



Management et culture de sécurité

Dr JF HARTMANN

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
GH Robert DEBRÉ (AP-HP)

Et le groupe de travail GRRIFES



La culture
de sécurité

POUR
LES NULS[®]

Tchernobyl 1986 : Naissance du concept de culture de sécurité.





- accueil
- contact
- Plan d'accès
- english
- news
- ajouter aux favoris
- Plan du site

- Présentation
 - Nos membres
 - Organisation
 - L'équipe
 - Flash Info
- Développer une Culture de Sécurité
 - Groupes d'échange
 - Manifestations
 - Documents disponibles
 - Cahiers de la Sécurité Industrielle
- Formation
 - Mastères Spécialisés
 - Formation continue
 - Accompagnement
- Recherche
- Espace membre
 - Liste des comités
 - Comptes-rendus



Actualités de l'ICSI

Journée d'information *Travaux à proximité des canalisations : nouvelles responsabilités des collectivités* octobre à Bourgoin-Jailleu

Conférence *Visions internationales : la culture de sécurité à travers le monde ?* le 27 septembre à Paris

Publication du cahier *Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle: des questions*

Consultez les vidéos des conférences proposées par l'Institut et la Fondation pour une culture de sécurité



LES CAHIERS DE LA SÉCURITÉ INDUSTRIELLE

2010-02

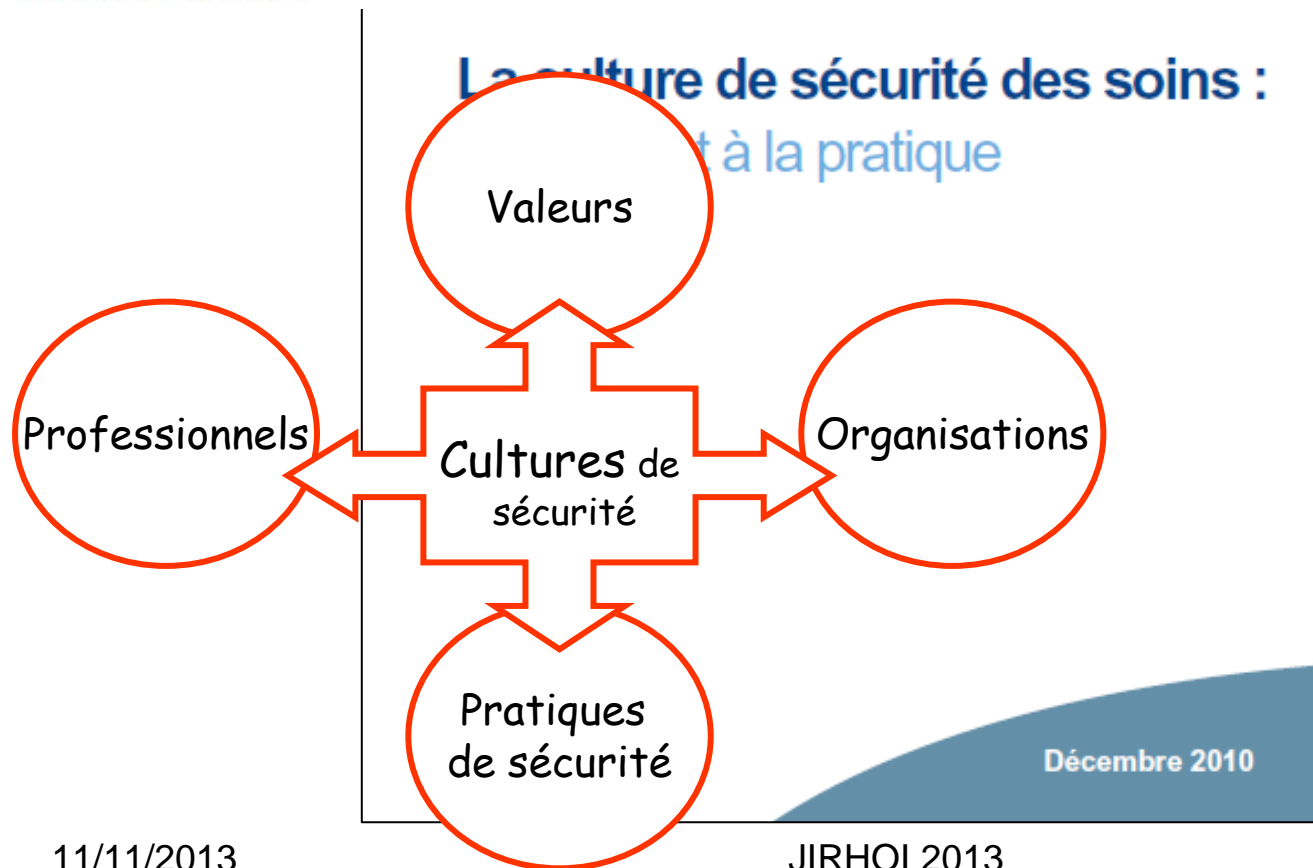
FACTEURS HUMAINS ET ORGANISATIONNELS DE LA SÉCURITÉ INDUSTRIELLE

UN ÉTAT DE L'ART

FRANÇOIS DANIELLOU
MARCEL SIMARD
IVAN BOISSIÈRES

► Définition

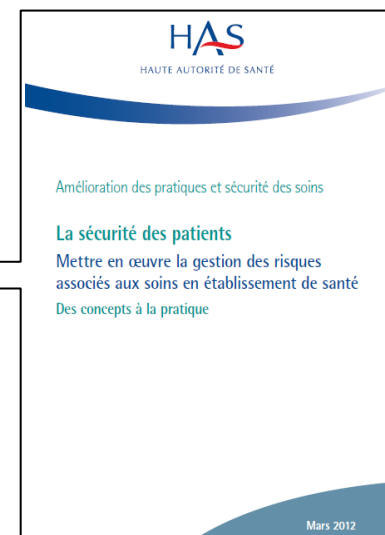
Il existe plusieurs définitions de la culture de sécurité. Une définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) est la suivante : la culture de sécurité désigne **un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins.**



3 arguments pour s'intéresser à la culture de sécurité :

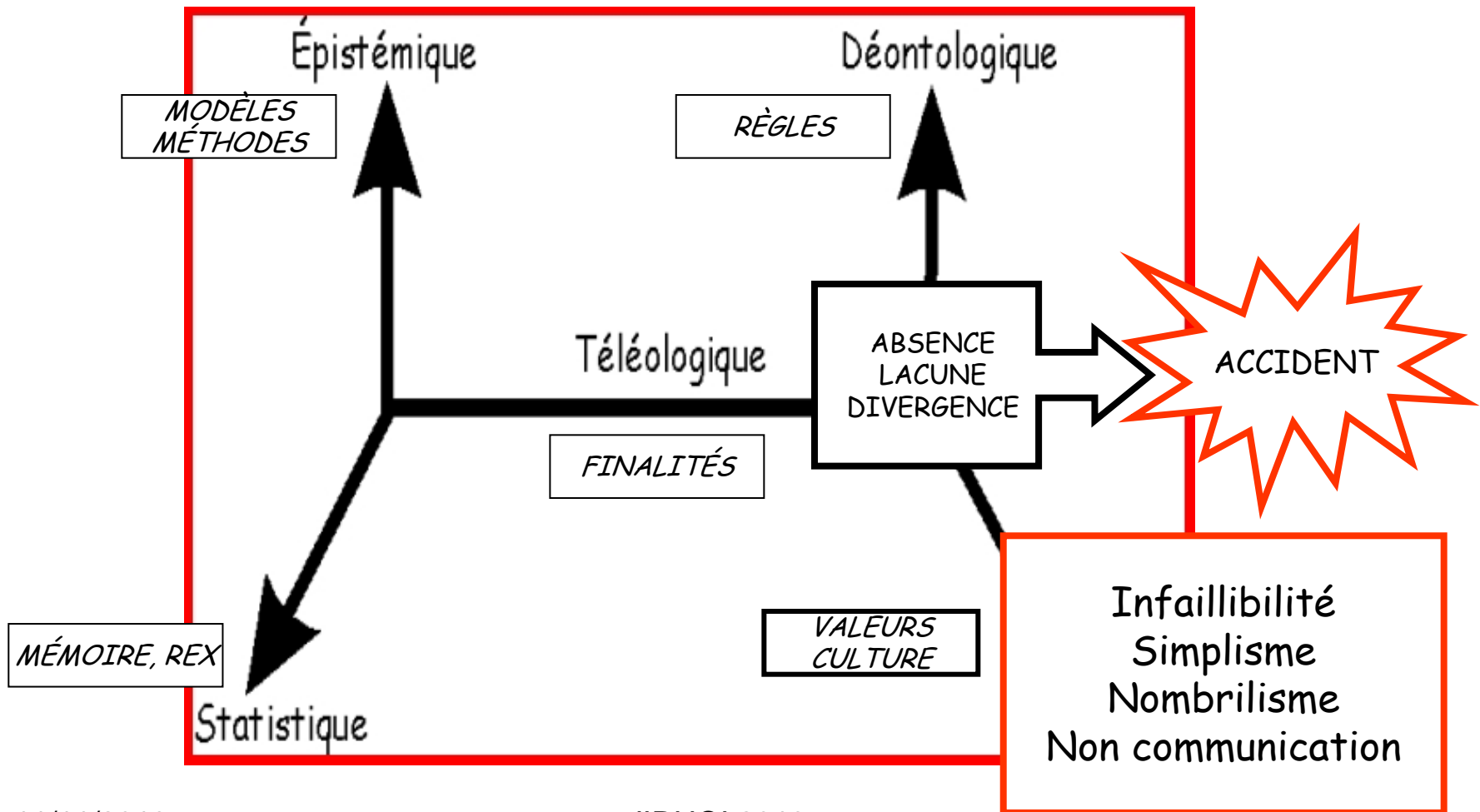
1. La culture est une des 4 dimensions nécessaires à l'adoption et à la pérennité d'une démarche (SHORTELL 1996) :

Dimension	Défaillances	Démarche dite
Stratégique	Défaut de soutien stratégique	« marginale »
Culturelle	Défaut d'actions favorisant une appropriation culturelle réelle de la démarche par l'ensemble des professionnels concernés	« spécialisée »
Structurelle	Défaut d'organisation d'une démarche transversale et/ou d'utilisation des ressources allouées	« désorganisée »
Technique	Défaut de maîtrise des méthodes et outils	« frustrante »



3 arguments pour s'intéresser à la culture de sécurité :

2. Cyndinique : les valeurs et la culture constituent un des 5 axes de l'hyperespace du danger (KERVERN 1995) :



3 arguments pour s'intéresser à la culture de sécurité :

3. Le développement de la culture de sécurité contribue à réduire les EIG :

Bonnes pratiques de management de la sécurité (fiche n° 8)

Développement d'une culture de sécurité (fiche n° 7)

Bonnes pratiques de sécurité (fiches n° 28 et 29)

Réduction des événements indésirables

DOSSIERS **solidarité** et *santé*

Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé
Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004

N° 17
2010

La DREES a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS). L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de 2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation.

Parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation, dont le nombre est évalué en moyenne à 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation, 87 ont été identifiés comme « évitables », soit 2,6 pour 1000 journées. Par ailleurs, ont été observés en moyenne pour 1000 jours d'hospitalisation, 1,7 EIG évitable ayant entraîné une prolongation d'hospitalisation et 1,7 EIG évitable ayant pour origine des actes invasifs ou des interventions chirurgicales. Enfin, la fragilité du patient est le premier facteur contributif à la survenue d'un EIG.

Concernant les EIG à l'origine d'hospitalisations, 4,5% des séjours ont été causés par un EIG et 2,6 % l'ont été par un

Philippe MICHEL, Christelle MINOZZI, Monique LATHIEZ, Céline MOTYANONNEAUF, Sandrine DOMERGÉ, Mylène CHALZER, Marjolaine ZOTTI-ARIE, Régine BIRLI-SORNET, Jean-Luc GUINON, Lucile OLIER.

1 - Centre de coordination de l'évaluation de la qualité en Aquitaine (CCEQA)
2 - DREES

ENEIS 2009 :

6.2 EIG / 1000 J Hosp.
2.6 évitables

Études EIG évitables :
25 - 50% des EIG

Culture de sécurité de l'Industrie à la Santé : NPSA 2004



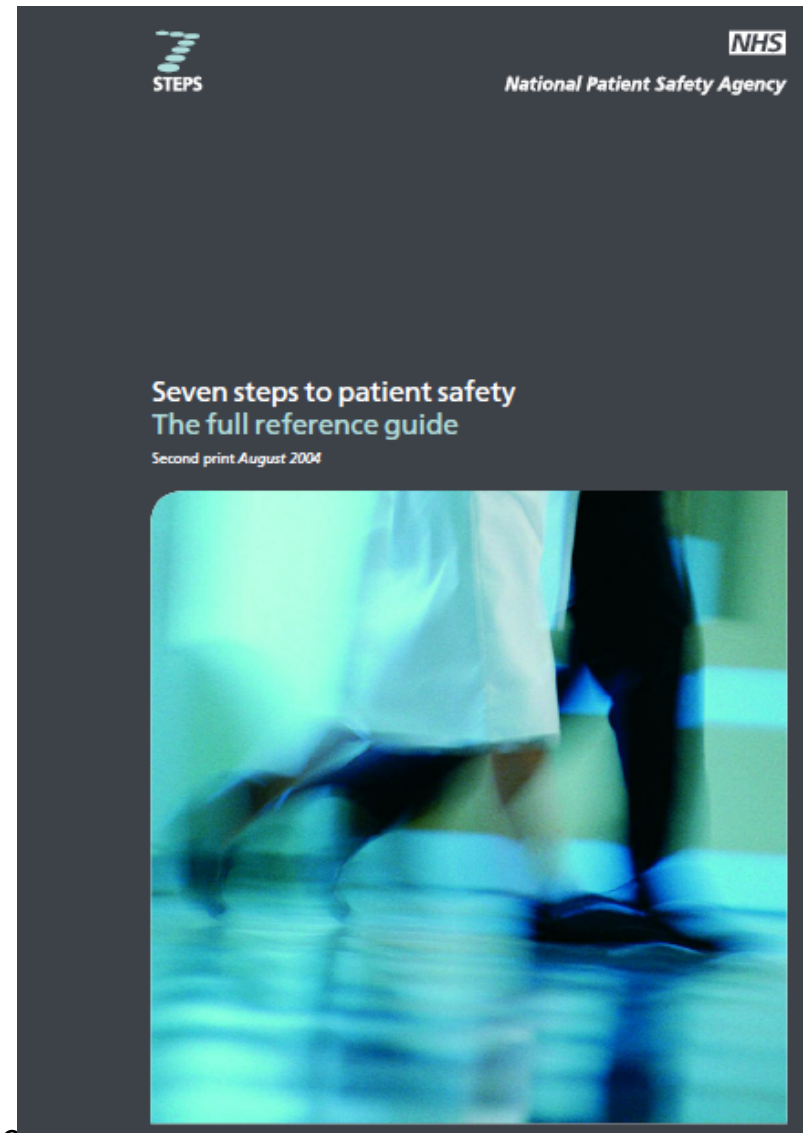
The Seven steps to patient safety

- Step 1 Build a safety culture**
Create a culture that is open and fair
- Step 2 Lead and support your staff**
Establish a clear and strong focus on patient safety throughout your organisation
- Step 3 Integrate your risk management activity**
Develop systems and processes to manage your risks and identify and assess things that could go wrong
- Step 4 Promote reporting**
Ensure your staff can easily report incidents locally and nationally
- Step 5 Involve and communicate with patients and the public**
Develop ways to communicate openly with and listen to patients
- Step 6 Learn and share safety lessons**
Encourage staff to use root cause analysis to learn how and why incidents happen
- Step 7 Implement solutions to prevent harm**
Embed lessons through changes to practice, processes or systems

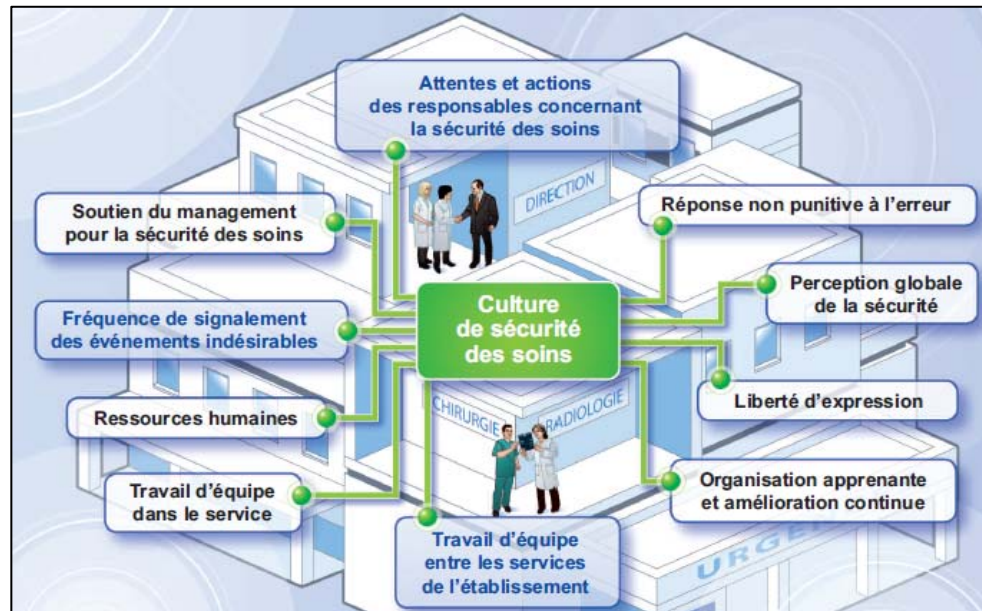
Définition opérationnelle de la culture de sécurité :

Une culture de sécurité c'est :

- Une culture où les équipes ont constamment à l'esprit le fait que les choses peuvent aller mal.
- Une culture de la transparence et de la justice, qui encourage les acteurs à s'exprimer sur les / leurs erreurs.



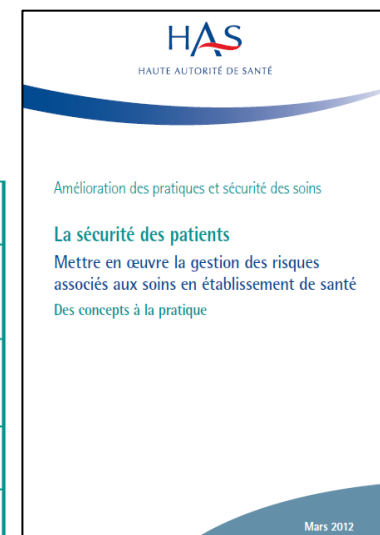
Culture de sécurité de l'Industrie à la Santé : HAS 2010, 2012



La gouvernance de la gestion des risques

2. Cinq axes d'actions thématiques identifiés

Axe 1	Effectuer le bilan de l'existant
Axe 2	Sur la base du bilan, définir une politique qualité-sécurité des soins et la décliner en un programme d'actions
Axe 3	Définir, adapter ou mettre en place les structures pour le pilotage, la coordination et le traitement des risques
Axe 4	Développer la culture de sécurité des soins et les pratiques de management associées
Axe 5	Suivre la mise en œuvre du programme d'actions et évaluer les résultats



Évaluation de la culture de sécurité en Santé : CCECQA : DECLICS 2007 - 2010

DECLICS | Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine - Windows Internet Explorer

http://www.ccecqa.asso.fr/projets/declics

DECLICS | Comité de Coordination de l'Evaluation...

Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

Accueil Actualités HAS Archives Recherche Connexion

CCECQA

- » L'équipe
- » Les missions
- » Les adhérents
- » L'accès

Programme Etablissement de santé

- » Amélioration des pratiques & EPP
- » Gestions des risques
- » Indicateurs
- » Management, organisation et culture

Programme Médico-social

- » Amélioration des pratiques & EPP
- » Gestions des risques
- » Indicateurs
- » Management, organisation et culture

Programme

- » A...
- » &
- » G...
- » In...
- » M...
- » et

DECLICS

Axe: Management, organisation et culture
Date de lancement: **15 Septembre, 2010**
Date de mise en archive: **14 Septembre, 2012**
Chef de projet: J.-L. Quenon

- DECLICS - Développement de la Culture de sécurité Chez les Soignants

Ce projet sur l'évaluation et l'amélioration de la culture de sécurité a été retenu dans le cadre de l'appel d'offre à projets de recherche sur la sécurité des soins lancé en 2007 par la HAS. Les objectifs de ce projet étaient de mesurer la culture de sécurité des soins dans les services cliniques et de tester un programme d'amélioration de cette culture basée sur l'analyse de scénarios cliniques d'événement indésirable lié aux soins.

Dix-huit services de médecine et de chirurgie de sept établissements de santé d'Aquitaine ont participé à ce projet. Dans la moitié de ces services, les professionnels ont analysé un scénario clinique toutes les 3 semaines de février à juin 2009. Dans tous les services, la culture de sécurité a été mesurée à l'aide d'un questionnaire avant (janvier) puis après (été) programme d'amélioration.

Tous les services avec intervention ont analysé les six scénarios prévus. La deuxième mesure de la culture a été réalisée au cours de l'été. Les restitutions des résultats de cette deuxième

Outils

- » Outils de recueil de données
- » Fiches de synthèse

» EPP InCesa
» ETAPE
» PRAGE
» EPP OnLine
» Ginqa-MédInA

Formations et Ateliers

- » CCECQA : Organisme DPC
- » Les formations
- » Les ateliers

Communication et Publications

- » Le bulletin
- » La journée annuelle du CCECQA
- » Les correspondants
- » La newsletter
- » Les communications scientifiques

Les scores les plus bas concernaient les dimensions :

7. Réponse non punitive à l'erreur,
8. Ressources humaines,
9. Soutien du management pour la sécurité des soins,
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement.

Évaluation de la culture de sécurité en Santé : CLARTE 2010 - 2012.

CLARTE: Culture de sécurité - Windows Internet Explorer
http://www.clarte-sante.fr/accueil/indicateurs/culture-de-securite/

CLARTE
Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes
pour la production d'indicateurs en santé

Production et validation
d'indicateurs en santé
Amélioration de la qualité
et de la sécurité des soins

Accueil
Qui sommes-nous? Objectifs détaillés Indicateurs Rapports et publications Revue de presse Informations pratiques Actualités

Accueil > Indicateurs > Culture de sécurité

Rechercher

Menu de la rubrique

- Patient Safety Indicators
- Culture de sécurité
- Absentéisme
- Satisfaction au travail
- Turn-over

Culture de sécurité

Sommaire

- Contexte
- Objectifs
- Indicateurs
- Retombées attendues
- Pour en savoir plus

Contexte

La culture de sécurité (CS) peut être définie comme le produit des valeurs, des attitudes, des perceptions, des compétences, et des modes de comportement individuels et du groupe qui déterminent l'engagement, le modèle et la capacité d'une organisation de santé à manager la sécurité [1]. L'analyse d'accidents industriels (accident de Tchernobyl par exemple) a montré que l'absence de CS développée pouvait jouer un rôle dans la survenue d'accidents. Fondée sur une vision systémique des erreurs, la CS et son développement font partie des stratégies de maîtrise des risques des industries à haut risque comme l'industrie nucléaire.

L'intérêt en santé pour la CS est né de deux constats : la persistance d'un nombre élevé d'événements indésirables liés aux soins évitables ; l'existence d'une culture de blâme où l'erreur est perçue comme liée à un individu et ne constitue pas une opportunité d'amélioration du système et de prévention d'événements indésirables futurs [2]. La recherche sur le développement de la CS en santé repose sur l'hypothèse que l'amélioration de la CS permet d'améliorer la sécurité des soins et donc de réduire le nombre d'événements évitables.

Notre étude repose sur le questionnaire auto-administré Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC) [3], déjà testé et validé aux Etats-Unis où il y est largement utilisé.

En pratique, l'acceptabilité des résultats est satisfaisante au niveau des équipes (moins bonne pour les décideurs inquiets des résultats de certaines dimensions). Si la mesure est répétée comme dans le projet de recherche **DECLICS**, l'acceptabilité d'une deuxième mesure est parfois moins bonne en l'absence d'actions d'amélioration entre deux mesures. La mesure de la culture de sécurité avec cet outil est plutôt fiable. La présentation des résultats et leur utilisation est complexe, du fait du caractère multidimensionnel de l'outil. Il n'existe pas de score composite des 10 dimensions. Les seuils utilisés pour caractériser une culture de sécurité « développée » et « non développée » n'ont pas été validés scientifiquement.

[1] Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2002; 10:17-22

Démineur CLARTE: Culture ... NRLS-0199E-MaP... CULTURE DE SEC... NRLS-0199B-MaP... NRLS-0199-MaPS... FR 21:58



IN THIS SECTION

Patient safety resources

[Patient safety topics](#)

[Search by healthcare setting](#)

[Search by clinical specialty](#)

[Search by audience](#)

[Search by type](#)

[Collections](#)

[Best practice across all settings-specialties](#)

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)



Reference number 0199

Issue date 01 January 2006

Type Guidance

The **Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)** is a **tool** to help NHS organisations and healthcare teams **assess** their progress in developing a **safety culture**.

MaPSaF uses critical dimensions of patient safety and for each of these describes five levels of increasingly mature organisational safety culture. The dimensions relate to areas where attitudes, values and behaviours about patient safety are likely to be reflected in the organisation's working practices. For example, how patient safety incidents are investigated, staff education, and training in risk management.

Assessment is carried out in workshops, led by a facilitator from the healthcare organisation.

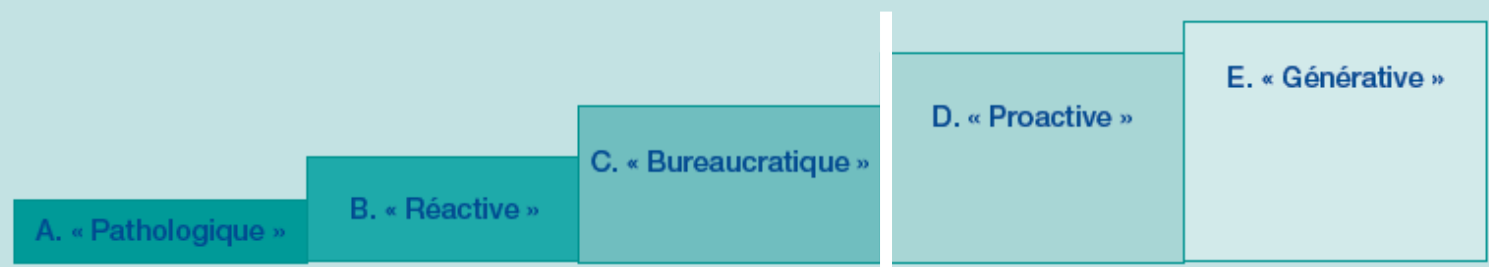
MaPSaF can be used in many ways, for example:

- To facilitate reflection on patient safety culture.
- To stimulate discussion about the strengths and weaknesses of the patient safety culture.
To reveal any differences in perception between staff groups.
- To help understand how a more mature safety culture might look.
- To help evaluate any specific intervention needed to change the patient safety culture.

These can be applied at organisational or team level.

Culture de sécurité et typologie des organisations :

La maturité institutionnelle d'une démarche de gestion des risques abordée selon une échelle à cinq niveaux



- A. Pourquoi devons-nous perdre notre temps sur les problèmes de sécurité des soins ?**
L'information sur les événements indésirables graves (EIG) est cachée. Ceux qui signalent ne sont pas les bienvenus. Les nouvelles idées sont évacuées.
- B. Nous avons d'urgence**
L'information sur les événements indésirables graves (EIG) est cachée. Ceux qui signalent ne sont pas les bienvenus. Les nouvelles idées sont évacuées.
- C. Nous avons d'urgence**
L'information sur les événements indésirables graves (EIG) est cachée. Ceux qui signalent ne sont pas les bienvenus. Les nouvelles idées sont évacuées. L'information sur les événements indésirables graves (EIG) est compartimentée. Les erreurs sont imputées à des personnes (sanctions). Les groupes de travail prolifèrent au détriment des actions.
- D. Nous sommes toujours en alerte, nous avons à l'esprit les problèmes de sécurité des soins qui pourraient survenir**
- E. La gestion de la sécurité des soins est intégrée à chacune de nos activités**
L'information est activement recherchée. Les messages sont encouragés, les responsabilités partagées. La généralisation est valorisée. Les erreurs donnent lieu à des enquêtes (au-delà des personnes). Les nouvelles idées sont immédiatement débattues.

CULTURE DE LA FAUTE ET DE LA SANCTION

CULTURE DE L'ERREUR COMME SOURCE D'APPRENTISSAGE



Le projet GRRIFES
« Management et
Culture de
sécurité »

POUR
LES NULS[®]

Qualité et sécurité des soins : quoi de neuf à l'international ? Retour sur l'International Forum 2012

Anne Depaigne-Loth, conseiller du directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : la question « comment faire ? » plutôt que « que faire ? »

- ▶ « *Think big* » (« pensez grand »)
- ▶ « *Start small* » (« commencez petit »)
- ▶ « *Scale up !* » (« déployez ! »)

Le projet MCS du GRRIFES :

- Objectif principal :
 - Identifier, à l'intention du management, des objectifs clés nécessaires au développement de la culture de sécurité en établissement de santé.
 - Identifier les managers cibles.
 - Formuler ces objectifs :
 - En tenant compte de la fonction managériale visée.
 - Selon un format uniforme, SMART :

- SPÉCIFIQUE
- MESURABLE
- ACCEPTABLE
- RÉALISTE
- TEMPORELLEMENT DÉFINI.

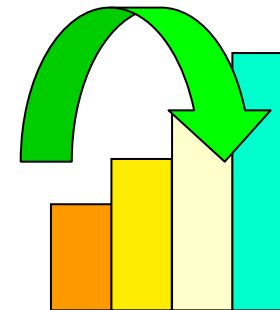
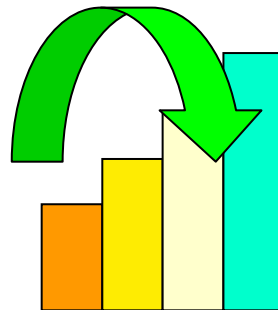
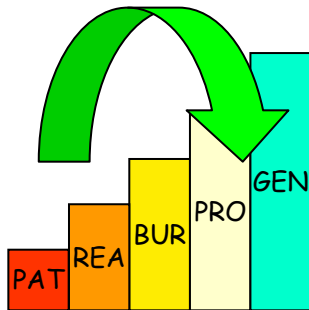
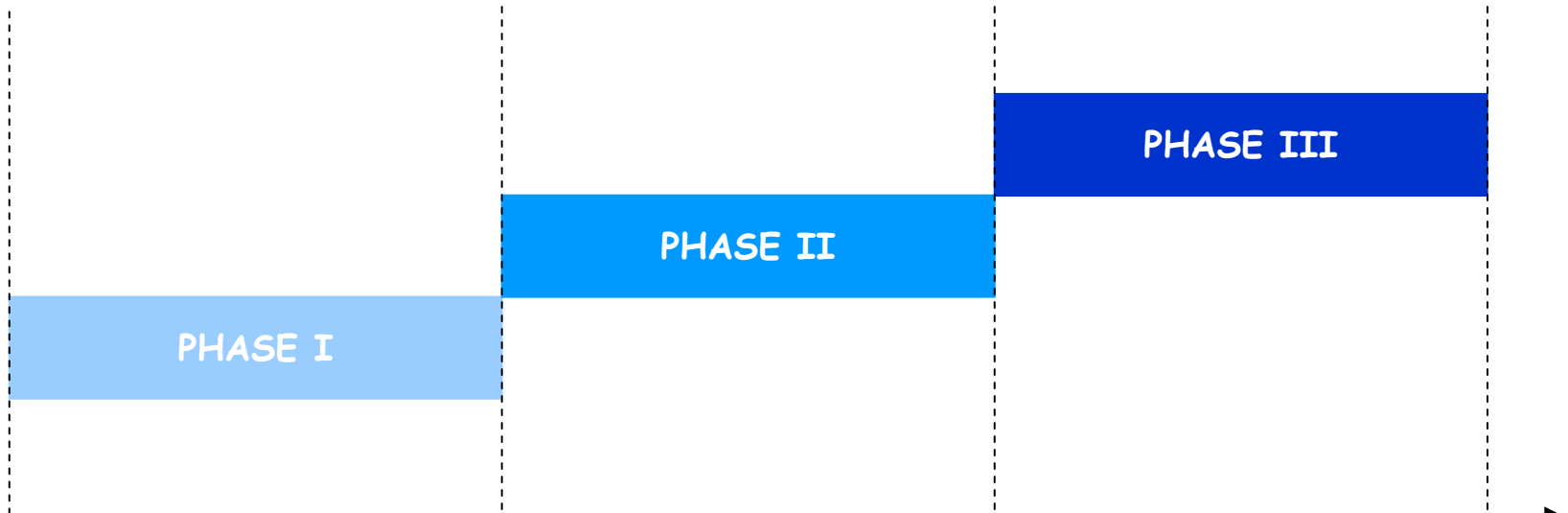
Les actions à mener	Les acteurs agissent de façon concertée pour
1. Créer la vision sécurité (en cohérence avec les valeurs et les principes de management)	1.1 Connaître, s'approprier et décliner la politique sécurité de l'établissement
	1.2 Placer la sécurité au rang qu'elle mérite au regard des autres enjeux
	1.3 Imaginer la situation future que l'on veut à partir du diagnostic établi en matière de sécurité, sécurité des soins en particulier
	1.4 Donner des objectifs spécifiques, mesurables et atteignables
	1.5 Construire la vision collectivement
	1.6 Définir, à partir de la vision, les principes de responsabilité et les attentes en termes de comportement



Le projet MCS du GRRIFES :

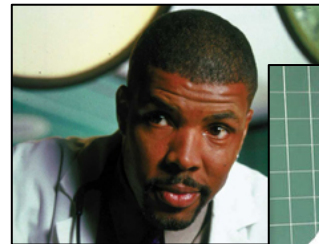
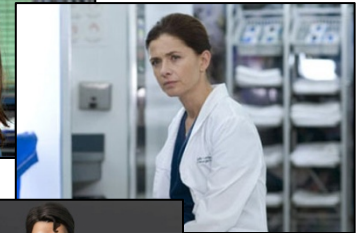
- Début du projet : Janvier 2012.
- Méthode :
 - Revue de la littérature.
 - Remue-méninge → propositions de cibles et d'objectifs.
 - Structuration des objectifs autour des 10 dimensions de la culture de sécurité.
 - Reformulation SMART.
 - Phasage inspiré par « Pensez grand / Commencez petit / Déployez ».
 - Proposition d'un nombre volontairement limité d'objectifs pour chaque management.

Phasage :



Les managements ciblés en phase I :

- Directeur de l'Établissement de Santé.
- Directeur des Soins Infirmiers.
- Président de la CME.
- Chefs de Services et de Pôles.
- Cadres infirmiers.
- Gestionnaire de risque / Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.



Un objectif commun à tous les managements :

« Je réunis mon équipe autour du thème de la culture de sécurité, avec l'aide du GDR / CGRAS, en m'appuyant sur le document de la HAS ».



4 Objectifs pour le Directeur ES :



- Je m'assure que le GDR/CGRAS participe aux réunions du Comité de Direction, de la CME et du Directoire lorsque ces réunions concernent la sécurité du patient et la sécurité des projets stratégiques (modification ou extension des activités, projets architecturaux, etc.).
- Je rencontre chaque année les équipes de l'ensemble des services sur leur lieu de travail.
- Je veille à ce que la formation de tous les nouveaux personnels comporte un module « Culture de sécurité ».
- J'identifie chaque année au moins une action remarquable (collective, fédérative, mobilisatrice et efficace) pour la sécurité du patient réalisée dans l'établissement, et j'en promeus la communication interne et externe.

3 Objectifs pour le Directeur des Soins Infirmiers :



- J'invite le GDR /CGRAS à présenter en CSIRMT un thème concernant la sécurité du patient au moins une fois par trimestre.
- J'identifie chaque année, avec la participation du GDR/CGRAS, au moins un thème de formation inspiré du bilan annuel de la gestion des risques, et je l'inscris au plan de formation.
- Parmi les rapports dont j'ai connaissance, je m'assure que ceux qui concernent des EIG potentiels ou avérés font l'objet d'un signalement au GDR /CGRAS.

2 Objectifs pour le Président de CME :



- J'inscris un sujet de sécurité du patient à l'ordre du jour de chaque CME, dont un bilan annuel des EIG.
- Je garantis que tout nouveau projet stratégique d'activité médicale comporte une évaluation de la sécurité.

4 Objectifs pour les Chefs de Services / Pôles :



- Au moins une fois par trimestre je mets un sujet de sécurité du patient à l'ordre du jour de la réunion du Service / Pôle (signalement, procédures, évaluations, etc.).
- J'analyse les EIG survenant dans mon Service / Pôle, en lien avec le GDR /CGRAS.
- Je recense les activités les plus à risques de mon Service / Pôle et je définis et mets en œuvre des bonnes pratiques de sécurité pour ces activités (Ex. actes invasifs, prescriptions, transfusions de PSL, etc.).
- Je m'assure que les nouveaux personnels du Service / Pôle sont formés aux bonnes pratiques de sécurité (formation d'accueil, évaluations périodiques, etc.).

2 Objectifs pour les Cadres :



- Je m'assure que tous les EI potentiels ou avérés dont j'ai connaissance ont fait l'objet d'un signalement au GDR /CGRAS.
- Je m'assure que les personnels de mes secteurs d'activités participent à une EPP concernant l'amélioration de la sécurité des patients.

2 Objectifs pour le GDR/CGRAS :



- Je pilote la réalisation de l'objectif commun à tous les managements.
- Je réalise chaque année une analyse prospective des risques liés au travail d'équipe entre les services de l'Établissement.

Conclusions :

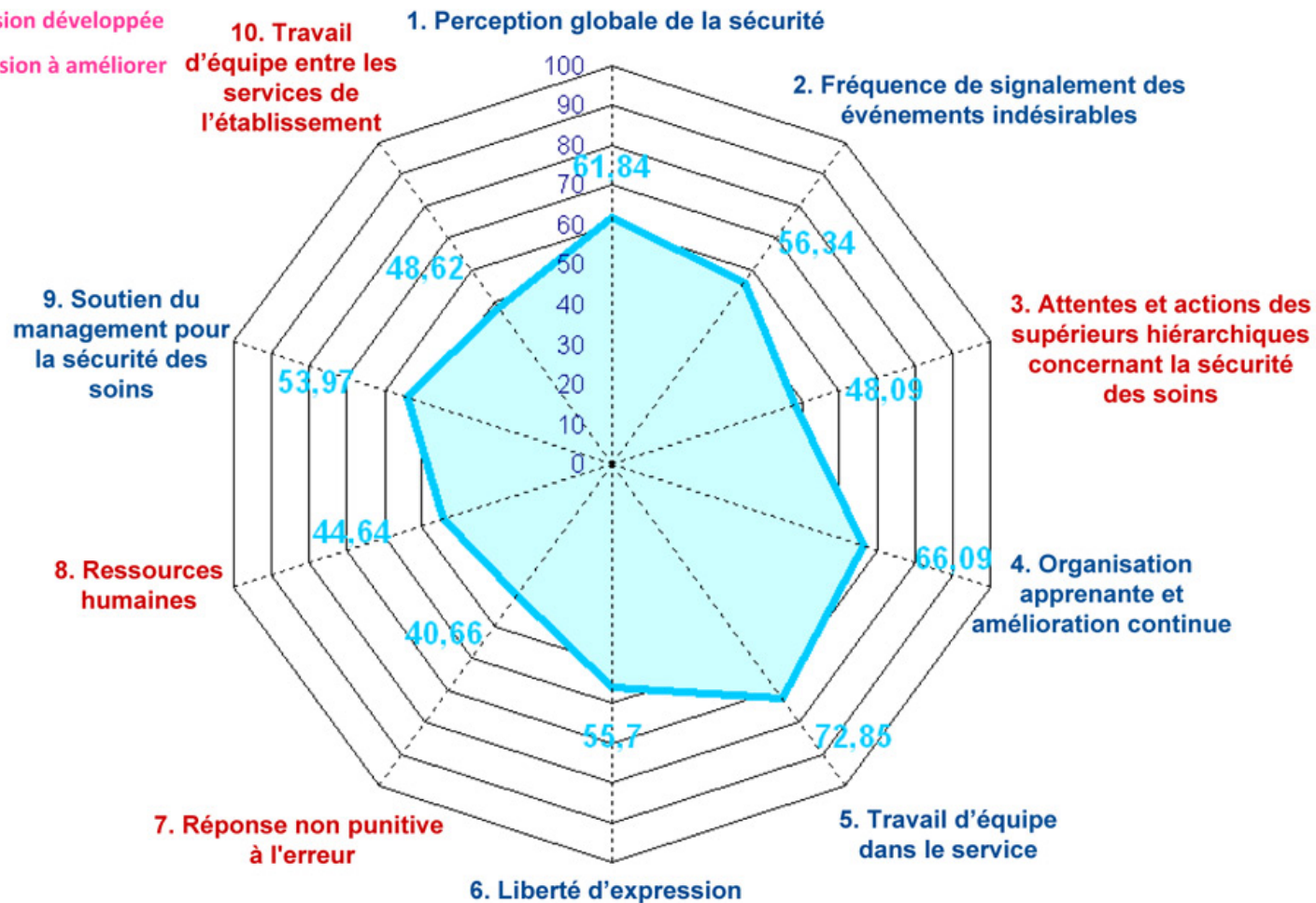
- L'implication des managements dans le développement de la culture de sécurité est une condition importante du succès de cette démarche.
- Le GRRIFES fait l'hypothèse que cette implication peut être facilitée par des propositions d'objectifs SMART mis en œuvre par phases successives.
- La mesure périodique de la culture de sécurité permettra d'apprécier l'impact de ce projet sur la culture de sécurité des acteurs de première ligne.

N. Abchiche-Khiari
H. Bonfait
N. Brakhes
L. Chambraud
C. Democrite
N. Dib
I. Eymery
D. Ferminet
S. Grelier
P. Guez
JF. Hartmann
R. Hoden
J. Landoulsi
G. Legallais
I. Pichetto
C. Pinaton
D. Rousseau
MJ. Stachowiak

Vous remercient
de votre attention !

> 75% dimension développée

< 50% dimension à améliorer





Introduction to clinical governance

Managing clinical effectiveness

Managing risk

Involving patients

Patient safety and incident reporting

Using evidence

[Introduction](#) |
 [The Basics](#) |
 [In Practice](#) |
 [Activities](#) |
 [Further Reading](#)

What are incidents and errors?

Why do incidents happen?

What incidents should be reported?

How do I report an incident?

What tools can I use to analyse incidents?

Who to involve in reviewing incidents?

How can we learn from incidents?

What is an effective safety culture?

What is the role of NHS Boards?

What is the role of NHS Quality Improvement Scotland?

Patient Safety and Incident Reporting

What is an effective safety culture?



A culture of safety can be defined as 'an integrated pattern of individual and organisational behaviour, based on a system of shared beliefs and values, that continuously seeks to minimise patient harm that may result from the process of care delivery.' (Kizer 1999)

In Scotland all NHS Boards have a just or no-blame culture embodied in their policy documents. A survey of staff conducted as part of the NHS QIS report *Safe Today- Safer Tomorrow* (2006) found that a large majority agreed that mistakes are seen as learning opportunities (89%) and there is a willingness to raise safety issues (80%). However, a minority considered that blame is still being apportioned (36%), staff are treated inconsistently (39%) and there is a perception that nothing is done until a problem has recurred several times (33%).

An effective safety culture:

- sees errors as learning opportunities
- motivates individuals to talk about their own experiences by encouraging such experiences to be shared
- responds to problems that are identified
- does not unfairly penalise those who have made errors
- has a reporting system that is seen to uncover the underlying causes of incidents.

The National Patient Safety Agency has identified seven key steps to patient safety which places promoting a safety culture as the first step:

1. **Build a safety culture:** Create a culture that is open and fair
2. **Lead and support your staff:** Establish a clear and b focus on patient safety throughout your organisation

Nos systèmes manquent de fiabilité :

Evidence in brief:

How safe are clinical systems?

Primary research into the reliability of systems within seven NHS organisations and ideas for improvement

May 2010



Reliability in healthcare

Good healthcare is *consistently good* health care.

Key findings

This study was commissioned by the Health Foundation to examine the extent, type and causes of failures in reliability in different healthcare systems: failures which have the potential to create risk or cause patient harm. The research shows that:

Failures in reliability pose a real risk to patient safety

A significant proportion of the reliability failures were associated with risks to patient safety. For example, we found 15% of outpatient appointments were affected by missing clinical information at our study sites. In 20% of these cases patients were exposed to risk (as judged by the doctors involved).

Important clinical systems and processes are unreliable

Fully reliable systems would function correctly under expected conditions. The four clinical systems for which reliability could be measured had an average failure rate of 13%–19%.

There are wide variations in reliability

Different organisations varied significantly in their reliability: problems such as faulty or missing equipment affected 37% of operations at organisation D but only 12% at organisation F.

Unreliability is the result of common factors

Across the five systems and organisations, unreliability was usually the result of the same factors. These included: a lack of feedback mechanisms for both individuals and systems; poor communication; and a widespread acceptance on the part of clinical staff that systems are going to be unreliable, and that this is not their responsibility.

It is possible to create highly reliable systems

The variation between and within organisations suggests that it is possible to create systems that are more reliable.



Identify Innovate Demonstrate Encourage