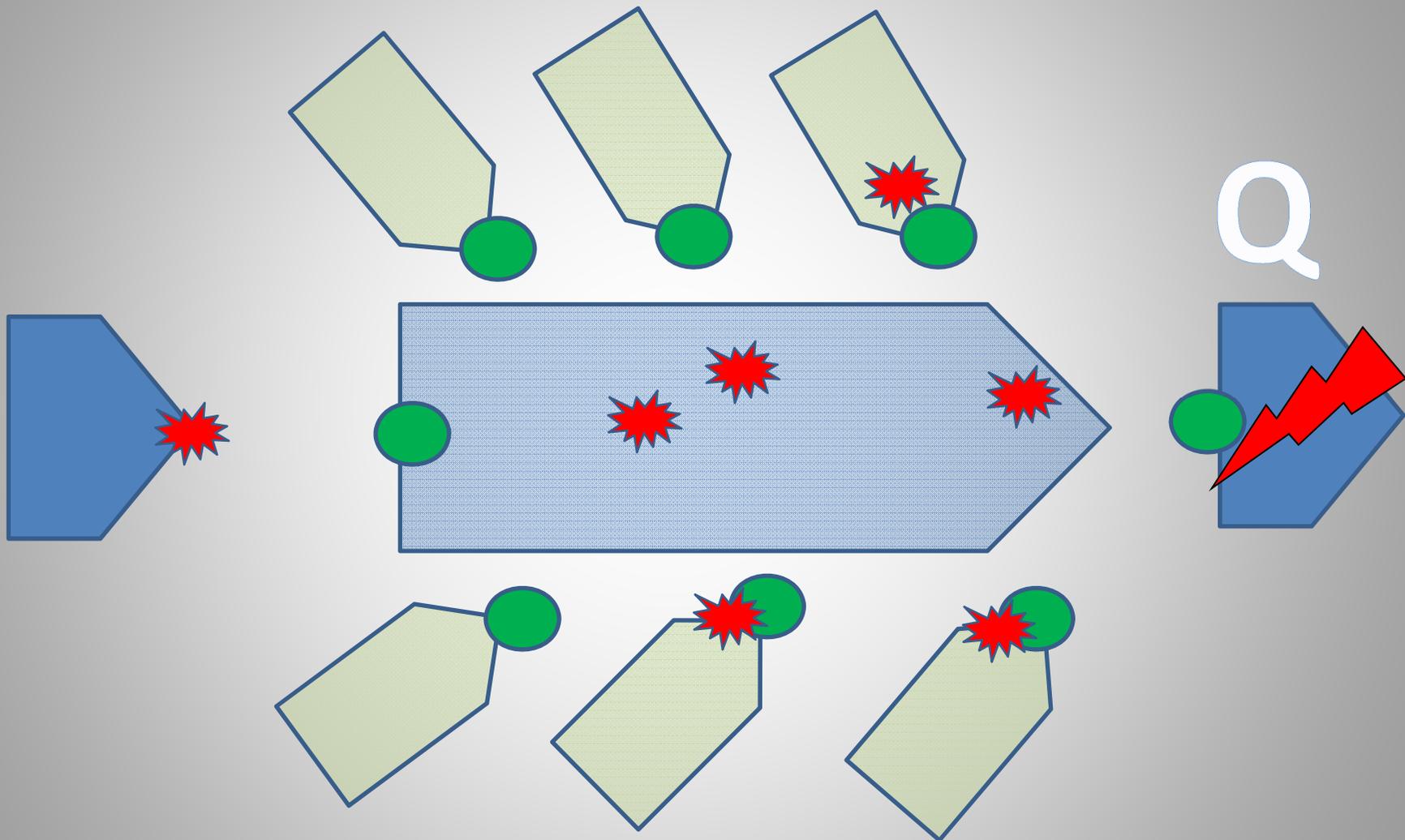
-Quand tu prends l'avion pour aller à un congrès, tu préfères un avion avec un bon pilote et une équipe de maintenance peu compétente ou un mauvais pilote avec une équipe de maintenance compétente ?

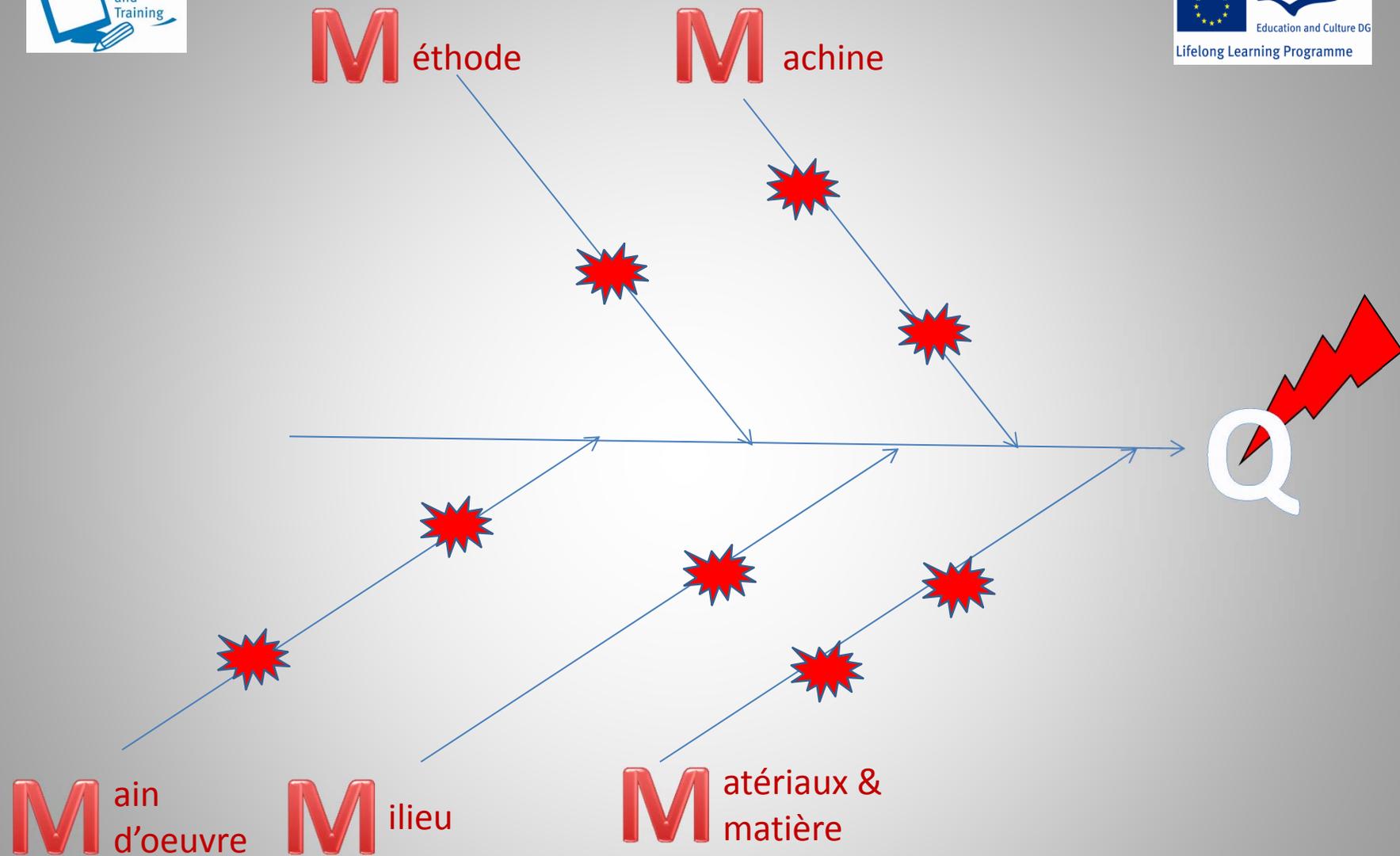
KEY SKILL
MANAGEMENT
detecting hidden quality issues

- *Une méthode destinée à être utilisée là où:*
 - *le niveau de qualité requis est **très élevé***
 - *l'éventail des compétences est **très large***
 - *La liste des pratiques est **très évolutive***

KEY SKILL
MANAGEMENT
detecting hidden quality issues

- *Le plan de l'intervention:*
 - *Les fondements de la méthode*
 - *Les pratiques « Mentor »*
 - *Les pratiques « à risque »*
 - *Les pratiques « sensibles »*





M achine

- *L'équipement n'a pas été vérifié*
- *L'équipement n'est pas utilisé de la bonne manière*
- *Ce n'est pas le bon équipement qui a été choisi*
- *L'équipement n'est pas correctement préparé*
- *L'équipement a été mal réparé*
- *L'équipement est sale et mal nettoyé*
- *Il n'y a pas d'équipement de rechange*
- *La maintenance n'a pas été faite...*

Matériaux et produits

- *Le produit est périmé*
- *Ce n'est pas la bonne référence qui a été apportée*
- *Le produit est indisponible*
- *Le produit n'est pas stérile*
- *La manière d'utiliser le produit n'est pas correcte*
- *Le nombre de produits n'a pas été contrôlé*
- *Le produit est sale*
- *Le produit n'est pas à sa place...*
- *Etc.*

Les 5M

- *Derrière chaque **M**, il y a une ou plusieurs pratiques défailantes*
- *Ces pratiques sont soit non conformes à un référentiel, soit non définies de manière précise dans un référentiel*
 - *En interne, au sein de l'équipe*
 - *En externe, dans d'autres*

Comment classer ces pratiques clefs?

- **Pratiques Mentor** : *pratiques d'excellence réparties entre plusieurs personnes (Mentors)*
- **Pratiques à risques** : *pratiques liées à la compétence globale permanente de l'équipe*
- **Pratiques sensibles** : *pratiques liées aux incidents répétitifs*

Les pratiques « Mentor » (1)

- Le cadre (infirmière chef) ne détient pas les savoir faire des infirmières de bloc
- Les connaissances d'excellence du bloc doivent donc être réparties entre plusieurs infirmières de bloc de **manière formelle** et **lisible** pour tous et par tous

Les types de pratiques « Mentor »(2)

• *Les spécialités verticales*

- *cardiologie,*
- *neurochirurgie*
- *urologie,*
- *ORL,*
- *orthopédique,*
- *viscérale,*
- *Utilisation de matériels spécifiques , robots , etc.*

Les types de pratiques « Mentor »(3)

- La personne Mentor dans une spécialité verticale est ressource pour ses collègues
- Elle a l'expertise et exprime sa volonté de partager et former ses collègues
- Elle est l'interlocutrice du cadre et des chirurgiens pour ce qui touche à sa spécialité
- Une définition de ses attributions a été réalisée de manière formelle

Les types de pratiques « Mentor »(4)

• *Les spécialités horizontales*

- *Gestion des équipements*
- *Gestion des dispositifs médicaux*
- *Hygiène*
- *Informatique*
- *Gestion des documents référencés du bloc*
- *Stérilisation*
- *Relation avec les services supports*
- *Radiation et risques d'exposition*
- *Etc.*

Les types de pratiques « Mentor »(5)

- **« Mentor » gestion des équipements**
 - *Elle s'assure que les modes opératoires de tous les équipements sont lisibles compréhensibles et toujours accessibles*
 - *Elle veille à ce que tous les membres de l'équipe, devant utiliser les équipements, soient formés et appliquent correctement*
 - *Elle analyse très régulièrement avec le cadre les incidents grands ou petits liés à l'utilisation des équipements*
 - *Elle apporte des actions correctives et veille à leur efficacité afin d'améliorer l'utilisation des équipements*
 - *Elle garantit que le programme de maintenance préventive est correctement appliqué*
 - *Elle veille à l'enregistrement régulier de tout incident concernant les équipements*

Les pratiques « Mentor » (6)

• ***Les manières pour oter le degré de maîtrise d'une pratique :***

- *0 n'est pas au courant et n'a jamais reçu d'information*
- *1 est en cours d'apprentissage*
- *2 est autonome en rapidité et conformité*
- *3 détient l'expertise de la spécialité*
- *4 détient l'expertise **et** a les qualités humaines et pédagogiques pour former et partager son expérience*

Les pratiques « à risques » (1)

- Ce sont des pratiques qui sont maîtrisées à un certain niveau par trop peu de personnes au sein du bloc.
- Ces pratiques ne permettent pas la continuité du service en toute sécurité (pas de niveau 4 dans des spécialités verticales, pas de niveau 2,etc..)

Les pratiques « à risques » (2)

- Les tableaux de polyvalence sont un outil **d'aide à la décision** pour maîtriser les pratiques à risque. Ils permettent :
 - Une lisibilité pour chacun des personnes ressources de niveau 4 dans les spécialités verticales et horizontales
 - De préparer les plans de formation et d'accompagnement pour faire progresser les personnes de (niveau 0,1,2)
 - De formaliser l'intégration de nouvelles technologies ou de nouvelles personnes au bloc

Tableau de polyvalence des « Mentors » (3)

Mentors de l'équipe	D	C	J	M	H	E	A	Total par spécialité
12 endoscopie	4	4	4	1	4	4	4	25
3 urologie	4	1	2	2	4	4	1	18
8 chirurgie plastique et répar.	2	2	4	4	2	2	2	18
robots	4	4	1	2	2	2	1	16
2 gynécologie	4	2	2	2	2	2	2	16
1 digestif	1	4	2	2	2	4	2	17
5 neurochirurgie	4	2	2	2	2	1	2	15
0 cardiologie	2	2	1	1	4	4	1	15
4 ostéo-articulaire	2	4	2	1	1	1	4	15
9 chirurgie maxillo-faciale	2	2	4	2	1	1	1	13
6 ORL	2	2	4	2	1	1	1	13
7 ophtalmo	1	1	1	2	2	2	4	13
total par personne	32	30	29	23	27	28	25	194

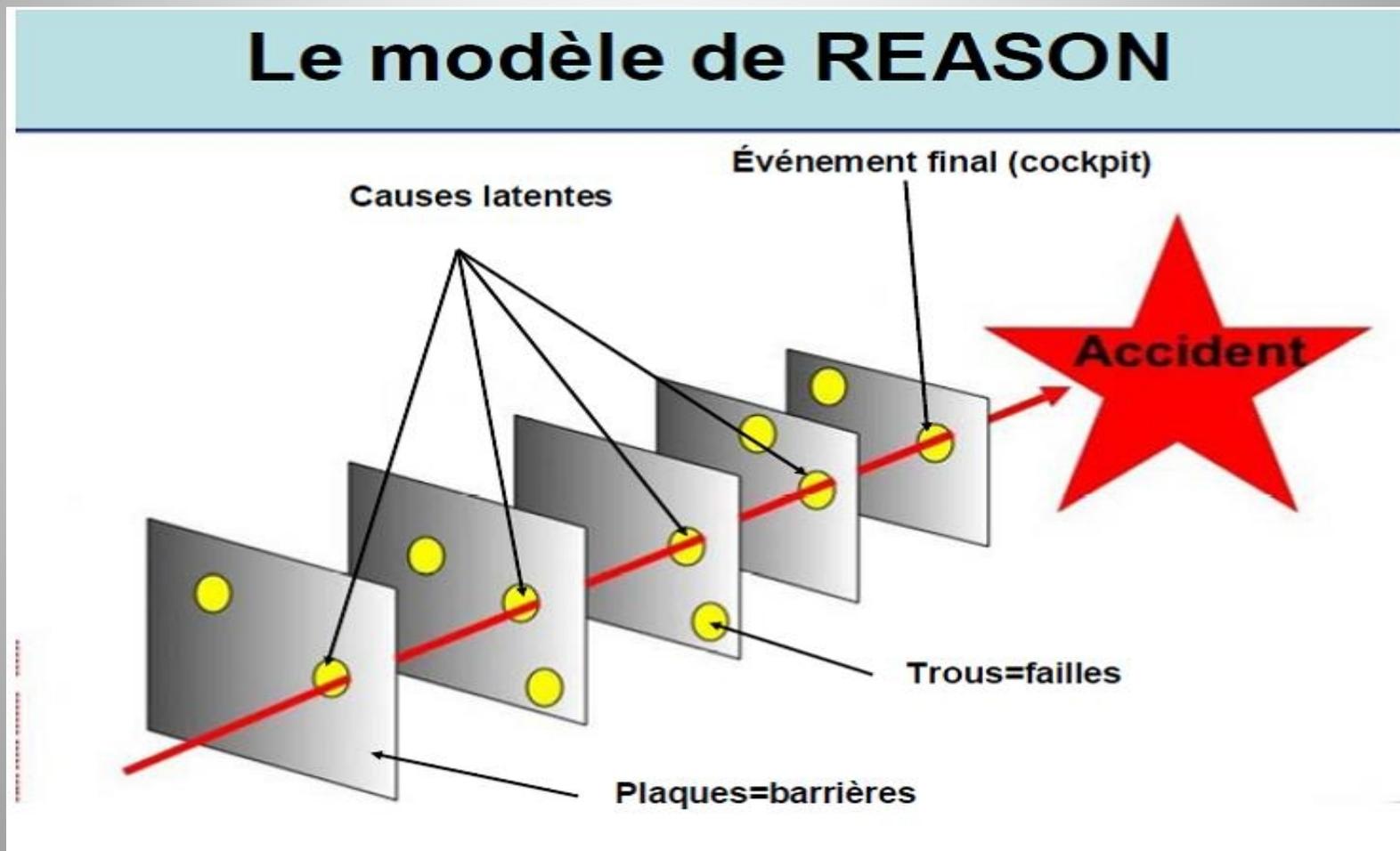
Tableaux de polyvalence des « moins de 2 ans »

Infirmières de moins de 2 ans dans le bloc	G	I	J	F	O	Total par spécialité
5 neurochirurgie	2	2	0	2	2	26
0 cardiologie	2	2	2	0	1	25
3 urologie	1	2	2	1	1	25
8 chirurgie plastique et répar.	1	0	2	2	2	25
2 gynécologie	2	2	0	2	0	24
4 ostéo-articulaire	1	2	2	1	0	24
7 ophtalmo	2	1	2	1	1	24
11 UDTA	2	1	2	2	0	24
12 endoscopie	0	1	0	2	1	22
13 stérilisation	2	2	1	2	0	22
1 digestif	1	1	1	0	2	21
6 ORL	1	2	2	0	1	19
9 chirurgie maxillo-faciale	2	2	0	1	0	18
10 chirurgie pédiatrique	0	1	2	0	1	16
total par personne	19	19	17	16	13	315

Les pratiques « Sensibles » (1)

- Ce sont des pratiques qui sont à l'origine de « grains de sable » de manière récurrente ou non, pendant ou en dehors des interventions
- Si elles apparaissent de manière concomitante, elles peuvent donner lieu à des événements fortement indésirables (plaques de Reason dans le domaine aérien)
- Elles doivent donc être enregistrées et analysées afin d'être maîtrisées

Les pratiques « Sensibles » (2)



Processus opératoire et probabilité de risque : Probabilité d'avoir une intervention conforme

		NOMBRE D'ETAPES LORS DE L'INTERVENTION											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	25
P R O B A B I L I T E	99%	0,99	0,98	0,97	0,96	0,95	0,94	0,93	0,92	0,91	0,90	0,82	0,78
	98%	0,98	0,96	0,94	0,92	0,90	0,89	0,87	0,85	0,83	0,82	0,67	0,60
	97%	0,97	0,94	0,91	0,89	0,86	0,83	0,81	0,78	0,76	0,74	0,54	0,47
	96%	0,96	0,92	0,88	0,85	0,82	0,78	0,75	0,72	0,69	0,66	0,44	0,36
	95%	0,95	0,90	0,86	0,81	0,77	0,74	0,70	0,66	0,63	0,60	0,36	0,28
	90%	0,90	0,81	0,73	0,66	0,59	0,53	0,48	0,43	0,39	0,35	0,12	0,07
	85%	0,85	0,72	0,61	0,52	0,44	0,38	0,32	0,27	0,23	0,20	0,04	0,02

Les fiches d'observation des pratiques « Sensibles » (3)

Nom de l'intervention	Domaine	étape en cause	Description factuelle de l'écart	Pratique en cause ou à mettre en place	Fonction impliquée	services supports concernés	impacts	instruments et dispositifs	Equipements
0 cardiologie 1 digestive 2 gynécologie 3 urologie 4 ostéo-articulaire 5 neurochir. 6 ORL 7 ophtalmo. 8 chirurgie plastique 9 chirurgie maxillo-faciale 10 vasculaire 11 thoracique 12 endoscopie 16/03/2012 A UDTA ambul.		1 Préparation de la salle 2 Préparation du matériel pour l'intervention 3 Accueil du patient 4 Installation primaire pour prise en charge anesthésie 5 Installation secondaire en posture chirurgicale	décrire de manière très factuelle le grain de sable et les conditions de son apparition	formuler selon vous la pratique défailante ou sinon, expliquer la pratique qui aurait du être mise en place.	P1 Chirurgien P2 Anesthésiste P3 Interne P4 Externe P5 IADE P7 IBO P8 IBODE P10 cadre P11 Coursiers P12 Préparateur en pharmacie P13 Référent logistique P14 AS+ASH P15 brancardier	S1 données administratives S2 Soins S3 radiologie S4 Pharmacie S5 Labo S6 hygiène S7 stérilisation S8 BIO medical S9 SSPI S10 technique, énergie S11 transport logistique	Pas d'impact : 0 Pas d'impact avéré, mais risque potentiel : 1 Impact sur le déroulement et l'organisation mais pas sur le patient :	Instruments chirurgie restérilisables C1 non disponibles C2 périmés C3 non stériles DMS à usage unique U1 non disponibles U2 périmés U3 non stériles DMI I1 non disponibles I2 périmés I3 non stériles Autres	EQUIPEMENTS ET MATERIELS : X 1 Incomplet X 2 inutilisable momentanément X 3 inutilisable définitivement X 4 Sale X 5 Pas adapté X 6 Non disponible avec 26 X=1 tables intervention

Les pratiques « Sensibles » (4)

- Les expériences menées font apparaître 2 grains de sable relevés par infirmière et par semaine soit pour un bloc de 20 infirmières 160 grains de sable par mois
- Que fait-on de ces grains de sable ?

Les pratiques « Sensibles » (5)

•5 étapes :

- Trier toutes les semaines (cadre et Mentor « risque & qualité)
- Sélectionner les grains de sable selon des critères définis
 - Soit il existe une pratique précise non mise en œuvre alors on doit se diriger vers la formation et l'accompagnement de ou des personnes concernées
 - Soit la pratique n'est pas établie de manière précise et il faut créer ou modifier le mode opératoire de manière formelle et le faire connaître à tous
- Garder une trace classée des modifications mises en œuvre pour le personnel absent
- Informé au moins mensuellement l'ensemble des IB des grains de sable et solutions apportées.

Comment mettre en place ?

- Progressivement,
- En fonction des priorités du bloc,
- En fonction des spécificités du bloc (*turnover, spécialités, effectif, expériences, incidents constatés, etc.*)
- Avec quelques outils méthodologiques très simples (*groupes focus, sensibilisation, charte éventuelle*)



Pour votre patience et votre attention

*Merci
beaucoup*