

**XXVII<sup>e</sup>** Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière

**1, 2 et 3 juin 2016**



# SESSION INTERNATIONALE

## Crew resource management to improve patient safety

Dr Laetitia May-Michelangeli

Patient safety/ Indicators of Quality and Safety

National Health Authority

# Treated in a french hospital for breast cancer, a patient was given radiotherapy 22 times on the wrong side

23/01/2016



Recommander Partager

245 personnes le recommandent. Inscription pour voir ce que vos amis recommandent.

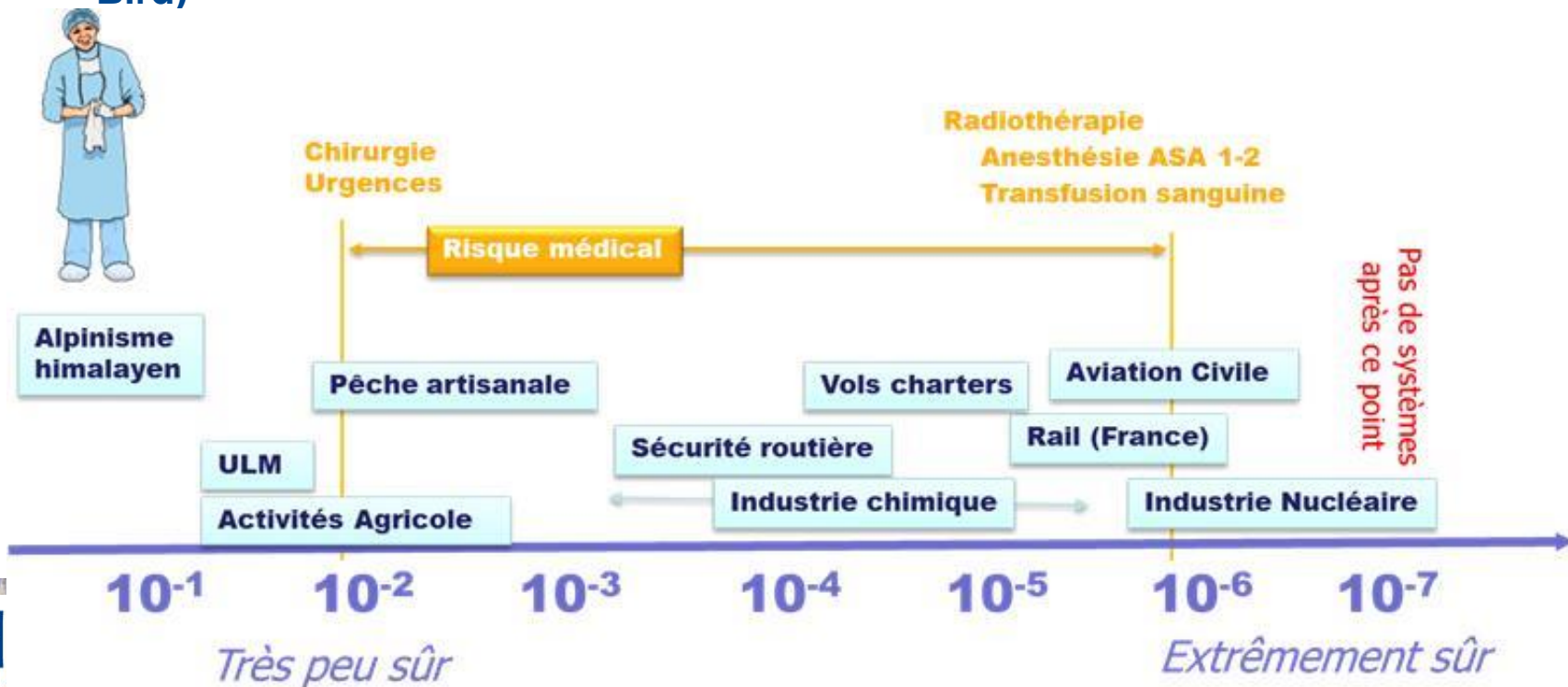
TWITTER G+1 3

**Name of the speaker:**

**I have no link of interest.**

# The adverse events are frequent and serious

- One adverse event every 5 days in a 30 bed ward; 33% to 50% of them preventable
- Near-misses are 60 times as numerous (pyramide de Bird)



**XXVII<sup>e</sup>** Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière

**1, 2 et 3 juin 2016**



# Why look at the team? 01



**Équipes  
de soins**

# Don't stop at the immediate causes

## Root Cause Information for Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events Reviewed by The Joint Commission

*The majority of events have multiple root causes  
(Please refer to subcategories listed on slides 5-7)*

2013 (N=887)		2014 (N=764)		2015 (N=936)	
Human Factors	635	Human Factors	547	Human Factors	999
Communication	563	Leadership	517	Leadership	849
Leadership	547	Communication	489	Communication	744
Assessment	505	Assessment	392	Assessment	545
Information Management	155	Physical Environment	115	Physical Environment	202
Physical Environment	138	Information Management	72	Health information technology-related	125
Care Planning	103	Care Planning	72	Care Planning	75
Continuum of Care	97	Health Information Technology-related	59	Operative Care	62
Medication Use	77	Operative Care	58	Medication Use	60
Operative Care	76	Continuum of Care	57	Information Management	52

Sentinel  
Event Data  
2004-2015-  
The Joint  
commission

**HAS**

**SF2H**  
Risque infectieux et soins

# Accreditation of physicians : Distribution of the main causes of near misses

▶▶ Study of 47 000 near miss

3 C. 3 main causes

aux Task  
23%

au Team  
27%

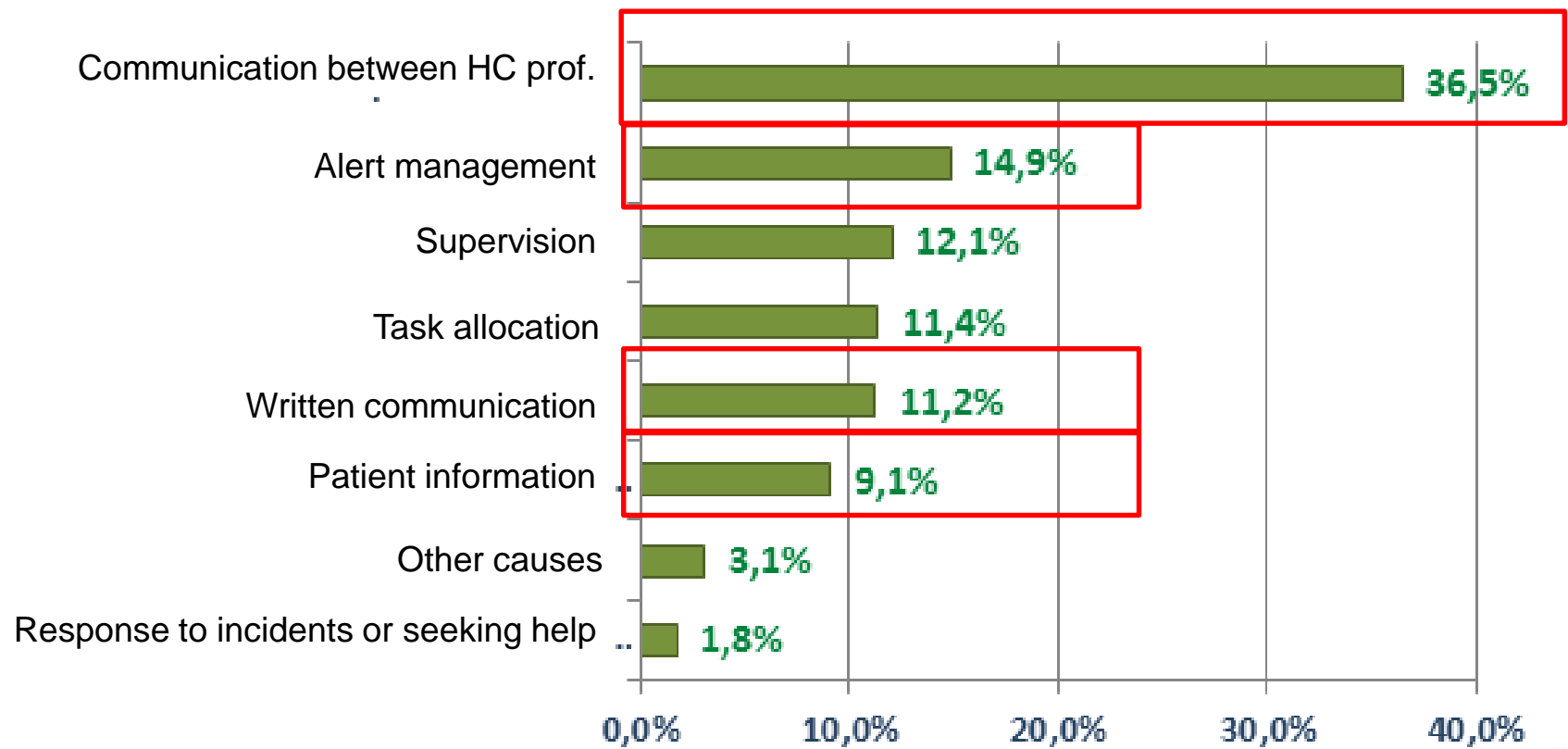
Patient  
15%



\*EIA

# Accreditation of physicians

Distribution of the main causes of near misses following the **ALARM** \* grid



**XXVII<sup>e</sup>** Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière

**1, 2 et 3 juin 2016**



# **Team/ Team work : what does it mean?**

**02**

# What is a team ?

1. A minimum of two members who know each other and have a common goal
2. All the members or their substitutes are essential to perform the work.
3. Each member has a precise role and task
4. Team work requires competence and specific skills from each one which are supposed to be mastered
5. The progression towards the result imposes points of collaboration and exchanges between the members
6. The team is itself part of an extremely well ordered structure, group and system which provides guidelines.

# Team work : Conditions for success

Already old theories → Eduardo Salas  
(80s-90s)

## Four specific conditions :

1. A strategic vision of the objectives
2. A Logic of composition of the group
3. A Logic of appropriate moment
4. A Logic of coaching and animation

# Improving team work ...

....is efficient for the process and the results

## Does Team Training Improve Team Performance? A Meta-Analysis

Eduardo Salas, Deborah DiazGranados, Cameron Klein, C. Shawn Burke, Kevin C. Stagl, Gerald F. Goodwin and Stanley M. Halpin

*Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society* 2008 50: 903

### *Evidence Report/Technology Assessment*

Number 211

### **Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices**

**Prepared for:**

Agency for Healthcare Research and Quality  
U.S. Department of Health and Human Services  
540 Gaither Road  
Rockville, MD 20850  
www.ahrq.gov

**- 18% death rate !**



## **Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality**

Julia Neily; Peter D. Mills; Yinong Young-Xu; et al.

*JAMA*. 2010;304(15):1693-1700 (doi:10.1001/jama.2010.1506)

# MTT or « CRM-santé » yes but ....

*Qual Saf Health Care* 2010;**19**:1-11 doi:10.1136/qshc.2009.037184

Original research

**Outcomes of classroom-based team training interventions for multiprofessional hospital staff. A systematic review**

Louise Isager Rabøl<sup>1</sup>, Doris Østergaard<sup>2,3</sup>, Torben Mogensen<sup>3,4</sup>

**Classroom-based team training for multiprofessional hospital staff is recommended as a way to improve patient safety. This review shows mainly positive effects of the intervention on participant reaction, learning and behaviour. The results at clinical level are still very limited**

*BMJ Qual Saf* doi:10.1136/bmjqs-2015-003994

Original research

**Crew resource management training in the intensive care unit. A multisite controlled before–after study**

Peter F Kemper<sup>1</sup>, Martine de Bruijne<sup>1</sup>, Cathy van Dyck<sup>2</sup>, Ralph L So<sup>3</sup>, Peter Tangkau<sup>4</sup>, Cordula Wagner<sup>1,5</sup>

**We can conclude that CRM, as delivered in the present study, does not change behaviour or patient outcomes by itself, yet changes how participants think about errors and risks. This indicates that CRM requires a combination with other initiatives in order to improve clinical outcomes.**

The logo for HAS (Haute Autorité de Santé) features the letters 'HAS' in a bold, blue, sans-serif font. A red swoosh underline is positioned beneath the 'A'.

# The reason for the project Pacte

## « Programme for improving teamwork »

**Main goal** : improve patient safety

**How** :

- Make risk management a collective issue
- Building a team around soft skills
- Building a project team to improve Patient Safety



# Diagnostic

The tools

Safety culture



CRM SANTE



Cas  
Quizz  
Vidéo

Problem



# Implementation

## The tools

Communication

Involvement of the patient

Dynamic of the team

Risk management

**S** le décrit la Situation actuelle concernant le patient :

**A** l'explique les **Antécédents** utiles, les axiomes actuels :

**E** l'analyse avec **Explication** de l'état actuel du patient :

**D** e formule une **Demande** (d'avis, de décision, etc.) :

Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE)¶

**REFORMULATION OU TEACH-BACK¶**

**Supports pédagogiques**

Une Fiche Diaporama

Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE)¶

**BRIEFING¶**

**Introduction¶**  
Le briefing est une pratique de communication et de dynamique d'équipe destinée à améliorer la sécurité des patients.¶

Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE)¶

**DEBRIEFING¶**

**Introduction¶**  
Le débriefing est une pratique de communication et de dynamique d'équipe destinée à améliorer la sécurité des patients.¶



**XXVII<sup>e</sup>** Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière

**1, 2 et 3 juin 2016**



**« CRM Santé »  
(or medical  
team Training-  
MTT)**

**03**

# Exemple of programme of team training

1. **Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM)**
2. **Team Oriented Medical Simulation (TOMS)**
3. **Multidisciplinary Obstetric Emergency Scenarios (MOSES)**
4. **Medical Team Management (MTM),**
5. **Geriatric Interdisciplinary Team Training (GITT)**
6. **Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS)**
7. **Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) Training,**
8. **Managing Obstetric Risk Efficiently (MOREOB)**
9. **MedTeams**
10. **LifeWings (formerly, Dynamic Outcomes Management),**
11. **TeamPerformancePlus**

# What is « CRM santé » in the Programme for improving teamwork (Pacte)

## 1. Use in Self diagnostic

## 2. Diagnostic of the way the team functions

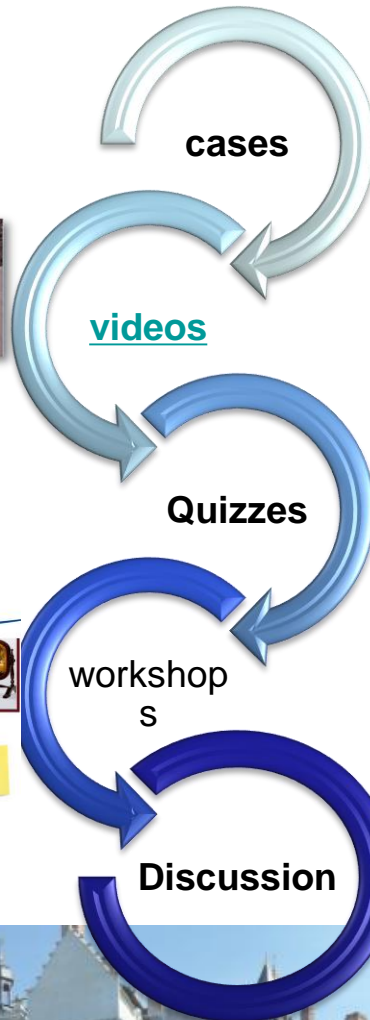
- for a constituted team
- the daily management of the team has a key role in the subjects covered :
  - ✓ leadership, cooperation,
  - ✓ coordination, warning,
  - ✓ solidarity, management,
  - ✓ crises.....

# The rules

1. 4 hours spent together, no departure in the middle of the meeting, no phone
2. A collective project,
3. Free speech,
4. No mutual aggression,
5. The work is done in an effort to find consensus on the diagnosis of the operational issues of the team,
6. No single or academic answer,
7. A facilitator rather than a trainer.

It is your team, your project.  
What will be on the white board at the end will anticipate your commitment to improve your team.

# Method



Comment vous débriefez quand il y a eu des frictions, des problèmes, des mots plus hauts que les autres ou blessants?

- Chacun reste dans son problème, pas de débriefing dans la très grande majorité des cas
- On essaie de se parler tout de suite après, entre paramédicaux,
- On essaie de se parler tout de suite après entre médecins et paramédicaux quand les deux professions sont concernées
- On se plaint par derrière entre 'nous'
- On se plaint au cadre du bloc
- On a un protocole prévu: on en parle de façon différée dans les instances, c'est un sujet de staff, de conseil de bloc, ...

## Atelier : les rôles

Le regard des autres

- Qu'attendez-vous des autres métiers dans le groupe?
- Que pensez-vous que les autres attendent de votre métier?



# Conclusion & discussion



# Stay informed !



## Dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales : enseignement

### EIAS\* remarquables

\* Événements Indésirables Associés aux Soins

Cas réels survenus dans la pratique des médecins et des équipes médicales accrédités, ces EIAS choisis pour leur caractère pédagogique ou informatif, sont analysés de façon approfondie.

- » Erreur de dose de morphine lors d'une rachianesthésie
- » Arrêt inopportun d'un traitement anti-épileptique
- » Merci la check-list ! Une erreur de côté évitée de justesse
- » Oubli de kinésithérapie respiratoire
- » Une erreur d'identité au bloc opératoire pédiatrique
- » Erreur d'administration d'un soluté de perfusion polyionique

Retrouvez ces documents sur [has-sante.fr/rubrique/accréditation des médecins](http://has-sante.fr/rubrique/accréditation-des-medecins)



## Dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales : enseignement

### Base de retour d'expérience (REX)

Cette base du dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales collecte des EIAS desquels sont issus des « Solutions pour la sécurité du patient (SSP) » permettant de réduire la survenue des événements ou d'en atténuer les conséquences.

- » Check-list sécurité du patient au bloc opératoire en chirurgie infantile
- » Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens mieux travailler en équipe
- » Comment réagir face à la présence d'humidité dans des boîtes d'instruments stériles après incision du patient ?
- » Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ?
- » Comment éviter la confusion entre antiseptique et anesthésique injectable ?
- » Réduction des erreurs de site d'exérèse de lésions cutanées

Retrouvez ces documents sur [has-sante.fr/rubrique/Accréditation des médecins](http://has-sante.fr/rubrique/Accréditation-des-medecins)



## Communiquer – Impliquer le patient : Boîte à outils

### Outils de communication pour les usagers

- » Oser parler avec son médecin
- » Parler avec son pharmacien
- » Décision médicale partagée
- » Favoriser le dialogue entre représentants des usagers et professionnels de santé (site du Ministère de la santé)
- » S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers

Retrouvez cette boîte à outils sur [has-sante.fr/rubrique/Sécurité du patient/Communiquer – Impliquer le patient](http://has-sante.fr/rubrique/Sécurité-du-patient/Communiquer-Impliquer-le-patient)



## Communiquer – Impliquer le patient : Boîte à outils

La communication, élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné, a un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients. Une **boîte à outils** pour les professionnels de santé et pour les usagers est disponible sur le site de la HAS.

### Outils de communication pour les professionnels de santé

- » Annonce d'un dommage associé aux soins
- » Annonce d'une mauvaise nouvelle
- » SAED « Situation-Antécédents-Évaluation-Demande »
- » FAIRE DIRE
- » Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

Retrouvez cette boîte à outils sur [has-sante.fr/rubrique/Sécurité du patient/Communiquer – Impliquer le patient](http://has-sante.fr/rubrique/Sécurité-du-patient/Communiquer-Impliquer-le-patient)



If need

The logo for HAS (Haute Autorité de Santé) features the letters 'HAS' in a bold, blue, sans-serif font. A red and blue swoosh underline is positioned beneath the letters.A horizontal banner image showing the facade of a large, historic building with multiple gables and windows under a clear blue sky.

**XXVIIe Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière**

The logo for SF2H (Société Française de Médecine Infectieuse et Hygiène) features a stylized green leaf icon to the left of the text 'SF2H' in a blue, sans-serif font. Below 'SF2H' is the text 'Risque infectieux et soin' in a smaller, lighter blue font.

**SF2H**  
Risque infectieux et soin

1, 2 et 3 juin 2016

# Technical skills and non-technical skills

## 1. Technical skills

- The technical medical practice in all facets (aspects) (medical interventions, case history (anamnesis), physical examination, semiology, further examination).
- therapeutics (in all its forms and particularly the medical practices recommended)

## 2. Non technical skills

- The relationship to the patient and to the patient's family
- Conflict management and priorities (with the patient, with one's colleagues and employees, with one's priorities, annoyances of the day).
- Managing collaboration in the medical system (with colleagues and health professionals).
- The management of tools (data processing, telephone, files, all sorts of support and documents for the administration).
- Management of one's own stress and tiredness.