

Editors' View

Mot de la rédaction

INSTITUTE OF MEDICINE REPORT

Late in 1999 a publication by the United States Institute of Medicine (IOM) caused a stir in the press worldwide. The publication was titled "To err is human — building a safer health system." All communication systems focussed on the reported data that in the US there were at least 44 000 deaths every year from medical error and that, on the basis of published data, this number might be as high as 98 000. If we assume that Canada has approximately 10% of the problems and advantages of the US, then 4400 to 9800 deaths per year may be associated with errors in health care delivery.

Although we all recognize the possibility and the untoward results of error in medicine, these data seem overwhelming. However, given the underfunded state of our system, it is unlikely that we are doing any better than our neighbours. The level of disbelief among administrators and the health care profession must be addressed. Accepting that there is a real level of morbidity and mortality from errors of some sort (professional, systemic, administrative) would be the first step to improving outcomes. Acknowledging that we have a problem and developing and implementing short- and long-term strategies to correct this state of affairs seems to be the most appropriate approach.

The IOM report has 4 tiers of recommendations. The first 2 involve legislation, regulations and mandatory reporting. Mandatory reporting, of course, creates fear among health care professionals. But the third and fourth tiers address what health care organizations, professional groups and accrediting bodies can do to raise standards of patient health and create a safe delivery system.

What might surgeons look to in the near and long term? As an example, how many of our operating rooms have a form relating to the SIDE of a surgical procedure? If a paired organ is to be operated on or resected, confirmation, signed in the operating room by nurse, surgeon, patient and anaesthetist, of the side should be obligatory to ensure that the correct leg, hernia or kidney is operated on. This seems so obvious but is difficult to implement.

Other short-term approaches would include clinical protocols, pathways and care maps to standardize common procedures, eliminate variation and reduce the potential for error. Although this decreases the autonomy of individual physicians, it is unlikely that individual likes and dislikes on little details are important in patient-centred management.

Over the long term, education in medical school, through residency and at the CME level must stress the continuous quality improvement that the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada expects, through the maintenance of competence and focus on safety in health care delivery systems. Clearly, government and CEOs must put money into the system to facilitate and support the development of attitudes associated with patient safety. Communication, both vertical and horizontal, is an important component of patient safety and needs to become an integral part of our culture. Vertical communication is the senior surgeon's ability to listen to colleagues and juniors when they have a suggestion for change that differs from the hierarchy, whereas horizontal communication takes place between physicians, nurses, physiotherapists, administrators, and so on.

Society needs to make the correction of errors in medicine a reward function rather than a punishment function, which is the present state of affairs. This approach applies as much to health care organizations as to Society at large. In addition, within the surgical domain, creative links with in-

dustry with respect to the use of new instruments and new technology can heighten awareness of safety issues in the delivery of care to patients.

The Journal looks forward to communication with its readers on how the broad community of surgery can best approach these problems in a proactive rather than in a reactive manner.

RAPPORT DE L'INSTITUTE OF MEDICINE

Vers la fin de 1999, une publication du United States Institute of Medicine (IOM) a suscité de l'émoi dans la presse du monde entier. La publication était intitulée «To err is human — building a safer health system» (L'erreur est humaine — pour construire un système de santé plus sûr). Tous les organes de communication ont concentré leur attention sur le rapport, selon lequel au moins 44 000 décès par année aux États-Unis seraient attribuables à une erreur médicale, ce total pouvant même, d'après les données publiées, atteindre 98 000. Si l'on suppose que le Canada compte environ 10 % des problèmes et des avantages des États-Unis, on parlerait alors de 4400 à 9800 décès par année liés à des erreurs du système de prestation de soins de santé.

Même si nous reconnaissons tous que les erreurs en médecine et leurs résultats indésirables sont possibles, ces données semblent écrasantes. Compte tenu du financement insuffisant du système, il est toutefois peu probable que la situation soit meilleure chez nous que chez nos voisins. Il faut s'attaquer à l'incrédulité des administrateurs et des professionnels de la santé. Le fait d'accepter qu'il existe un niveau véritable de morbidité et de mortalité causées par des erreurs (professionnelles, sys-

témiques, administratives) constituerait le premier pas à franchir pour améliorer les résultats. La stratégie qui convient le mieux semble consister à reconnaître que nous avons un problème et à élaborer et mettre en œuvre des stratégies à court et à long termes pour le corriger.

Le rapport de l'IOM comporte quatre paliers de recommandations. Les deux premiers portent sur les mesures législatives et réglementaires et la production de rapports obligatoires. Bien entendu, la production de rapports obligatoires suscite la crainte chez les professionnels de la santé. Les troisième et quatrième niveaux portent toutefois sur ce que les organismes des secteurs de la santé, les groupes professionnels et les organismes d'agrément peuvent faire pour relever les normes à l'égard de la santé des patients et créer un système de prestation sûr.

À quoi pourraient s'attendre les chirurgiens à court et à long termes? À titre d'exemple, combien de nos salles d'opération ont un formulaire qui indique le CÔTÉ où il faut pratiquer une intervention chirurgicale? S'il faut la pratiquer sur un organe d'une paire ou procéder à une résection, il faudrait obligatoirement que l'infirmière, le chirurgien, le patient et l'anesthésiste confirment le côté en cause par écrit à la salle d'opération afin d'assurer que l'intervention porte sur la bonne jambe, la bonne hernie ou le bon rein. Ces mesures semblent éminemment évidentes, mais elles sont difficiles à appliquer.

D'autres démarches à court terme comporteraient des protocoles cliniques, des algorithmes et des plans de traitement afin de normaliser les interventions courantes, d'éliminer les variations et de réduire les possibilités d'erreur. Même si ces mesures réduisent l'autonomie du médecin, il est peu probable que les préférences personnelles à l'égard des petits détails soient importantes dans une gestion axée sur les patients.

À long terme, l'éducation à la faculté de médecine, pendant la rési-

dence et au niveau de l'EMC doit mettre l'accent sur l'amélioration continue de la qualité à laquelle s'attend le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada par la démarche de maintien de la compétence et l'orientation vers la sûreté dans les systèmes de prestation de soins de santé. Il est clair que le gouvernement et les dirigeants doivent injecter de l'argent dans le système afin de faciliter et d'appuyer l'apparition d'attitudes associées à la sûreté des patients. La communication, tant verticale qu'horizontale, est un facteur important de la sûreté des patients et doit en venir à faire partie intégrante de notre culture. La communication verticale, c'est la capacité du chirurgien principal d'écouter ses collègues et des membres débutants de l'équipe lorsqu'ils proposent un changement différent des modèles de la hiérarchie, tandis que la communication horizontale a lieu entre médecins, infirmières, physiothérapeutes, administrateurs, etc.

La société doit faire récompenser la correction des erreurs en médecine au lieu de la punir, comme c'est actuellement le cas. Cette façon de procéder s'applique autant aux organismes de santé qu'à la société en général. Dans le domaine chirurgical, des liens créatifs avec l'industrie en ce qui a trait à l'utilisation de technologies et d'instruments nouveaux peuvent en outre faire prendre davantage conscience des enjeux de la sécurité dans la prestation des soins aux patients.

Le Journal souhaite vivement communiquer avec ses lecteurs au sujet de la façon dont les milieux de la chirurgie peuvent aborder ces problèmes de façon proactive plutôt que réactive.



Jonathan L. Meakins, MD
Coéditeur/Corédacteur

© 2000 Canadian Medical Association
© 2000, Association médicale canadienne