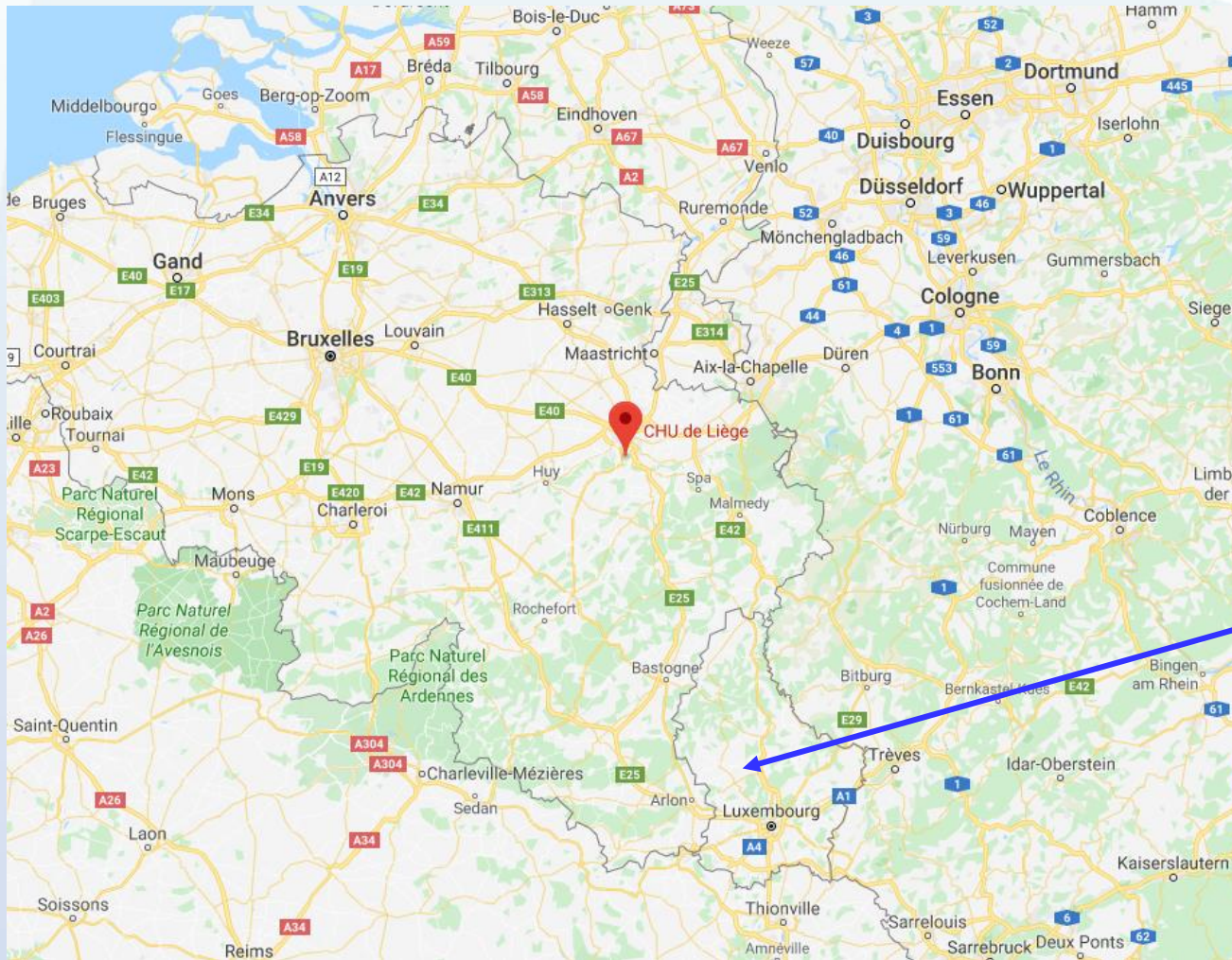


La représentativité clinique au travers du dossier patient: Codage en ICD10

Stéphanie LEROY, Responsable Secteur Codage et Nomenclature, SIMÉ
CHU Liège Belgique

CHU Liège - Belgique



Un des 7 hôpitaux académiques belges
Le seul hôpital académique de Wallonie

Près de 6000 employés, 900 médecins,
1038 lits agréés,

Plus de 80 000 séjours à enregistrer en
ICD10.BE (CM et PCS)/an

Secteur Appui méthodologique aux Projets GSI et Planification (APP)

Responsable de secteur : *Noémi Javaux*

GESTION DES SYSTÈMES INFORMATIQUES

Coordinateur de département

Secteur Accompagnement, Paramétrage et Formation (APF)

Responsable de secteur : *Isabelle Simon*

Service des Applications Informatiques (SAI)

Chef de service (ff) : *Michel Raze*

Secteur médical

Responsable de secteur : *Michel Raze*

Secteur administratif

Responsable de secteur : *Eric Waseige*

Secteur offre aux patients et médecins extérieurs

Service Architecture Technique et Infrastructure (ATI)

Ch

Secteur helpdesk

Responsable de secteur : *Didier Degey**

Secteur réseau

Responsable de secteur : *Simon François**

Secteur systèmes

Responsable de secteur : *Claudio Virgili**

Secteur téléphonie

Responsable de secteur : *Vincent Garroy**

Secteur web et portail

Responsable de secteur : *Frédéric Geraerds**

GESTION DES INFORMATIONS MÉDICO-ÉCONOMIQUES

Service des Informations Médico-Économiques (SIMÉ)

Chef de service : *Philippa Kelh*

Secteur codage et nomenclature

Responsable de secteur : *Stéphanie Leroy*

Secteur exploitation des données

Responsable de secteur : *Jessica Jacques*

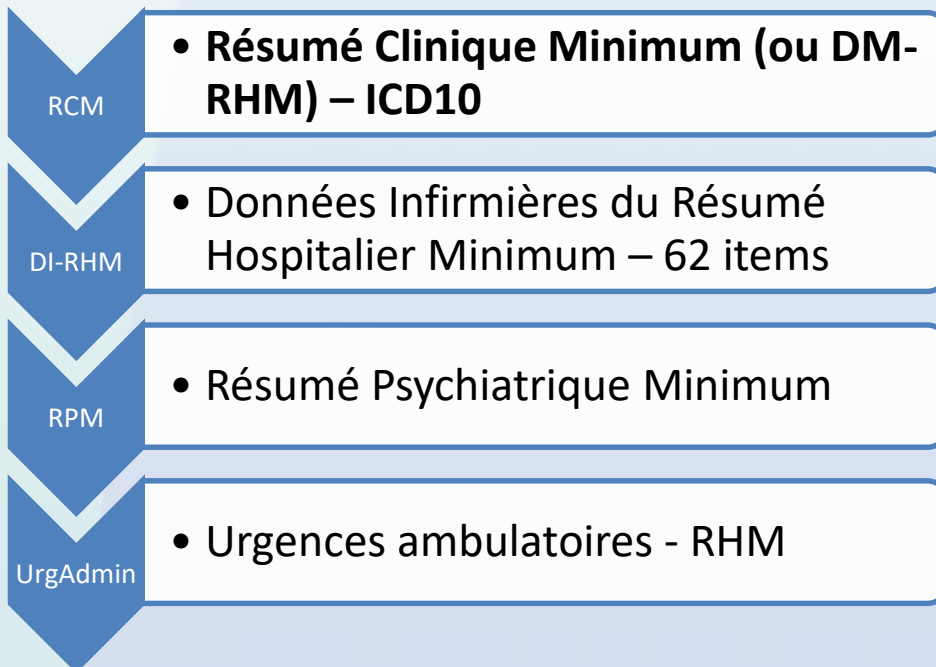
Secteur appui à la recherche clinique et biostatistique

Responsable de secteur : *Nathalie Maes*

Secteur gestion des dossiers médicaux

Responsable de secteur : *Jocelyne Kariger*

✓ 4 types d'enregistrements :



Soumis aux mêmes exigences :
Qualité d'enregistrement
Délais d'envoi au SPF SP

Coder les séjours :

- selon les exigences imposées par le SPF SP,
- de manière à ce que ceux-ci soient le reflet « codé » le plus proche de l'activité de terrain,
- en justifiant au mieux l'activité (règles de financement)

Collaborer :

principalement avec le corps médical et le corps infirmier de manière à garantir une **information** au dossier patient reflétant l'activité de terrain tout en répondant aux exigences de codage (langage commun)

Pourquoi enregistrer ces données ?

Enregistrements d'informations exigés par le SPF Santé Publique : **RCM, DI-RHM** (tous deux inclus dans le « RHM »), RPM, SMUR, ...

✓ **Contribution à la politique de Santé Publique**

- déterminer les besoins en équipements hospitaliers
- définir les normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services
- déterminer la politique relative à l'exercice de l'art de guérir
- définir une politique épidémiologique

✓ **Financement des institutions de soins**

- organiser le financement des hôpitaux (financements « directs » et « indirects », utilisation des données dans les différents modes de calculs)

Activité justifiée : financement au travers de la durée de séjour moyenne nationale, catégorisé selon l'APR DRG et la sévérité du séjour

Exigences d'enregistrements

Loi sur les hôpitaux – enregistrements de données – (AR 7/08/1987)

Le RCM est un enregistrement des données administratives et médicales anonymisé (1990 → 2007). La base légale du RCM est l'AR du 6 décembre 1994. Depuis l'année d'enregistrement 2008, le RCM a été replacé dans la structure du Résumé Hospitalier Minimum (RHM).

Exigences de contenu du dossier médical

Conditions minimales auxquelles le dossier médical doit répondre (lettre de sortie obligatoire)

« Codification RCM : sur base principalement de la lettre de sortie mais aussi du dossier patient » (AR 3/05/1999) :

→ Importance d'un courrier / dossier complet et exhaustif !

Contrôles SPF-SP → Peut aboutir à des sanctions financières !

Audits (contrôle des données une fois par an) (AR 19/03/2007) :

Complément d'information donné par le médecin

« Doit se retrouver dans le « dossier patient » en cas d'audit »

Travail du codeur « RCM » :

- Selon les spécialités qui lui sont confiées : gestion du travail d'enregistrement de données ICD10.BE (CM/PCS)
- Analyse du dossier patient et plus précisément du séjour à coder, retrouver tous les éléments pertinents (dossier patient, dossier infirmier, logiciels périphériques ...) afin de **valoriser l'activité de terrain** au travers de la nomenclature ICD10.BE
- Simuler l'activité (APR-DRG et sévérité ainsi que la durée de séjour nationale connue) de manière à ce que le codage « justifie » **l'activité rencontrée au travers de la documentation**
- Rapportage selon les difficultés rencontrées (informations, structure du séjour, problèmes informatiques, question de codage)
- Respecter les délais d'envois du RHM

Encodage « manuel » → humain !!!
Potentielles erreurs et/ou interprétations

Travail du codeur « RCM » :

- Extraction de liste de travail « hebdomadaire » → bonne gestion de la charge de travail
- Délais de 1 mois (\pm) après la sortie du patient (afin de disposer de tous les éléments au dossier patient - selon spéc



Important à conserver
Nouveau type de facturation
1/01/19 Cluster basse
variabilité

Outils (travail sur deux écrans):

- Source d'information : DPI - dossier patient centralisé et logiciels périphériques intégrés
- Module de codage « RCM » (lien avec la facturation (nomenclature Inami))
- Manuel SPF - Module 3M DRG Finder : APR-DRG et sévérité

Cellule de codage centralisée :

Avantages	Inconvénient
<ul style="list-style-type: none">- Connaissances pointues des règles de codage : matières très spécifiques- Dispense le corps médical de tâches « administratives »- Analyse pointue de l'information et traitement optimal de celle-ci	<p>Systeme tributaire de la qualité de l'information trouvée dans les dossiers des patients</p> <p>→ Importance d'un dossier complet et exhaustif en amont</p>

« **Système d'Information** » au centre du processus

→ difficultés de langage

→ sensibilisation du corps médical

(difficulté hop. univ. : changements assistants)

Codeurs :

Les codeurs ne peuvent pas interpréter ! « Seul le médecin est habilité à poser un diagnostic ou mentionner toute complication ... » (règles SPF)

Médecins :

Complétude du dossier patient, Exigences de contenu du dossier médical (voir AR 3/05/1999)

Actions de sensibilisation – campagnes de communications : vidéo RCM, article journal interne, réunions,

Essayons de parler le même langage



Impact de la précision de la documentation sur le financement

Patient hospitalisé 10 jours :

1. Documentation dossier patient : « surinfection pulmonaire et résultats d'expectorations positives à E. Coli »
=>APR-DRG « *Autres diagnostics, signes et symptômes du système respiratoire, sévérité 1* »

=> durée moyenne nationale de séjour de **2.19 jours**

2. Si dossier précise « *bronchopneumonie à E. Coli, traitée par antibiothérapie intraveineuse* »

=>APR-DRG « *Inflammations et infections majeures du système respiratoire, sévérité 1* »

=>durée moyenne nationale de séjour de **13.7 jours**

La représentativité clinique au travers du dossier patient?

Se discute dans la limite du contexte

En amont : système d'information dépendant :

- De la qualité de l'information retrouvée dans le dossier du patient (syst. d'information et organisation de l'hôpital),
- Des outils utilisés,
- Des règles de codage à utiliser, « interprétations »,
- De l'équipe de codage,
-

En aval : résultat d'enregistrements et exploitation de ces données

Le contexte peut influencer la qualité des données

- Création interne de ses propres outils - (Voir Ex dia suiv)

Ex : activité justifiée, Ex : utilisation des données RCM à des fins d'études, mémoires étudiants, analyses internes

- Rapports mis à disposition par le SPF Santé : individuels et nationaux

National : Origine des patients par MDC

Individuel : Réadmissions non planifiées dans les hôpitaux aigus de Belgique

- Benchmarking
- CHAB (hôpitaux universitaires)
- Audit chir bariatrique
- Clusters à basse variabilité

Exemple : évolution lits justifiés CHU Liège -BMF2018

Analyse/comparaison nombre de lits « agréés » et « justifiés »

BMF 2018 – activité année 2016 (2016/1 et 2016/2)

Dans une unité de soins = 30 lits agréés et 28 (ou 34) sont justifiés

Activité déclinée en APR-DRG – degré de sévérité – couplée à la durée de séjour

Indicateurs :

- APR DRG les plus souvent rencontrés ?
- Dans quelle catégorie de séjour le service « garde » systématiquement les patients plus longtemps que la durée moyenne nationale?
- % séjours en sévérité/APR DRG ?
- Activité déclinée selon besoins d'analyse
- Diagnostics secondaires présents (ICD10 CM)
- Actes posés (ICD10 PCS)
-

Enregistrement et exploitation de ces données → représentativité clinique de celles-ci dans leur propre *limite*

L'*utilisation* de ces données (analyses, financement,...) pourrait être un « *moteur* » à une « meilleure » documentation, donc une meilleure représentativité

Merci pour votre attention

Des questions ?