



Impacts de l'application d'une méthodologie Itinéraire Clinique sur l'organisation de la prise en charge des AVC dans la Stroke Unit du Centre Hospitalier de Luxembourg





Plan de la présentation :

- Situation initiale
- Décision
- Méthodologie
- Objectifs IC AVC
- Impacts
 - Sur le patient (communication)
 - Sur la qualité des indicateurs (UKM, Navigator)
 - Sur l'équipe (> Perception des professionnels)





Situation Initiale

Historique :

- Unité orthopédie – neurologie

⇒ unité neurologie Stroke en juin 2005

Nouvelle infrastructure intégrée sur un même lieu :

- hospitalisation 6 lits stroke + 14 lits neurologie
 - médico technique
 - consultations et rééducation
 - proximité des urgences et de la neuroradiologie
- Formations spécifiques : pluridisciplinarité améliorée





Situation Initiale

- Feuille de prescription médicale : protocole Stroke
- Staffs pluridisciplinaires du mercredi
- Conventions d'organisation interne
- Thrombolyse (protocole + malette spécifique)





ADMISSION D'UN PATIENT POUR ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AIGU - SERVICE DE NEUROLOGIE - Jour 1

NOM :
PRENOM :

DEBUT DE L'AVC (DERNIER TEMPS ASYMPTOMAT.):
DATE: / / 20 . TEMPS (HH:MM): : :

ARRIVEE A L'HOPITAL MUNICIPAL DU CHL :
DATE: / / 20 . TEMPS (HH:MM): : :

CIRCONFERENCE ABDOMINALE (DEBOUT, NOMBREL, EN EXPIRATION) :CM
CIRCONFERENCE DES HANCHES:CM

RAPPORT TAILLE/HANCHE :
(pathol. ♂ > 0,92, ♀ > 0,85 → risk d'AVC 2,8x, corrigé pour autres facteurs de risque, NOMASS)

INDEX CHEVILLE-BRAS (chez patient avec AIT ou AVC ischémique ≥ 50 ans)
TA systolique bras droit : mmHg; TA systolique bras gauche : mmHg
Prendre la tension systolique du bras la plus haute pour la calcul de l'index des 2 jambes
TA systolique jambe droite : mmHg ICB pour la jambe droite :
TA systolique jambe gauche : mmHg ICB pour la jambe gauche :

Pathologique si un côté < 0,9 (risque de mortalité doublé) → considérer Plavix

		BON FAIT
BILAN STANDARD AVEC	<input type="checkbox"/>	SCANNER CEREBRAL (60% des AVC nég.)
	<input type="checkbox"/>	IRM CEREBRALE (9% des AVC, 55% des AIT nég.)
Le Holter tensionnel ne fait pas de sens en phase aiguë d'AVC	<input type="checkbox"/>	ECHO-DOPPLER VX DU COU
	<input type="checkbox"/>	ECHO-DOPPLER TRANSCRANIEN
	<input type="checkbox"/>	ECG (3% des pt. FA)
	<input type="checkbox"/>	HOLTER ECG (si pas de FA) (5% pt. suppl. FA)
	<input type="checkbox"/>	HOLTER ECG une sem., Navacor (6% des pt. FA)
	<input type="checkbox"/>	E T T (découvre indication pr. anticoag. dans 4%)
	<input type="checkbox"/>	E T O (découvre indication pr. anticoag. dans 20%)
	<input type="checkbox"/>	TRIGLYCERIDES, LDL, HDL, LIPOPROTEINE (α)
	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINE A1c
BILAN THROMBOPHILIE	<input type="checkbox"/>	ANTI-β 2GP1 (feuille rose)
SI 60 ANS ET MOINS	<input type="checkbox"/>	AT III, PROTEINE C, PROTEINE S (bleue)
feuilles rose, blanche, bleue	<input type="checkbox"/>	RESISTANCE A LA PROTEINE C ACTIVEE (bleue)
	<input type="checkbox"/>	ANTICOAGULANT LUPIQUE (bleue)
	<input type="checkbox"/>	MUTATION DE PROTHROMBINE G20210A (bleue)
	<input type="checkbox"/>	HOMOCYSTEINE

PRESCRIPTIONS MEDICALES POUR ADMISSION D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AIGU - SERVICE DE NEUROLOGIE

MEDECIN : PD DR BEYENBURG PD DR DIEDERICH PROF DROSTE DR METZ

Surveillance	Fréquence/24h (standard gras)	Limite inférieure	Limite supérieure	Médication au besoin Risque moyen	Risque élevé (AVC malin, après thrombolyse, hémorragie large)
Tension artérielle	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 11/7 cmHg <input type="checkbox"/> .../... cmHg	<input type="checkbox"/> 21/12 cmHg (ischémie) <input type="checkbox"/> 18/10,5 hémorragie avec hypertension ou lyse). Hémorr. chez hypertendu connu, cible: 17/10 <input type="checkbox"/> 16 / 9,5 hémorragie sans hypertension connue. Cible : 15/9 <input type="checkbox"/> / / cmHg	<input type="checkbox"/> Catapressan® ½ cp. p.o., seulement si pouls > 60/min Max. 4 cp./24h. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg ou <input type="checkbox"/> Catapressan® ½ amp. s.c., seulement si pouls > 60/min Max. 4 ampoules/24h. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg	<input type="checkbox"/> Ebrantil® perfusion avec 3 ampoules à 50mg sur 50ml avec NaCl 0,9%, commencer avec 5ml en bolus suivi de 3ml/h, si besoin augmenter jusqu'à 10ml/h i.v.. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg ou <input type="checkbox"/> Catapressan® ½ amp. s.c., seulement si pouls > 60/min Max. 4 ampoules/24h. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg
Pouls	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 45/min <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 110/min <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dafalgan® 500 mg p.o. ou <input type="checkbox"/> Prodafalgan® 1000 mg i.v. lente, max. 4g /24 h <input type="checkbox"/> Oxygène nasal 2 - 4 litres / minute	<input type="checkbox"/> Prodafalgan® 1000 mg i.v. lente, max 4g/24h
Température (Antalgiques)	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 37,5°C, <input type="checkbox"/> °C		
Saturation	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 95%			
Dextro	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 50mg/dl, <input type="checkbox"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> 180mg/dl, <input type="checkbox"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> Schéma d'insuline d'après la glycémie: 181- 250: 2 UI Actrapid® s.c. 301- 350: 6 UI Actrapid® s.c. 251- 300: 4 UI Actrapid® s.c. > 350 : 8 UI Actrapid® s.c.	





Situation Initiale

- Collaboration non formalisée avec la polyclinique et la neuroradiologie
- Convention non formalisée avec les consultations de cardiologie
- Convention avec Steinfort (rééducation)





Décision

- Dans la démarche EFQM institutionnelle, juillet 2008, décision du Comité de Pilotage Qualité d'appliquer la méthode Itinéraires Cliniques du réseau NKP-RIC (30 étapes)
- Le service de neurologie se porte volontaire comme pilote concernant les AVC et AIT pour mieux formaliser les indicateurs de prise en charge, les étapes et les rôles des différents intervenants

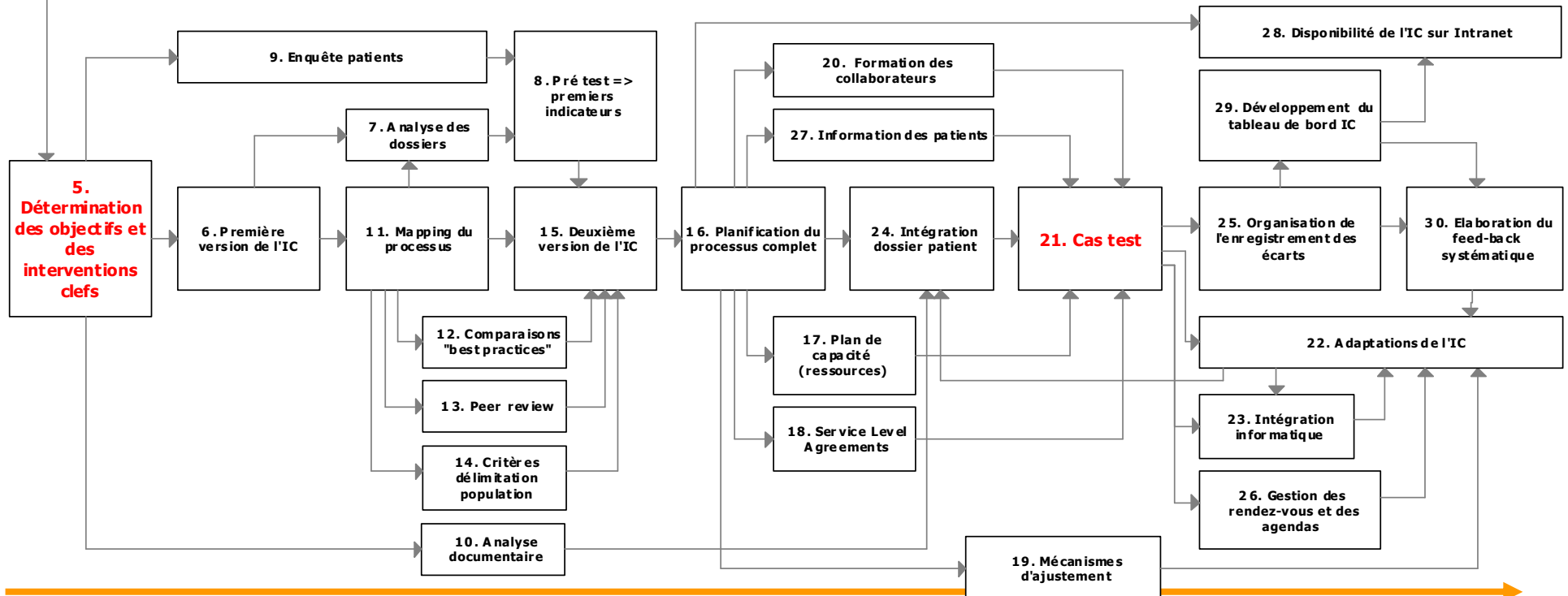




Méthodologie Itinéraire Clinique en 30 activités

RIC
Réseau Itinéraires Cliniques
© HSR - UCL, 2004

1. Premier contact
2. Analyse d'impact
3. Groupe de travail
4. Population cible de patients



1. Définir ce que l'on veut atteindre pour le patient et pour le service

2. Analyser ce qui est actuellement fait et les améliorations possibles

3. Décider et mettre en place les améliorations

4. Suivre et adapter





Méthodologie Itinéraire Clinique en 30 activités

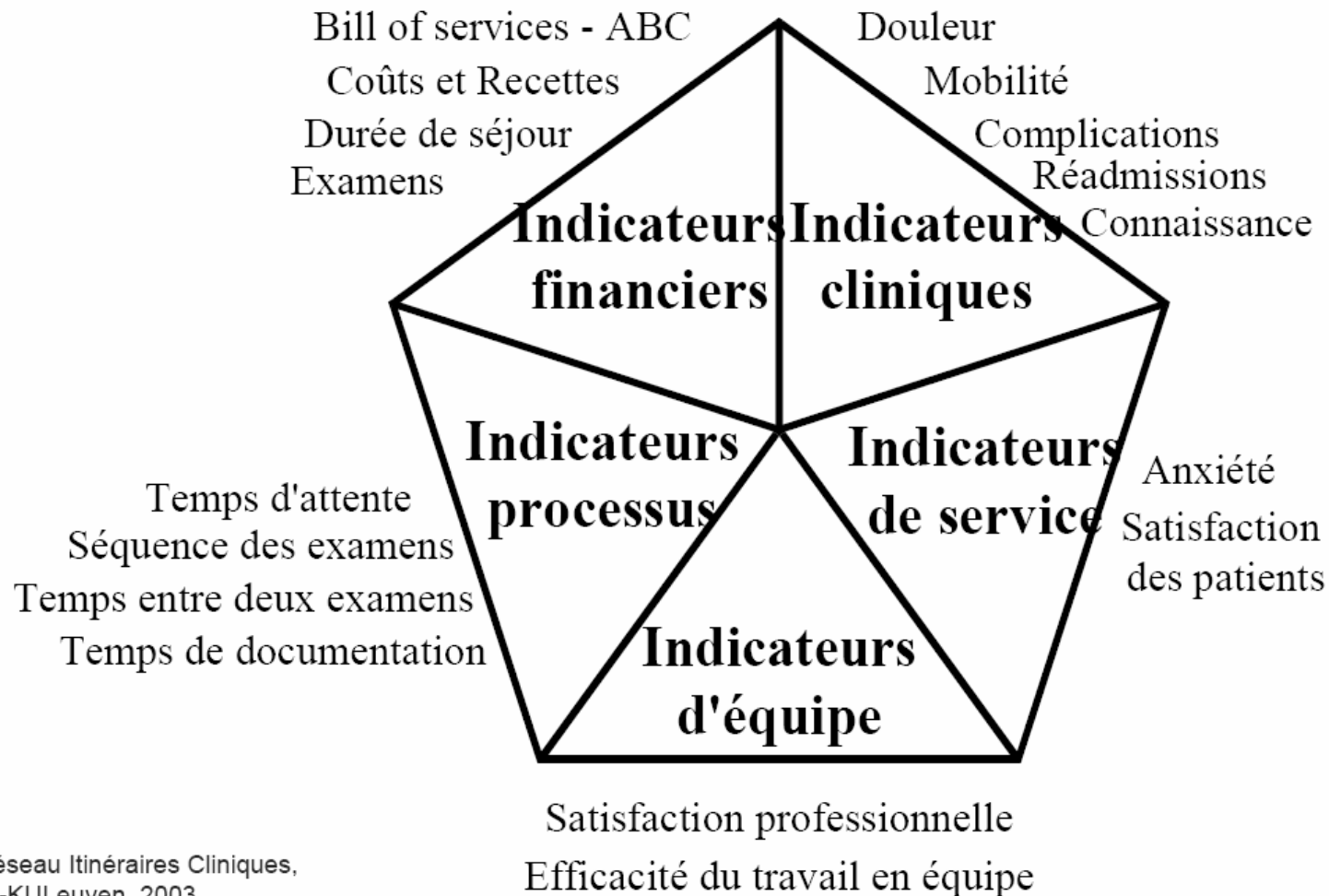
1. Définir ce que l'on veut atteindre pour le patient et pour le service
= consensus de l'équipe pluridisciplinaire sur les objectifs et les indicateurs





La 'Boussole IC'

(Vanhaecht & Sermeus, Journal of Integrated Care Pathways, 2003)



© Réseau Itinéraires Cliniques,
CZV-KULeuven, 2003

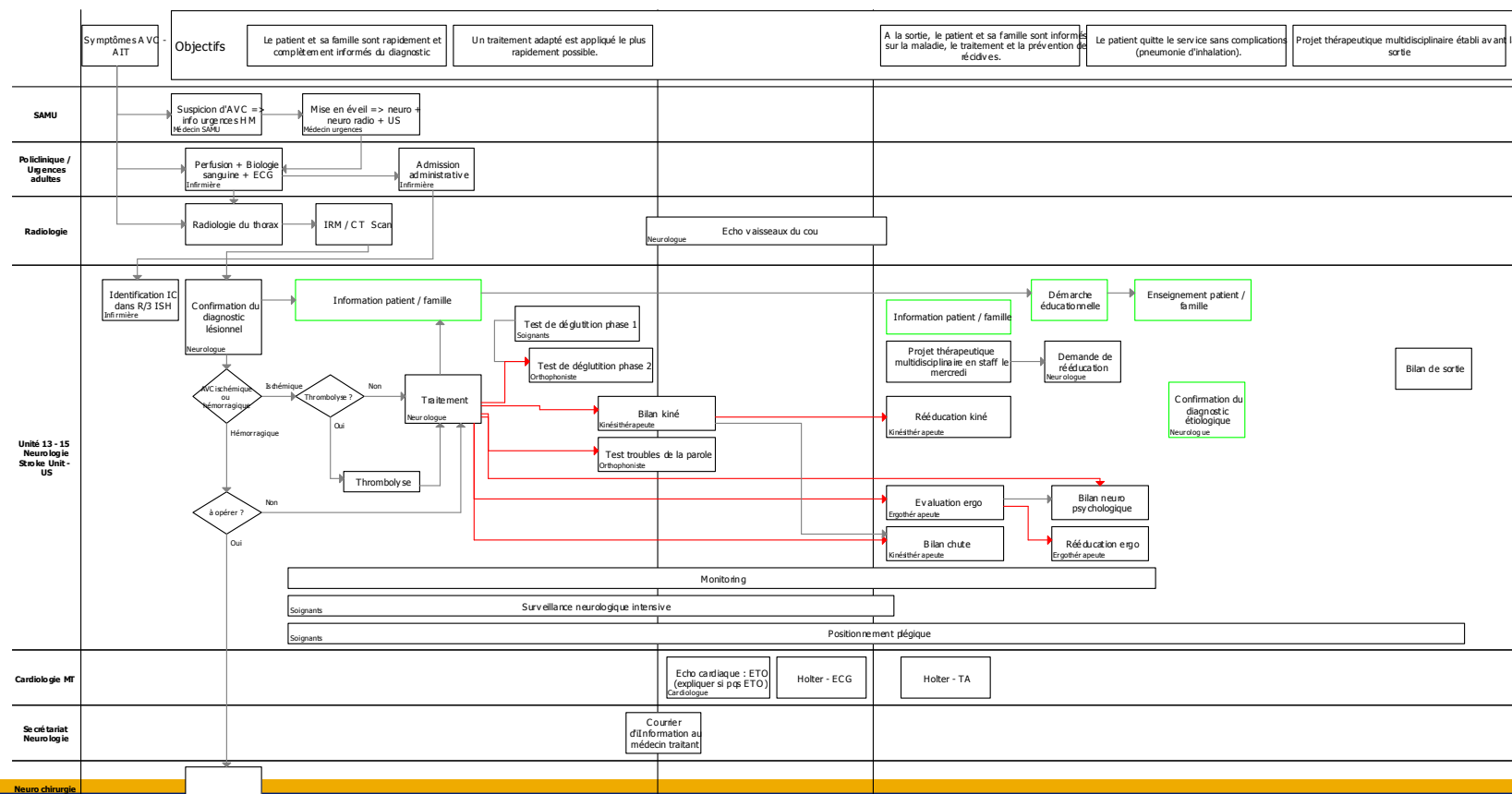


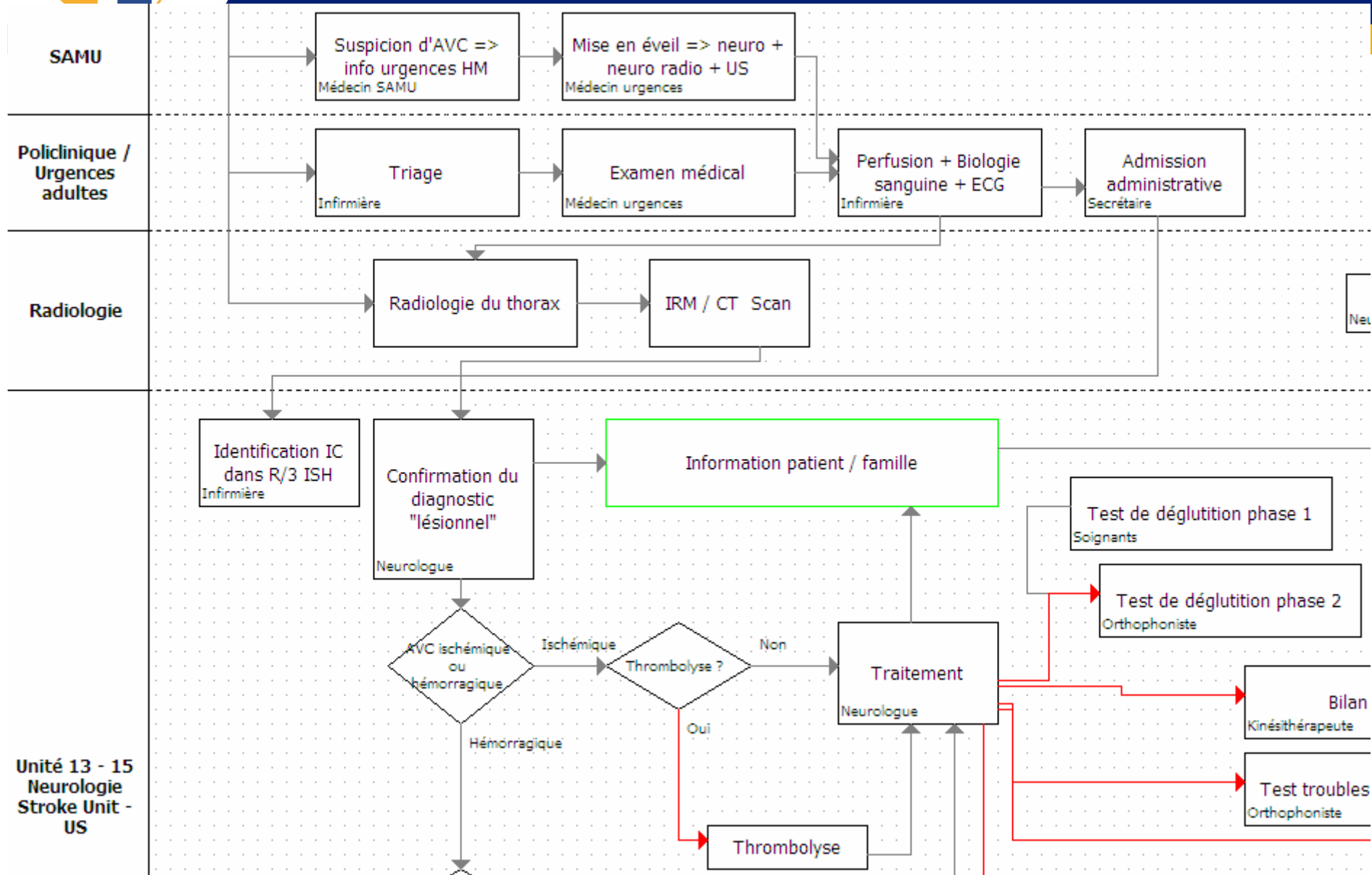


Méthodologie Itinéraire Clinique en 30 activités

2. Analyser ce qui est actuellement fait et les améliorations possibles

= process map + comparaison avec guidelines







Méthodologie Itinéraire Clinique en 30 activités

3. Décider et mettre en place les améliorations

= planning avec responsabilités et délais

4. Suivre et adapter

= suivi des indicateurs + revue trimestrielle
en groupe pluridisciplinaire





Objectifs IC

- 1 Mise en éveil par SAMU – Salle d’Urgences**
- 2 Définition rapide des patients thrombolysables**
- 3 Transfert rapide vers la Stroke Unit**
- 4 Raccourcir les délais examens neuroimagerie et cardiologie**
- 5 Le patient et sa famille sont rapidement et complètement informés du diagnostic. (notion du diagnostic « lésionnel »)**





Objectifs IC

- 6 Le traitement adapté est appliqué le plus rapidement possible.**
- 7 Prévention des complications (pneumonie, infection urinaire)**
- 8 Définition du projet thérapeutique multidisciplinaire**
- 9 Consignes claires pour le patient et famille à la sortie**
- 10 Amélioration du benchmark UKM et NAVIGATOR.**





Impact par objectif

Objectif 1 :

Mise en éveil de la salle d'urgence par le médecin du SAMU

Indicateurs :

- % de signalements SAMU avant l'arrivée à l'hôpital

Constat :

- Arrivée SAMU identifiée dans 4 cas / 15
- Aucune trace de signalement préalable

Impact :

- Réunion de concertation avec le service urgences/policlinique
- Traçabilité des mises en éveil
- Création de l'admission avant l'arrivée dans le service
- Préparation si nécessaire d'une chambre à la Stroke Unit





Impact par objectif

Objectif 2 :

Définition rapide des patients thrombolysables

Indicateur :

- % tot de patient thrombolysé, % sur thrombolysables

Constat :

- Pas de documentation claire du processus décisionnel par rapport à la thrombolyse. Taux de thrombolyse globalement faible.

Impact:

- Notification précoce et introduction note spécifique sur les feuilles de protocole AVC. (Avant infos indirectes timing symptôme/admission)





Impact par objectif

Objectif 3 :

Transfert rapide à la Stroke Unit

- Indicateur à mettre en place : temps d'arrivée à la Stroke Unit

Objectif 4 :

Raccourcir délais examens neuro imagerie et cardiologie

Indicateurs :

- Temps moyen entre l'heure du scanner/IRM et heure d'arrivée
- % de patients avec ETO dans les 72 h

Constat :

- Imagerie initiale :
Scanner 13/15, IRM 2/15 avec temps moyen 1h03 minutes
Échographie cardiaque chez 11 patients / 15 mais ETO 6 / 15

Impact :

- > documenter la raison si pas d'ETO





Accord inter services – Itinéraire Clinique

Dans le cadre de l'itinéraire clinique pour les patients atteints d'AVC et AIT, il est convenu entre les services de neurologie et de cardiologie du CHL que :

- dans les suspicions et/ou diagnostics d'AVC et d'AIT, une échographie cardiaque trans oesophagienne et/ou trans thoracique est réalisée dans les 72 heures suivant la demande
- si uniquement un ETT est réalisé sur décision du cardiologue, le motif de non réalisation est notifié dans le résultat de l'examen
- les holters ECG sont prioritaires sur les holters de TA
- si les données de holter sont insuffisantes, le service de neurologie est prévenu au plus vite.

Pour les services de
Neurologie
Dr Metz

Cardiologie
Dr Codreanu





Impact par objectif

Objectif 5 :

Le patient et sa famille sont rapidement et complètement informés du diagnostic.(notion du « diagnostic lésionnel »)

Indicateur :

- % de délais de < 24 h entre Diagnostic « lésionnel » confirmé et information au patient / famille

Constat :

- Pas de documentation claire du moment du diagnostic lésionnel ni de l'information au patient / sa famille

Impact :

- Moment de confirmation du diagnostic lésionnel à noter sur la feuille de prescriptions médicales : modification de la feuille en conséquence.





Impact par objectif

Objectif 6 :

Un traitement adapté est appliqué le plus rapidement possible.

Indicateurs :

- % de patients sous anticoagulants / patients avec fibrillation auriculaire

Constat :

- Pas de notification systématique des contre-indications p.ex. anti vit K / FA ou statines.

Impact :

- Notification des contre-indications à des traitements spécifiques.





Impact par objectif

Objectif 7 :

Prévention des complications (surtout pneumonie)

Indicateurs :

- % avec pneumonie (UKM)
- Documentation des tests de déglutition réalisés

Constat :

- Pas de notification systématique des tests de déglutition réalisés ou raison de la non-réalisation.

Impact :

- Notification systématisé (mise en éveil de l'orthophoniste par R3)





Impact par objectif

Objectif 8 :

Projet thérapeutique multidisciplinaire à la sortie

Indicateurs :

- % de patients avec but fixé au staff du mercredi
- % de patients dont les buts fixés sont atteints à la sortie

Constat :

- Documentation inconstante des objectifs à atteindre

Impact :

- Notification orientée mise en place avec évaluation en fin d'hospitalisation





Impact par objectif

Objectif 9 :

Consignes claires pour le patient et sa famille à la sortie

Indicateur :

- % de patient (+famille) informés avant départ (UKM)

Constat :

- Information très souvent données mais pas de traces

Impact:

- Notification systématisée et questionnaire d'évaluation du séjour remis
- Check liste de sortie





Impact par objectif

Objectif 10 :

Amélioration de benchmark international

Indicateurs :

- Nombreux indicateurs disponibles Universiteit Klinikum Munster (benchmark 102 hôpitaux allemands, 15000 patients traités dans des stroke units)

Constat :

- ne tiennent pas compte des contre indications éventuelles

Impact:

- Explications fournies à l'équipe médicale et soignante sur l'utilisation et la signification des indicateurs
- Introduction indicateurs Navigator (benchmark hôpitaux belges)





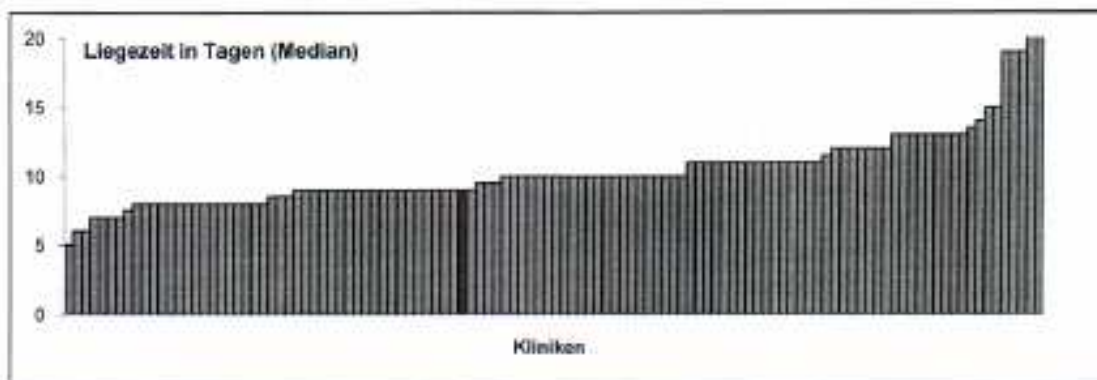
Indicateurs UKM

3.3. Liegezeit bei Patienten mit Hirninfarkt

(Grundgesamtheit alle dokumentierten Patienten mit Hauptdiagnose Hirninfarkt)

Liegezeit in Tagen

	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit Stroke Unit	ohne Stroke Unit
Mittelwert	12,3	11,2	11,0	11,8
Median	9	10	9	10

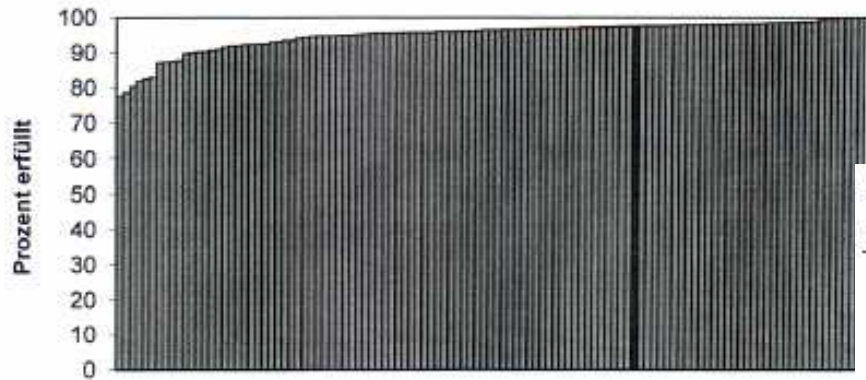




Indicateurs UKM

Ergebnisse

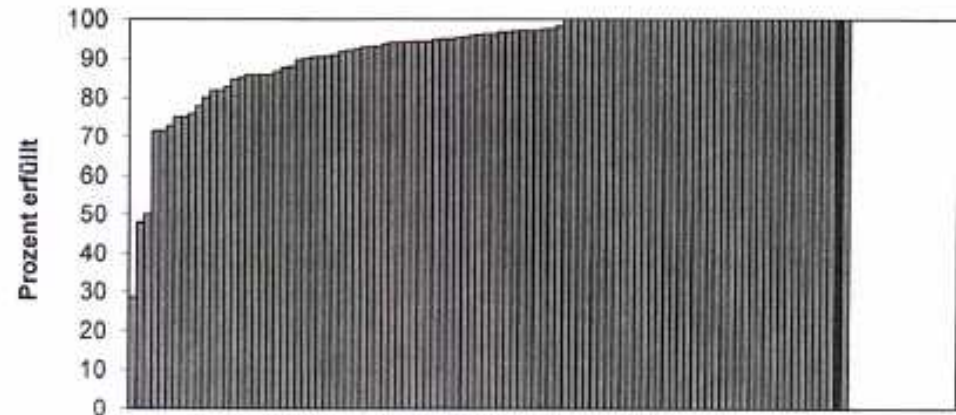
	eigene Klinik	Gesamprojekt	mit Stroke Unit	ohne Stroke Unit
	%	%	%	%
Qualitätsindikator erfüllt	96,3	95,7	95,7	95,9



Teilnehmende Kliniken

Ergebnisse

	eigene Klinik	Gesamprojekt	mit Stroke Unit	ohne Stroke Unit
	%	%	%	%
Qualitätsindikator erfüllt	100,0	93,7	93,3	95,0



Teilnehmende Kliniken





Indicateurs Navigator



rapport (résumé) de indicateurs de hôpital 1037 pour le trimestre T2 2009

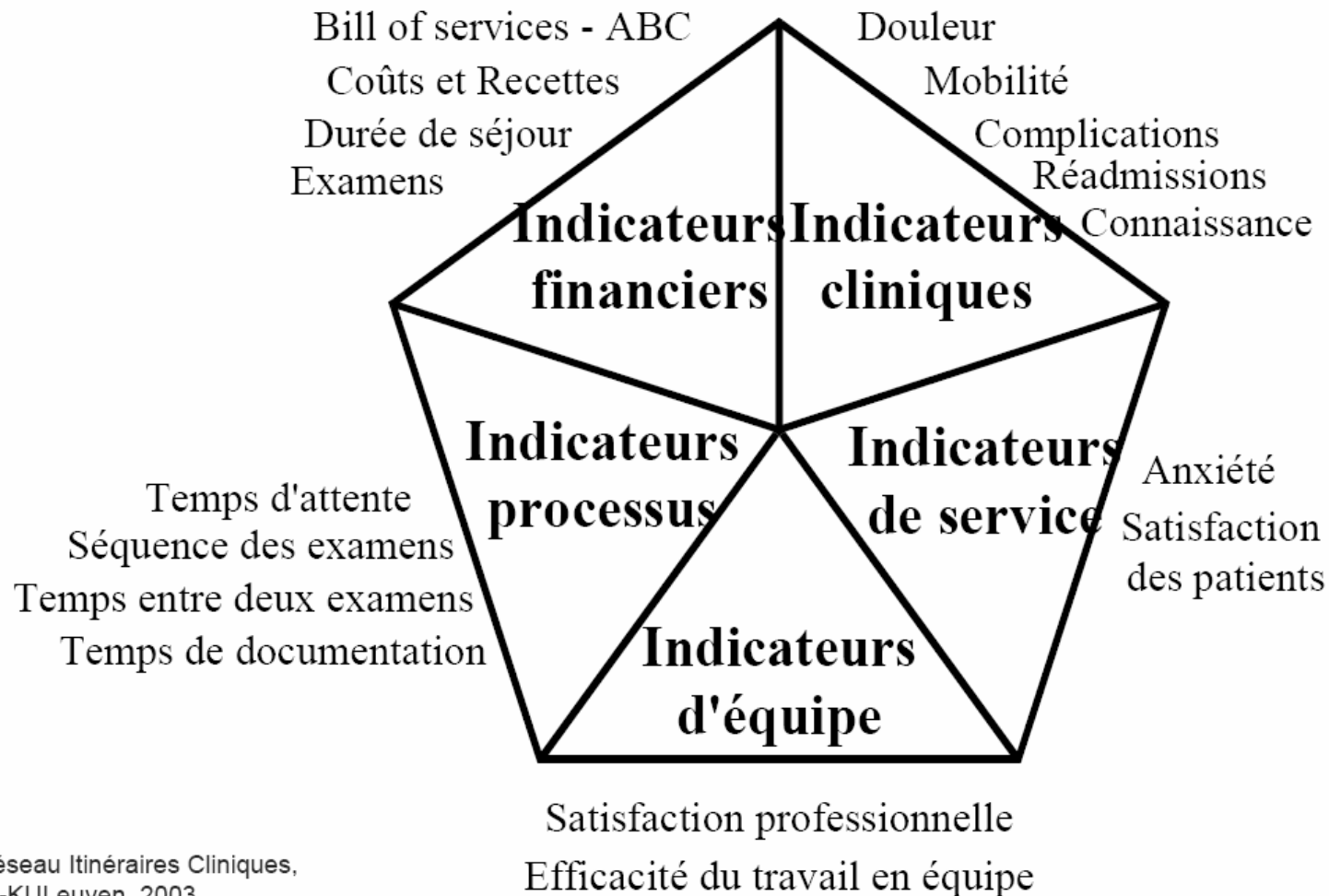
	données de l'hôpital			positionnement par rapport à la base de données			# hôp
	avr'09	mai'09	jui'09	avr'09	mei'09	jun'09	
16.5.1. Patients ayant fait un AVC qui ont subi un CT scan ou un MRI du cerveau <= 6 heures après leur hospitalisation *	😊	😊	😊	🚫	🚫	🚫	2
16.5.2. Patients ayant fait un AVC qui ont subi un CT scan ou un MRI du cerveau <= 24 heures après leur hospitalisation *	😊	😊	😊	🚫	🚫	🚫	2
16.5.3. Patients ayant fait un AVC chez qui la déglutition est évaluée pour la nourriture, la boisson ou les médicaments *	😊	😊	😊	🚫	🚫	🚫	2
16.5.4. Patients ayant fait un AVC à qui est prescrit des antiagrégants à la sortie *	😊	😊	😊	🚫	🚫	🚫	2
16.5.5. Patients ayant fait un AVC avec fibrillation auriculaire à qui est prescrit des anticoagulants à la sortie *	😊	😊	😊	🚫	🚫	🚫	2
16.5.6. Patients ayant fait un AVC à qui est prescrit une statine à la sortie *	😊	😊	😊	🚫	🚫	🚫	2





La 'Boussole IC'

(Vanhaecht & Sermeus, Journal of Integrated Care Pathways, 2003)

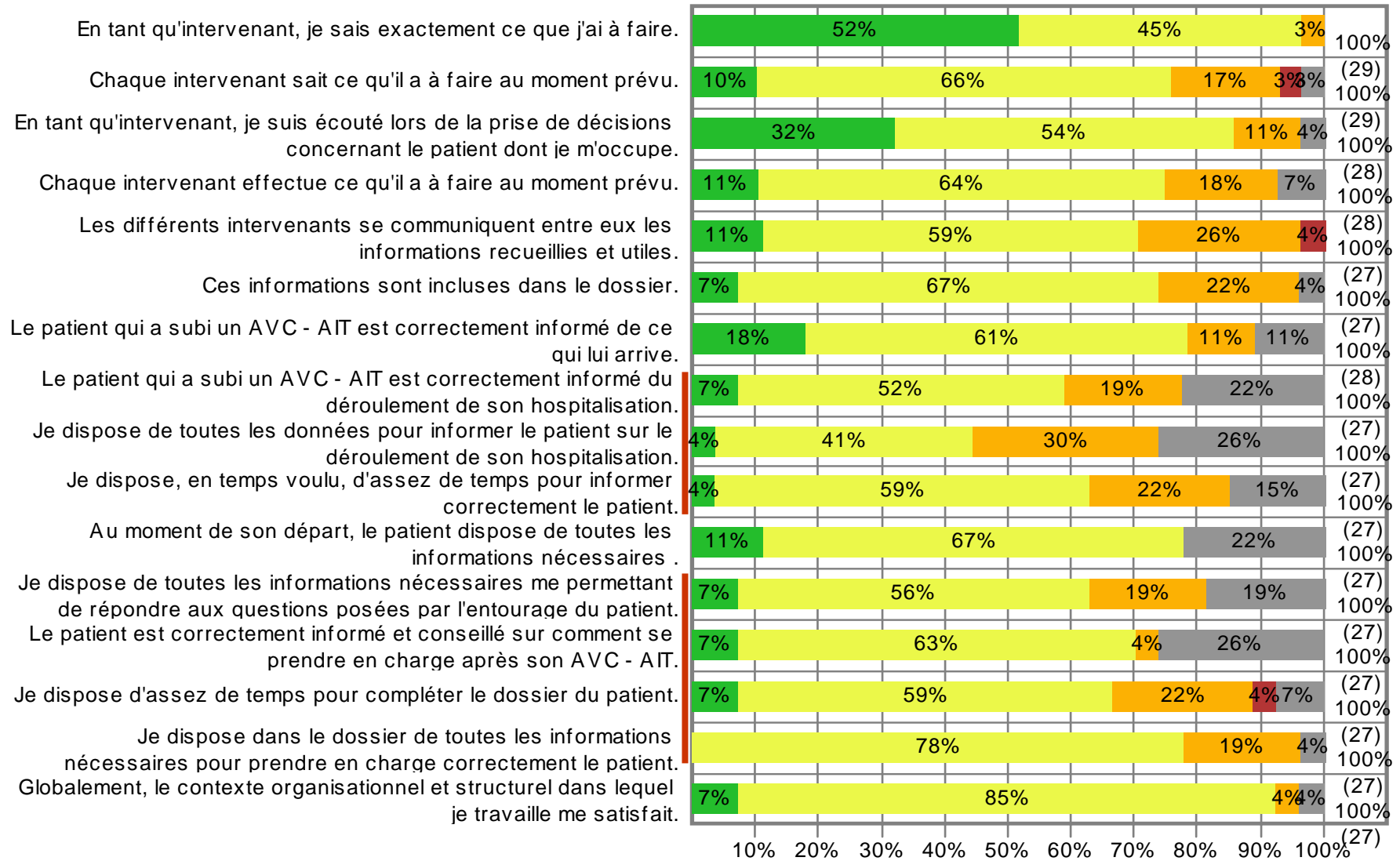


© Réseau Itinéraires Cliniques,
CZV-KULeuven, 2003





Perception du personnel

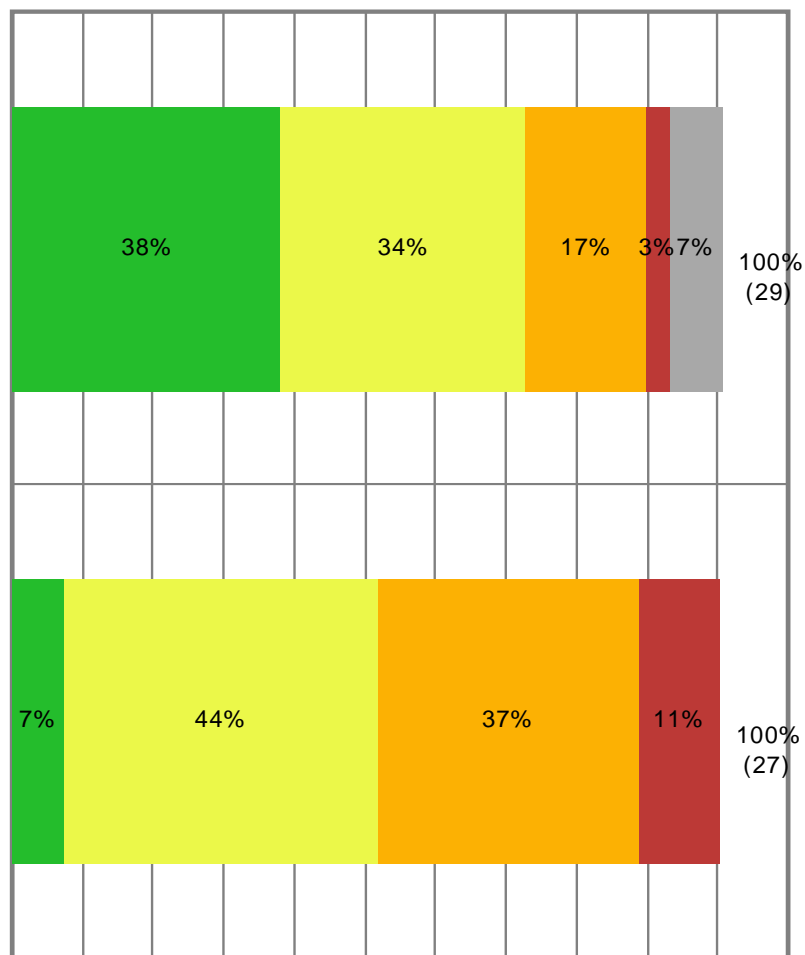


■ Tout à fait d'accord
 ■ Plutôt d'accord
 ■ Plutôt pas d'accord
 ■ Pas du tout d'accord
■ Ne sais pas ou pas concerné(e)



Perception du personnel

Je trouve qu'il y a une perte de temps et d'énergie dans des choses mal organisées.



■ Tout à fait d'accord ■ Plutôt d'accord ■ Plutôt pas d'accord ■ Pas du tout d'accord ■ Ne sais pas ou pas concerné(e)





Conclusion

- Stroke unit = outil indispensable de prise en charge des AVC (EBM)
- IC en plus =>
 - amélioration de la documentation
 - clarification des processus
 - amélioration de la communication entre professionnels de santé
 - amélioration de l'information des patients

