



Ospedale Regionale di Locarno La Carità

L'EXPERIENCE DE L'HÔPITAL LA CARITÀ POUR UN DOSSIER CLINIQUE AUX EXIGENCES INTERNATIONALES



Angela Greco, 12 septembre 2008
CALASS 2008 - Bruxelles

1. Objectif 2007



Améliorer l'enregistrement (exhaustivité, rapidité et facilité de lecture) des actes cliniques dans la documentation sanitaire, au bénéfice d'un soin encore plus approprié et sûr

2. Pourquoi un dossier clinique de qualité?

- Il permet aux divers professionnels d'extraire des éléments d'évaluation du patient utiles pour disposer d'un plan de soin approprié
- Amélioration des connaissances scientifiques (valorisation des informations contenues à but de recherche clinique et épidémiologie)
- Information de tiers
- Formation des étudiants
- Mesuration des performances
- Justifier/argumenter les choix pris par les professionnels dans le domaine des évaluations juridiques/légales
- Faire des études rétrospectives pour évaluer la justesse des interventions mises en acte par les professionnels sanitaires

3. Notre référence

- Les standards Joint Commission International



4. Caractéristiques du système de monitoring

1. La Commission de révision dossiers cliniques
2. La méthodologie d'analyse: l'échantillon
3. La méthodologie d'analyse: la grille d'évaluation
4. L'organisation du processus d'évaluation et monitoring
5. Les indicateurs

4.1 La Commission de révision dossiers cliniques

- Composition: commission multiprofessionnelle composée de 13 membres (8 médecins sénior, 3 responsables du service infirmier, la responsable du service qualité et le Directeur de l'Hôpital)
- Fonction: organe de supervision et de coordination pour tous les problèmes relatifs à la documentation clinique
- But: améliorer la compilation des dossiers cliniques par l'intermédiaire du monitoring systématique de ceux-ci

4.2 La méthodologie d'analyse: l'échantillon

- Analyse rétrospective avec échéance quadri-mestrielle sur un échantillon de dossiers cliniques fermés choisi au hasard parmi les patients hospitalisés et ambulatoires des urgences
- Le nombre d'échantillon a été calculé en utilisant la formule suivante:

$$n = \frac{z^2 Npq}{\left[\delta^2 (N-1) + z^2 pq \right]}$$

Où:

N = nombre de population

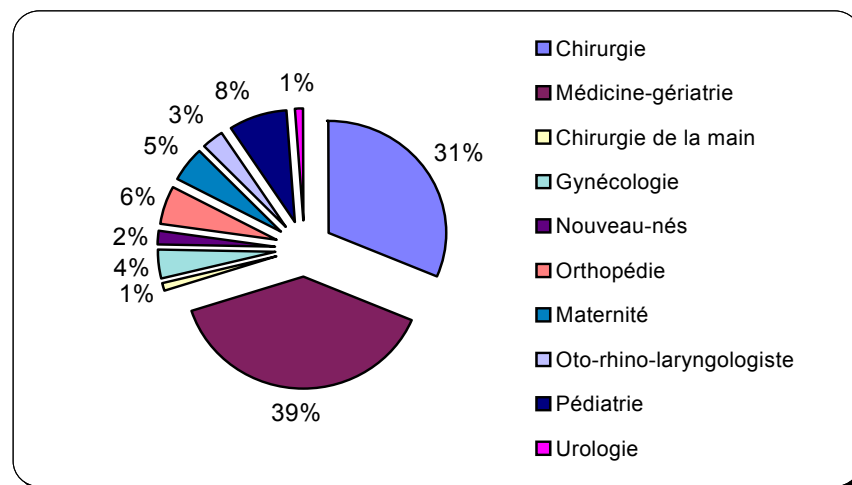
σ = l'erreur admise pour l'estimation du paramètre

Z = 1.96

p = Proportion à estimer dans la population à étudier (dans le cas spécifique 0.5)

q = 1-p

- En tout, d'avril 2007 à juillet 2008 ont été analysés 452 dossiers cliniques de patients hospitalisés et 200 dossiers de patients ambulatoires des urgences

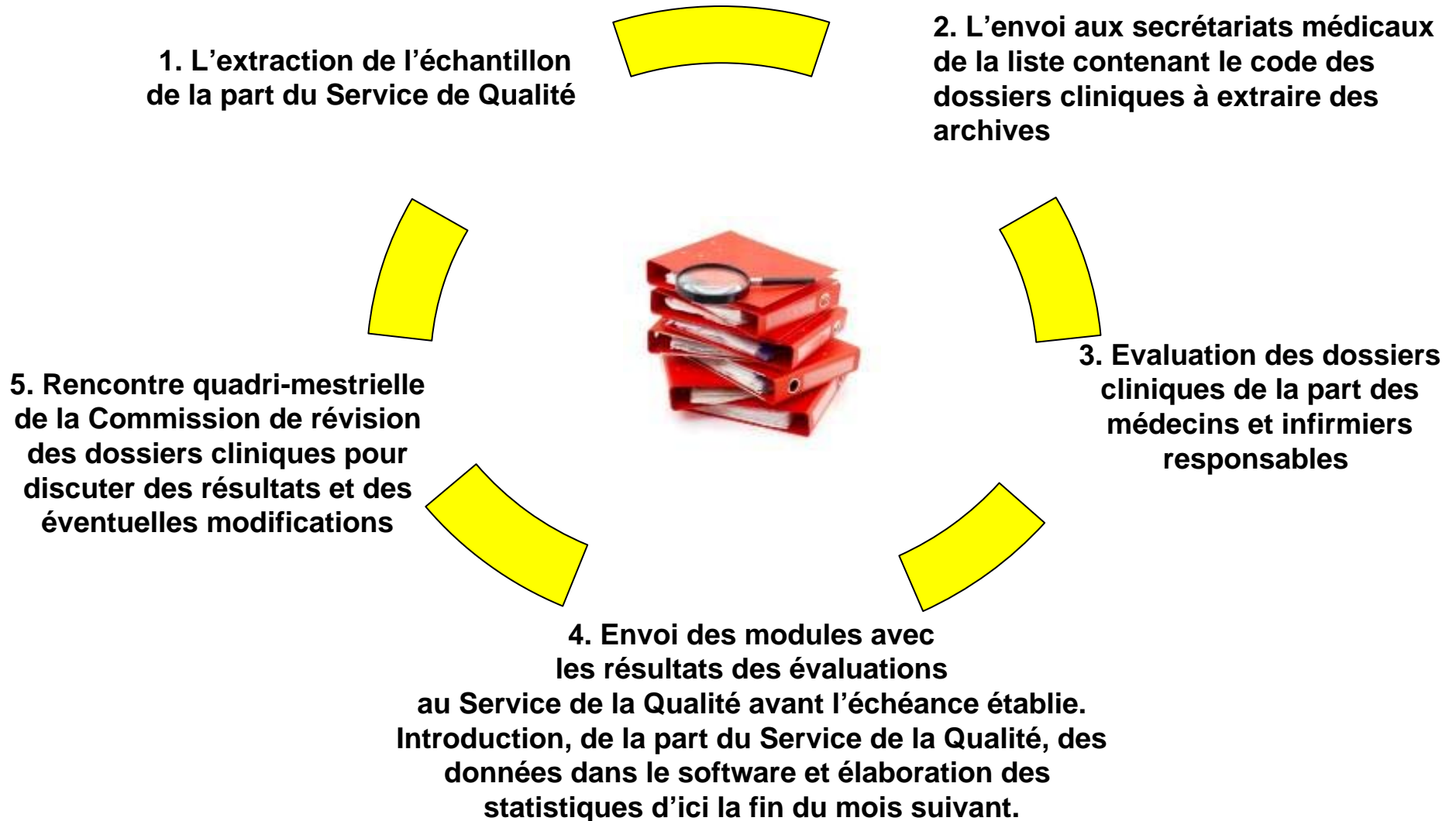


4.3 La méthodologie d'analyse: la grille d'évaluation

Griglia di valutazione della cartella clinica								
ID	Rif.	Requisito minimo (contenuto)	Criteri di valutazione				Note	
			Completezza					Leggibilità
			Completo	Incompleto	Assente	Non previsto		
IN GENERALE								
1	§ 1.1.4	Statistica medica intra-muros, dati infermieristici						
2	§ 1.2.1 MOI 2.1 EM. 1 MOI 2 EM. 2	Dati anagrafici del paziente/Etichetta paziente (verificare presenza identif. su tutti i fogli contenuti nella cartella clinica)						
3		Informazioni importanti per la degenza						
3.1	§ 1.3.2	Nome medico di famiglia e/o medico inviante						
3.2	§ 1.5	Lettera medico inviante						
ENTRATA								
4	§ 1.4 PFR 9.3	Documento di consenso informato generale (M-SAN-001)						
4.1		• Identità del soggetto che fornisce le informazioni al paziente						
4.2		• Tracciabilità data						
4.3		• Registrazione del consenso entro 24h dall'entrata						
5	§ 1.7	Anamnesi medica						
5.1		• Tracciabilità di autore e data delle annotazioni mediche						
5.2	AOP 2.1.4	• Registrazione della valutazione medica iniziale entro 24 h dall'ammissione del paziente						
6		Anamnesi infermieristica						
6.1		• Tracciabilità di autore e data delle annotazioni infermieristiche						
6.2	AOP 2	• Motivo del ricovero						
6.3	AOP 2	• Ruolo sociale e relazioni						
6.4	AOP 2	• Allergie e intolleranze a sostanze o farmaci						
6.5	AOP 2	• Valori e convinzioni (religione)						
6.6	COP 18	• Valutazione dolore all'ingresso						
6.7	COP 18	• Registrazione intensità del dolore						
6.8	COP 18	• Tipo/frequenza/localizz./durata dolore						
6.9	COP 18	• Quando si identifica il dolore si effettua una rivalutazione periodica del paziente (vedi anche modulo dolore)						
6.10	AOP 2	• Coscienza e percezione						
6.11	AOP 2	• Mobilizzazione - screening rischio cadute						
6.12	AOP 2.2	• Alimentazione - screening nutrizionale						
6.13	PFE 1.1	• Valutazione fabbisogni educazionali del paziente						
6.14	AOP 2.1.4	• Registrazione della valutazione infermieristica iniziale entro 24 h dall'ammissione del paziente						

- Définition des requis objets d'évaluation selon la politique d'hôpital (**72 requis** pour les dossiers des patients admis **40 requis** pour les dossiers des urgences)
- Subdivision des requis par typologie de document contenu dans le dossier clinique
- Définition des critères d'application des requis (exemple patients avec intervention chirurgicale)
- Définition des critères d'évaluation applicables aux différents requis:
 1. **complet**
 2. **lisible**

4.4 L'organisation du processus d'évaluation et monitoring



Programme pour le monitoring des dossiers cliniques pour l'année 2008

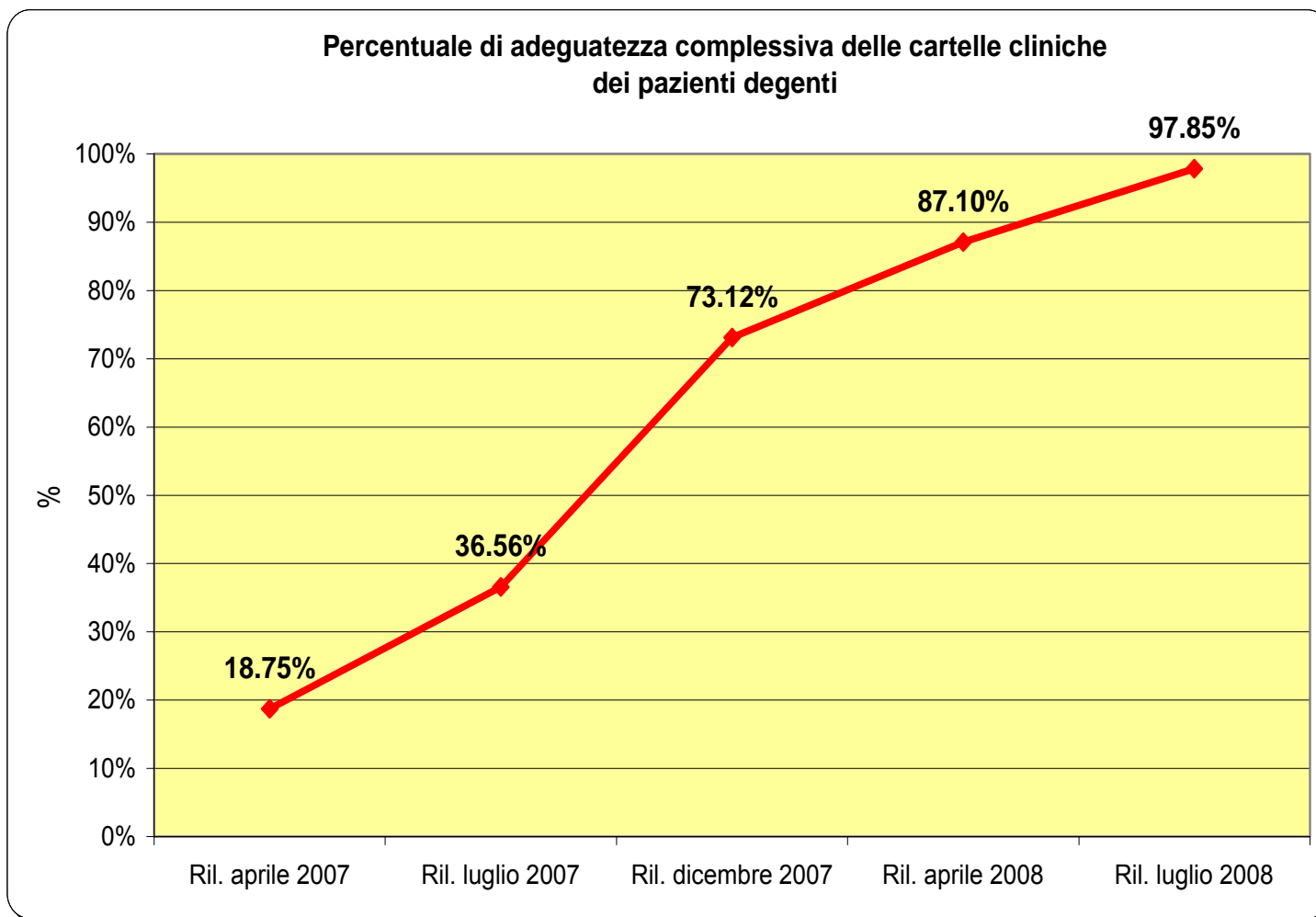
Dossiers cliniques patients admis et urgences	Date échantillonnage	Période d'évaluation	Introduction et élaboration des données	Envoi des résultats	Discussion des résultats
ECHANTILLON 1 Février 2008 Mars 2008	14/03/08	14/03/08 30/03/08	31/03/08 07/04/08	08/04/07	14 avril 2008 Heure 15.30 Aule 2A
ECHANTILLON 2 Mai 2008 Juin 2008	30/06/08	01/07/08 20/07/08	21/07/08 10/08/08	10/08/08	26 août 2008 Heure 15.30 Aule 2A
ECHANTILLON 3 Septembre 2008 Octobre 2008	06/11/08	07/11/08 24/11/08	24/11/08 05/12/08	08/12/08	16 décembre 2008 Heure 15.30 Aule 2A

4.5 Les indicateurs

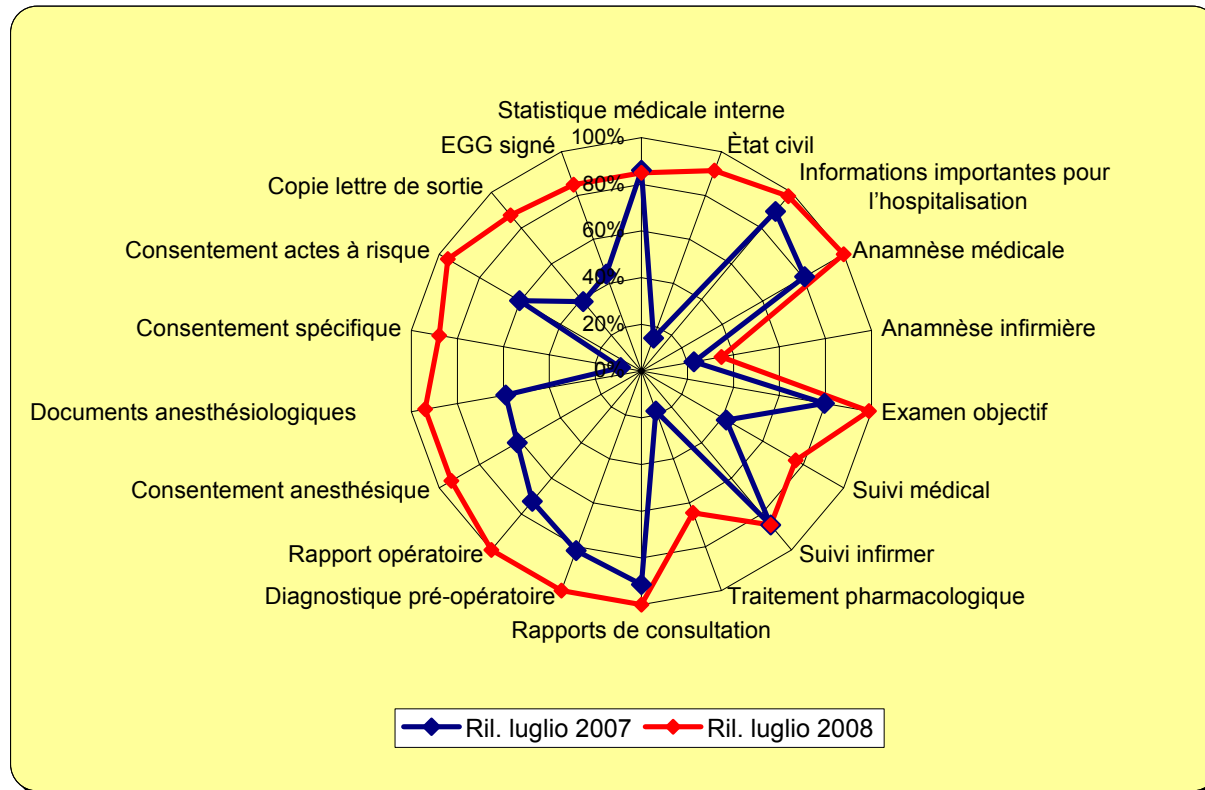
- **Indicateur d'adéquation**: un dossier clinique est considéré "convenable" si 70% des documents contenus dans celui-ci résultent complets à 80 %.
- **Indicateur d'état complet**: un dossier clinique est considéré "complet" s'il satisfait tous les standards/requis objet d'évaluation (ou plutôt si tous les standards résultent être "complets" ou "non prévus")
- **Indicateur de lisibilité**: un dossier clinique est considéré "lisible" si pour tous les standards objets d'évaluation la calligraphie se lit et le contenu est compréhensif

Note: les résultats sont stratifiés soit par catégorie médicale, mais également par document individuel composant le dossier clinique

5. Quelques résultats d'intégralité du dossier



5. Quelques résultats d'intégralité du dossier



- Presque tous les documents qui constituent le dossier clinique résultent aujourd'hui complets dans un pourcentage supérieur à 90% et la même quantité de documents sont complets dans un pourcentage supérieur à 80%.

6. Quelles stratégies pour atteindre les résultats

- Identification des aires d'amélioration ponctuelles (par l'intermédiaire du monitoring des dossiers cliniques)
- Formation du personnel sanitaire
- Révision de l'attribution des devoirs d'évaluation du patient entre les différentes figures professionnelles
- Adaptation et simplification de la documentation clinique
- Supervision majeure de la part des médecins seniors et des infirmiers chefs de département

7. Réflexion conclusive et développements futurs

Avantages du projet	Développements futurs
1. Amélioration de la compilation des dossiers cliniques (avec tout ce que cela implique)	1. Extension de l'évaluation au critère de l'exactitude du remplissage (par ex. thérapie pharmacologique et état nutritionnel)
2. l'adoption de la part des professionnels sanitaires (à l'intérieur de la même structure et entre les structures accréditées) de langages et formalités de remplissage uniforme, permet de faciliter les échanges, également dans l'optique d'une assistance au patient qui dépasse les limites nationales	2. Extension de l'évaluation aux dossiers cliniques d'autres régimes de soins (par ex. aux dossiers des patients de l'hôpital de jour)
3. Facilite la formation du personnel sanitaire (également dans le milieu de la mobilité internationale des professionnels)	3. Introduction d'un audit systématique des dossiers de patients pas encore rentrés à domicile



*ANGELA GRECO - Ospedale Regionale di Locarno La Carità (EOC) et
Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago
e-mail: pierangela.greco@eoc.ch*

GIOVANNI RABITO - Ospedale Regionale di Locarno et Clinica Hildebrand