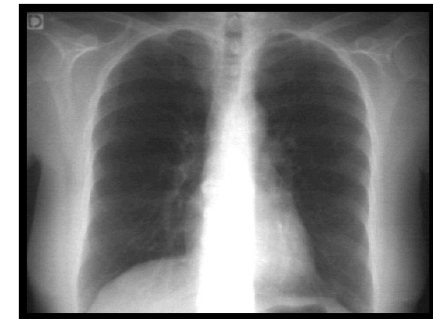


Rationalisation de la prescription des bilans biologiques et des radiographies pulmonaires en réanimation

comment perdurer?



Dr Gwénaél Prat Réanimation Médicale





Réanimation Médicale 15 lits / USC 6 lits / 1000m²

1400 patients/an

43 IDE dont 16 de nuit

33 AS dont 12 de nuit

4 ASH

1 cadre de santé

2 secrétaires,

9 médecins

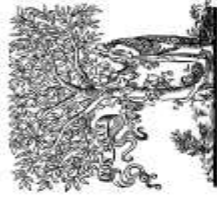
8 internes

étudiants en médecine et infirmiers.

Pourquoi limiter les examens biologiques?



- Inconfort du malade
- Surcoût
- Anémies acquises en réanimation +++
- Expérience bénéfique de protocole dans le service+++



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EMconsulte

www.em-consulte.com

TRANSFUSION
CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

Transfusion Clinique et Biologique xxx (2016) xxx–xxx

Revue générale

Anémies nosocomiales : réalité, conséquences et prévention

Hospital-acquired anemia: Facts, consequences and prevention

Y. Ozier^{a,*}, C. Aubron^b, B.-V. Nguyen^{a,c}

^a Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHRU de Brest, 29609 Brest cedex, France

^b Service de réanimation médicale, CHRU de Brest, 29609 Brest cedex, France

^c Département d'anesthésie-réanimation, HIA Clermont-Tonnerre, 29240 Brest cedex 9, France

Pourquoi limiter les RP ?

En 2007-2008: 4-5 études sur l'intérêt de la RP systématique
chez patient de réa

RP systématique: Intérêt diagnostique ou thérapeutique dans < 5% des cas

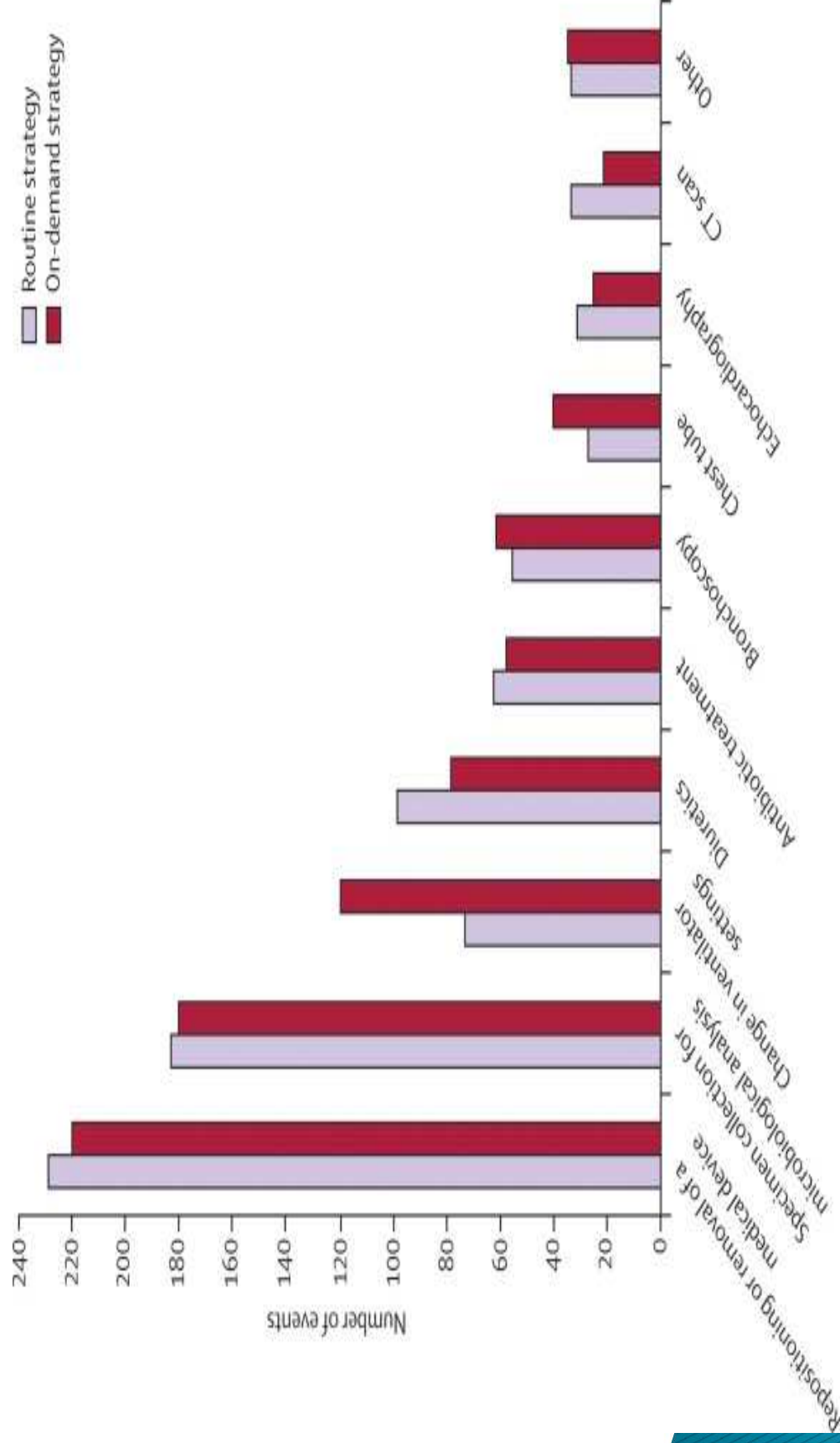


Intérêt de la
radiographie orientée à
la demande++++
(si examen clinique
anormal)

Comparison of routine and on-demand prescription of chest radiographs in mechanically ventilated adults: a multicentre, cluster-randomised, two-period crossover study



Gilles Hejblum, Ludvine Chalumeau-Lemoine, Vincent Ioois, Pierre-Yves Boëlle, Laurence Salomon, Tabassome Simon, Jean-François Vibert, Bertrand Guidet



Il n'existe pas de
règle de
prescription des
examens

Règle historique :
1 bilan complet / j
minimum
1 RP / j patient

2002

ventilation mécanique

Décision de mise en
place d'une stratégie de
rationalisation des
prescriptions

Mise en place du protocole

- ▶ Réflexion et rédaction d'une grille de prescription (validée par les membres de l'équipe médicale)
- ▶ Mise en relation avec les Laboratoires et service de Radiologie
- ▶ Réunion avec l'ensemble de l'équipe soignante
- ▶ Affichage de la grille dans chaque chambre
- ▶ Démarrage formel : début février 2006
- ▶ Éducation / information: Ide, AS, Internes



**RÈGLES DE PRESCRIPTION DES RADIOGRAPHIES PULMONAIRES
ET DES BILANS BIOLOGIQUES EN REANIMATION MEDICALE**

- 1/ Vérifier sur SRI si bilan récent prélevé, RP faite dans le service d'où provient le patient
- 2/ privilégier les informations par l'examen clinique du patient et moyen non invasif
ex : examen des conjonctives pour Hb, SpO2 pour oxygénation
- 3/ Les test ne sont pas obligatoirement liés ex : TP sans TCA, iono sans urée créat
- 4/ Grouper les prélèvements sanguins

A L'entrée en réanimation		Pendant le séjour en réanimation (Coût unitaire RP : 21,28 €)		
Malade non ventilé	Malade intubé en réa	Malade non ventilé	Malade ventilé	
RP à l'entrée si problème cardiaque ou respiratoire (sauf si RP déjà faite aux urgences)	RP après intubation, ou après pose VVC	pas de radiographie systématique chaque jour sauf si suspicion de problème cardiaque ou pulmonaire et/ou aggravation respiratoire par rapport à la veille	Avec atteinte pulmonaire - RP : x1 jour si FiO2 > 70% - RP : x 2 sem maxi (mardi et vendredi) si FiO2 < 70% Et si amélioration de l'hématose et absence de suspicion de PAV	Sans atteinte pulmonaire RP : x1 sem (mardi) à la demande en cas d'anomalie clinique faisant suspecter une PAV, ou asymétrie et ou anomalie à l'auscultation pulmonaire quotidienne PAV : pneumonie acquise sous ventilation
RP 1h après pose de VVC, ou le lendemain après pose de drain thoracique				

Prix du B au 1 ^{er} janvier 2002 = 0,26 €		A L'entrée en réanimation		Pendant le séjour en réanimation	
Type de prélèvements et coût		Malade non ventilé	Malade ventilé	Malade non ventilé	Malade ventilé
Numération B40 = 10,4 € Plaquettes B25 = 6,5 €		Non si déjà fait au SAU	Non si déjà fait au SAU	1 à 2 x sem (ponctuellement si saignement objectif, ou suspecté en cas de pâleur conjonctivale)	
Coag TP B20 = 5,2 € TCA B25 = 6,5 € Fibrino B20 = 2,2€ Facteurs coag (II, X, V) B80 = 15,0 €		Non si déjà fait au SAU	Non si déjà fait au SAU	1 à 2 x sem (en cas de traitement par héparine 1 x j jusqu'à objectif TCA fixé) puis tout les 2 à 3 jours	
		A motiver suivant la clinique et motif d'hospitalisation		Pour rechercher une carence en vit K	
Iono sg (Na+, K+, Cl-, bicar) B20=5,4 € Urée + Créatinine B10=2,7€ osmol Glycémie B10=2,7€ Protéides B10 = 2,7€		Non si déjà fait au SAU	Non si déjà fait au SAU	1 x j en cas de trouble Na / K ou Insuffisance rénale (sinon 1 à 2 x sem)	
Iono U osmoïante 5,4€ NaU=2,7€, K U = 2,7€ Cl U=2,7€, Urée U =1,35€ Créatinine U = 2,7€		NON sauf hyponatrémie sévère	NON sauf hyponatrémie sévère	1 x j en cas de troubles ioniques ou Insuffisance rénale sinon 1 x sem (calcul pertes azotés)	
Ca B15=4,05 € Phosphore B15=4,05 €		dosage systématique à l'entrée en cas d'insuffisance rénale / de dénutrition		1 x sem ou en fonction clinique : séjour prolongé en réa, ou nutrition parentérale, rhabdomyolyse)	
GDS B80= 24,03 € Cooxymétrie si T° < 36,5 ou > 38,5°C B35=8,45 €		Non sauf si IRA et non fait aux SAU	Oui après 1h de Ventilation Mécanique	NON	1 x j si atteinte pulmonaire et FiO2 > 80% 1 x 48h si atteinte pulmonaire et FiO2 < 50% 2 x sem qd d'atteinte pulmonaire VNI : 1x j phase initiale
Bili T/D B20=5,7 € PAL B20=5,7 € GGT B20=5,7 € ASAT/ALAT B20=5,7 €		En fonction clinique	En fonction clinique	En fonction clinique 1x sem malade ventilé et/ou nutrition parentérale	
Troponine B 70= 18,9 €		en cas de suspicion de problème coronarien : impérativement au-delà de la 6 ^{ème} heure du début d'une douleur thoracique / en cas d'IDM aigu confirmé 2 x jour /48h			
CPK B30=8,1€		suspicion de rhabdomyolyse / en cas de rhabdomyolyse avérée 1x 48h jusqu'à taux < 2000U/l			
Lactate B30=8,1€		En cas d'acidose métabolique inexpliquée / pour monitorer l'amélioration de l'état hémodynamique dans les états de choc : 2 x j à la phase aigue			
Procalcitonine €		Pour monitorer l'efficacité du traitement d'une infection, maxi x 2/ sem			

GRILLE D'AIDE A LA PRESCRIPTION DES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES ET BIOLOGIQUES EN REANIMATION MEDICALE

Placée dans chaque chambre
du service

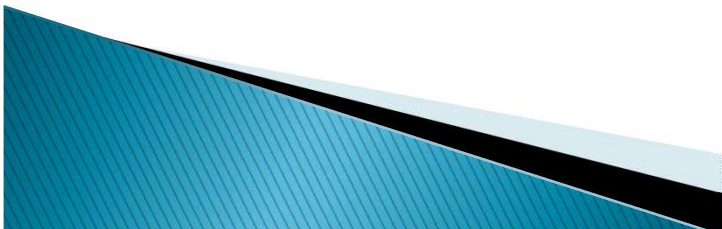
REGLES DE PRESCRIPTION DES RADIOGRAPHIES PULMONAIRES ET DES BILANS BIOLOGIQUES EN REANIMATION MEDICALE

- 1/ Vérifier sur SRI si bilan récent prélevé, RP faite dans le service d'où provient le patient
- 2/ privilégier les informations par l'examen clinique du patient et moyen non invasif
ex : examen des conjonctives pour Hb, SpO2 pour oxygénation
- 3/ Les test ne sont pas obligatoirement liés ex : TP sans TCA, iono sans urée créat
- 4/ Grouper les prélèvements sanguins



Toujours se poser cette question

- ▶ Si je fais cet examen qu'est ce que ça va changer ?
 - Le traitement
 - Le diagnostic



AIDE A LA PRESCRIPTION DES BILANS BIOLOGIQUES EN REANIMATION MEDICALE

A L'entrée en réanimation		Pendant le séjour en réanimation (Coût unitaire RP : 21,28 €)		
Malade non ventilé	Malade intubé en réa	Malade non ventilé	Malade ventilé	
<p>RP à l'entrée si problème cardiaque ou respiratoire (sauf si RP déjà faite aux urgences)</p>	<p>RP après intubation, ou après pose VVC</p>	<p>pas de radiographie systématique chaque jour sauf si suspicion de problème cardiaque ou pulmonaire et/ou aggravation respiratoire par rapport à la veille</p>	<p><i>Avec atteinte pulmonaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - RP : ×1 jour si FiO₂ > 70% - RP : × 2 sem maxi (mardi et vendredi) si FiO₂ < 70% <p>Et si amélioration de l'hématose et absence de suspicion de PAV</p>	<p><i>Sans atteinte pulmonaire</i></p> <p>RP : ×1 sem (mardi) à la demande en cas d'anomalie clinique faisant suspecter une PAV, ou asymétrie et ou anomalie à l'auscultation pulmonaire quotidienne</p> <p>PAV : pneumonie acquise sous ventilation</p>
<p>RP 1h après pose de VVC, ou le lendemain après pose de drain thoracique</p>				



AIDE A LA PRESCRIPTION DES BILANS BIOLOGIQUES EN REANIMATION MEDICALE

Prix du B au 1 ^{er} janvier 2012 = 0,26 €		A l'entrée en réanimation		Pendant le séjour en réanimation	
		Malade non ventilé	Malade ventilé	Malade non ventilé	Malade ventilé
Type de prélèvements et coût					
Numération B40 = 10,4 € Plaquettes B25 = 6,5 €		Non si déjà fait au SAU	Non si déjà fait au SAU	1 à 2 x sem (ponctuellement si saignement objectivé, ou suspecté en cas de pâleur conjonctivale)	
Coag	TP B20 = 5,2 € TCA B25 = 6,5 € Fibrino B20 = 2,2€	Non si déjà fait au SAU	Non si déjà fait au SAU	1 à 2 x sem (en cas de traitement par héparine 1 x j jusqu'à objectif TCA fixé) puis tout les 2 à 3 jours	
	Facteurs coag (II, X, V) B60 = 15,6 €	A motiver suivant la clinique et motif d'hospitalisation		Pour rechercher une carence en vit K	
Iono sg (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻ , bicar) B20=5,4 € Urée + Créatinine B10=2,7 € osmol Glycémie B10=2,7€ Protides B10 = 2,7€		Non si déjà fait au SAU	Non si déjà fait au SAU	1 x j en cas de trouble Na / K ou Insuffisance rénale (sinon 1 à 2 x sem)	
Iono U osmolarité 5,4€ , NaU= 2,7€ , K U = 2,7€ Cl U= 2,7€ , Urée U = 1,35€ Créatinine U = 2,7€		NON sauf hyponatrémie sévère	NON sauf hyponatrémie sévère	1 x j en cas de troubles ioniques ou Insuffisance rénale sinon 1 x sem (calcul pertes azotés)	
Ca B15=4,05 € Phosphore B15=4,05 €		Dosage systématique à l'entrée en cas d'insuffisance rénale / de dénutrition		1 x sem ou en fonction clinique : séjour prolongé en réa, ou nutrition parentérale, rhabdomyolyse)	
GDS B89= 24,03 € Cooxymétrie si T° < 36,5 ou > 38,5°C B35=9,45 €		Non sauf si IRA et non fait aux SAU	Oui après 1h de Ventilation Mécanique	NON	1 x j si atteinte pulmonaire et FiO ₂ > 60% 1 x 48h si atteinte pulmonaire et FiO ₂ < 50% 2 x sem qd d'atteinte pulmonaire VNI : 1x j phase initiale
Billi T/D B20=5,7 € PAL B20=5,7 € GGT B20=5,7 € ASAT/ALAT B20=5,7 €		En fonction clinique	En fonction clinique	En fonction clinique 1x sem malade ventilé et/ou nutrition parentérale	
Troponine B70= 18,9 €		en cas de suspicion de problème coronarien : impérativement au-delà de la 6 ^{ème} heure du début d'une douleur thoracique / en cas d'IDM aigu confirmé 2 x jour /48h			
CPK B30=8,1€		suspicion de rhabdomyolyse / en cas de rhabdomyolyse avérée 1x 48h jusqu'à taux < 2000U/l			
Lactate B30=8,1€		En cas d'acidose métabolique inexpliquée / pour monitorer l'amélioration de l'état hémodynamique dans les états de choc : 2 x j à la phase aigue			
Procalcitonine €		Pour monitorer l'efficacité du traitement d'une infection, maxi x 21 sem			

Impact of clinical guidelines to improve appropriateness of laboratory tests and chest radiographs

Gwénaél Prat
Montaine Lefèvre
Emmanuel Nowak
Jean-Marie Tonnelier
Anne Renault
Erwan L'Her
Jean-Michel Boles

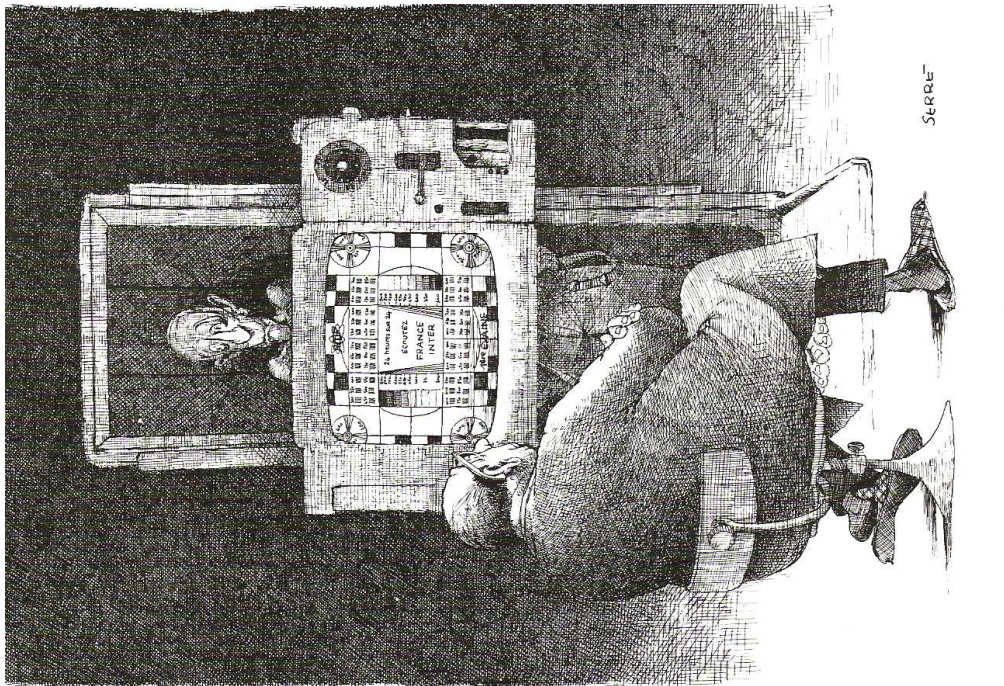
Received: 24 June 2008
Accepted: 24 January 2009

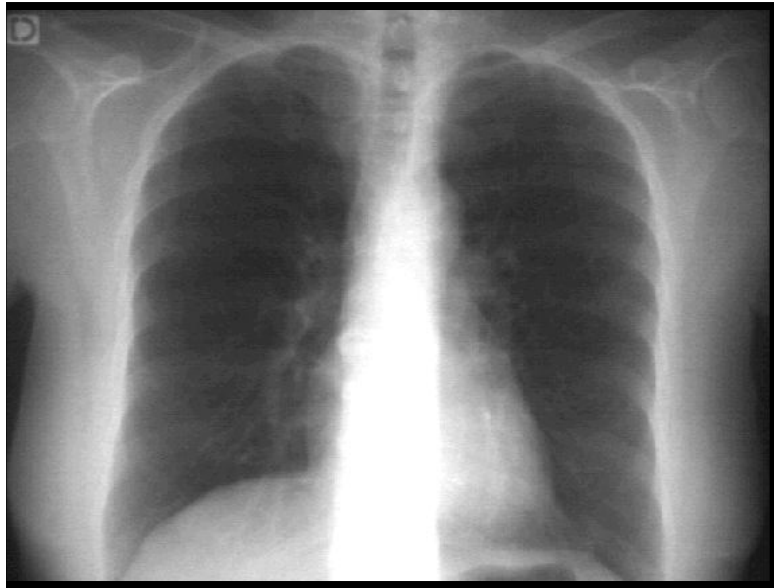
© Springer-Verlag 2009

Abstract Objective: To assess the impact of clinical guidelines to improve appropriate use of routine laboratory tests and bedside chest radiographs in a medical intensive care. **Design:** A two-year (Period-1: 2005, Period-2: 2006), retrospective, comparative study, before and after policy implementation. **Patients:** All consecutive patients admitted during the study periods. **Setting:** A university hospital 15-bed medical ICU. **Intervention:** Multifaceted intervention combining a daily routine prescription help-guide developed by a multidisciplinary group and displayed at patient's bedside, educational sessions and feedbacks by information on volumes of prescription. Individual adaptation

12-2005). Results: Patients' general characteristics were similar during the two periods. A relative reduction of routine laboratory tests performance was observed per patient-ICU-day, ranging from 38 to 71.5% depending on the type of tests ($P < 0.001$ in all cases). For chest radiographs, a 41% relative reduction was observed between the two periods ($P < 0.001$). Daily ICU laboratory tests and chest radiographs cost per patient decreased from 114 to 56€. An overall 300,000€ ICU cost reduction was directly related to the protocol implementation. **Conclusion:** The implementation of a laboratory tests and chest radiographs prescription protocol within our ICU induced an important cost saving.

G. Prat (✉) · M. Lefèvre · J.-M. Tonnelier · A. Renault · E. L'Her · J.-M. Boles
Réanimation Médicale,
Pôle Vasculaire-Urgences, Centre
Hospitalier Universitaire de la Cavale
Blanche, Bd Tanguy Prigent,
29609 Brest Cedex, France
e-mail: gwenael.prat@chu-brest.fr

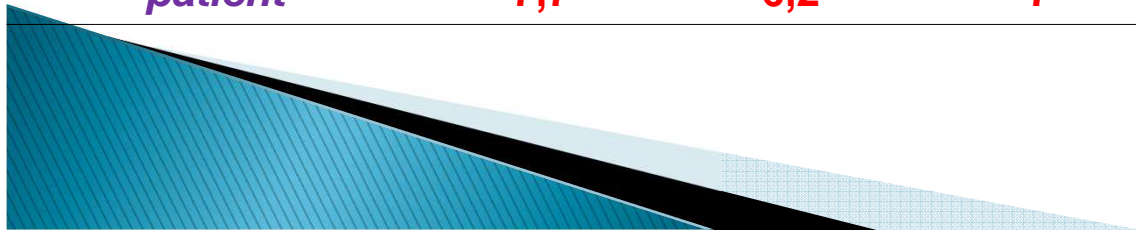




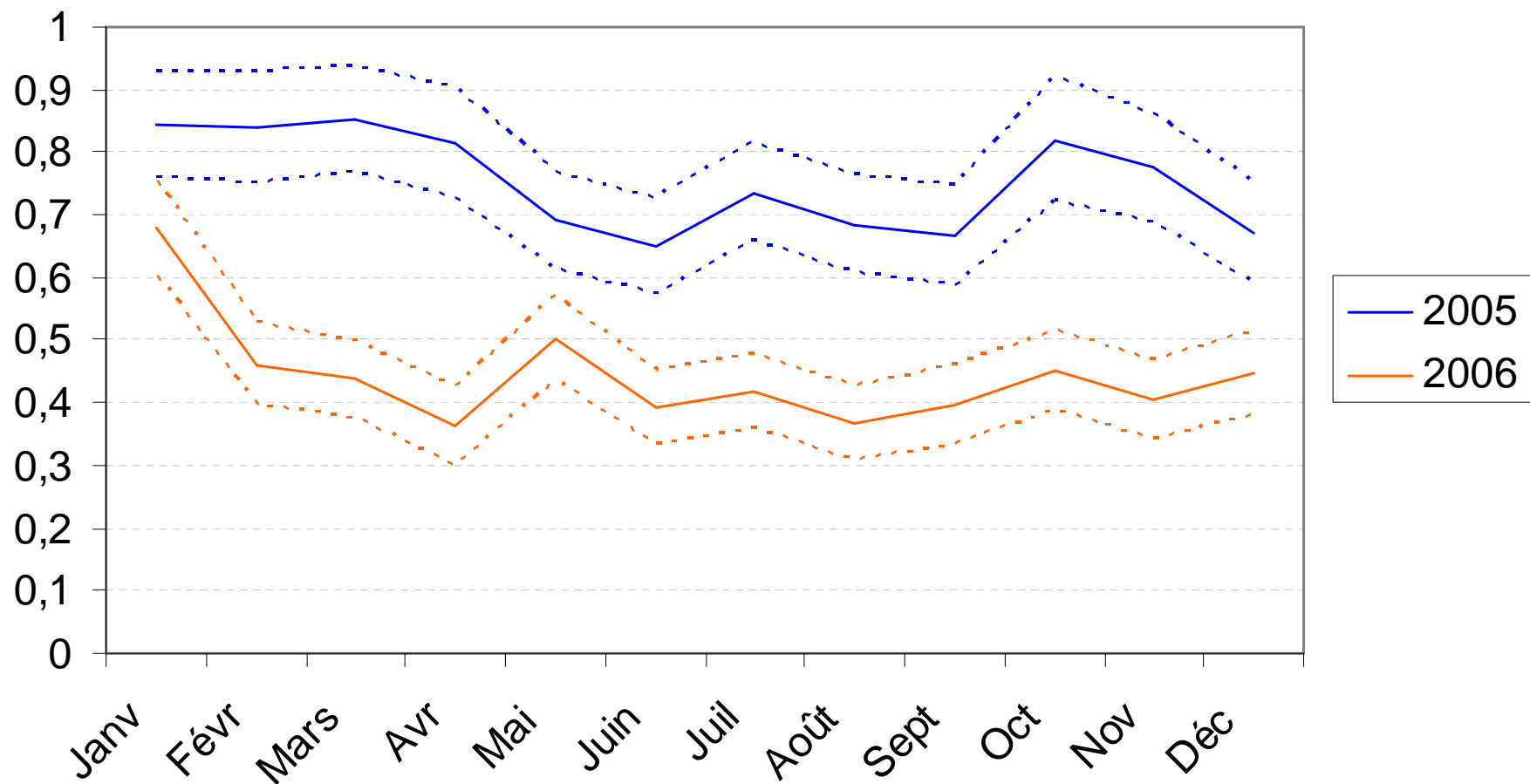
LES RADIOGRAPHIES PULMONAIRES AU LIT

Début du protocole bilan

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Nombre de patients</i>	435	513	541	634	615	667
<i>Nombre de RP</i>	3357	3170	3778	2203	1859	1487
<i>Coût annuel €</i>	71437	67458	80396	46879	39559	31643
<i>Incidence RP / patient</i>	7,7	6,2	7	3,5	3,02	2,22



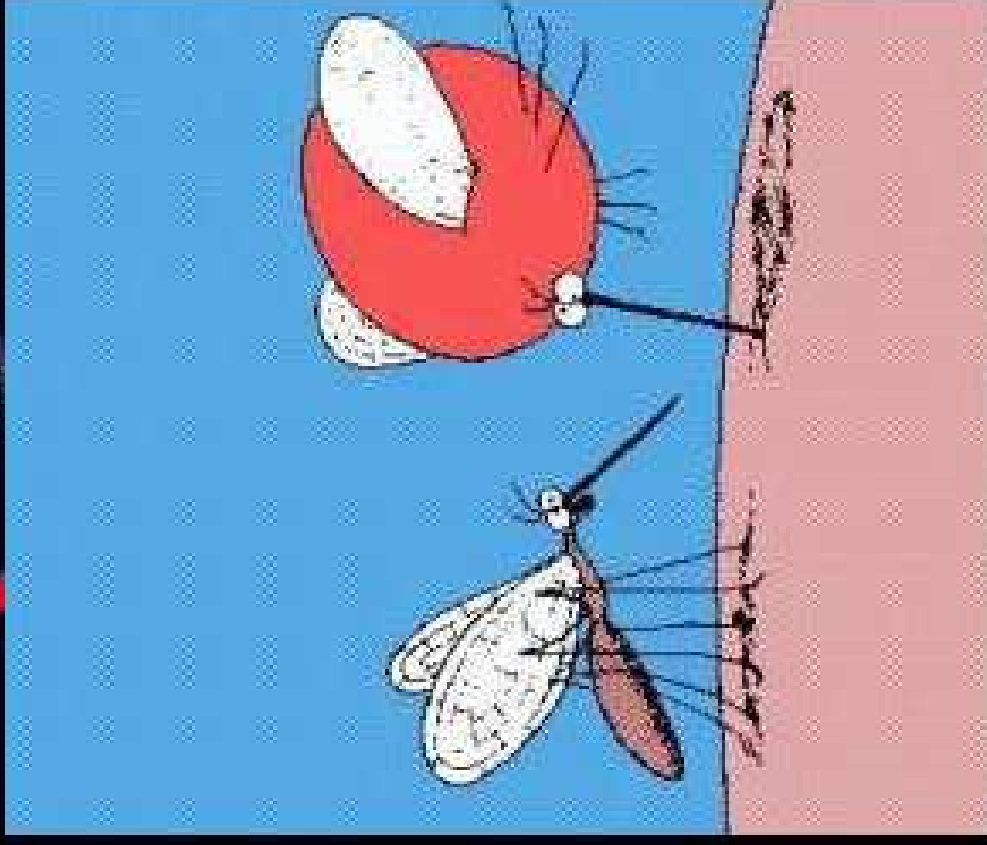
Nombre de RP par jour d'hospitalisation



RESULTATS

Examens biologiques

www.Rigofus.com



**Retire-toi ! Retire-toi ! Retire-toi !
Tu as piqué dans une artère !**

	Period 1 2005 Sans protocole	Period 2 2006 Avec protocole	p
Patients (n)	541	634	/
Mean age (year)	56 ± 17.4	56 ± 17.6	1
SAPS II	41.9 ± 21.1	44.3 ± 21.3	0.20
Patients under MV (%)	66.3	65.1	0.7
MV duration	9.1 ± 11.1	9.0 ± 17.7	0.9
ICU LOS (days)	9.2 ± 13.2	7.3 ± 15.2	0.02
ICU observed mortality (%)	25.3	24.8	/
ICU predicted mortality (%)	36,7	33,3	/
ICU observed/predicted mortality ratio	0,69	0,74	/
ICU Days (n)	5018	4946	/
CXR n (€)	3778 (80396)	2203 (46880)	-42%
Haematological tests n (€)	16215 (110816)	7834 (55078)	-51%
Blood chemistry n (€)	58286 (382926)	28243 (175247)	-55%
Annual global cost (€)	574138	277205	-50%
Overall cost per patient (€)	1061	437.3	-59%
Cost per patient/ICU day (€)	114.4	56	-51%

Economie
300 000
euros

Extrapolons!

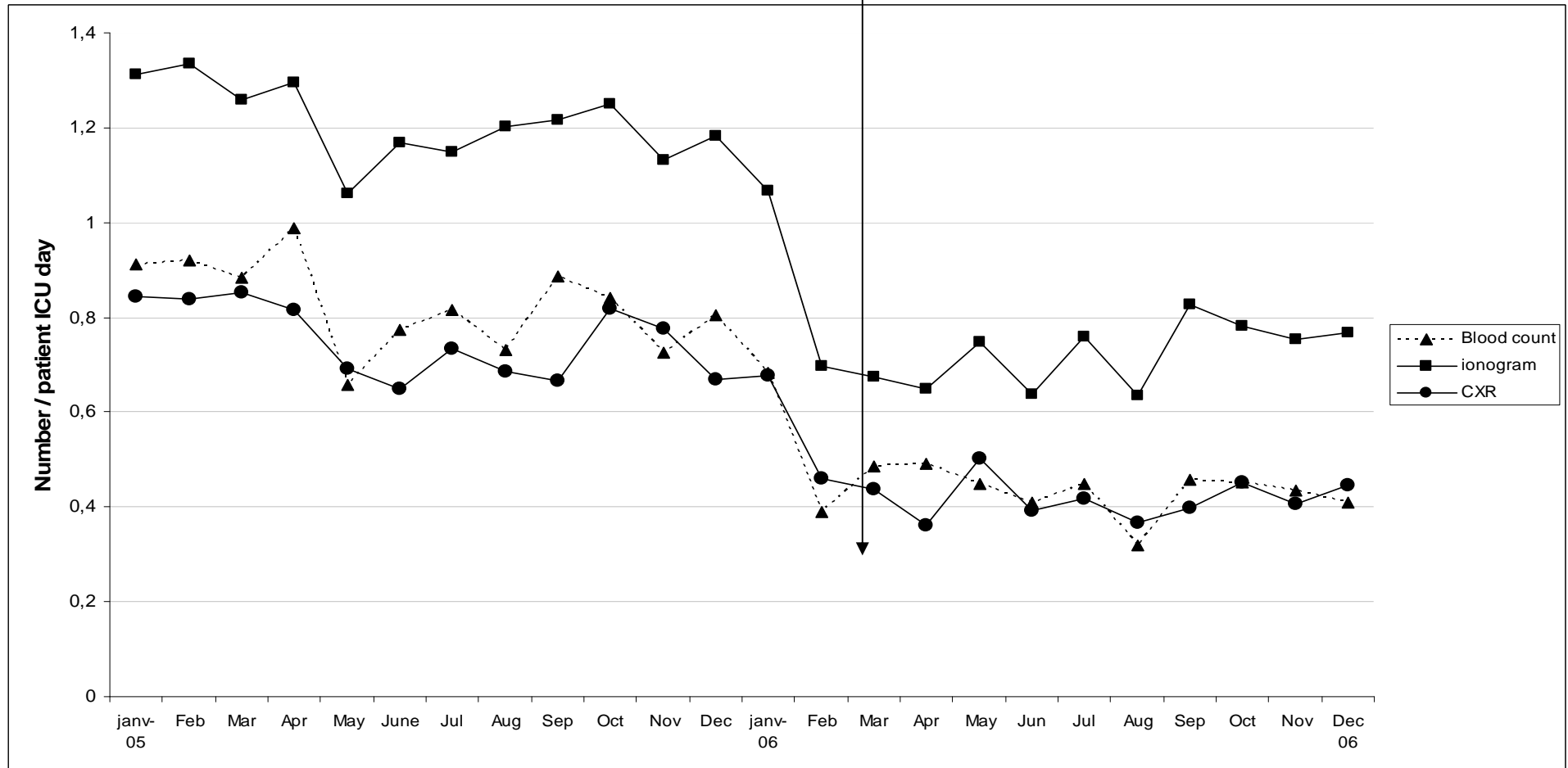
350-400 000 euros / 1 service

>250 services de réa / France



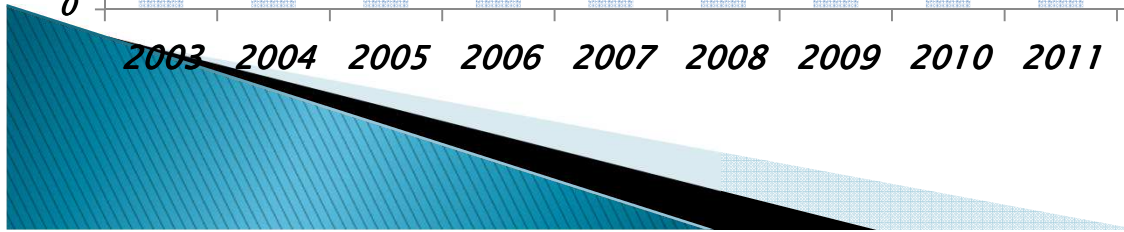
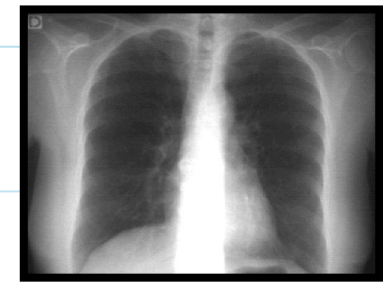
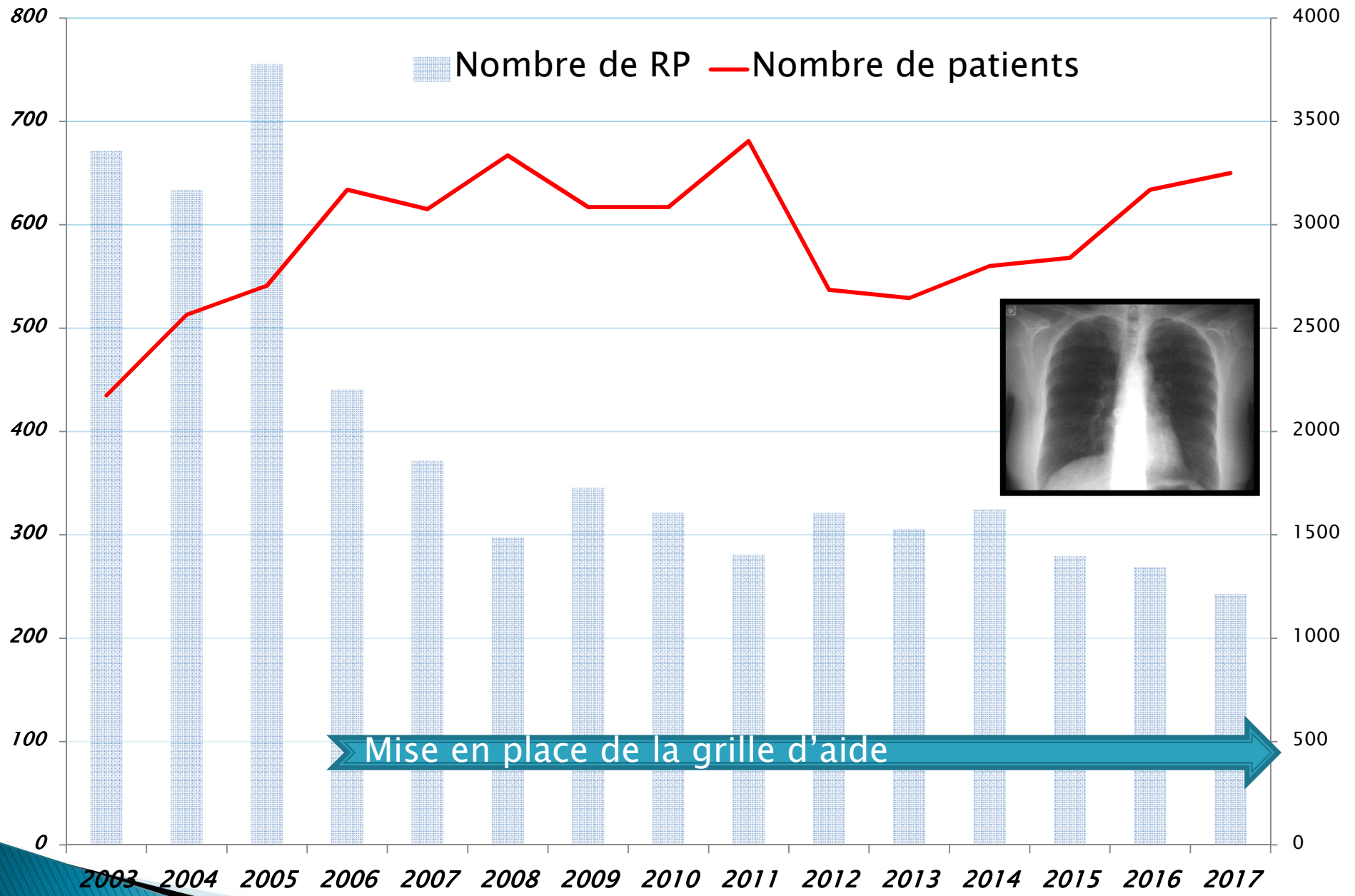
Mois après mois

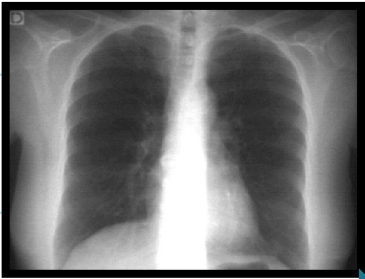
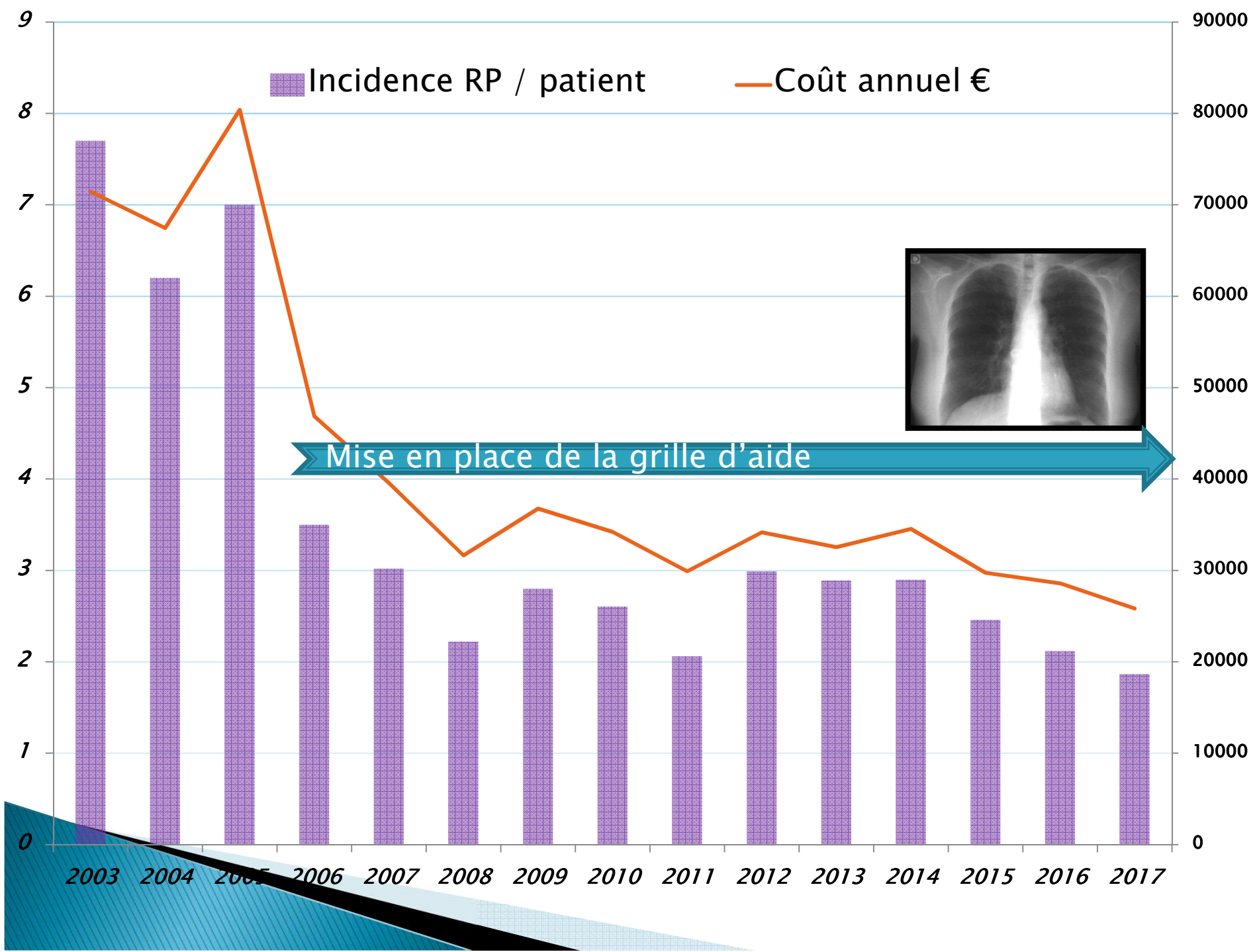
Début de mise en place du protocole



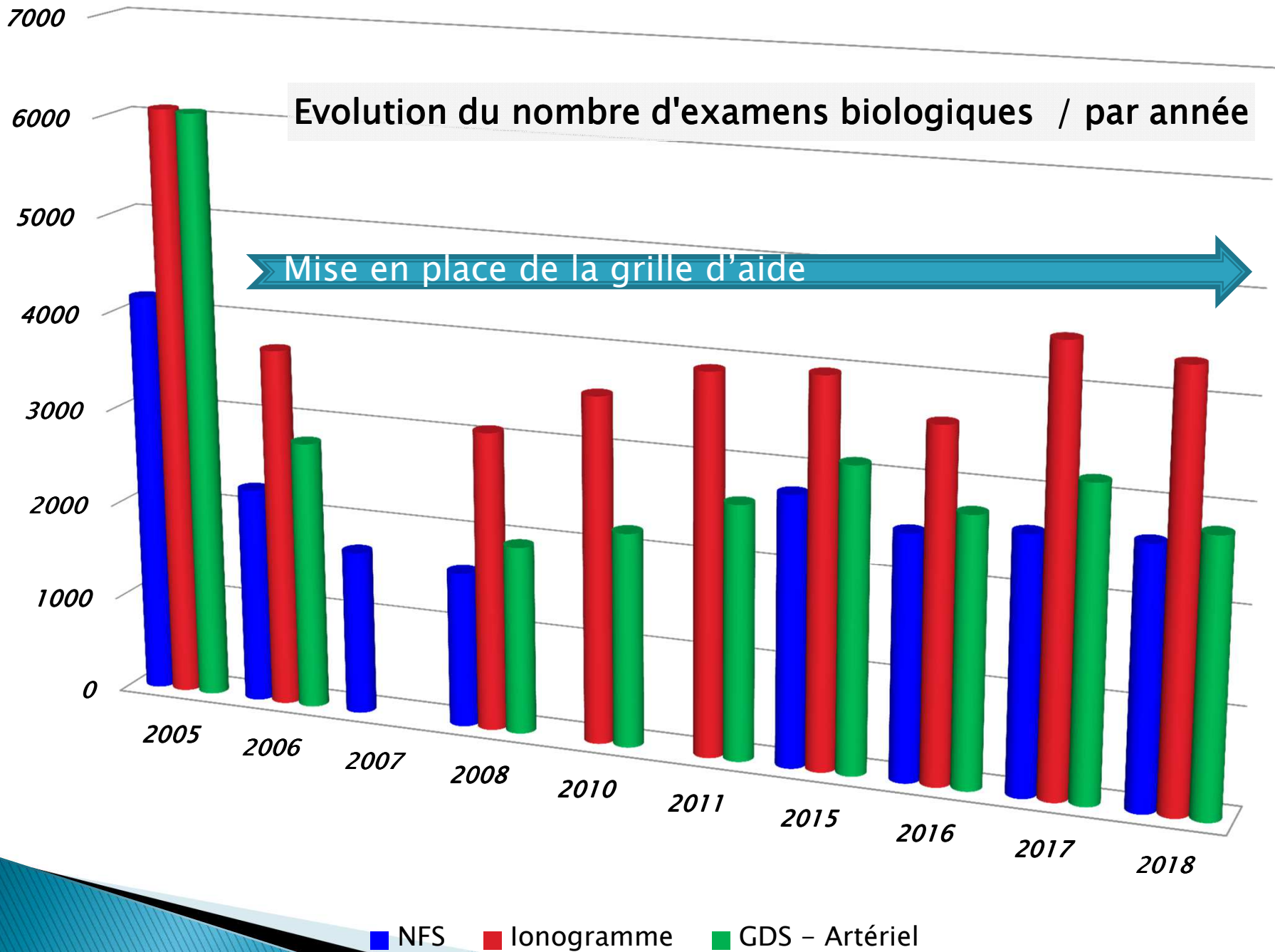
Et depuis 2006?



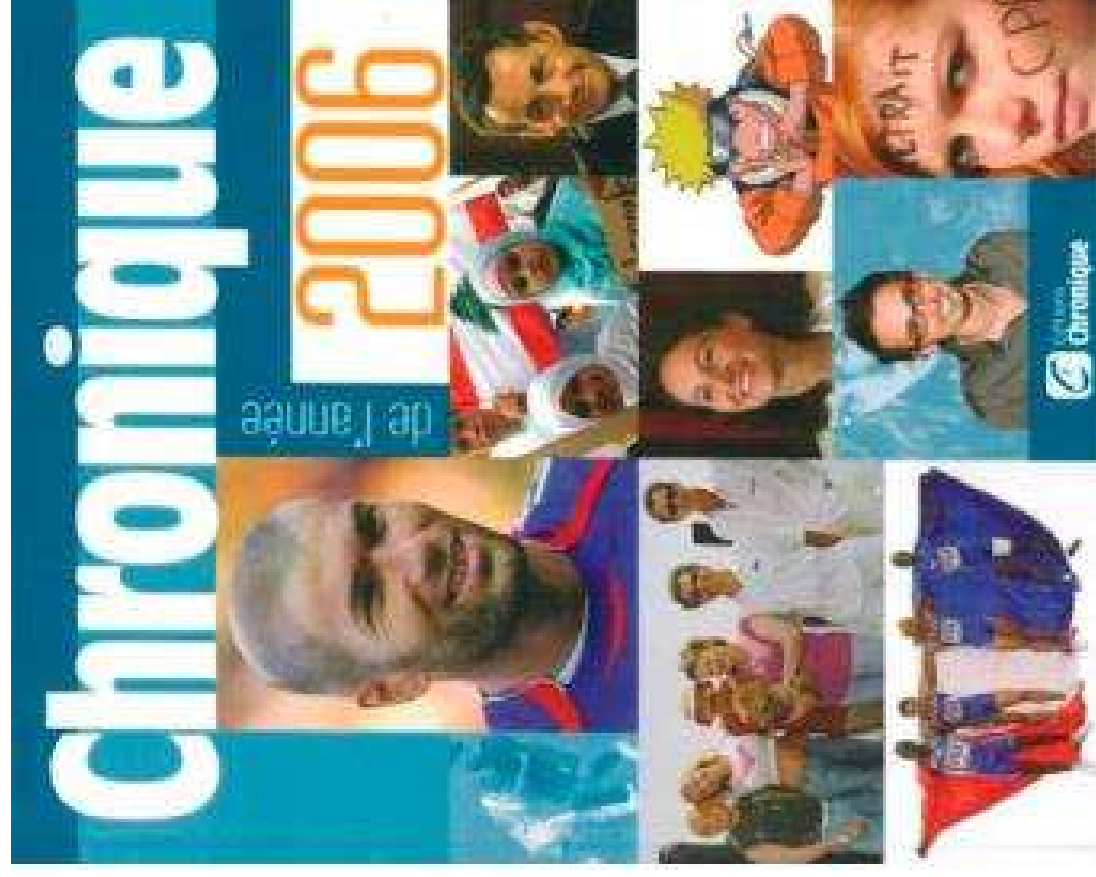




Mise en place de la grille d'aide



Et depuis 2006 ?





Romain Hernu
Martin Cour
Sylvie de la Salle
Dominique Robert
Laurent Argaud

Cost awareness of physicians in intensive care units: a multicentric national study

cost estimations. *Conclusions:* ICU physicians have a poor awareness of prescriptions costs, especially with regards to high-cost drugs. Considerable emphasis and effort are still required to integrate the cost-containment problem into the daily prescriptions in ICUs.

Review

Daniel M. Kobewka*, Paul E. Ronksley, Jennifer A. McKay, Alan J. Forster
and Carl van Walraven

**Influence of educational, audit and feedback,
system based, and incentive and penalty
interventions to reduce laboratory test utilization:
a systematic review**



Transitioning from routine to on-demand test ordering in intensive care units: a prospective, multicentre, interventional study

P. Le Maguet^{1,*}, K. Asehnoune², L. M. Autet³, T. Gaillard⁴, S. Lasocki⁴, O. Mimoz³, D. Demeure Dit Latte², S. Gergaud⁴, J. Morcet¹, P. Seguin¹, Y. Malledant¹ and M. Tanguy¹ for the AtlanRéa group

¹Rennes, ²Nantes, ³Poitiers, and ⁴Angers, France

Table 2 Routine laboratory tests and chest X-ray variations between the control and implementation periods related to per patient ICU-day

Type of tests (costs)	Number of per patient ICU-day		Relative variation (%)	95% Confidence interval
	Control period	Intervention period		
Blood cell count (8.37 €)	0.69	0.65	-6.58	-10.43; -2.73
Blood chemistry (9.99 €)	0.87	0.87	0.43	-2.93; 3.80
Urinary chemistry (5.4 €)	0.24	0.19	-26.06	-32.82; -19.29
Arterial blood gas (20.25 €)	0.82	0.81	-0.85	-4.33; 2.62
Prothrombin (5.4 €)	0.41	0.39	-6.48	-11.46; -1.50
Partial thromboplastin time (5.4 €)	0.56	0.43	-29.97	-34.48; -25.46
Total laboratory tests	3.60	3.36	-7.48	-9.17; -5.79
Chest X-ray (50 €)	0.38	0.34	-10.09	-15.32; -4.86

Un espoir ?



Recommandations Formalisées d'Experts

**PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DES EXAMENS BIOLOGIQUES ET
DE LA RADIOGRAPHIE THORACIQUE EN REANIMATION**

RFE commune SFAR-SRLF

***RELEVANCE OF BIOLOGICAL AND CHEST RADIOGRAPH IN INTENSIVE
CARE UNIT***

Auteurs : J.J. Lehot, C. Clec'h, F. Bonhomme, M. Brauner, F. Chemouni, M. de Mesmay, E. Gayat,
B. Guidet, G. Hejblum, R. Hernu, F. Jauréguy, C. Martin, R. Rousson, M. Samama, C. Schweibel,
H. Van de Putte, V. Lemiale, S. Ausset.

Préambule

Les dépenses des services de réanimation représentent environ 20% des coûts hospitaliers dont 62% résultent de frais de personnel [1]. La part liée à la prescription des examens complémentaires dépasse quant à elle 15% du coût total. Ainsi, des économies significatives pourraient probablement être réalisées en limitant ces prescriptions, sans compromettre la sécurité des patients. Une rationalisation des prescriptions d'examens biologiques et radiologiques pourrait même s'avérer intéressante en termes de réduction de la spoliation sanguine et des risques liés à l'irradiation et au transport des patients.

Prat et al ICM 2009

Prescription encadrée

Bilan biologique – 50 %
RP: – 40%

Kumwilaisak et al
Edition de
recommandations
Avant / après
Diminution de 37% de
examens biologiques
Devenir patient inchangé

Plusieurs études récentes vont dans ce sens. Concernant les prélèvements sanguins, Kumwilaisak et al [2] ont comparé les prescriptions sanguines à l'édition de recommandations en réanimation chirurgicale à Boston. Les prescriptions étaient réparties en plusieurs catégories : (1) examens à visée systématique ; (2) examens de bilans de coagulation ; (3) absence de gazométries ; (4) examens de bilan de manière pluridisciplinaire. Les prescriptions recommandations faisaient l'objet d'informations répétées des infirmiers. Alors que la durée de séjour médian est restée inchangée, elle est passée de 115 à 74 jours par patient (- 37%). Ces résultats ne sont pas de modification du devenir des patients (mortalité, complications, hémorragies, infarctus myocardiques, arythmies...). Il n'y a eu ni plus d'augmentation des valeurs biologiques extrêmes pouvant témoigner de souffrances viscérales ni de risque. Ces auteurs insistent sur la rationalisation des examens plutôt que la prescription de routine, sur la vigilance clinique et l'allègement de la charge en soins si l'on diminue les prélèvements. Une baisse significative des transfusions de produits sanguins lactés était par ailleurs constatée.

Après Prat et al. [3] ont institué une politique de prescription encadrée (vérification des prescriptions, mise à jour des données du monitoring non invasif, connaissance des coûts, groupage des demandes d'examens) aboutissant à une réduction des examens biologiques d'environ 50% et des radiographies thoraciques au lit de 40,8%. Lehot et al [4] ont mis en œuvre une méthode de prescription progressive permettant une réduction des dépenses de biologie en 3 ans sans altérer les résultats cliniques. Une économie de 20 732 € par an et par lit était ainsi réalisée. San Miguel et al. [5] en demandant aux médecins de privilégier les examens et en favorisant leur prescription

Lehot et al AFAR 2010

Bilan et RP: Diminution de
30% sur 3 ans
– 20732 € / lit / an

d'alliée (par exemple, Na, K... au lieu de ionogramme complet) ont diminué le nombre d'examens biologiques de 60% sans effet indésirable grave.

Une déception?

Champ 1. Faut-il faire un bilan d'entrée systématique en réanimation ?

<p>R1.1 - Les experts proposent de réduire autant que possible le nombre de prélèvements sanguins chez le patient de réanimation à <u>l'admission et au quotidien afin de réduire la spoliation sanguine et le coût lié aux examens.</u></p>	<p>Avis d'expert</p>
<p>R1.2 - Les experts proposent de rechercher systématiquement une éventuelle grossesse à l'admission en réanimation soit par l'interrogatoire, soit par un dosage de bêta-hCG urinaire ou quantitatif sanguin.</p>	<p>Avis d'expert</p>

Champ 2. Faut-il faire un bilan quotidien systématique en réanimation ?

R2.1 - Il ne faut probablement pas réaliser de façon systématique et quotidienne l'ensemble des examens biologiques (numération formule sanguine, ionogrammes sanguin et urinaire, gazométrie, bilan hépatique) en réanimation.

(Grade 2-) Accord fort

R2.2 - Il faut discuter la réalisation des examens biologiques à chaque évaluation clinique en vue de restreindre le nombre d'examens biologiques.

(Grade 1+) Accord fort


R2.3 - Il faut probablement réaliser un ionogramme sanguin et urinaire, une numération sanguine et des gaz du sang artériels quotidiennement chez les patients instables sur les plans hémodynamique, rénal ou respiratoire

(Grade 2+) Accord fort

R2.4 - Il faut probablement écrire un protocole de service afin de réduire le nombre d'examens biologiques et faire connaître le coût des prescriptions.

(Grade 2+) Accord fort

Difficile de perdurer

- ▶ Absence de formation des externes, des internes, des IDE
 - ▶ Difficile de « déformater »
 - ▶ Les mauvaises habitudes : « je prélève tous les tubes comme ça si le médecin demande tel examen..... »
 - ▶ Le turn over permanent des IDE: mise à mal des procédures
 - ▶ Désintérêt global au quotidien / priorité / manque de temps
 - ▶ Aucun retour sur investissement au contraire
- 

Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour

D J Cook, V M Montori, J P McMullin, S R Finfer, G M Rocker

Lancet 2004; 363: 1224–30

▶ 1 / Regarder ce qui serait important

▶ 2 /

▶ 3 /

qu

▶ 4 /

réunion

régulière

▶ 5 / Synergie

Donner du sens
aux choses et
aux actions

moi,

on



CONCLUSION

Reviewer n°2

« Ce manuscrit traite essentiellement de la consommation des ressources.

Pouvons-nous faire moins dans les réanimations, économiser de l'argent, du temps, des complications possibles et nous en sortir? La réponse est oui.

Cependant, il est certainement important de souligner cela encore et encore. Les résultats parlent d'eux-mêmes. »



CONCLUSION

Pour que cela dure cela doit rester l'affaire de tous:

Il est peut être temps de se pauser
du prescripteur a celui qui coche les bons
et d'arrêter de gaspiller!
(médecin, interne, infirmière, aide soignante)

