ANQ Q-Day du 26 janvier 2017
Atelier A2 : Usage de la mesure de l'ANQ « Réadmissions potentiellement évitables » en pratique quotidienne

Réadmissions potentiellement évitables ou l'histoire du vilain petit canard…

Anne-Claude Griesser, Directrice méd. adj.
Dr Fabio Agri, Chef de clinique

L'histoire du vilain petit canard, d'après un conte de Hans Christian Andersen

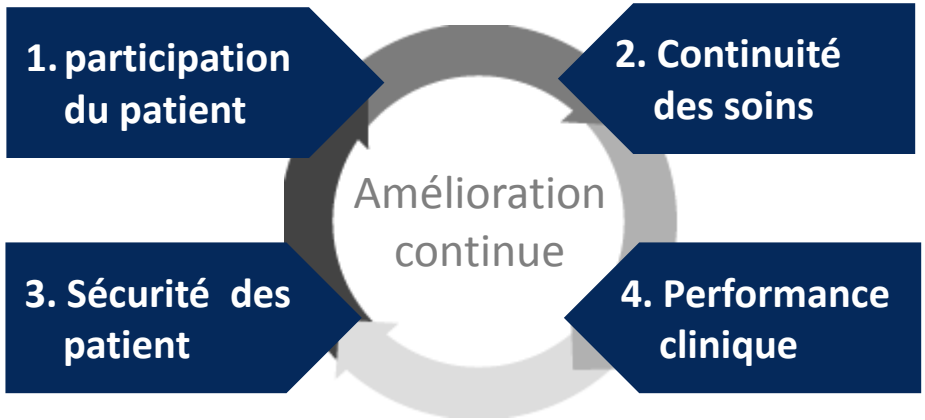
Quand le vilain petit canard devient un cygne…. ou comment un indicateur incompris et mal-aimé devient utile ……..

Objectifs

- Présenter la démarche du CHUV pour suivre les réadmissions potentiellement évitables (Réadmissions PE)
- Présenter un cas concret pour la chirurgie viscérale
- Partager les difficultés rencontrées et les pistes de solutions

Un programme qualité et des indicateurs de suivi

Programme qualité du CHUV



Evaluation par des indicateurs

- Délai lettres de sortie
- Délai protocole opératoire
- Mortalité
- …
- …
- Réadmissions PE

Résultats publiés sur intranet et présentés à la Direction du CHUV 2x/an

Indicateurs cliniques

Vous trouvez à droite les résultats courants de tous les indicateurs cliniques internes.

Indicateurs cliniques

- Les indicateurs internes
  - Lettres de sortie
  - Consentement
  - Checkliste interventionnelle
  - Réadmissions potentiellement évitables
  - Réopérations potentiellement évitables
- Les indicateurs ANQ
  - Réadmissions
  - Réopérations
  - Chutes et escarres
  - Satisfaction des patients
- Les indicateurs OFSP
- Analyses spécifiques
- Projets et interventions
- Bibliographie

Des indicateurs cliniques ont été élaborés et sont mis à la disposition de la Direction du CHUV, des départements et des services.

Ces indicateurs cliniques peuvent être divisés 3 catégories :

1. Les indicateurs internes dont le but est d'évaluer la qualité des soins et d'initier d'éventuelles mesures d'amélioration dans le cadre de projet spécifique à un service, un département, voire pour l'ensemble de l'institution
2. Les indicateurs nationaux produits soit par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)
3. Les indicateurs nationaux produits par l'Association nationale pour la qualité des hôpitaux et des cliniques (ANQ).

Les indicateurs nationaux sont publiés en identifiant les hôpitaux concernés et c'est la raison pour laquelle il est important que les services cliniques puissent comprendre et analyser les résultats issus des mesures réalisées par l'ANQ. A cette fin et lorsque cela est possible, les mesures sont déclinées par département et par service, les calculs étant faits à l'interne au CHUV.

Vous trouvez dans le menu de gauche les trois catégories d'indicateurs. Pour les indicateurs internes, chacun est décrit, sa définition et son contexte sont définis, et les résultats courants (selon si l'indicateur est mensuel ou trimestriel, par exemple) sont disponibles.

Les services ont la possibilité de demander ce qu'on appelle un "zoom": une vision plus précise des résultats et de l'évolution d'un ou plusieurs indicateurs pour le service considéré.

Résultats courants

Indicateurs cliniques internes

- Lettres de sortie
- Consentement documenté
- Checkliste interventionnelle
- Réadmissions PE
- Réopérations PE

Les incontournables

- Annuaire
- Organigramme et unités
- Applications sécurisées
- Directives institutionnelles
- Offre de formation
- Risques et accidents
- Stratégie et résultats
- Je suis un nouveau collaborateur
- Vie pratique

Les plus consultés

Mes favoris

Mon compte

Mes contacts

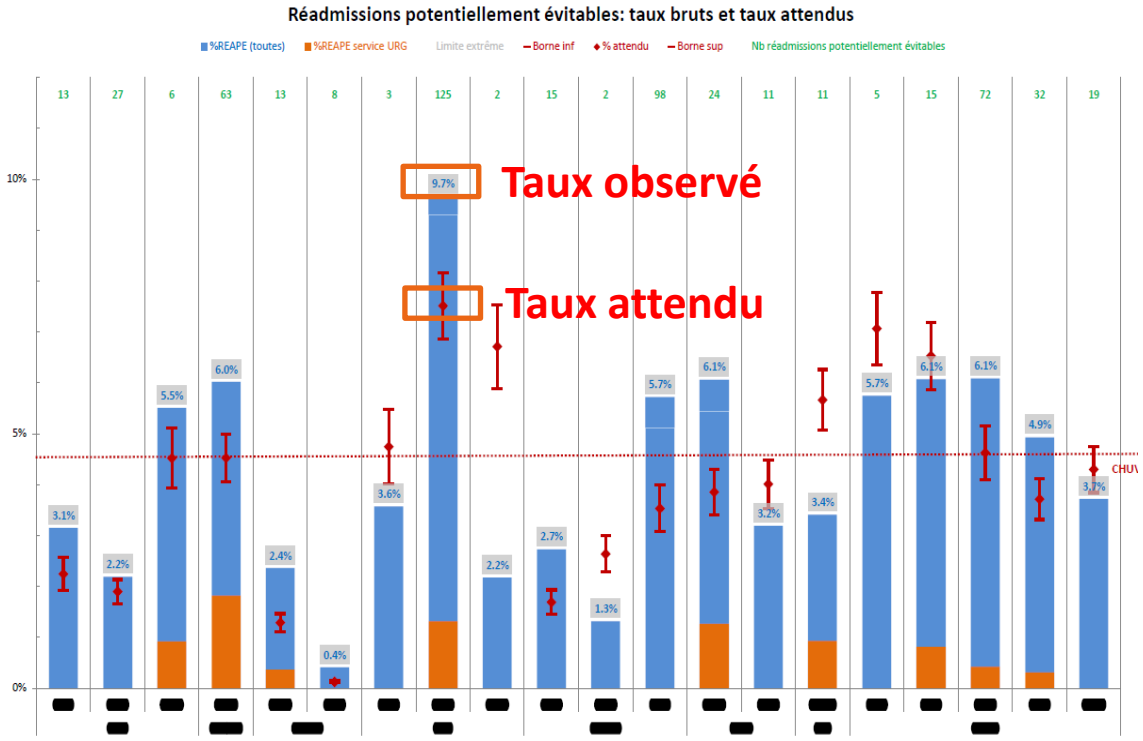
Site intranet avec les résultats courants par département et service du CHUV

Résultats courants
Indicateurs cliniques internes

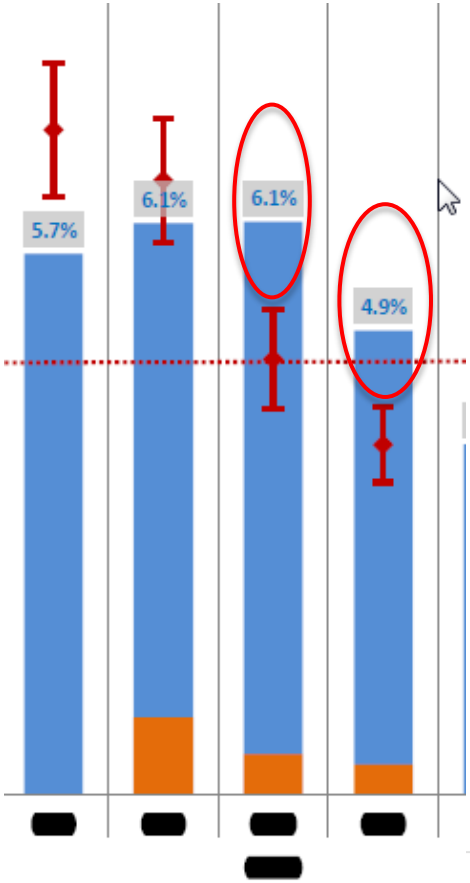
- Lettres de sortie
- Consentement documenté
- Checkliste intervention[illegible]elle
- Réadmissions PE
- Réopérations PE

Taux Réadmissions PE calculé tous les 6 mois

Résultats par service



Suivi des taux de Réadmissions PE



Résultats restitués aux services cliniques

Si taux observé > taux attendu
-> analyse demandée au chef de service

Fiches de zoom par séjour -> 1er niveau d'analyse

ANNEE 2016 **MOIS: 1** **202 CHV** Age: 67 Sexe: Homme

N° séjour index : [redacted]

Délai de réadmission (jours): 22

Durée: 13 jours. Type admission: PLANIFIE

Diagnostics et interventions séjour index :

Diagnostic	
PRINC	(C17.2) Tumeur maligne: Iléon
SEC	(C77.2) Tumeur maligne: Ganglions lymphatiques intra-abdominaux
SEC	(C78.6) Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
SEC	(C78.7) Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques
SEC	(L30.8) Autres dermites précisées
SEC	(M10.07) Goutte idiopathique: Cheville et métatarse
Intervention	
	(81.91) Arthrocentèse
	(86.11) Biopsie de peau et de tissu sous-cutané
	(88.72.11) Échocardiographie transthoracique, au repos
	(99.15) Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées
	(99.25.01) Chimiothérapie non complexe

N° séjour réadmission : [redacted]

Durée 7 jours. Type admission: URGENCE

Termine le séjour de réadmission en : MIA

Diagnostics et interventions réadmission :

Diagnostic	
PRINC	(T82.7) Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
SEC	(A49.8) Autres infections bactériennes, siège non précisé
SEC	(B96.2) Escherichia coli et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
SEC	(C17.2) Tumeur maligne: Iléon
SEC	(C78.6) Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
SEC	(C78.7) Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques
SEC	(E78.0) Hypercholestérolémie essentielle
SEC	(I10.90) Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive
SEC	(Y84.9) Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
Intervention	
	(86.07.30) Enlèvement de système de cathéter à demeure totalement implantable

Retour au dossier patient -> 2ème niveau d'analyse

Lettre de sortie

Service de chirurgie viscérale
Team Colorectal
Bâtiment hospitalier-Niveau 15
Rue du Bugnon 46
CH - 1011 Lausanne

Professeur Nicolas Demartines
Chef de Service

PD Dr Martin Hubner
Médecin associé
Tél.: 021 341 34 00
martin.hubner@chuv.ch

AV/aa

[redacted]

Lausanne, [redacted]

[redacted]

Monsieur et cher Confrère,

Le patient susnommé a séjourné dans notre service du 27.01 retour à domicile.

Motif de recours

Diagnostic principal

- Suspicion de maladie de Crohn :
  - 1ère poussée aiguë avec iléite terminale sévère et p 01.2 [redacted]
  - Prednisolone Kurek (1ère dose le 16.01)
  - Sigmoïdoscopie exploratrice avec drainage d'abcès C [redacted]
  - A[redacted]nt : nouvelle poussée de Crohn

Diagnostics - Antécédents - Interventions

- Fissure anale aiguë à 12h en PG
- S/p lombalgies mécaniques

Interventions réalisées

Nihil.

Rappel a[redacted]que

Patient d[redacted]ort il y a deux semaines de notre serv première poussée de probable maladie de Crohn avec ile patient est actuellement sous Prednisone et il se présente de douleurs abdominales aiguës en FID avec vomissem péritonisme associé à une leucocytose importante (44 G/l, C une péritonite avec collection de la gouttière pariéto-colique abcès résiduel du Douglas.

Synthèse - Discussion et évolution

Conjointement avec [redacted] avec début d'une a[redacted] est favorable avec diminution progressive des douleurs

Document archivé automatiquement

Protocole Opératoire

[redacted]

Déroulement de(s) intervention(s)

Intervention:		Date [redacted]0	Fin:	09:00
Salle:	15			
Type d'anesthésie:	Générale	Date [redacted]0	Fin:	09:05
Opérateur(s):	[redacted]			
Assistant(s):				
Anesthésiste:	[redacted]			
Instrumentiste:				

Indication opératoire

Il s'agit d'un patient de [redacted], qui présente une suspicion de maladie de Crohn avec une 1ère poussée. Il présente sur le scanner abdominal, la présence de liquide libre ainsi qu'une iléite terminale avec un abcès au niveau du petit bassin. On décide d'une exploration chirurgicale pour toilette et lavage péritonéal.

Interventions réalisées

LAPAROSCOPIE EXPLORATRICE.
TOILETTE PÉRITONÉALE.

Description de(s) intervention(s)

Sous anesthésie générale. Open coelioscopie ombilicale. Pénétration dans la cavité abdominale et mise en place d'un trocart de 10 mm, insufflation du pneumopéritoine à 12 mmHg. Mise en place d'un trocart de 5 mm en hypocondre G et d'un trocart de 5 mm en flanc G. Prélèvement du liquide péritonéal qui est purulent. Envoi pour examen bactériologique. Aspiration de 1.5 l de pus. Toilette péritonéale abondante. Au niveau du petit bassin, adhésiolyse permettant la mise à plat d'un abcès. Nouvelle toilette péritonéale abondante. Mise en place d'un drain de Blake au niveau du cul-de-sac de Douglas extériorisé par l'orifice de trocart de la FIG. Ablation des autres trocarts sous contrôle de la vue, exsufflation du pneumopéritoine et fermeture aponévrotique par un point en X de Vicryl 0. Fermeture cutanée par des points intradermiques de Monocryl 3-0 et colle Dermabond sur la peau.

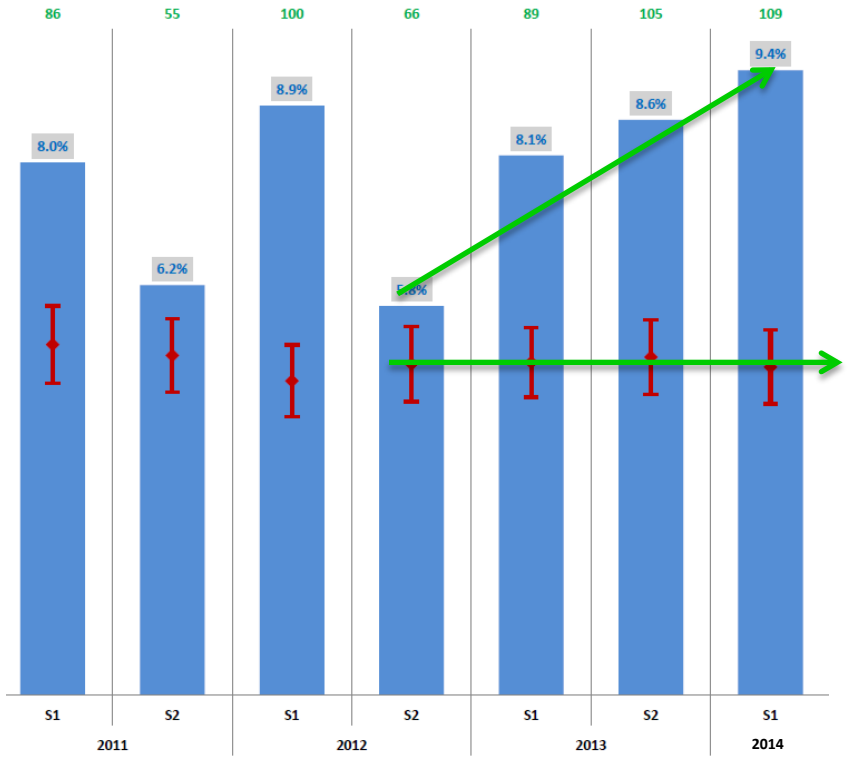
Dr F[redacted]
Chef de clinique

Analyse du **dossier clinique** :

- Notes de suivi
- Protocole opératoire
- Résultats examens
- Lettre de sortie

Etc. ……

Réadmissions PE en Chirurgie viscérale : 2 constats



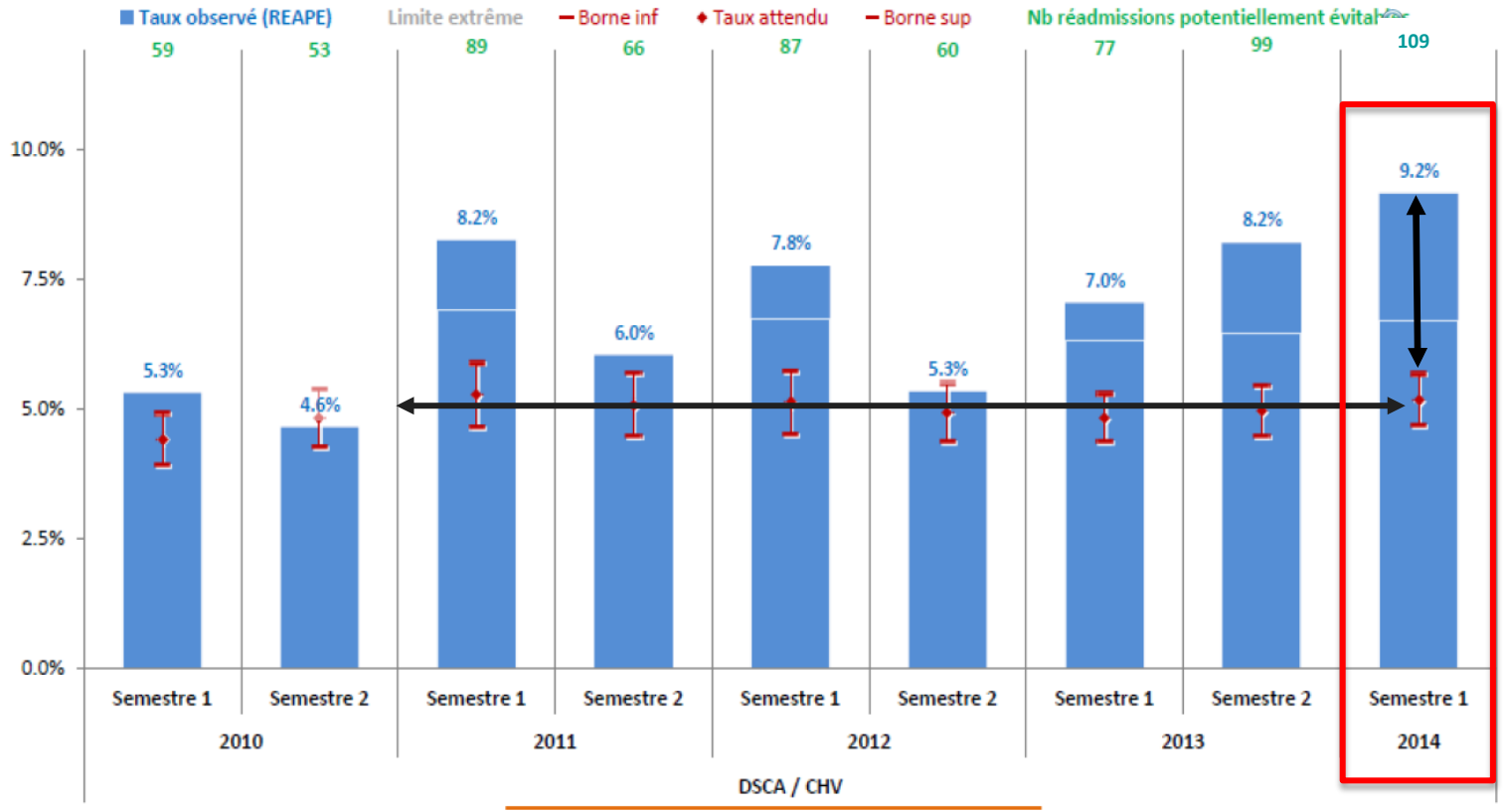
1. Le taux de réadmissions potentiellement évitables a augmenté depuis 2012 et reste au dessus du taux attendu en 2014
2. Le taux attendu ne varie pas alors que la complexité des patients perçue par les cliniciens augmente

Demande d'analyse

Analyse des Réadmissions PE service de chirurgie viscérale

Dr Fabio Agri

Taux de réadmissions potentiellement évitables "REAPE", évolution semestrielle (SQLAPE v2014 appliqué sur 2013 rétroactivement)



Par rapport au taux observé :

- Problème de faux positifs?
- Problème de qualité de prise en charge ?

Par rapport au taux attendu :

- Est-ce que la complexité des patients est assez bien prise en compte ?
  - modèle d'ajustement ?
  - codage des séjours ?

Faux positifs ? Examen des fiches

ANNEE 2016 **MOIS: 1** *202 CHV* Age: 67 Sexe: Homme

N° séjour index : [redacted] Délai de réadmission (jours): 22

Durée: 13 jours. Type admission: PLANIFIE

Diagnostics et interventions séjour index :

Diagnostic	
PRINC	(C17.2) Tumeur maligne: Iléon
SEC	(C77.2) Tumeur maligne: Ganglions lymphatiques intra-abdominaux
SEC	(C78.6) Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
SEC	(C78.7) Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques
SEC	(L30.8) Autres dermites précisées
SEC	(M10.07) Goutte idiopathique: Cheville et métatarse
Intervention	
	(81.91) Arthrocentèse
	(86.11) Biopsie de peau et de tissu sous-cutané
	(88.72.11) Échocardiographie transthoracique, au repos
	(99.15) Perfusion parentérale de substances nutritives concentrées
	(99.25.01) Chimiothérapie non complexe

N° séjour réadmission : [redacted]

Durée 7 jours. Type admission: URGENCE

Termine le séjour de réadmission en : MIA

Diagnostics et interventions réadmission :

Diagnostic	
PRINC	(T82.7) Infection et réaction inflammatoire dues à d'autres prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires
SEC	(A49.8) Autres infections bactériennes, siège non précisé
SEC	(B96.2) Escherichia coli et autres entérobactéries, cause de maladies classées dans d'autres chapitres
SEC	(C17.2) Tumeur maligne: Iléon
SEC	(C78.6) Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine
SEC	(C78.7) Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques
SEC	(E78.0) Hypercholestérolémie essentielle
SEC	(I10.90) Hypertension essentielle, non précisée: Sans mention de crise hypertensive
SEC	(Y84.9) Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
Intervention	
	(86.07.30) Enlèvement de système de cathéter à demeure totalement implantable

Faux positifs ? -> Retour au dossier pour les 96 séjours

Lettre de sortie

Service de chirurgie viscérale
Team Colorectal
Bâtiment hospitalier-Niveau 15
Rue du Bugnon 46
CH - 1011 Lausanne

Professeur Nicolas Demartines
Chef de Service

PD Dr Martin Hubner
Médecin associé
Tél. 021 341 24 00
martin.hubner@chuv.ch

AVIVaa

[redacted]

Lausanne, [redacted]

[redacted]

Monsieur et cher Confrère,

Le patient susnommé a séjourné dans notre service du 27.01 retour à domicile.

Motif de recours

Diagnostic principal

- Suspicion de maladie de Crohn :
  - 1ère poussée aiguë avec iléite terminale sévère et pa 01.0[redacted]
  - Prednisone [redacted]urek (1ère dose le 16.01)
  - Sp laparoscopie exploratrice avec drainage d'abcès 0[redacted]
  - Ad[redacted]nt : nouvelle poussée de Crohn

Diagnostics - Antécédents - Interventions

- Fissure anale aiguë à 12h en PG
- Sp lombalgies mécaniques

Interventions réalisées

Nihil.

Rappel anamnestique

Patient d[redacted]ort il y a deux semaines de notre servi première [redacted]e probable maladie de Crohn avec ié patient est actuellement sous Prednisone et il se présente de douleurs abdominales aiguës en FID avec vomissemen péritonisme associé à une leucocytose importante (44 G/L, C Une péritonite avec collection de la gouttière pariéto-colique abcès résiduel du Douglas.

Synthèse - Discussion et évolution

Conjointement avec [redacted] avec début d'une a[redacted] est favorable avec diminution progressive des douleurs

Document archivé automatiquement

Protocole Opératoire

[redacted]

Déroulement de(s) intervention(s)

Intervention:		Date [redacted]0	Fin:	09:00
Salle:	15			
Type d'anesthésie:	Générale	Date [redacted]0	Fin:	09:05
Opérateur(s):	[redacted]			
Assistant(s):				
Anesthésiste:	[redacted]			
Instrumentiste:	[redacted]			

Indication opératoire

Il s'agit d'un patient de [redacted], qui présente une suspicion de maladie de Crohn avec une 1ère poussée. Il présente sur le scanner abdominal, la présence de liquide libre ainsi qu'une iléite terminale avec un abcès au niveau du petit bassin. On décide d'une exploration chirurgicale pour toilette et lavage péritonéal.

Interventions réalisées

LAPAROSCOPIE EXPLORATRICE.
TOILETTE PÉRITONÉALE.

Description de(s) intervention(s)

Sous anesthésie générale. Open coelioscopie ombilicale. Pénétration dans la cavité abdominale et mise en place d'un trocart de 10 mm, insufflation du pneumopéritoine à 12 mmHg. Mise en place d'un trocart de 5 mm en hypocondre G et d'un trocart de 5 mm en flanc G. Prélèvement du liquide péritonéal qui est purulent. Envoi pour examen bactériologique. Aspiration de 1,5 l de pus. Toilette péritonéale abondante. Au niveau du petit bassin, adhésiolyse permettant la mise à plat d'un abcès. Nouvelle toilette péritonéale abondante. Mise en place d'un drain de Blake au niveau du cul-de-sac de Douglas extériorisé par l'orifice de trocart de la FIG. Ablation des autres trocarts sous contrôle de la vue, exsufflation du pneumopéritoine et fermeture aponévrotique par un point en X de Vicryl 0. Fermeture cutanée par des points intradermiques de Monocryl 3-0 et colle Dermabond sur la peau.

Dr P[redacted]
Chef de clinique

Pour les 96 séjours :

- Analyse du dossier clinique
- Identification réadmissions évitables
- Identification réadmissions non évitables
- Validation par un chirurgien cadre

Faux positifs ? -> résultats analyse des dossiers

Admission Stay Diagnosis	Admission Stay Procedure	Readmission Procedure	(N=15) n=
Obstructive colon cancer	Stoma/stent	Planned colectomy	2
Hemorragic ulcerative colitis	Proctocolectomy with ileostomy	Planned closure of ileostomy	1
Gallstones	ERCP	Planned cholecystecomy	1
Liver metastasis	Portal embolisation	Planned hepatectomy	1
Appendicitis (discorey of cancer)	Appendicectomy	Planned right colectomy	1
Wound defect (inguinal lymphadenectomy)	Wound debridement	Planned plastic surgery	1
Peri-anal supurative hydrosadenitis	Large excision	Planned plastic surgery	1
Renal insufficiency	Surgical evaluation		1
Sigmoïd volvulus	Endoscopic therapy		1
Rectal cancer	Low anterior resection		1
Colonic fistulae	Reported surgery	Planned hemicolectomy	1
Ileus	Conservative management	Planned Ureteral catheter change	1
Parastomial hernia	Conservative management	Parastomial hernia repair	1
Diverticulitis (sigmoïd)*	Conservative management	Elective coronarography	1
Choledocholithiasis	ERCP reported	Planned ERCP	1
Terminal ileitis of unknown origin	Colonoscopy	Planne balloon Colonoscopy	1
Prolapsus (Hartmann colostomy)	Reduction (conservative)	Planned continuity restoration	1
			18

- Sur 109 réadmissions :
- 18 ne sont pas évitables

Par rapport au taux observé :

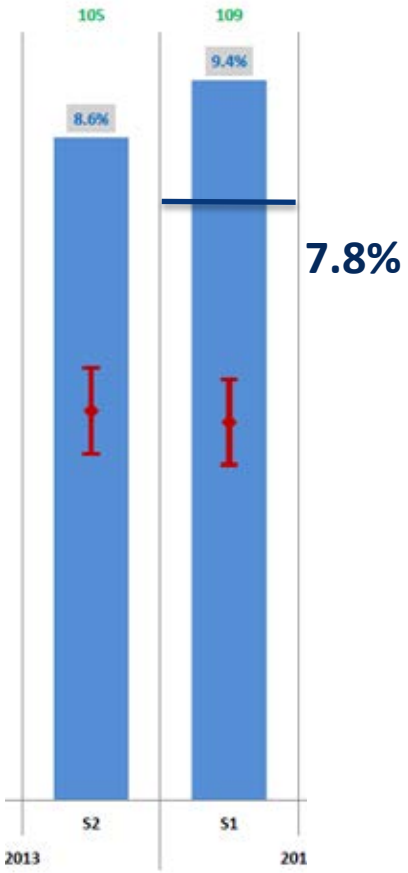
1. Problème de faux positifs?

109 patients avec REAPE -> taux de 9.4%

16.5% de faux positifs selon chirurgiens (sur N=109)

91 vrais positifs -> **taux de 7.8% après recalcul**

Taux de comparaison avec la littérature = **8.2%**[1]



1 McIntyre LK et al. jamasurg.2016.125.

Par rapport au taux observé :

1. Problème de faux positifs? ✓
2. Problème de qualité de prise en charge ?

Par rapport au taux observé :

1. Problème de faux positifs? ✓
2. Problème de qualité de prise en charge ?

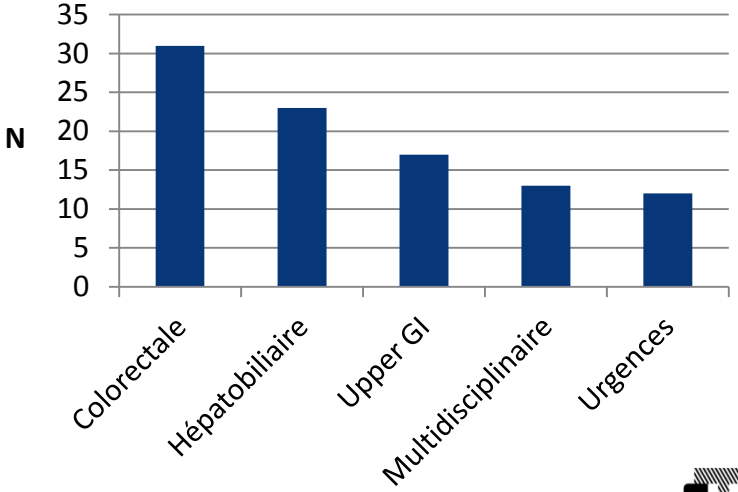
Taux de comparaison de 8.2%[1]

Taux de complications[2,3]

Sous-spécialité/intervention

70% = colorectale et hépatobiliaire

Patients ERAS® sp



1 McIntyre LK et al. jamasurg.2016.125.
2 Ryan P Merkow et al. JAMA 2015; 313 (5):483-495.
3.Kassin MT et al. J Am Coll Surg 2012 Sep;215(3):322-330

Par rapport au taux observé :

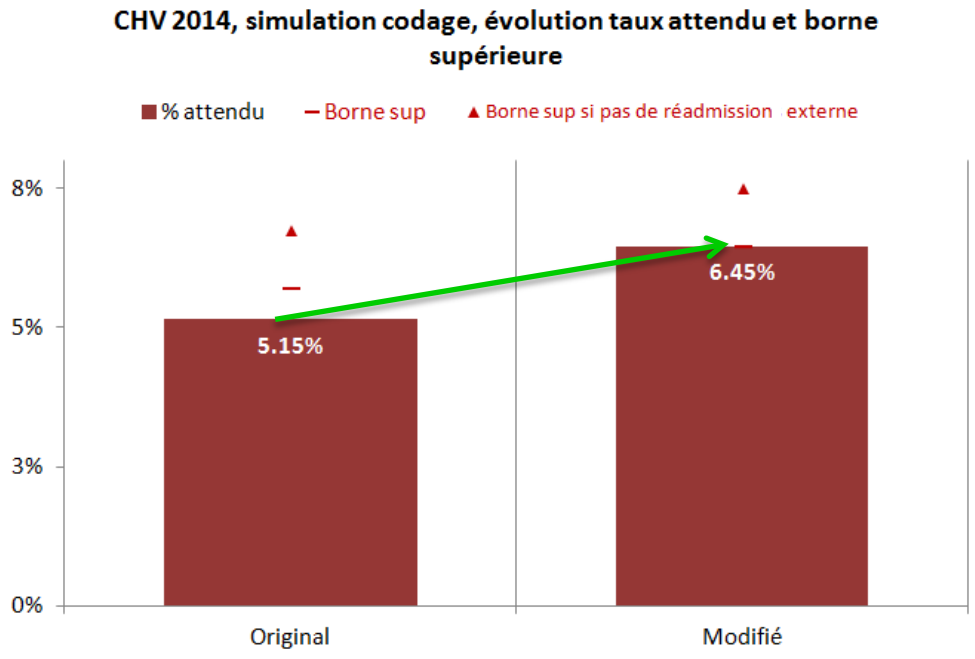
1. Problème de faux positifs? ✓
2. Problème de qualité de prise en charge ? ✓

Par rapport au taux attendu :

- Est-ce que la complexité des patients est assez bien prise en compte ?
  - modèle d'ajustement ?
  - codage des séjours ?

Variation du taux attendu si on simule des comorbidités ?

Simulations en ajoutant des codes de comorbidités sur séjour index ➔ sensibilité du taux attendu



Exemple

Dossier codé

Lettre de sortie

ANNEE 2014 **MOIS: 2** 202 CHV

N° séjour index : [redacted] Délai de réadmission (jours): 5

Durée: 4 jours. Type admission: URGENCE prob. complications (élevé si >12) : %

LS attendue (min, max): (,) - verif :

Diagnostics et interventions séjour index :

Diagnostic	
PRINC	(K45.0) Autres hernies abdominales de siège précisé, avec occlusion, sans gangrène
SEC	(Z43.2) Surveillance d'iléostomie
SEC	(K51.9) Recto-colite hémorragique, sans précision
SEC	(Y84.9) Incidents dus à des mesures médicales, sans précision
Intervention	
	(88.01.10) Tomographie axiale computérisée de l'abdomen entier

1 complication
1 comorbidité

Diagnostics - Antécédents - Interventions

Comparaison de 35 dossiers :

-> sous-codage des comorbidités

(diabète, insuffisance rénale, etc.)

-> codage très exhaustif des complications

(incident du à des mesures médicales, etc.)

En résumé

Par rapport au taux observé :

- 18 réadmissions non évitables
- 91 réadmissions potentiellement évitables-> qualité des soins

Par rapport au taux attendu :

- Un modèle d'ajustement sensible aux comorbidités
- Un sous-codage des comorbidités
- Un codage exhaustif des complications

➔ Travaux avec les chirurgiens pour mieux documenter les comorbidités

➔ Présentation et formation des codeuses médicales

➔ Communication des faux-positifs au concepteur de l'algorithme SQLAPE

➔ Amélioration des transitions (transmission lettres de sortie, information patient, etc.)

Comment les chirugiens ont-ils perçu la démarche ?

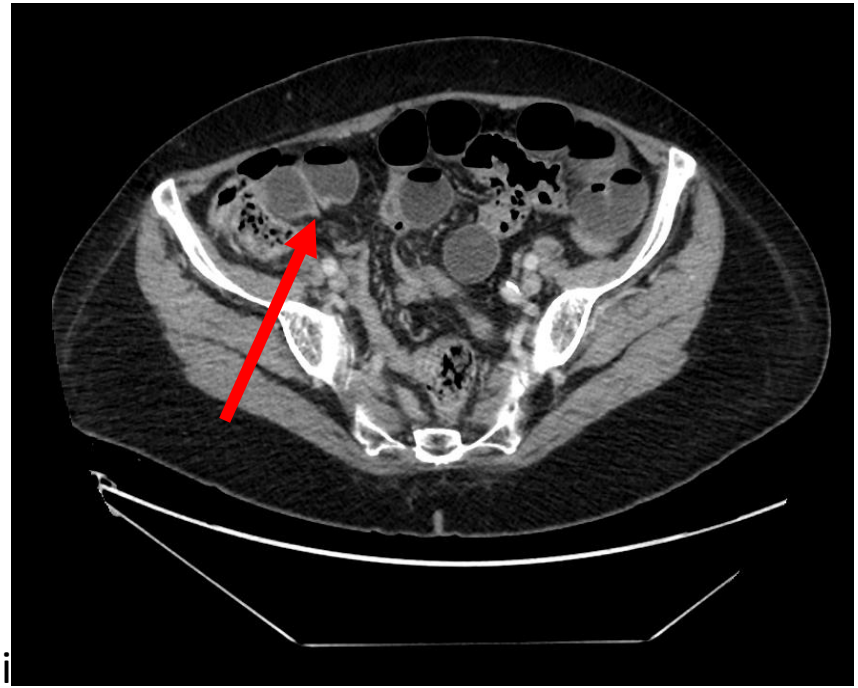
Situation clinique concrète

aux urgences

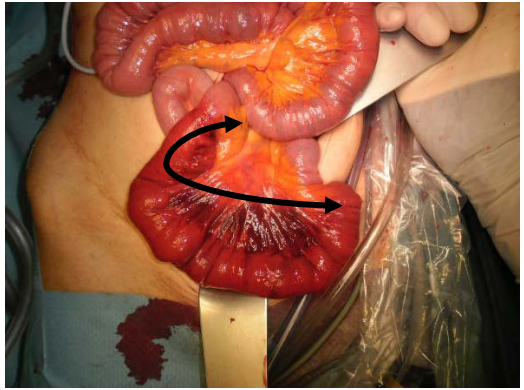
Mme R., 74 ans
Diabète insulino-résistant
Polyarthrite rhumatoïde sous corticoïdes

Douleurs abdominales depuis 24h
Occlusion intestinale

Antécédent d'appendicectomie
Status post section de bride par laparotomi
Cure d'éventration volumineuse



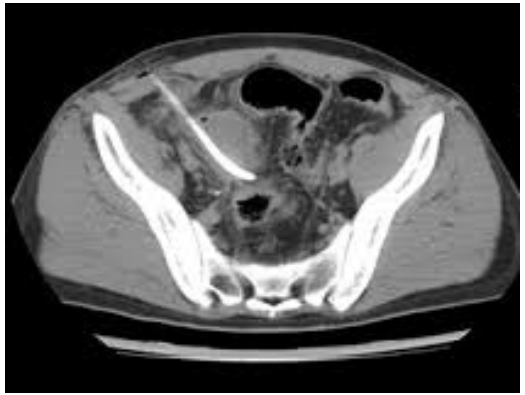
Situation clinique concrète



Opération de 4 heures (adhésiolyse) en laparotomie

Résection de 20cm d'intestin grêle et anastomose

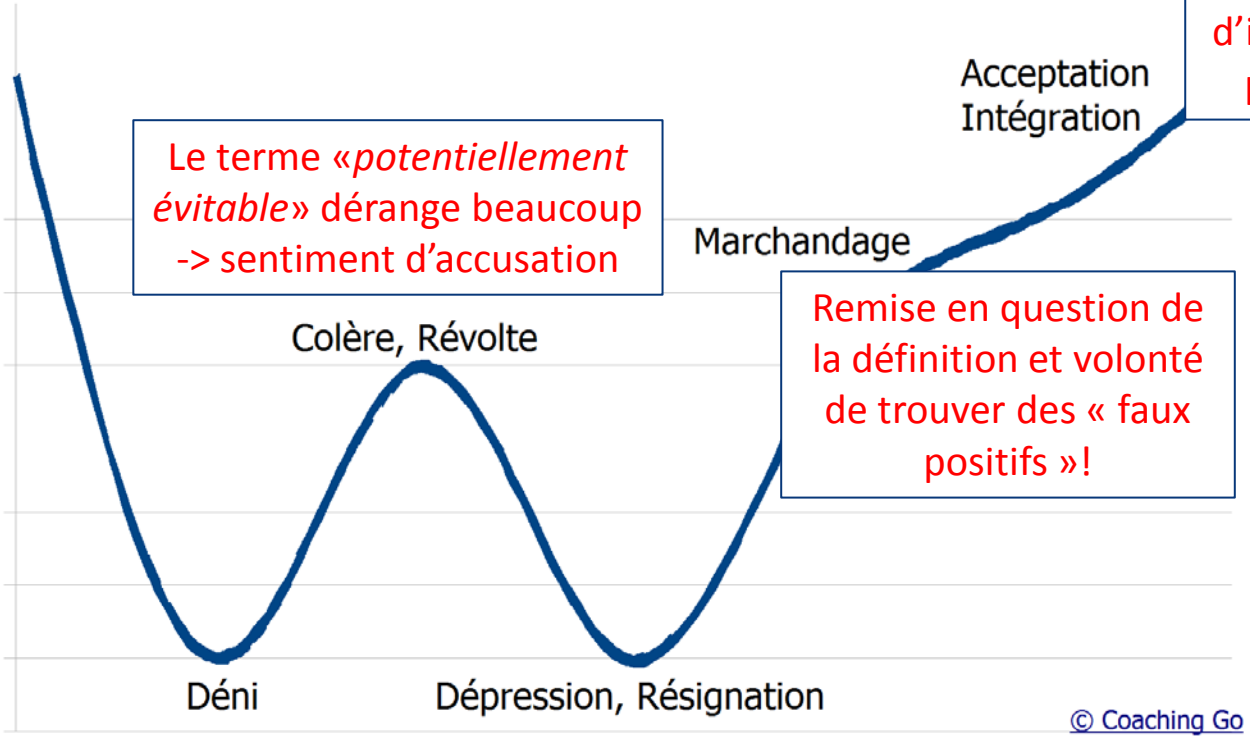
Sortie au 5ème jour (J5)…… réadmissions à J8, abcès de la fosse iliaque droite (FID)



Retour à domicile après 2 semaines d'antibiothérapie

Avis du chirurgien: complication connue, ce n'est pas une réadmission potentiellement évitable

Retour des chirurgiens…….



Analyse des cas permet d'identifier les problèmes

Le terme «*potentiellement évitable*» dérange beaucoup -> sentiment d'accusation

Remise en question de la définition et volonté de trouver des « faux positifs »!

Retour des chirurgiens…….

Les échanges réguliers d’information

La communication sur les buts

L’implication des médecins dans l’interprétation des résultats

En conclusion

- Indicateur utile aux chirurgiens pour identifier les réadmissions potentiellement évitables (complications et problèmes de transitions)
- Analyse utile pour l'ensemble du CHUV -> améliorations en cours (documentation, codage, transmission externe, organisation de la sortie)
- Nécessité d'un retour aux dossiers lorsque les résultats s'écartent de la norme
- Nécessité d'une communication forte sur l'indicateur lors des colloques de service avec discussion des résultats

Merci de votre attention!