

Démarches d'amélioration entreprises au SIM

Centre Hospitalier de Saverne

Fariba COULON

Contexte

- Définition du programme capacitaire de l'établissement sur la base d'un diagnostic partagé entre l'ARS et l'établissement
- Axes de travail
 - Tendances sur les 3 dernières années
 - de l'activité en volume
 - des parts de marché
 - des DMS
 - Projections d'activité en visant une cible pour
 - La DMS
 - Les taux d'occupation
 - Le taux ambulatoire (taux de bascule hospitalisation complète en ambulatoire)

Constats

	cible	établissement
IPDMS	<1	1,1
TO		
chirurgie	75- 85%	75%
médecine	80-95%	selon UF 80-96%
maternité	70-80%	110%
pédiatrie	80-85%	80%

Constats

- Bascule hospitalisation complète vers l'ambulatoire



Chirurgie ambulatoire

	Mon Etab.	Etab. comparables	
		Public	Privé
Taux global de chirurgie ambulatoire	46,3 %	40,2 %	54,5 %
Taux de chirurgie ambulatoire pour les 18 racines à tarif unique	82,8 %	78,0 %	85,5 %
Taux de chirurgie ambulatoire pour les 21 racines à tarif unique	43,2 %	31,7 %	32,9 %

– Danemark 74% Suède 69% Pays bas 53% Angleterre 52% Écosse 37% France 36% (chiffres FHF octobre 2014)

– Médecine

- Actuellement 35% de l'activité en ambulatoire + séance
- cible ? (circulaire frontière)

Constats

- Pour aboutir à :
 - Un volume prévisionnel d'activité
 - Un dimensionnement de lits
- Des évolutions organisationnelles à mettre en place
 - Établissement (politique globale, financière, architecturale...)
 - Services de soins (organisation structurelle, unité médico-chirurgicale, gestion de lits ...)
 - SIM

Trois axes de travail engagés au niveau du SIM

1. IPDMS/ **DMS**
2. impact de l'**exhaustivité** et du **délai** du codage PMSI
 - lisibilité sur l'activité en temps réel
3. Évaluation du **DPI**
 - Comprendre pourquoi l'informatisation du dossier patient n'a pas permis de gain en termes de délai (courrier, PMSI ...)

1. IPDMS/ DMS

- Postulat : faire abstraction des biais de calcul de l'IPDMS
- Ne travailler que sur les « GHM déviant positif » en durée de séjour
- Engager le dialogue, rencontrer chaque service
 - Se baser sur les 15 premiers GHM en nombre de journées « déviant positif » du service
 - Discuter dossier par dossier les DMS+ pour analyser les écarts

IPDMS/ DMS

- Mise en évidence de :
 - Groupe 1 (actions possibles en interne) :
 - Écart de pratique (rare !)
 - Problème de sous codage (traçabilité)
 - Problème de bilan et traitement long comportant à la fois la phase diagnostique et thérapeutique
 - ex bilan médical long et chirurgie dans la foulée
 - Mode de prise en charge médecine polyvalente / médecine de spécialité ou service de spécialité
 - Groupe 2 (complexité liée à l'inter dépendance)
 - Problème de prise en charge longue liée à des séjours multi unités, passage réa ou USC , GHM niveau 2,3, ou 4
 - Long délai pour obtenir des examens complémentaire
 - Long délai pour obtenir les comptes rendus et les résultats (internes ou externes)
 - PIE (prestation inter-établissement) : augmentation de la DMS sans augmentation nécessaire du niveau de sévérité du GHM
 - Problème d'aval
 - SSR,
 - âge
 - social

Résultats IPDMS/DMS 2014/2013

- Baisse IPDMS globale **1.06** / 1.10
 - Médecine **1.09** / 1.13
 - Chirurgie **0.99** / 1.04
 - Gynéco- obstétrique **0.92** / 0.90
- Organisation structurelle en cours (réduction lits, ré organisation des prises en charge après admissions aux urgences...)

2. Exhaustivité et délai du codage PMSI

- Constats :
 - Baisse du taux d'exhaustivité de codage sur les 4 dernières années (établissement 97% à 90%, certains services 70%)
 - Codage centralisé au SIM et actions centrées sur
 - la qualité du codage
 - Le dossier patient informatisé (ex : traçabilité CMA)
 - Observation informatisée avec génération de CR automatique mais malgré tout délai trop long du CR d'hospitalisation engendrant un délai long pour le codage PMSI
 - 10 ans de T2a : sentiment de découragement général (PH, internes, secrétaires ...) : « ce n'est jamais bon »
 - Intérêt d'**objectiver** par une EPP

Fiche méthodologique

	Evaluation des Pratiques Professionnelles	Rédigé le : 29/08/14
	FICHE METHODOLOGIQUE EVALUATION DU DELAI D'ENVOI DES COURRIERS DE FIN D'HOSPITALISATION	

I. PRESENTATION DU PROGRAMME

1. Responsable du programme

Nom, prénom : COULON Fariba / LOBJOIS Laetitia
 Fonction : Chef de service / Responsable qualité
 Service : SIM / Qualité
 Pôle d'information médicale

2. Intitulé (sujet/thème) de la démarche EPP

Evaluer le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

3. Contexte de l'EPP

- Résultats des indicateurs IPAQSS : délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
 Dossier patient MCO : 54 % Dossier patient SSR : 44 %
- Délai pour le codage des RUM

4. Critères(s) de choix

- importance du thème dans la pratique
- fréquence du phénomène, de la pratique évaluée
- existence d'une marge d'amélioration possible
- faisabilité de l'évaluation en termes de mesure
- risque particulier de la pratique
- cohérence avec les projets d'établissement et de pôle
- autres ; préciser :

5. Objectifs de l'évaluation

Réduire le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.
 Respecter les délais réglementaires : < 8 jours

6. Type(s) d'EPP

- Individuel
- Collectif, mono disciplinaire
- Collectif, pluri disciplinaire
- Collectif, pluri professionnel

7. Professionnels engagés dans le programme

Nom, Prénom	Fonction	Secteurs cliniques et médico-techniques
Médecins		
Secrétaires		

1. Référence(s) et/ou recommandations utilisée(s)

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Manuel de certification V2010

2. Type de démarche (Méthode)

Audit prospectif

**3. Elaboration de l'outil d'évaluation et, le échéant, son guide d'utilisation
(à compléter pour la méthode audit clinique)**

1^{ère} étape : formalisation des circuits du courrier pour chaque service

2^{ème} étape : élaboration de la grille d'audit par rapport au circuit

4. Test de l'outil d'évaluation (à compléter pour la méthode audit clinique)

Test de la grille dans chaque service pour un courrier

**5. Validation de l'outil d'évaluation et, le cas échéant, son guide d'utilisation
(à compléter pour la méthode audit clinique)**

Validation de la grille en fonction du test

6. Caractéristiques de l'échantillon

Suivi de 30 courriers par service ou 3 semaines d'évaluation

7. Méthodologie du recueil des données

Recueil par les secrétaires des différentes dates de traitement du courrier, de sa dictée jusqu'à son envoi.

8. Champ de l'enquête

Tous les services d'hospitalisation et ambulatoire :

Médecine 1, médecine 2, pneumologie, chirurgie 1, chirurgie 2, pédiatrie, ophtalmologie/ORL, SSR, gynécologie, maternité, HDJ médecine/pneumologie, HDJ addictologie, HDJ gériatrie, SITASA, UHCD

9. Analyse et interprétation des résultats

Calcul du délai moyen d'envoi des courriers pour chaque service + calcul des délais intermédiaires.

10. Communication sur les résultats de la démarche

Communication à l'encadrement médical : mail au PH

Communication à la Direction des soins : mail directrice des soins + secrétaires

11. Modalités de suivi des actions d'amélioration et réévaluation :

En fonction des résultats, mise en place d'actions d'amélioration

2^{ème} évaluation à prévoir en 2015.

12. Calendrier général

Date / période	Actions	Responsable
Août 2014	Début de la démarche	Dr COULON, L. LOBJOIS
Septembre 2014	Définition des circuits des courriers	Dr COULON, JP. JOST, L. LOBJOIS
Septembre 2014	Elaboration des grilles d'audit	Dr COULON, JP. JOST, L. LOBJOIS
Septembre 2014	Test des grilles	Secrétaires
Octobre 2014	1 ^{ère} évaluation	Secrétaires
Nov/dec 2014	Analyse des résultats	Dr COULON, JP. JOST, L. LOBJOIS
1 ^{er} trim 2015	Mise en place et suivi d'actions d'amélioration	Dr COULON, JP. JOST, L. LOBJOIS
2 ^{ème} semestre 2015	2 ^{ème} évaluation	Secrétaires

Objectiver : EPP délai de courrier de sortie, délai du codage

- Formaliser l'organigramme de chaque secrétariat par rapport au courrier
 - mode organisationnel hétérogène
- Objectiver le délai entre chaque étape

Ex de grille d'audit

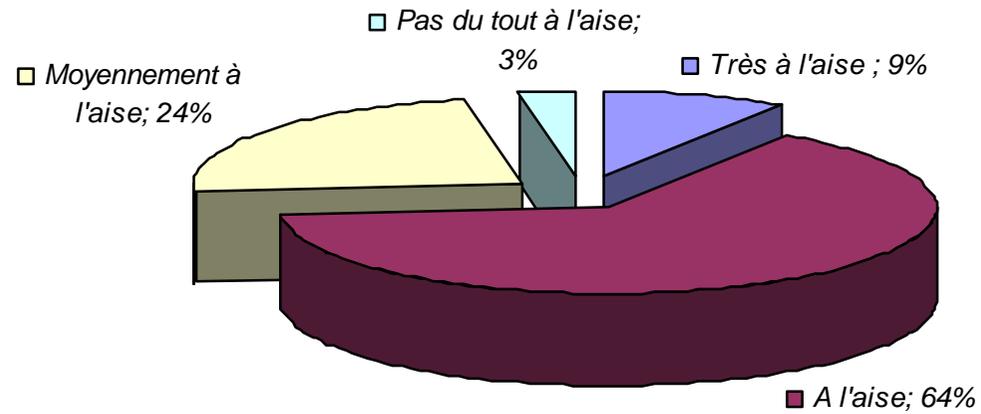
Circuit du courrier	Date	Remarques
Sortie du patient		
Impression par le secrétariat du courrier formalisé par l'interne (nom) sur DxCare + mise en forme		
Transmission au PH responsable (nom)		
Retour correction PH responsable		
Correction du courrier par le secrétariat		
Transmission au PH responsable pour signature		
Envoi du courrier		
Date saisie RUM		
Date validation RUM		
Date validation qualité Rum et groupage		

3. Évaluation du service rendu du DPI

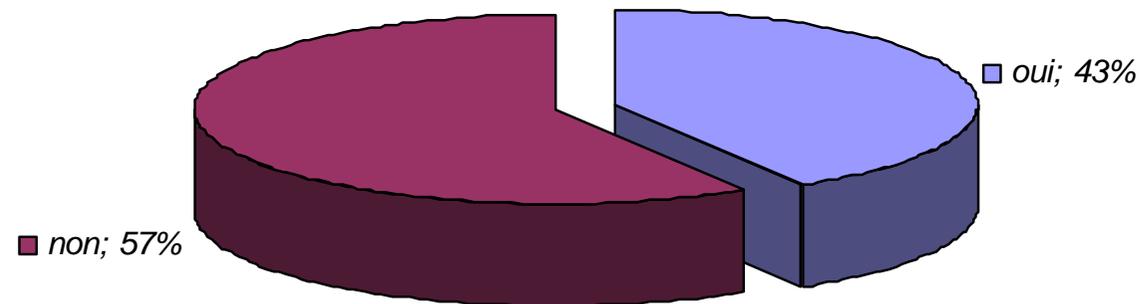
- Mise en place du DPI en 2002
- 2 évaluations dont la dernière en 2007, + évaluation globale du SIH en 2011
- Items évalués :
 - Aisance
 - Fonctionnalités qui posent problème
 - Défauts du logiciel
 - Disponibilité service support
 - Besoin d'accompagnement
 - Besoin en formation
 - Matériel en quantité suffisante, performant ?
 - Livret utilisateur
 - La liste des mille petits cailloux ...

Evaluation du DPI

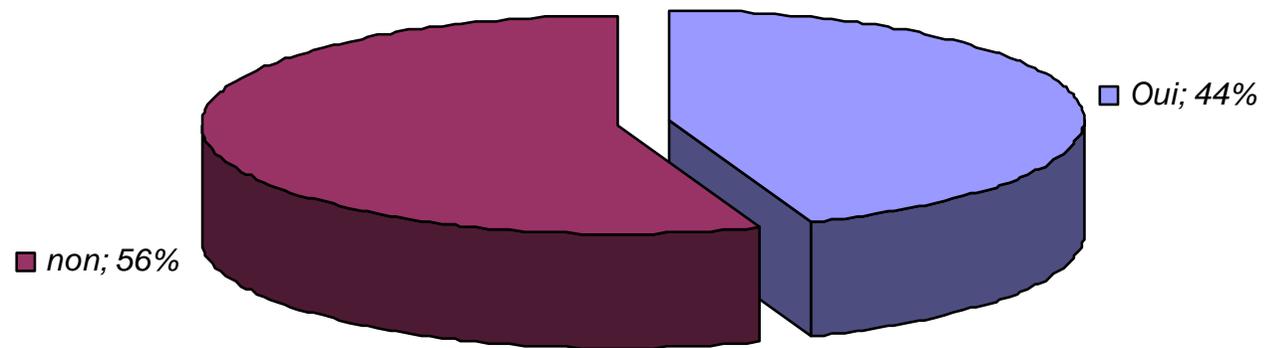
COMMENT DECRIRIEZ-VOUS VOTRE AISANCE SUR DXCARE ?



SOUHAITEZ-VOUS EFFECTUER UNE NOUVELLE FORMATION AFIN D'APPROFONDIR CERTAINES FONCTIONNALITES NON ACQUISES ?

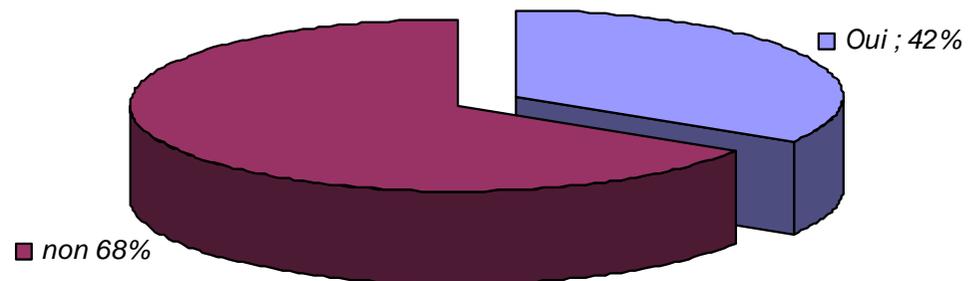


LE MATERIEL MIS A VOTRE DISOPOSITION EST-IL SUFFISANT OU PERFORMANT ?

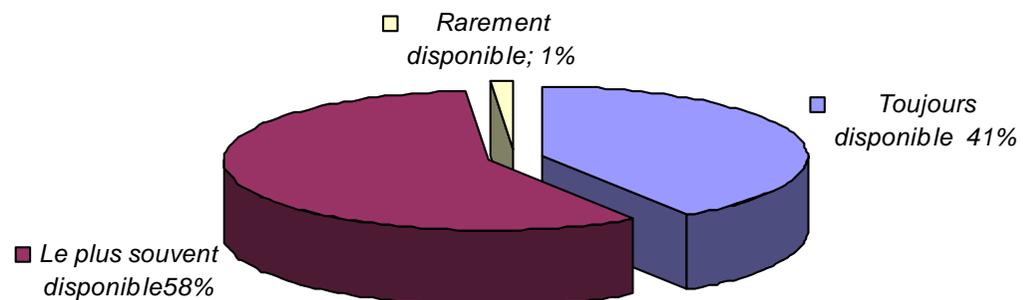


Évaluation du DPI

AVEZ-VOUS BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT SUR LE TERRAIN ?



POUR VOUS, LE SIM EST :



Évaluation du DPI

- Note sur 10 :
 - Note globale pour le logiciel : 6
 - Facilité d'utilisation : 6
 - Service rendu dans le processus de soins : 5
- En 2007 : service rendu dans le processus de soins 8 / 10

Conclusion

- Marge de progrès probable par rapport à
 - DMS
 - Exhaustivité des données PMSI
 - SIH
- Les changements portent surtout sur les structures mais
 - Les leviers importants sont
 - D'une part la capacité à faire évoluer le fond culturel (croyance, frein)
 - D'une part d'admettre la complexité liée à l'accroissement d'inter dépendance (intra et extra hospitalier)
 - Savoir écouter le terrain