

Collecte des indicateurs de qualité médicaux



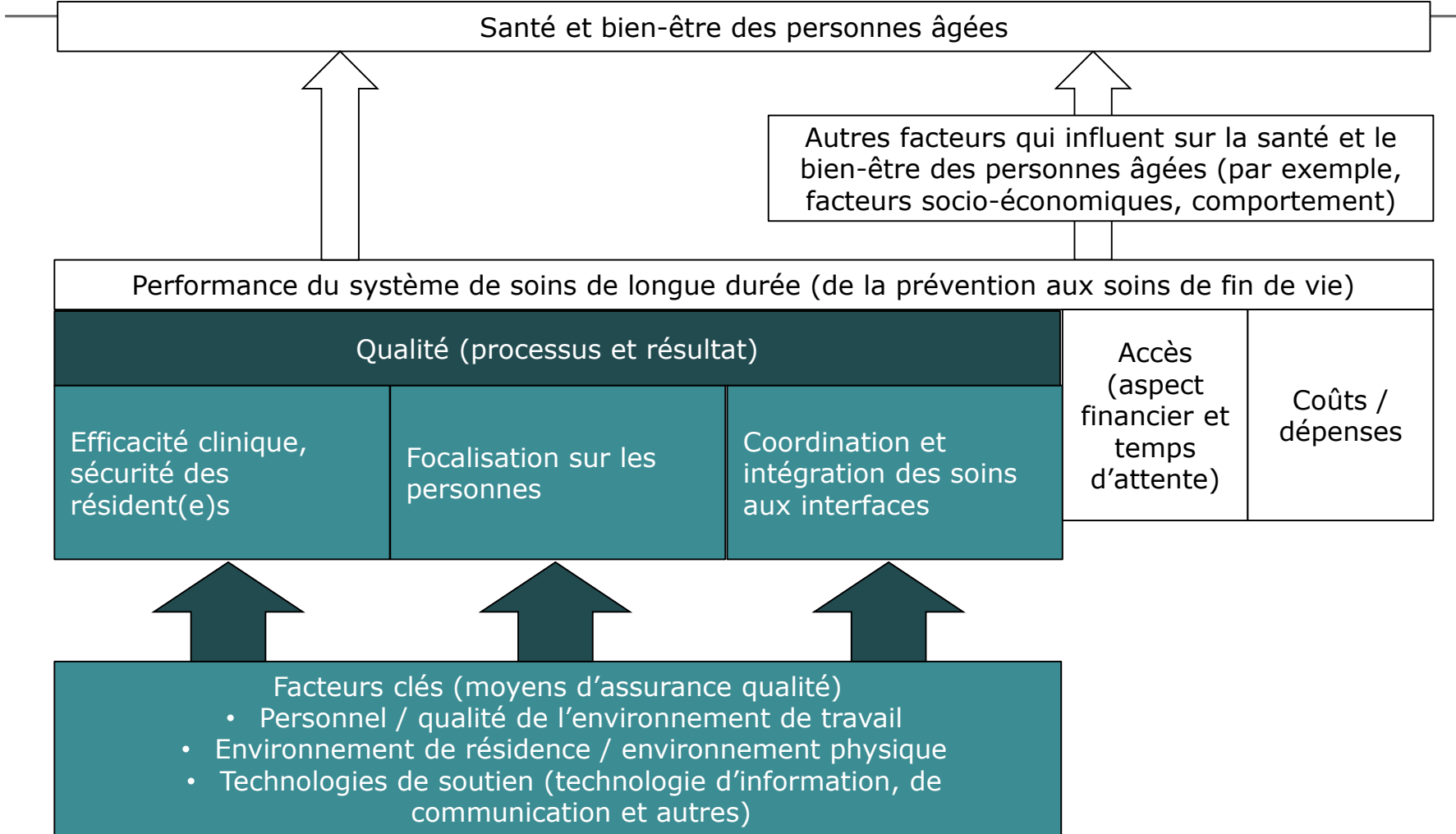
Dr Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft (Universität de Bâle)

Sommaire

- Contexte
- Etudes pilotes
- Indicateurs nationaux de qualité
 - Malnutrition
 - Mesures limitant la liberté de mouvement
 - Douleurs
 - Polymédication
- Evaluations
 - Benchmarking
 - Surveillance interne de la qualité

CONTEXTE

La qualité dans les soins de longue durée – OCDE



Base légale – Art. 59a LAMal

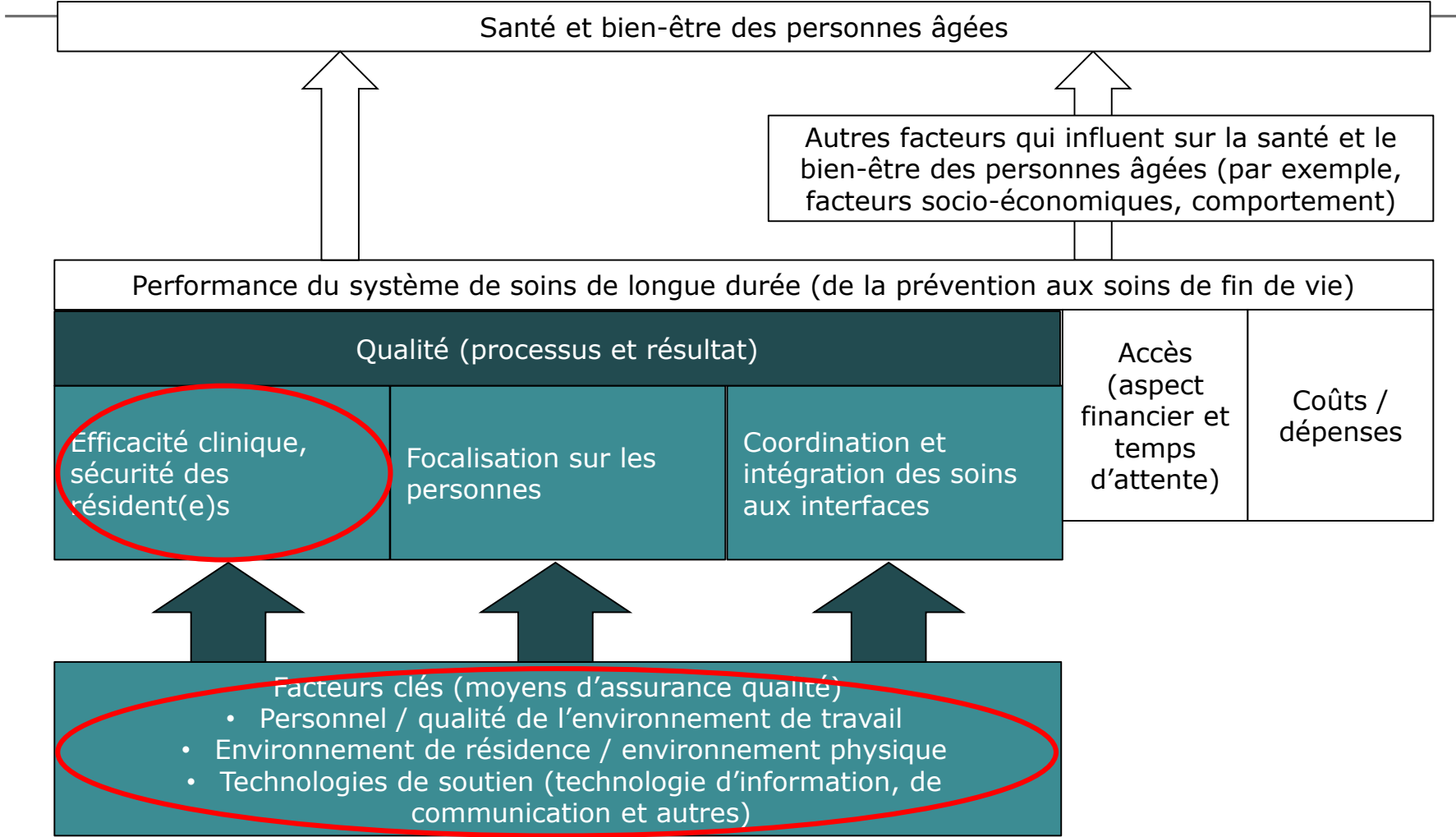
¹ Les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Les indications suivantes doivent notamment être communiquées:

- (a. – e. indications sur les structures, le personnel et les places de formation, nombre et structure des patients, genre, ampleur et coûts des prestations fournies, finances)*
- f. les indicateurs de qualité médicaux.

² Les personnes physiques et morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les données doivent être fournies gratuitement.

³ Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique. Celui-ci met à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique ... les données ... présente loi. Ces données sont publiées.

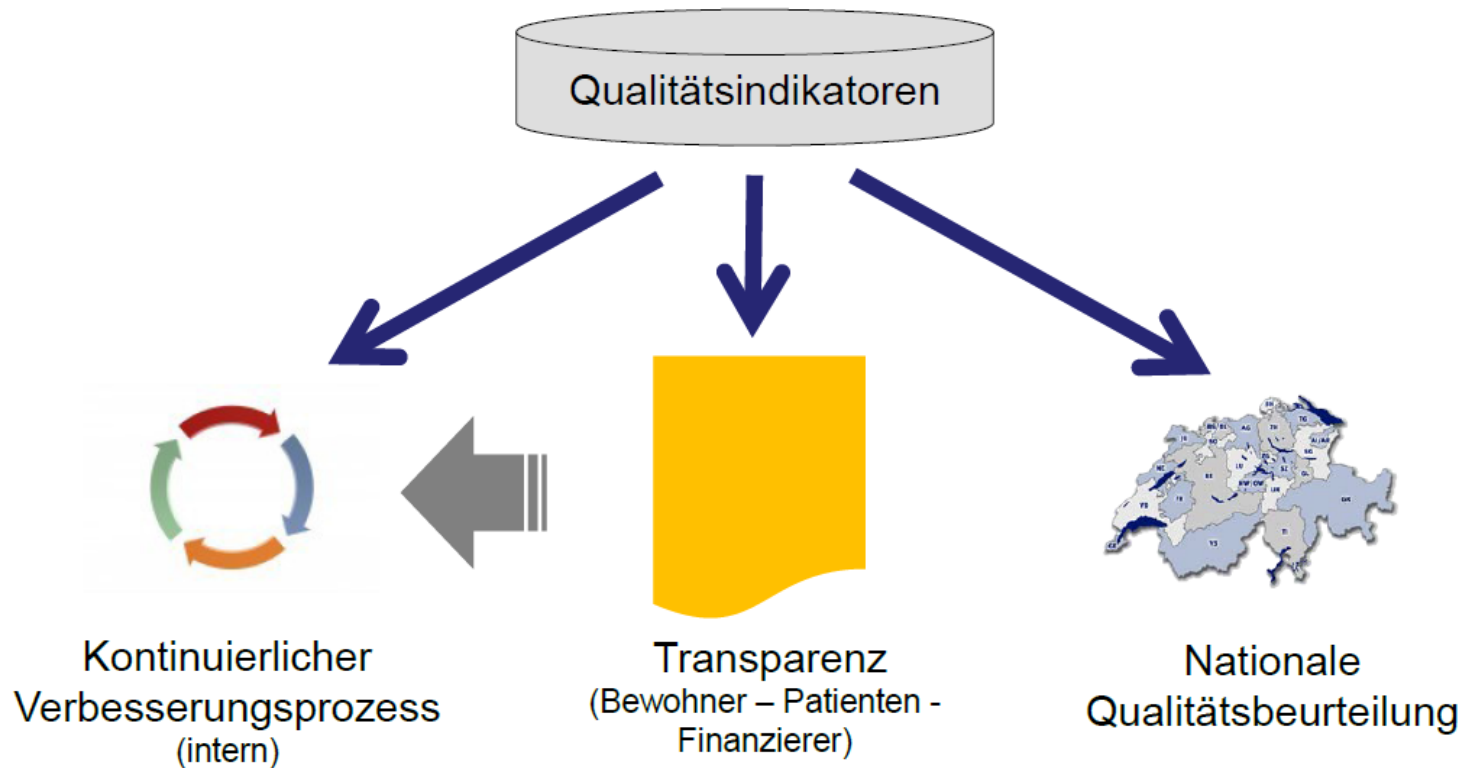
La qualité dans les soins de longue durée – OCDE



4 thèmes mesurés

- Mesures limitant la liberté de mouvement
- Malnutrition (perte de poids)
- Douleurs
- Polymédication

Buts des indicateurs de qualité médicaux



Bases de la collecte et de la publication

- Les données sont recueillies dans le cadre des collectes de données déjà planifiées avec les outils d'évaluation existants (RAI-NH, BESA, module complémentaire IQM de Plaisir/Plex)
- Les données collectées seront transmises à l'OFS **probablement via le fournisseur des instruments.**
- Elles seront publiées par l'OFSP (**objectif: Collecte des données à partir de 2019, publication à partir de 2020, forme encore à définir**)

Quels sont les critères pour les indicateurs de bonne qualité?

- Sur la base des définitions convenues
- Faisables
- Généralisables
- Description d'événements clairement identifiables pour les utilisateurs, cliniquement pertinents
- Quantifiables
- Modifiables
- Fiables, valides
- Bonne différenciabilité
- Permettant des comparaisons judicieuses

ETUDES PILOTES

Etude pilote des indicateurs de qualité en deux phases

	Sondage en ligne	Evaluation
Comment	Sondage en ligne auprès des utilisateurs et des responsables de la collecte de données	Analyse des données d'évaluation collectées
Quand	Février – Juin 2017	Juillet 2016 – Septembre 2017
Quoi	<ul style="list-style-type: none"> • Intelligibilité des questions sur la mesure des indicateurs de qualité • Fiabilité des données • Crédibilité des données 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des données • Aptitude des indicateurs à établir des différences entre les EMS • Comparabilité Ajustements des risques
Combien	303 personnes dans 127 des 155 établissements pilotes sollicités	Données de 11'412 résident(e)s dans 152 établissements pilotes

Condition de participation: dernière version du RAI-NH, BESA introduite, pour la mesure des indicateurs de qualité resp. disposition à travailler avec un module complémentaire Plaisir/Plex

Eléments du sondage en ligne

- Etude de cas – fiabilité des résultats
- Intelligibilité des questions
- Précédente utilisation et avantages escomptés de l'indicateur

Sondage en ligne, exemple: malnutrition - Etude de cas

Merci de lire l'exemple concret ci-après puis de répondre aux questions en fonction de votre propre quotidien.

Le protocole de Monsieur Vincent comporte les indications suivantes concernant son poids (mesure mensuelle à chaque fois un jeudi matin) :

26.05.2016	28.7.2016	29.09.2016	27.10.2016	01.12.2016
74.0 kg	72.4 kg	67.5 kg	67.0 kg	64.0 kg

Comment évaluez-vous la perte de poids de Monsieur Vincent au 1er décembre 2016 ?

Perte de poids de 5% ou plus dans les 30 derniers jours, ou de 10 % ou plus dans les 180 derniers jours *

0. NON 1. OUI

Réponse correcte («oui»): 89,9%
(BESA: 93,9%, Plaisir/Plex: 87,8%, RAI-NH: 88,0%)

Sondage en ligne, exemple: malnutrition - Intelligibilité

Question sur le changement de poids	Total %(n)
Je comprends exactement ce que la question signifie (n=295)	94,2 (278)
Je n'ai aucune difficulté à répondre à la question (n=292)	80,1 (234)
Nous avons souvent des discussions dans l'équipe / entre collègues, parce que nous ne sommes pas sûrs de savoir comment répondre à cette question (n=275)	33,8 (93)
Je suis sûr que mes réponses à cette question reflètent correctement la situation des résident(e)s (n=287)	81,9 (235)

Réponses sous «d'accord» ou «entièrement d'accord» par rapport à toutes les réponses

Sondage en ligne, exemple malnutrition - avantages

Evaluation de l'indicateur de qualité	Total %(n)
L'indicateur nous permettra d'effectuer une bonne comparaison de qualité avec d'autres établissements (n=250)	63,2 (158)
L'indicateur nous aidera à surveiller la qualité et les éventuelles mesures d'amélioration (n=267)	83,5 (223)
Nous utilisons déjà des données de l'indicateur «malnutrition» pour le benchmarking et/ou les processus d'amélioration de la qualité (n=226)	58,8 (133)

Réponses sous «d'accord» ou «entièrement d'accord» par rapport à toutes les réponses

Sondage en ligne – Réponse aux étude de cas

Évaluation correcte des études de cas structurées par indicateur de qualité	Total %(n)	BESA %(n)	Plaisir/ Plex %(n)	RAI-NH %(n)
Mesures limitant la liberté de mouvement (fixation du tronc, quotidiennement - uniquement pendant la journée) (n=297)	79,5 (236)	72,7 (72)	92,7 (38)	80,3 (126)
Perte de poids (n=298)	89,9 (268)	93,9 (93)	87,8 (36)	88,0 (139)
Auto-évaluation de la douleur (fréquence et intensité) (n=298)	93,6 (279)	92,9 (92)	85,4 (35)	96,2 (152)
Evaluation de la douleur par des tiers (fréquence et intensité) (n=297)	48,1 (143)	51,5 (51)	14,6 (6)	54,8 (86)
Polymédication (9 substances actives et plus) (n=249)	89,6 (223)	85,9 (73)	82,1 (23)	93,4 (127)

MALNUTRITION

Contexte de la malnutrition

- La malnutrition se définit comme un manque de protéines et de nutriments spécifiques, et la perte de poids en est un symptôme.
- Risque accru de malnutrition chez les personnes âgées, en particulier après l'entrée dans un EMS.
- Modification de l'apport alimentaire et de la biodisponibilité des nutriments chez les personnes âgées, capacité réduite à répondre au stress métabolique dans la maladie.
- Réduction des besoins énergétiques chez les personnes âgées, les besoins en nutriments restent les mêmes ou ont en partie augmentés.
- La mesure de la perte de poids favorise la détection et le traitement de la malnutrition.
- La perte de poids a dans les EMS suisses une prévalence de 5% à 34%.

Cf. également la fiche technique de Curaviva sur le thème de la malnutrition:
https://www.curaviva.ch/files/16MPTQO/qi_fiche_technique_malnutrition.pdf

Conséquences de la malnutrition

- Augmentation de la morbidité et de la mortalité
- Augmentation du risque d'hospitalisation, taux de complications plus élevé, allongement des durées d'hospitalisation
- Faiblesse et fragilité croissantes, capacité fonctionnelle réduite, capacité à effectuer des activités réduite, diminution de la capacité de réhabilitation et de la qualité de vie
- Augmentation des risques d'infections nosocomiales, de chutes, de fractures, d'escarres, ainsi qu'une aggravation des maladies chroniques, un rétablissement plus lent, une guérison des plaies plus lente et des infections qui perdurent
- Carences en vitamines et minéraux
- Augmentation des coûts de santé

Indicateur de qualité et critères d'exclusion

- Pourcentage de résident(e)s avec une perte de poids de 5% ou plus au cours des 30 derniers jours ou de 10% ou plus au cours des 80 derniers jours

Critères d'exclusion:

- Résident(e)s avec une espérance de vie de moins de 6 semaines
- Résident(e)s évalués à leur entrée

Sondage en ligne – réponses libres

- Difficulté avec une question comprenant deux périodes et deux pourcentages
 - La réponse à la question sur l'espérance de vie demande beaucoup de soutien de la part de la direction
 - Surmenage par le calcul en pourcentage, une estimation est effectuée
- Besoin d'un calcul automatique
- Que faire si les mesures de poids ne sont pas exactement espacées de 180 jours?
 - La fiabilité des mesures de poids uniformes est mise en doute
 - Comparabilité des établissements?

De quoi faut-il tenir compte lors des mesures?

L'indicateur est vérifié à l'aide de deux critères:

- Perte de poids de 5% et plus au cours des 30 derniers jours
- Perte de poids de 10% et plus au cours des 180 derniers jours

L'indicateur est considéré comme rempli si l'un des deux critères est rempli ou les deux ensemble.

- Mesure à l'aide des indications de poids dans la documentation des résident(e)s
- Mesure de poids: si possible, toujours dans les mêmes conditions, étalonnage de la balance
- Espérance de vie: estimation sur la base de l'évaluation de l'équipe interprofessionnelle, il s'agit d'une estimation et la situation peut changer

Possibilités d'intervention

- Résident(e)s
 - Dépistage de la malnutrition
 - En cas de dépistage positif, évaluation complète dans l'équipe interprofessionnelle.
 - Fixer des objectifs et prendre des mesures (remédier aux causes, environnement alimentaire, modification des repas, enrichissement des aliments, aliments liquides)
- Personnel
 - Formations continues et une éducation régulière, en particulier à la prise en charge de groupes vulnérables (par ex. personnes atteintes de démence ou de déficience visuelle)
- Organisation
 - Instructions de prise en charge
 - Atmosphère pendant les repas
 - Cuisine adaptée aux personnes âgées
 - Disponibilité de compléments alimentaires, d'aides alimentaires, de collations
 - Accès à des conseils nutritionnels, des traitements dentaires
 - Organisation du personnel aux heures de repas

MESURES LIMITANT LA LIBERTÉ DE MOUVEMENT

Contexte

- 27% des résident(e)s des dans les établissements médico-sociaux en Suisse connaissent au moins une forme de mesure limitant la liberté de mouvement
- Environ 20% ont des barrières de lit
- 1.1%-2.9% ont une fixation du tronc
- 1.8%-3.2% ont un siège qui ne permet pas de se lever
- Raisons les plus fréquentes indiquées pour les mesures:
 - réduction du risque de chute
 - comportements difficiles

Cf. également la fiche technique de Curaviva relative aux mesures limitant la liberté de mouvement:
https://www.curaviva.ch/files/F26K42G/qi_fiche_technique_mesures_limitant_la_liberte_de_mouvement.pdf

Conséquences de l'utilisation des mesures limitant la liberté de mouvement pour les résident(e)s

- Diminution de la qualité de vie, atteinte à la dignité et à l'auto-efficacité, sentiment d'être enfermé
- Détérioration de l'état physique (par ex. diminution de la force musculaire) et psychologique (par ex. dépression)
- Dépendance accrue dans les activités de la vie quotidienne
- Perte d'appétit
- Diminution des fonctions cognitives
- Augmentation des comportements agressifs
- Augmentation de l'isolement social
- Augmentation possible des chutes, des blessures, des escarres, de l'incontinence et des décès
- L'utilisation incorrecte de ces dispositifs ou l'utilisation de dispositifs inappropriés peut avoir des répercussions néfastes et parfois fatales pour les résident(e)s

Indicateurs de qualité et critères d'exclusion

- Pourcentage de résident(e)s avec **fixation quotidienne du tronc ou un siège ne permettant pas de se lever de façon autonome** au cours des sept derniers jours
- Pourcentage de résident(e)s avec utilisation quotidienne de **barrières de lit** ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résident(e)s de quitter leur lit de manière autonome au cours des sept derniers jours.

Critère d'exclusion:

- les résident(e)s pour lesquels les mesures limitant la liberté de mouvement ont été appliquées **sur demande** ou avec l'accord du résident sont exclus du calcul.

Sondage en ligne – réponses libres

⇒ Les indicateurs sont mesurés à l'aide de trois questions: type de mesure limitant la liberté de mouvement, fréquence, contexte

Commentaires sur les questions:

- Type de mesures limitant la liberté de mouvement: Distinction difficile entre la fixation du tronc et les sièges ne permettant pas de se lever
- Echelle A (fréquence): pas de problème pour répondre, trop d'options de réponse
- Echelle C (contexte de la limitation): difficile à apprécier, les documents ne sont pas toujours tous accessibles, donne souvent lieu à des discussions

Type – barrières de lit



Installations sur tous les côtés ouverts du lit et sur toute la longueur du matelas, de manière à empêcher les résident(e)s de quitter leur lit de manière autonome

Type – siège ne permettant pas de se lever de manière autonome



- Siège incliné vers l'arrière
- Siège profond et mou
- Fauteuil roulant avec table
- Position assise bloquée par une table

Condition: le résident ne peut pas se libérer de manière autonome de la position



Type – fixation du tronc

- Ceinture au tronc
- Gilet de sécurité
- Couverture spéciale



Fréquence et contexte de l'application

- Fréquence:
Pour le calcul des indicateurs de qualité, il est nécessaire de distinguer si la mesure est utilisée quotidiennement ou non.

- Contexte:
sont inclus les résident(e)s qui ne sont pas capables de jugement ou dont le contexte n'a pas encore été clarifié

Possibilités d'intervention

- Evaluation individuelle de la situation des résident(e)s
 - Prévention des chutes, discussion de la prise de risque acceptable en équipe et avec les proches du résident
 - Identification interprofessionnelle des causes de comportements difficiles (par ex. causes médicales, besoins physiologiques et psychosociaux, environnement physique et social) et, si possible, remédiation
- Personnel de soin et d'accompagnement
 - Sensibilisation
 - Discussion des cas, recours à des spécialistes de soins
- Organisation
 - Développer une attitude de base commune
 - Guide / Instructions de prise en charge
 - Renforcement de la coopération interprofessionnelle
 - Adaptation de l'environnement / programme d'animation
 - Mise à disposition de dispositifs alternatifs (par ex. lit abaissable au sol)

DOULEURS

Contexte des douleurs

- Les résident(e)s ont souvent plusieurs diagnostics qui peuvent être associés des douleurs.
- Les douleurs musculosquelettiques chroniques sont particulièrement fréquentes.
- Il est important d'identifier et saisir les douleurs, ce qui peut être particulièrement difficile pour les résidents ayant des troubles cognitifs.
- Les douleurs non traitées ou insuffisamment traitées sur le long terme peuvent réduire considérablement la qualité de vie des résident(e)s.

- Environ 60% des résidents des EMS suisses souffrent de douleurs.

Cf. également la fiche technique de Curaviva sur le thème de la douleur:
https://www.curaviva.ch/files/DETVYW9/qj_fiche_technique_douleur.pdf

Conséquences de douleurs insuffisamment traitées

- Diminution de la qualité de vie
- Restriction de la mobilité et de l'autonomie
- Augmentation des syndromes dépressifs ou des comportements difficiles, retrait social
- Perte d'appétit

Indicateur de qualité

- **Auto-évaluation:** le pourcentage de résident(e)s ayant fait part de douleurs modérées ou plus fortes au cours des sept derniers jours. Sont comptés soit (a) les douleurs quotidiennes d'intensité modérée à forte, soit (b) les douleurs très fortes, insupportables (quotidiennes ou non).

Critère d'exclusion:

- Les résidents sans réponse valide sont exclus.

Sondage en ligne – réponses libres

- La douleur est une expérience très individuelle, difficile à mesurer. Les résident(e)s ne sont pas tous en mesure de la décrire.
- L'appréciation peut être difficile lorsque l'auto-évaluation est différente de l'évaluation par des tiers.
- Pourquoi est-ce que l'auto-évaluation et l'évaluation par les tiers doivent être remplies?
- Les options de réponse ne sont pas toutes compréhensibles («chaque jour, mais pas continuellement»)
- Besoin d'instruments validés (EVA, EN)

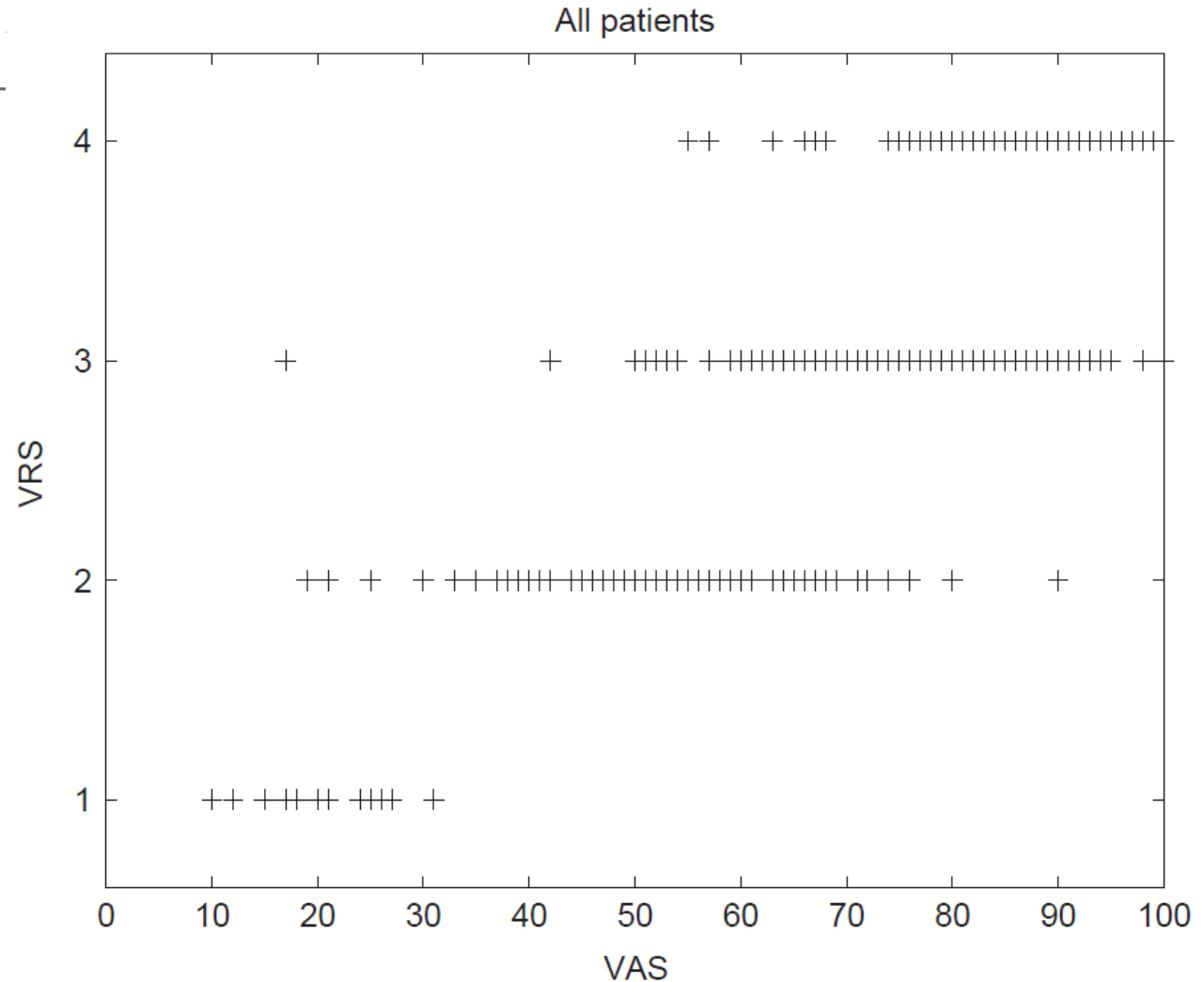
De quoi faut-il tenir compte lors des mesures?

- Les questions sont posées à la fin de la période d'observation.
- Les résident(e)s sont interrogés directement et leurs réponses sont notées.
- Vérifier si le résident/la résidente comprend les questions et si il/elle est en mesure de se souvenir des sept derniers jours.
- Questions avec une échelle verbale (EV), c'est-à-dire avec les options de réponse données par l'instrument (légère, modérée, forte, très forte/insupportable)
- Il n'est pas possible de convertir les valeurs d'une échelle numérique (EN) ou d'une échelle visuelle analogique (EVA) en valeurs d'une échelle verbale (EV).
- Si le résident/la résidente ne peut ou ne veut pas répondre aux questions →, passer à l'évaluation par les tiers.

EV contre EVA

796 patients souffrant de différents types de douleurs ont été invités à évaluer leur douleur actuelle à l'aide des échelles EV et EVA.

Le graphique montre la comparaison des deux mesures par patient(e) → les valeurs d'une échelle ne peuvent pas être converties de manière univoque en valeurs de l'autre échelle



Possibilités d'intervention

- Résident(e)s
 - Dépistage, consultation des proches au besoin
 - Evaluation détaillée de la douleur avec clarification des facteurs d'influence bio-psycho-sociaux et spirituels
 - Enregistrement standardisé et continu de la douleur, vérification des mesures
 - Approche multidimensionnelle dans le traitement de la douleur
- Personnel
 - Formations continue et complémentaires: Evaluation et traitement de la douleur, renforcement de l'application de soins centrés sur la personne
 - Discussions de cas
- Organisation
 - Guide et Instruments standardisés de saisie pour l'auto-évaluation et l'évaluation par des tiers de la douleur
 - Renforcement de la coopération interprofessionnelle
 - Extension de l'offre de mesures non médicamenteuses

POLYMÉDICATION

Contexte de la polymédication

- En suisse, entre 21% et 40% des résident(e)s en EMS prennent 9 médicaments et plus, 11% prenant plus de 15 médicaments.



Cf. également la fiche technique de Curaviva relative à polymédication:
https://www.curaviva.ch/files/ICS8PC1/qi_fiche_technique_polymedication.pdf

Conséquences de la polymédication

- Administration de médicaments potentiellement inadéquats
- Réactions indésirables aux médicaments
- Interactions entre médicaments
- Adhésion médicamenteuse réduite
- Augmentation des hospitalisations et des admissions aux urgences
- Risque accru de chutes, de malnutrition, d'incontinence, de délire, capacité fonctionnelle réduite
- Diminution de la qualité de vie
- Mortalité accrue
- Augmentation du risque d'erreurs de médication (par ex. lors de la prescription, de la préparation et de l'administration des médicaments)
- Augmentation des coûts liés aux médicaments

Indicateur de qualité et critères d'exclusion

- Le pourcentage de résident(e)s ayant pris neuf substances actives ou plus au cours des sept derniers jours.

- Critères d'exclusion: aucun

Sondage en ligne - étude de cas

Nombre de substances actives	Total¹ %(n)	BESA %(n)	Plaisir/Plex %(n)	RAI-NH %(n)
Comptage correct du nombre de substances actives prises au cours des sept derniers jours (n=249)	8,8 (22)	4,7 (4)	0,0 (0)	13,2 (18)
Résultat correct pour l'indicateur de qualité (9 substances actives et plus)	89,6 (223)	85,9 (73)	82,1 (23)	93,4 (127)

Les comptages erronés les plus courants: Excipial U Lipolotio Lotion (valeur 0), préparations vitaminiques (valeur 1), onguent Bepanthen (valeur 1)

Sondage en ligne – qui remplit comment?

	Total %(n)
Réponses aux questions sur la médication (n _{EMS} =123)	
Soins	78,9 (97)
Soins et médecin	13,8 (17)
Médecin	4,1 (5)
Autres	3,2 (4)
Saisie des substances actives (n _{EMS} =109)	
Manuellement à l'aide de compendium.ch	61,5 (67)
Manuellement à l'aide de la liste LTC-ASC	28,5 (31)
Evaluation automatique du système électronique à l'aide du hospIndex / careIndex enregistré dans le système.	11,9 (13)
Le nombre de substances actives est indiqué par le système après la saisie du nom du médicament	26,6 (29)
Le nombre de substances actives est spécifié dans le système, mais doit être contrôlé et complété	21,1 (23)
Autres	23,9 (26)

Sondage en ligne – réponses libres

- Difficultés dans la classification des complexes vitaminiques, des lotions, des onguents, des vaccins, des produits naturels
- Différenciation entre excipients et substances actives
- Les médicaments de réserve sont oubliés
- Grande dépense de temps - les médicaments sont au lieu des substances actives

- Pertinence remise en question en raison des grandes difficultés des soignants à répondre aux questions
- Nécessité d'un calcul automatique
- Plus d'explications dans le manuel

- Aborder le thème représente un défi: collaboration avec des médecins

De quoi faut-il tenir compte lors des mesures?

- Les substances actives sont comptées, pas le nombre de médicaments
- Le nombre de substances actives administrées, pas le nombre d'administrations
- Comptage indépendamment du mode d'administration
- Y compris les médicaments de réserve administrés pendant la période étudiée et les médicaments en dépôt qui agissent pendant la période étudiée
- Pour aucun médicament, plus de deux substances actives ne sont comptées
- Par exemple, les produits de désinfection et de soin de la peau ne sont pas comptés

- Base: règles de ltc-asc (long-term care – active substance count), enregistrées dans les bases de données INDEX
(https://www.hcisolutions.ch/hciAssets/bin/fr/benutzerhandbuecher/benutzerhandbuch_ltc-asc_careindex_fr.pdf)

Possibilités d'intervention

- Au niveau du résident/de la résidente
 - Planification de thérapie structurée
 - Clarification des préférences et des objectifs de traitement, planification anticipée
 - Priorisation de la fonctionnalité et qualité de vie
 - Examen des médicaments
- Personnel
 - Formation continue sur la pharmacothérapie, y compris sur l'examen des médicaments
 - Discussion commune de la situation des résidents au sein de l'équipe interprofessionnelle
- Organisation
 - Définition de processus d'examen de la médication après un transfert à l'hôpital
 - Harmonisation des ordonnances par différents médecins impliqués pour les mêmes résident(e)s
 - Documentation électronique des médicaments

EVALUATION DES DONNÉES

Etude pilote des indicateurs en deux phases

	Sondage en ligne	Evaluation
Quand	Février – Juin 2017	Juillet 2016 – Septembre 2017
Quoi	<ul style="list-style-type: none"> • Intelligibilité des questions sur la mesure des indicateurs de qualité • Fiabilité des données • Crédibilité des données 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des données • Aptitude des indicateurs à établir des différences entre les EMS • Comparabilité Ajustements des risques
Comment	Sondage en ligne auprès des utilisateurs et des responsables de la collecte de données	Analyse des données d'évaluation collectées
Combien	303 personnes dans 127 des 155 établissements pilotes sollicités	Données de 11'412 résident(e)s dans 152 établissements

Condition de participation: dernière version du RAI-NH, BESA introduite, pour la mesure des indicateurs de qualité resp. disposition à travailler avec un module complémentaire Plaisir/Plex

Données d'évaluation – établissements et résident(e)s impliqués

	Tous	BESA	Plaisir/Plex	RAI-NH
Tous les EMS	152	50	46	56
Nombre de lits de longue durée MW(SA)	102,3 (51,2)	90,6 (42,6)	97,2 (60,5)	113,7 (47,5)
Nombre de résident(e)s (%)	11'412 (100,0)	3'335 (29,2)	3'176 (27,8)	4'901 (42,9)

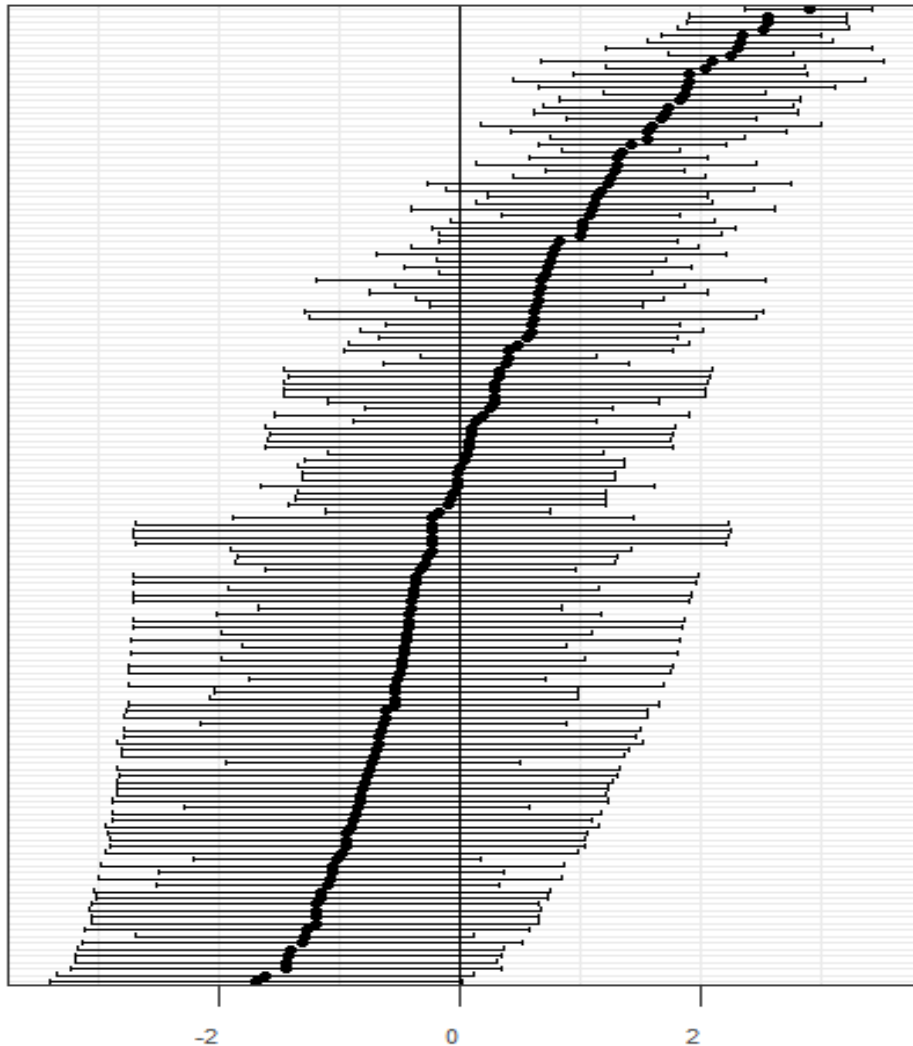
Quels sont les critères d'exclusion?

- Les résident(e)s qui répondent aux critères spécifiés ne sont pas inclus dans les calculs.
- Exemples:
 - Malnutrition: évaluation à l'entrée, espérance de vie de moins de 6 semaines
 - Mesures limitant la liberté de mouvement: application sur demande

Qu'est-ce que l'ajustement des risques?

- Les différences entre les valeurs mesurées ont différentes raisons:
 - différences spécifiques aux établissements (par ex. taille, spécialités, Casemix)
 - différences spécifiques aux résident(e) (par ex. capacités cognitives, dépendance aux soins)
 - différences dues au hasard
 - différences de qualité réelles
- Ajustement des risques: prise en compte des facteurs connus qui influencent les différences dans le calcul des indicateurs de qualité.
- Les résultats sont plus comparables, car les différences observées dans les chiffres clés des EMS tendent à refléter les différences réelles de qualité.

Y a-t-il des différences entre les EMS?



Empirical Bayes Schätzung

- Ligne 0: valeur moyenne pour tous les EMS centrée sur 0
- Chaque ligne représente un EMS
- Le point en gras par ligne est la valeur par EMS
- La ligne à gauche et à droite indique un intervalle de confiance à 95%
- Si l'intervalle de confiance à 95% ne chevauche pas la ligne 0, ceci signifie que cet EMS s'écarte considérablement des autres EMS
- Écart dans la plage négative: l'indicateur de qualité est inférieur à la valeur moyenne pour tous les EMS
- Écart dans la plage positive: l'indicateur de qualité est supérieur à la valeur moyenne pour tous les EMS

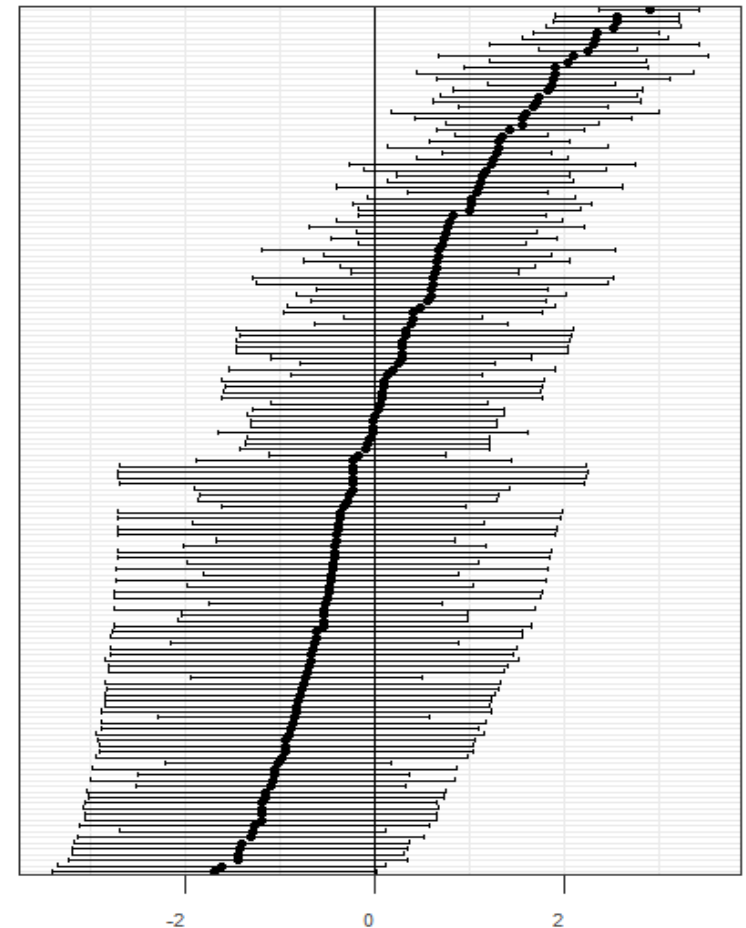
Mesures limitant la liberté de mouvement (MLLM) – siège ne permettant pas de se lever / fixation du tronc

Critères d'exclusion:

- Utilisation à la demande des résident(e)s

Ajustement des risques:

- Ensemble de base: durée du séjour, sexe, âge, CPS, catégorie de soins
- N après l'exclusion: 11'348 résident(e)s
- Nombre de résident(e)s concernés: 411 (3,6%)
- Dispersion sur les EMS: 0,0% - 37,6%
- Pourcentage des EMS avec 0 cas: 40,8%



Empirical Bayes Schätzung

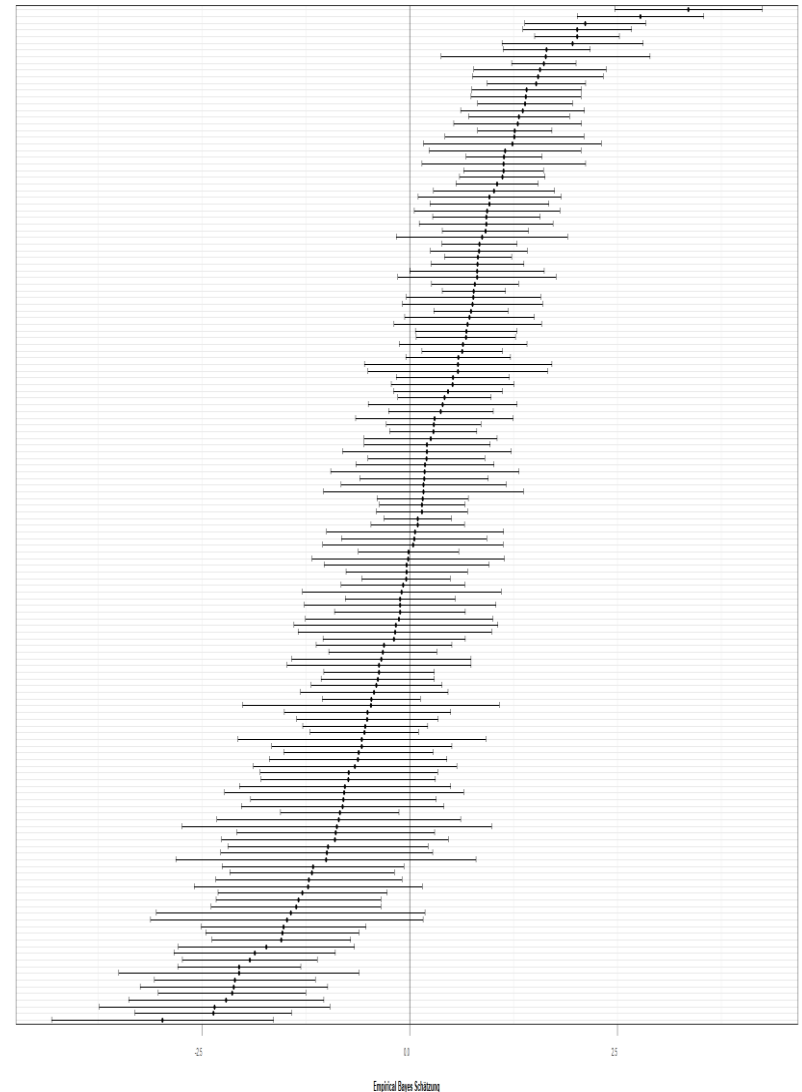
Barrières de lit

Critères d'exclusion:

- Utilisation à la demande des résident(e)s

Ajustement des risques:

- Ensemble de base: durée du séjour, sexe, âge, CPS, catégorie de soins
- N après l'exclusion: 10'779 résident(e)s
- Nombre de résident(e)s concernés: 1'433 (13,5%)
- Dispersion sur les EMS: 0,0% – 48,4%
- Pourcentage des EMS avec 0 cas: 6,6%



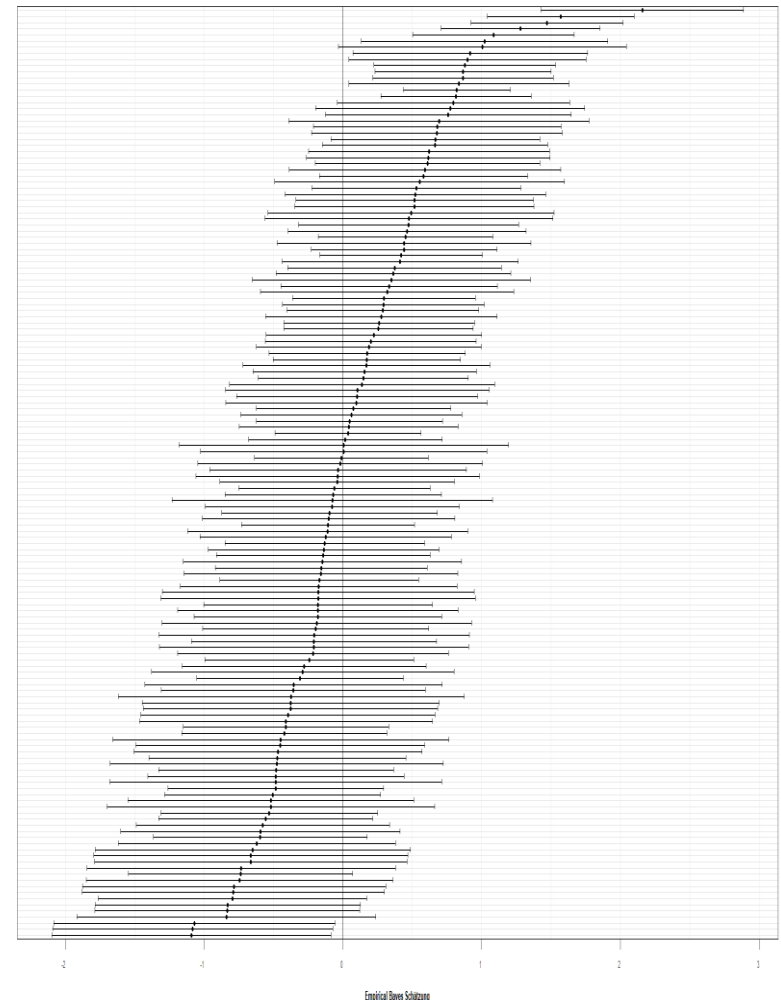
Malnutrition (perte de poids)

Critères d'exclusion:

- Evaluation à l'entrée
- Espérance de vie de moins de 6 semaines

Ajustement des risques:

- Ensemble de base: durée du séjour, sexe, âge, CPS, catégorie de soins
- N après l'exclusion: 10'059 résident(e)s
- Nombre de résident(e)s concernés: 731 (7,3%)
- Dispersion sur les EMS: 0,0% – 46,4%
- Pourcentage des EMS avec 0 cas: 10,5%



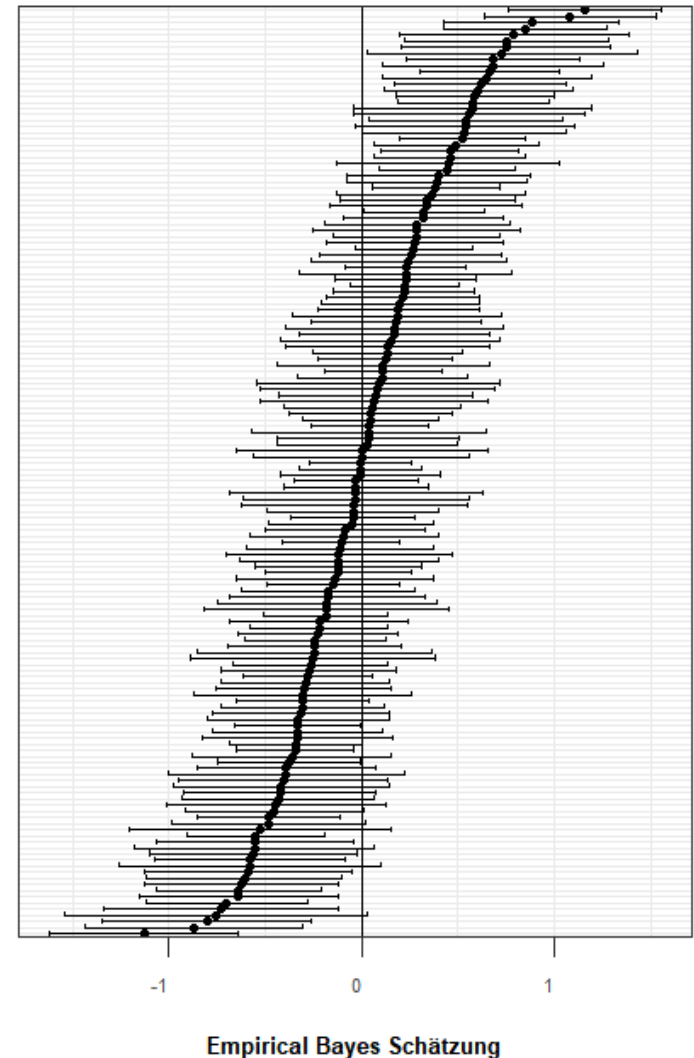
Polymédication

Critères d'exclusion:

- Aucun

Ajustement des risques:

- Ensemble de base: durée du séjour, sexe, âge, CPS, catégorie de soins
- N après l'exclusion: 11'412 résident(e)s
- Nombre de résident(e)s concernés: 4,944 (43,3%)
- Dispersion sur les EMS: 0,0% – 73,7%
- Pourcentage des EMS avec 0 cas: 0,7%



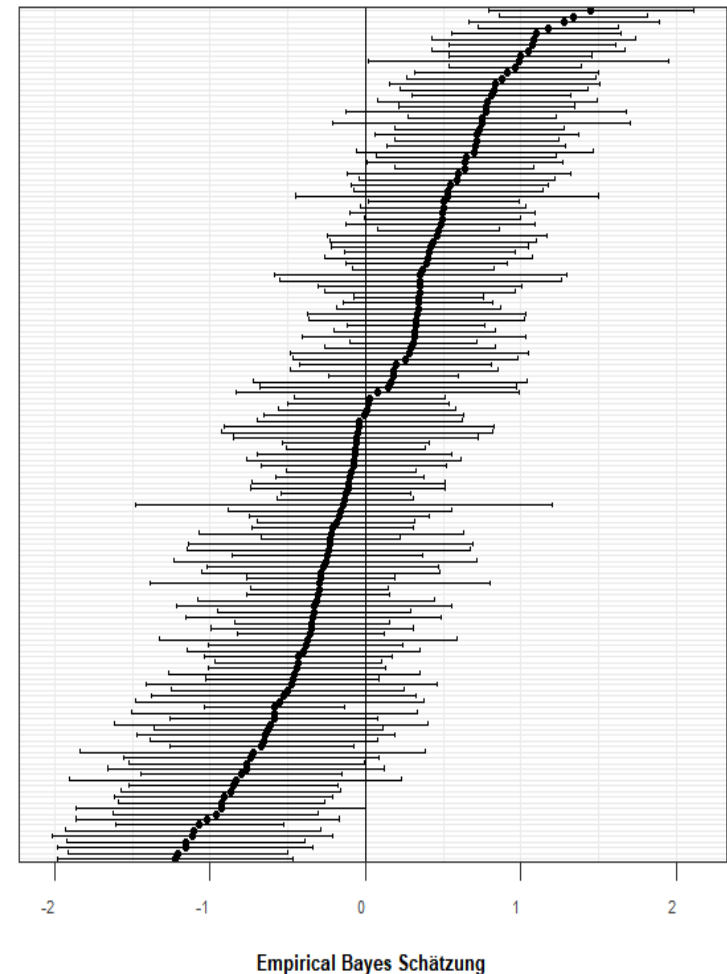
Douleurs: auto-évaluation

Critères d'exclusion:

- Pas d'auto-évaluation valide

Ajustement des risques:

- Ensemble de base: durée du séjour, sexe, âge, CPS, catégorie de soins
- N après l'exclusion: 9'887 résident(e)s
- Nombre de résident(e)s concernés: 1817 (18,4%)
- Dispersion sur les EMS: 0,0% – 60,0%
- Pourcentage des EMS avec 0 cas: 1,3%



Existe-t-il d'autres processus de soins derrière les indicateurs de qualité?

- Perte de poids (% résident(e)s):
 - Les établissements avec des valeurs basses ont en effet moins de résident(e)s souffrant d'une perte de poids et le personnel encourage souvent verbalement les patients(s) à manger et à boire pendant les repas, offre plus de contact social, en particulier parmi les résident(e)s qui présentent un risque élevé de perte de poids.
- Mesures limitant la liberté de mouvement (MLLM):
 - Les établissements avec des valeurs plus élevées appliquent plus de MLLM lorsque les résident(e)s sont au lit, mais pas en dehors du lit, et les résident(e)s passent plus de temps au lit, moins de temps dans la salle à manger et reçoivent moins de soutien pendant les repas.
 - Aucune différence dans l'évaluation des problèmes d'équilibre et de marche.
- Douleur:
 - la prévalence de la douleur est correctement représentée
 - Les établissements avec des valeurs de prévalence plus élevées possèdent de meilleurs processus d'évaluation et de traitement des douleurs

MANIPULATION DES DONNÉES

Bases

- Les indicateurs nationaux de qualité ne permettent pas d'évaluer la qualité globale d'un EMS!
- Ils ne qualifient que les thèmes spécialisés mesurés.
- Il est toujours important d'analyser avec soin comment un chiffre clé est obtenu et comment il peut être interprété.

Cf. également la fiche technique de Curaviva relative à la vue d'ensemble des indicateurs de qualité: https://www.curaviva.ch/files/B47QOV8/qi_fiche_technique_vue_densemble.pdf

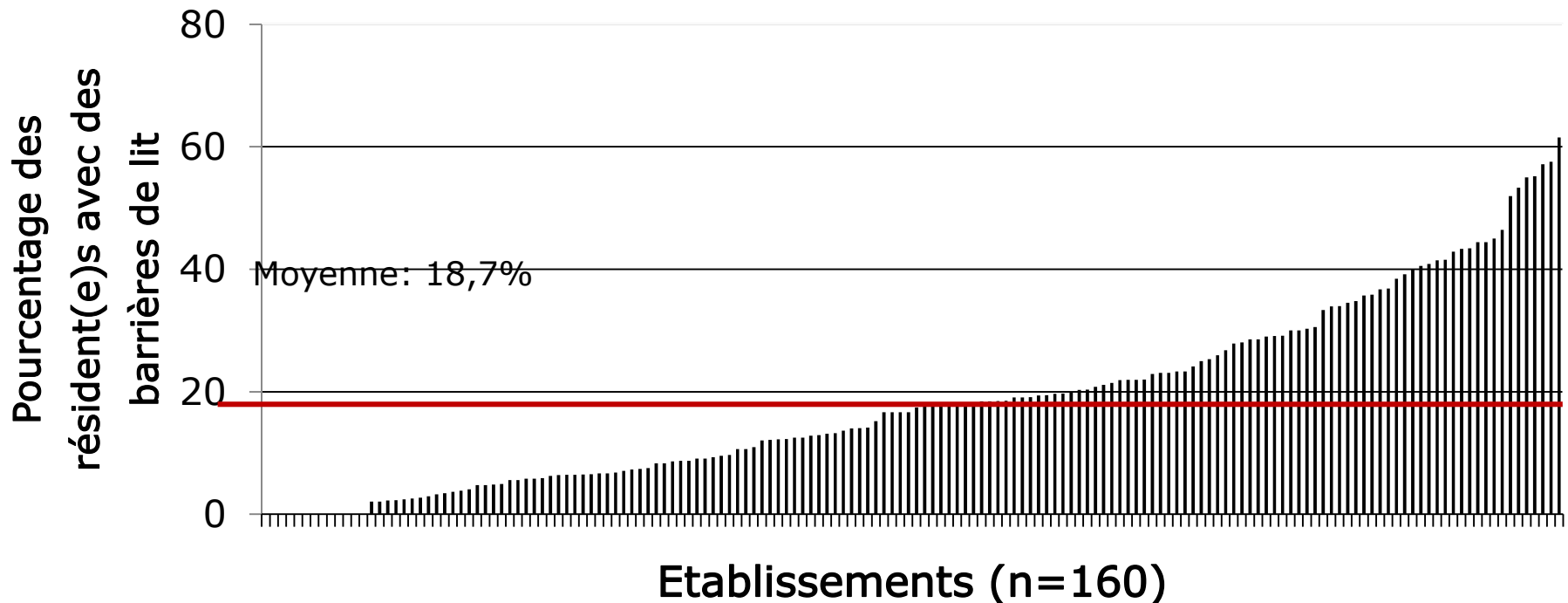
Intégration des indicateurs nationaux de qualité dans la gestion interne de la qualité

1. Clarification des objectifs
Comment sont intégrés les indicateurs nationaux de qualité dans les objectifs de l'EMS?
2. Clarification des concepts
Est-ce que le personnel comprend comment ces indicateurs sont intégrés dans la mesure de la qualité générale de l'EMS, ce qui peut en être déduit et quelles conclusions peuvent être tirées des résultats?
3. Définition d'un concept de mesure
Utilisation d'un benchmarking? Comparaison interne?

Sondage en ligne – avantages pour le benchmarking

L'indicateur nous permettra d'effectuer une bonne comparaison de qualité avec d'autres établissements	Total ¹ %(n)	BESA ¹ %(n)	Plaisir/Plex ¹ %(n)	RAI-NH ¹ %(n)
Mesures limitant la liberté de mouvement (n=260) ²	79,2 (206)	81,6 (71)	61,8 (21)	82,0 (114)
Perte de poids (n=250) ²	63,2 (158)	69,9 (58)	38,2 (13)	65,4 (87)
Douleur (auto-évaluation et évaluation par des tiers) (n=245) ²	73,9 (181)	78,9 (60)	52,9 (18)	76,3 (103)
Polymédication (n=205) ²	72,7 (149)	72,3 (47)	50,0 (12)	77,6 (90)

Avantages des IQ pour les EMS – benchmarking



Pourcentage des résident(e)s d'un établissement de soins avec des barrières de lit, au moins deux au cours des sept derniers jours, pas sur demande des résident(e) (n = 160 établissements)

Sondage en ligne – utilisation interne actuelle

Nous utilisons déjà des données de l'indicateur pour le benchmarking et/ou les processus d'amélioration de la qualité	Total¹ %(n)	BESA %(n)	Plaisir/Plex %(n)	RAI-NH %(n)
Mesures limitant la liberté de mouvement (n=227)	65,2 (148)	35,1 (26)	72,2 (26)	82,1 (96)
Perte de poids (n=226)	58,8 (133)	32,4 (23)	79,5 (31)	68,1 (79)
Douleur (auto-évaluation et évaluation par des tiers) (n=223)	70,4 (157)	47,8 (33)	88,6 (31)	78,2 (93)
Polymédication (n=179)	58,7 (105)	30,5 (18)	52,2 (12)	77,3 (75)

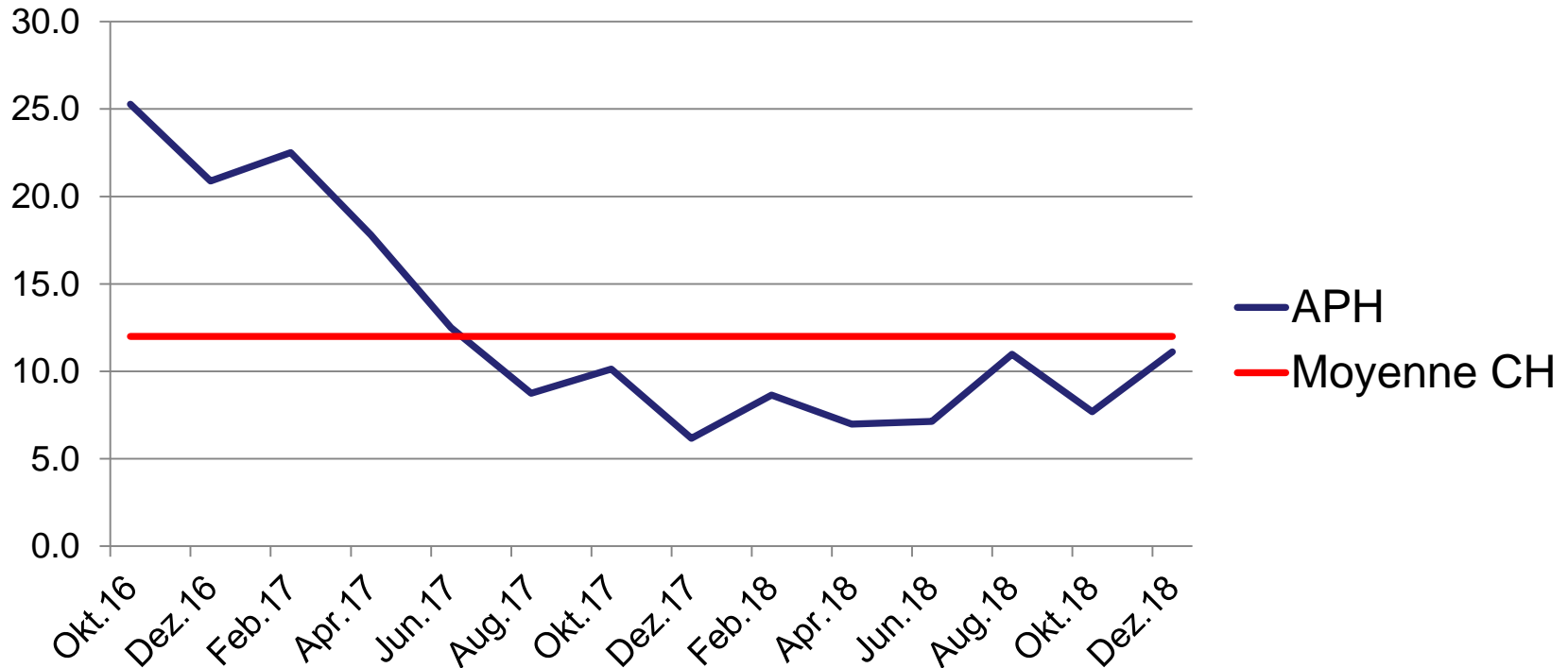
Réponses sous «d'accord» ou «entièrement d'accord» par rapport à toutes les réponses

Sondage en ligne – avantages pour le monitoring interne

L'indicateur nous aidera à surveiller la qualité et les éventuelles mesures d'amélioration	Total ¹ %(n)	BESA ¹ %(n)	Plaisir/Plex ¹ %(n)	RAI-NH ¹ %(n)
Mesures limitant la liberté de mouvement (n=268) ²	88,1 (236)	88,8 (79)	72,2 (26)	91,6 (131)
Perte de poids (n=267)	83,5 (223)	84,1 (74)	73,7 (28)	85,8 (121)
Douleur (auto-évaluation et évaluation par des tiers) (n=260) ²	90,8 (236)	92,8 (77)	84,2 (32)	91,4 (127)
Polymédication (n=207) ²	78,3 (162)	73,4 (47)	61,5 (16)	84,6 (99)

Réponses sous «d'accord» ou «entièrement d'accord» par rapport à toutes les réponses

Avantages des IQ pour les EMS – contrôle interne de la qualité



Projet interne d'amélioration de la qualité dans le domaine de la gestion des douleurs avec surveillance de l'indicateur de qualité (pourcentage de résident(e)s souffrant de douleurs sévères, auto-évaluation)

Utilisation interne

- Surveillance des thèmes clés
- Collecte régulière, trimestrielle des données
- Contrôler si les objectifs fixés sont atteints, si des améliorations sont réalisées et maintenues ou si d'autres actions sont nécessaires
- Evaluation au niveau de l'établissement Au niveau de l'unité?
- Pas d'unités trop petites (au moins dix lits)

Intégration des indicateurs nationaux de qualité dans la gestion interne de la qualité

4. Assurer des mesures uniformes
Formation, retours au personnel
Tenir compte des manuels / instructions
5. Planifier et effectuer la collecte des données
Qui est en charge de l'extraction des données du système?
6. Analyser et interpréter les données
Qui effectue l'analyse, qui reçoit les résultats?
7. Décider des mesures nécessaires et les mettre en œuvre, assurer la durabilité

Bibliographie

- Cadogan, M. P., Schnelle, J. F., Yamamoto-Mitani, N., Cabrera, G., & Simmons, S. F. (2004). A minimum data set prevalence of pain quality indicator: Is it accurate and does it reflect differences in care processes? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(3), 281-285.
- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., . . . Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>
- Kliger, M., Stahl, S., Haddad, M., Suzan, E., Adler, R., & Eisenberg, E. (2014). Measuring the Intensity of Chronic Pain: Are the Visual Analogue Scale and the Verbal Rating Scale Interchangeable? *Pain Practice*, n/a-n/a. doi:10.1111/papr.12216
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530. doi: 10.1093/intqhc/mzg081
- PROGRESS. (2010). Verbesserungen messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_GERMAN.pdf
- Schnelle, J. F., Bates-Jensen, B. M., Levy-Storms, L., Grbic, V., Yoshii, J., Cadogan, M., & Simmons, S. F. (2004). The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: Does it reflect differences in care? *Gerontologist*, 44(2), 245-255.
- Simmons, S. F., Garcia, E. T., Cadogan, M. P., Al-Samarrai, N. R., Levy-Storms, L. F., Osterweil, D., & Schnelle, J. F. (2003). The minimum data set weight-loss quality indicator: does it reflect differences in care processes related to weight loss? *J Am Geriatr Soc*, 51(10), 1410-1418.
- Zúñiga, F., Blatter, C., Wicki, R., & Simon, M. (2018a). *Schlussbericht Online-Erhebung zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeinstitutionen*. Bâle: Institut für Pflegewissenschaft.
- Zúñiga, F., Blatter, C., Sharma, N., & Simon, M. (2018). *Schlussbericht zur Auswertung des Pilots zu den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeinstitutionen. Version 1.2*. Bâle: Institut für Pflegewissenschaft.