



Centre Hospitalier
Peltzer - La Tourelle
Verviers



« Comment optimiser les ressources humaines et matérielles du QO grâce à la gestion informatisée du programme opératoire? »

Présentation réalisée par Mme Marie-Laurence Giltay
Infirmière en chef au QO du CHPLT depuis décembre 2005

rue du Parc 29 - 4800 Verviers



Le contexte du quartier opératoire CHPLT

- ⊕ Démarche entamée par la Direction Générale du CHPLT il y a +/- 8 ans;
- ⊕ Deux QO (9 salles au total) sur 2 sites distincts;
- ⊕ Des spécialités chirurgicales différentes en fonction des sites (urgences notamment) avec des opérateurs communs et d'autres pas;
- ⊕ Deux modes de gestion de bloc adaptés à l'environnement spécifique de chacun de ceux-ci;
- ⊕ Trop de salles d'opération, et trop de plages horaires libres compte tenu du nombre d'interventions chirurgicales pratiquées sur une année au CHPLT (rapport d'audit en janvier 2003);
- ⊕ Trop de personnel présent par rapport au financement octroyé;
- ⊕ Peu d'outil fiable pour mettre en relation et analyser tous les paramètres nécessaires à la gestion du QO;
- ⊕ Certaines interventions pratiquées au QO ne rentraient pas dans le financement de celui-ci (petites interventions);
- ⊕ Inscription des interventions sur un support papier (grand cahier, crayon, etc.);
- ⊕ Nombreuses erreurs et/ou oublis dans les multiples recopages
- ⊕ Heures de fin de programme non respectées et inadéquation avec les horaires infirmiers;
- ⊕ Schémas organisationnels des différents acteurs du QO à revoir;



Pourquoi utiliser un tel outil?

Objectif principal: « Optimiser le fonctionnement du QO »:

- ⊕ Avoir une meilleure adéquation entre le nombre d'intervention, les salles occupées et le personnel nécessaire;
- ⊕ Obtenir des données fiables, concrètes et interprétables;
- ⊕ Informations consultables à tout moment hors du bloc (en consultations, au cabinet, dans chaque salle);
- ⊕ Créer une base de données avec un traitement informatique automatique des informations encodées;
- ⊕ Améliorer l'efficacité de la planification des interventions chirurgicales ? rentabilisation des salles, combler les « trous » dans le programme, etc. ;
- ⊕ Trouver un outil facile à utiliser, convivial, pratique et accepté du plus grand nombre;
- ⊕ Outil apportant des données concrètes et irréfutables sur base desquelles des pratiques médicales peuvent être discutées et révisées;



Choix d'un logiciel de gestion

- ⊕ Plusieurs logiciels présents sur le marché dont certains développés en intra-hospitalier (dès lors, pas possible de les acheter);
- ⊕ Lecture d'articles concernant ce thème et ces outils informatiques dans des revues spécialisées;
- ⊕ Visite d'hôpitaux équipés de ces logiciels au QO;
- ⊕ Présentation au CHPLT du logiciel de la firme Yuse;
- ⊕ Chirurgien chef de l'époque très impliqué et convaincu de l'utilité d'une gestion informatisée du programme opératoire;



Mise en place du logiciel au QO

- ⊕ Paramétrage de la base de données du logiciel par des membres du département informatique et infirmier;
- ⊕ Optique développée: les codes qui apparaissent dans le logiciel doivent permettre de retrouver le type d'intervention pratiquée (base CECODI);
- ⊕ Les temps standards déterminent la durée des interventions chirurgicales pratiquées;
- ⊕ Chaque opérateur a reçu un listing avec les interventions qu'il pratique et il peut l'adapter en nombre et en temps;
- ⊕ Ces listings peuvent être adaptés en permanence;
- ⊕ Utilisation du logiciel au QO dès janvier 2005 en maintenant temporairement le support papier (3 mois);



Mise en place du logiciel au QO (suite)

- ⊕ Ecolage du personnel infirmier et médical du QO;
- ⊕ Crainte de certains opérateurs d'être « pénalisés » parce que « jugés » trop lents ou trop « absents »;
- ⊕ Difficultés de convaincre l'ensemble des opérateurs d'inscrire leurs interventions lors de la consultation où celles-ci sont décidées;
- ⊕ Opérateurs réfractaires à l'utilisation de l'outil informatique (minorité);
- ⊕ Formation I R I S (Paris) en décembre 2006 de l'IC et de l'Anesthésiste Coordinateur du programme opératoire sur le thème des indicateurs de gestion au quartier opératoire;
- ⊕ Peur de perdre de la souplesse dans l'organisation des interventions et dans la « flexibilité » du personnel;



Bénéfices de ce mode de gestion

- ④ Un outil de travail commun (chacun pouvant consulter de différents endroits la dernière mise à jour en temps réel);
- ④ Centralisation des informations concernant le programme opératoire (données patient, chirurgien, type d'intervention, etc.);
- ④ Ce sont les opérateurs qui inscrivent eux-mêmes (à quelques exceptions près) leur programme opératoire en utilisant le logiciel, soit au QO, soit en consultation ou à leur cabinet privé;
- ④ Outil de travail convivial et facile d'utilisation;
- ④ Les données encodées de manière rigoureuse permettent une analyse en profondeur de l'occupation des salles d'opération (qui, quoi, comment, en combien de temps);
- ④ Aide pour la gestion des lits, la stérilisation centrale, l'infirmière responsable du matériel facturable;
- ④ On ne retranscrit plus rien, tout est noté dans le programme informatique (matériel, MRSA, type d'anesthésie, précautions particulières);
- ④ Base de discussion pour réaménager les plages opératoires et optimiser le personnel du QO (infirmier(e)s, préposé à l'accueil, salle de réveil, etc.);



Bénéfices de ce mode de gestion (suite)

- Ⓢ Création d'un « tandem » de gestion du programme opératoire: infirmière en chef et anesthésiste coordinateur;
- Ⓢ Respect du travail d'autrui par une adaptation cohérente de la charge de travail ? meilleure adéquation entre les horaires infirmiers et les plages opératoires;
- Ⓢ Meilleur respect des planifications des interventions ? moins de sous-estimation des temps opératoires pour augmenter le nombre d'intervention par plage;
- Ⓢ Les temps peuvent être individualisés par opérateur, par discipline;
- Ⓢ Discussion constructive entre le coordinateur médical et les opérateurs pour l'adaptation des grilles opératoires globales et révision de celles-ci tous les 6 mois;
- Ⓢ Respect, par les opérateurs, de l'autorité de l'infirmière en chef pour l'organisation du programme opératoire quotidien même en l'absence d'un anesthésiste coordinateur;
- Ⓢ Les deux sites pouvaient être visualisés ensemble et gérés même à distance (nous sommes rassemblés depuis juin 2008);
- Ⓢ Planification des congés des opérateurs et des grilles opératoires des vacances (grilles pour le personnel établies en avril pour juillet/août) ;
- Ⓢ Outil fiable d'évaluation de l'activité du QO (défense des budgets y afférents);



Conclusions

- ❏ Dans l'ensemble de la démarche, il y a peu d'inconvénient: les réticences face à l'inconnu ont vite disparues, et les départements informatique, infirmier et médical collaborent facilement et activement;
- ❏ Ce fonctionnement est un bel exemple de complémentarité entre le corps médical et infirmier, d'adaptation du travail en fonction des contraintes de tout un chacun au sein du QO et au sein d'une institution hospitalière (avec toutes ces contraintes de gestion);
- ❏ La collaboration avec le département informatique et le respect de chacun dans ses fonctions est un atout de réussite majeur, de même que le soutien des Directions Générale et de Département;
- ❏ Notre souhait actuel est d'évoluer vers des liens complémentaires avec la traçabilité en stérilisation, avec un programme de gestion des lits, ainsi que d'améliorer et développer de tableaux de bord;



Merci pour votre attention