

Transfert du patient de l'anesthésie à la salle de réveil



Collectez des points e-log
Questions sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/e-log

Elena Camenzind, MScN

Chaque année en Suisse, près de 8500 personnes sont victimes d'un arrêt cardiocirculatoire. Au niveau mondial, seule une personne sur dix touchées y survit. Etant donné qu'il est permis de supposer qu'il serait possible d'augmenter ces chances de survie, diverses organisations d'experts, réunies sous l'égide du Conseil suisse de réanimation ou Swiss Resuscitation Council SRC, ont approuvé pour la première fois une stratégie nationale de survie en cas d'arrêt cardiocirculatoire.

Les faiblesses de la communication sont l'une des causes d'erreurs dans les soins médicaux. Il existe un risque élevé de mauvaise communication ou d'oubli d'informations importantes lors du transfert du patient. Le nombre de transmissions de patients en phase péri opératoire a augmenté avec le travail en équipes et les restrictions de temps de travail. Des transferts fréquents de patients dans la phase péri opératoire sont associés à un risque accru d'un événement indésirable, qui présente une morbidité et une mortalité plus élevées (1, 2).

La mise en œuvre d'une check-list pour une transmission structurée des patients de la salle d'opération à la salle de réveil peut accroître la sécurité des patients, l'efficacité, la qualité des soins et la satisfaction des collaborateurs (3 - 6). L'utilisation d'une liste de contrôle lors du transfert du patient a entraîné moins de pertes d'informations et moins de demandes de précisions téléphoniques. De plus, selon les chercheurs, l'augmentation de temps des transmissions structurées de patients n'était pas significative (7).

Dans l'étude décrite ici de Burns, S. Praikh, R. et Schuller, K. Utilization of a check-list to standardize the operating room to postanesthesia care unit patient handoff process. Perioperative Care and Operating Room Management (7), l'implémentation d'une liste de contrôle pour le transfert des patients et ses effets est vérifiée. Les chercheurs émettent l'hypothèse qu'une meilleure communication entre les équipes multidisciplinaires conduit à une plus

grande satisfaction du personnel infirmier de la salle de réveil sans augmenter la durée de la remise des patients. Quelle différence la mise en œuvre d'une liste de contrôle standardisée fait-elle dans le cadre péri opératoire? Les résultats de cette étude sont décrits dans le texte suivant.

Méthode

Un hôpital de soins aigus aux États-Unis a été utilisé pour l'étude d'observations prospectives. Ont été inclus les patients adultes transférés de la salle d'opération à la salle de réveil après l'opération. Les patients pédiatriques n'ont pas été inclus dans l'étude. Une liste de contrôle existante pour la remise des patients a été adaptée à la culture de l'hôpital (Fig.1). Les éléments existants de la liste de contrôle pour le transfert des patients ont été travaillés par des collaborateurs dans des groupes de travail dans le cadre péri opératoire. La liste de contrôle comprend également la question de savoir si les collaborateurs sont prêts à remettre le patient. Des questions peuvent encore être posées à la fin de la liste de contrôle. Cela sert à accroître l'attention lors de la transmission du patient et favoriser l'écoute active.

L'étude est divisée en trois phases.

- Phase 1: La phase pré-intervention. Durant quatre semaines, 50 transferts péri opératoires de patients de l'anesthésie à la salle de réveil ont été observés. Une chercheuse se tenait à proximité et a écouté la transmission du patient. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé afin d'obtenir des résultats uniformes, avec un maximum de 10 points possibles par transfert de patient. Après le transfert, le personnel infirmier de la salle de réveil a pu évaluer si le transfert était convenable. Convenable a été défini et signifie pouvoir commencer les soins aux patients sans délai.
- Phase 2: La phase d'intervention. Les collaborateurs ont reçu la check-list et ont suivi une formation. La phase deux a été utilisée pour les transmissions péri opératoires de patients à chaque changement d'horaire ou lors des remplacements pour les pauses et a été réalisée sans observation.
- Phase 3: Dans la phase post-intervention, une chercheuse a de nouveau observé 50 transferts de patients deux semaines après la mise en place et la

	Pré-interventionnel	Post-interventionnel
Médecins anesthésistes	48%	52%
Experts en soins d'anesthésie	44%	56%
Points pour la transmission du patient	50.8%	89%
Temps moyen	66 secondes	88.9 secondes
Satisfaction du personnel de salle de réveil	60%	96%

Tab.1: Présentation des résultats, propre adaptation (7)

<input type="checkbox"/> Prêt: es-tu prêt pour le rapport ?	Oui >> Time Out;	Non >> STOP
<input type="checkbox"/> Informations du patient		
<input type="checkbox"/> Identification du patient / Opération / Chirurgien		
<input type="checkbox"/> Maladies		
<input type="checkbox"/> Complications avant l'anesthésie		
<input type="checkbox"/> Allergies		
<input type="checkbox"/> Préopératoire		
<input type="checkbox"/> Problèmes spécifiques (cardiaque, douleurs chroniques etc.)		
<input type="checkbox"/> Fonction cognitive		
<input type="checkbox"/> Médication		
<input type="checkbox"/> Anesthésie loco-régionale		
<input type="checkbox"/> Peropératoire		
<input type="checkbox"/> Type d'anesthésie		
<input type="checkbox"/> Management des voies aériennes		
<input type="checkbox"/> Antibiotiques		
<input type="checkbox"/> Accès veineux (grandeur / location / difficulté)		
<input type="checkbox"/> Monitoring invasif, hémodynamique, catécholamines		
<input type="checkbox"/> Analgesie / Antiémétiques / Antagonisation		
<input type="checkbox"/> Incidents chirurgicaux		
<input type="checkbox"/> Perfusion / Transfusion		
<input type="checkbox"/> Valeurs de laboratoire critiques		
<input type="checkbox"/> Postopératoire		
<input type="checkbox"/> Voies aériennes / O2 / Mise au point de la ventilation		
<input type="checkbox"/> Procédure		
<input type="checkbox"/> Ordres médicaux / Autres		
<input type="checkbox"/> Points majeurs		
<input type="checkbox"/> Questions?		

Fig.1: Check-list standardisée pour la transmission des patients. Propre adaptation pour la présentation de (7)

formation de la check-list. Les mêmes critères s'appliquent que pour la phase 1.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 100 Patientenübergaben beobachtet, 50 davon Prä-Interventionell und 50 Post-Interventionell. Die Beobachtungen waren zufällig ausgewählt, damit konnten sich die Forscherinnen eine verallgemeinerte Stichprobe sichern.

Prä-Interventionell haben 48 % Anästhesieärzte und 52 % Anästhesiepflegende teilgenommen. Die durchschnittliche Punktzahl war 50.8 %, die Zeit war 66 Sekunden pro Patientenübergabe. Die Aufwachraumpflegerinnen gaben eine Zufriedenheit von 60 % an.

Post-Interventionell haben 44 % Anästhesieärzte und 56 % Anästhesiepflegende teilgenommen.

Die durchschnittliche Punktzahl konnte auf 89 % verbessert werden, die Zeit war rund 89 Sekunden. Die Aufwachraumpflegerinnen gaben eine Zufriedenheit von 96 % an (Tab. 1).

Résultats

Au total, 100 transferts de patients ont été observés, dont 50 pré-interventionnels et 50 post-interventionnels. Les observations ont été choisies au hasard afin que les

chercheuses puissent obtenir un échantillon généralisé.

Avant l'intervention, 48% d'anesthésistes et 52% d'infirmières anesthésistes y ont participé. Le score moyen était de 50,8% et le temps de 66 secondes par transmission. Les infirmières en salle de réveil ont indiqué une satisfaction de 60%.

Après l'intervention, 44% d'anesthésistes et 56% d'infirmières anesthésistes y ont participé.

Le score moyen a été amélioré à 89% et le temps était d'environ 89 secondes. Les infirmières en salle de réveil ont indiqué une satisfaction de 96% (Tab. 1).

Signification pour la pratique

Les résultats de cette étude montrent qu'une liste de contrôle standardisée augmente le flux individuel d'informations. Pour l'anesthésie et le personnel infirmier de salle de réveil, il est avantageux d'utiliser la liste de contrôle standardisée. L'anesthésie bénéficie d'une aide-mémoire structurée et peut ainsi garantir la transmission de toutes les informations nécessaires. C'est particulièrement le cas si elle n'a pas pris en charge l'intégralité de la situation du patient. Avec la liste de contrôle, il est possible que les informations permettant d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients ne soient pas perdues pendant les pauses ou les changements

d'horaire. Cela souligne l'importance d'utiliser une liste de contrôle standardisée dans tout le domaine péri opératoire. Les infirmières en salle de réveil sont également aidées par le format structuré. La transmission accrue d'informations entraîne généralement une plus grande sécurité des patients, une meilleure qualité des soins et une meilleure continuité des soins dans la salle de réveil.

Grâce à l'utilisation à long terme de la liste de contrôle, il est possible qu'un processus devienne de plus en plus standardisé et routinier, ce qui pourrait faciliter d'autres transferts de patients dans tout l'hôpital. L'étude a révélé que la mise en œuvre de la liste de contrôle a entraîné une augmentation du temps de transfert des patients (22 secondes en moyenne). Le temps supplémentaire est apparemment nécessaire pour accroître l'échange d'informations en faveur de la sécurité des patients, ce qui ne devrait pas être facteur aggravant.

Conclusions

Cette étude montre la mise en œuvre réussie d'une liste de contrôle standardisée pour le transfert des patients entre l'anesthésie et le personnel infirmier de la salle de réveil. Avec une formation simple du personnel, la quantité d'informations critiques fournies de manière standardisée peut considérablement s'améliorer. Ceci avec une ressource de temps supplémentaire un peu plus longue et en même temps une satisfaction accrue parmi le personnel infirmier de la salle de réveil. Avec une liste de contrôle standardisée dans le processus péri opératoire, une réduction des événements indésirables dus à un manque de communication pendant le transfert du patient peut être obtenue grâce à la standardisation (7).

Littérature sur

www.siga-fsia.ch/mitglieder/anaesthesie-journal/archiv

Contact :

Elena Camenzind, Experte en soins infirmiers MscN
Hôpital de l'île, Département d'anesthésiologie et de traitement de la douleur, 3010 Berne
elena.camenzind@insel.ch