

LEP[®]

LEP – structure et utilisation

www.lep.ch



LEP - structure et utilisation

© 2016 All rights reserved. No part of this work may be reproduced or translated by any means without the author's permission.

Auteur: Dr. Dieter Baumberger
Stefan Hieber
Susanne Raeburn
Martin Studer
Dr. Reto Bürgin
Dr. Renate Ranegger
Yamina Caluori
Patrick Weber
Regula Jenzer Bürcher

Adresse: LEP AG
Blarerstrasse 7
9000 St. Gallen
Suisse

T +41 71 246 37 57
F +41 71 246 37 59
info@lep.ch
www.lep.ch

Sommaire

Sommaire	i
Répertoire des illustrations.....	vi
Répertoire des tableaux.....	viii
Répertoire des abréviations.....	x
Résumé.....	xiii
Structure de ce manuel.....	xv
Limites.....	xv
1 Introduction à LEP.....	1
1.1 L'idée de LEP.....	1
1.2 La diffusion de LEP.....	5
1.3 Les principaux modules d'utilisation pour LEP.....	5
1.4 Les objectifs d'utilisation de LEP.....	8
1.5 La polyvalence de LEP.....	9
1.6 Solutions orientées utilisateur avec LEP.....	10
1.7 Avantages et forces de LEP.....	14
1.7.1 Connecté.....	14
1.7.2 Proportionné.....	15
1.7.3 Polyvalent.....	16
2 Les classifications LEP.....	18
2.1 Principe de base d'une classification.....	18
2.2 Classification des prestations des professionnels de la santé.....	19
2.2.1 Cadre conceptuel.....	20
2.2.2 Structure de classification.....	22
2.2.3 Attribution d'unités d'information.....	23
2.2.4 Définition des types de prestation.....	24
2.2.4.1 Prestations avec et sans lien avec le patient.....	24
2.2.4.2 Interventions directes et indirectes.....	25
2.2.4.3 Composition d'une prestation.....	26
2.2.4.4 Inclusion et exclusion.....	27
2.2.4.5 Types de prestation particuliers.....	28
2.2.4.5.1 Prestations à spécification différenciée.....	28
2.2.4.5.2 Prestations sans lien avec le patient.....	29
2.2.4.5.3 Temps de répartition personnels et factuels.....	29

2.2.5	Structuration de la terminologie LEP	30
2.2.6	La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP	32
2.2.6.1	Valeurs temporelles de moins de deux minutes	34
2.3	Classifications auxiliaires de LEP	34
2.3.1	Ajouts spécifiques à l'établissement	34
2.3.2	Données des cas	35
2.3.3	La classification des métiers	36
2.3.4	Temps de travail du personnel et absences	38
3	Classifications, instruments et normes d'extension de LEP	39
3.1	LEP et les normes internationales	39
3.2	LEP et le processus de traitement	41
3.3	LEP et systèmes de tarification	43
3.4	Estimation subjective de la charge de travail	45
3.5	Soutien au savoir	45
4	Les évaluations LEP	47
4.1	Définitions et formats homogènes	48
4.2	Interprétation des résultats des évaluations	49
4.3	Les modules d'évaluation de LEP	51
4.3.1	Les évaluations standards LEP	52
4.3.2	Comparaison des données LEP	56
4.3.3	PCAP Suisse	57
5	L'application et l'utilisation de LEP	62
5.1	« Collect once, use many – Collecter une fois, utiliser plusieurs fois »	62
5.2	Moment de la collecte	63
5.3	Présélection des contenus LEP	63
5.4	LEP en front-end et back-end	64
5.5	LEP en tant qu'interventions propres et co-responsables	66
5.6	Principe Prestataire/Bénéficiaire	68
5.6.1	Prise en compte des prestations associées	70
5.6.2	Prestations d'éducation	72
5.6.2.1	Environnement d'enseignement/d'apprentissage structuré et non structuré	73
5.7	Prestations d'identification des dysfonctionnements dans le processus de traitement	73
5.8	Répartition des prestations LEP spécifique à l'établissement	74
5.9	Prévention d'effets d'accumulation dans les valeurs temporelles LEP	74

5.10	LEP pour la facturation des prestations.....	77
5.11	Le flux de données dans l'utilisation de LEP	78
5.12	Exigences de spécification du logiciel pour la mise en œuvre de LEP dans le système ..	80
6	L'utilisation des évaluations avec LEP.....	82
6.1	Prévention des coûts de collecte supplémentaires par pondération.....	86
6.2	Partition des données requises pour l'évaluation.....	88
6.3	Partition dans la perspective des temps de travail et des coûts du personnel	89
6.4	Détermination de la productivité standard orientée sur les cas avec LEP	91
6.5	Pas de saisie multiple, pas de données redondantes	93
7	La documentation des patients avec LEP	95
7.1	Points de vue et coopération dans le processus de traitement	95
7.2	Objectifs de la documentation des patients avec LEP.....	97
7.3	Structure de la documentation des patients avec LEP	97
7.3.1	Parcours des soins clinique avec LEP.....	99
7.3.2	Plans de traitement standardisés avec LEP	101
7.3.3	Réorganisation des prestations LEP en bouquets de prestations	102
7.4	Lignes directrices relatives à la documentation des patients avec LEP.....	105
8	La saisie des prestations et des durées avec LEP.....	110
8.1	La saisie des prestations et des durées complémentaires de la documentation des patients	112
8.2	Saisie des prestations et des durées séparées	113
8.3	La structure des prestations et des durées avec LEP.....	114
8.3.1	Saisie des prestations et des durées sur un niveau	115
8.3.2	Saisie des prestations et des durées sur deux niveaux.....	116
8.3.3	Saisie des prestations et des durées sur trois niveaux.....	117
8.3.4	Saisie des prestations et des durées sur quatre niveaux.....	117
8.3.5	Saisie des prestations et des durées sur niveaux alternés.....	118
8.4	Lignes directrices relatives à la saisie des prestations et des durées avec LEP.....	119
9	Qualité des données	125
9.1	Défis.....	125
9.2	Facteur influençant les valeurs temporelles	126
9.3	Estimation de la plausibilité	126
9.4	Fiabilité et validité des valeurs temporelles LEP.....	128
9.5	LEP dans les études scientifiques.....	129

10	Les produits de LEP	131
10.1	Le groupe de produits « Documentation LEP et groupes de prestations LEP »	131
10.1.1	Extensions par classifications auxiliaires LEP	133
10.1.2	Extensions aux systèmes de tarification	134
10.1.3	Extensions avec « Estimation subjective de la charge de travail ».....	135
10.1.4	Extensions avec Évaluation LEP	135
10.2	Le groupe de produits Processus de traitement LEP	135
10.2.1	Le produit Processus des soins LEP	135
10.2.1.1	Processus des soins LEP LTC.....	138
10.3	Le groupe de produits « Produits spéciaux et autonomes LEP »	139
10.3.1	PCAP Suisse	139
10.3.2	Produits spéciaux LEP.....	139
10.4	Produits antérieurs de LEP	139
10.5	La sélection de produits de LEP	139
10.5.1	La matrice LEP	141
11	Développement et gestion des versions de LEP	142
11.1	LEP en tant que système à capacité d'apprentissage.....	142
11.2	La première et la deuxième génération de LEP.....	143
11.3	La troisième et actuelle génération de LEP.....	144
11.4	Extensions dans le cadre de la troisième génération LEP.....	145
11.5	Réseau de développement	145
11.5.1	Le conseil d'experts LEP.....	146
11.5.2	Conférences scientifiques LEP.....	148
11.5.3	Fondements de la validité des contenus.....	148
11.5.3.1	Système de feedback de la pratique clinique.....	148
11.5.3.2	Conformité avec les normes et les autres systèmes de classement	149
11.5.3.3	Groupes d'experts	150
11.5.3.4	Ateliers avec groupes d'utilisateurs	150
11.5.4	Congrès professionnels et formation postgraduée.....	150
11.6	Gestion des versions.....	151
12	Formation continue, Conseil et Contact.....	153
12.1	Offre de formation continue et de conseil LEP pour l'implémentation de LEP	155
12.2	Offre de formation continue et de conseil pour le processus de traitement LEP.....	155
12.3	Offre de formation continue et de conseil pour la saisie des prestations et des durées	

12.4	Offre de formation continue et de conseil pour les évaluations LEP.....	158
12.4.1	Activités de conseil pour les évaluations spéciales avec LEP.....	159
12.5	Offre de formation continue et de conseil pour les problématiques spécifiques.....	159
12.6	Réponses aux questions récurrentes relatives à LEP.....	160
12.7	Conférences des utilisateurs de LEP.....	160
12.8	Conférences Logiciel LEP.....	161
12.9	Conférences régionales des utilisateurs de LEP.....	161
12.10	Contacts et renseignements.....	161
Glossaire.....		162
Bibliographie.....		175

Répertoire des illustrations

Ill. 1 : Structure des données avec LEP.....	4
Ill. 2 : Les principaux modules d'utilisation pour LEP	6
Ill. 3 : Documentation des patients, saisie des prestations et statistiques de prestations avec LEP	7
Ill. 4 : Adaptation de l'utilisation de LEP aux exigences des utilisateurs et de l'établissement.....	10
Ill. 5 : Options d'utilisation de la classification LEP	12
Ill. 6 : Classification principale et classifications auxiliaires de LEP	19
Ill. 7 : La notion de « Prestation »	21
Ill. 8 : Le principe d'organisation de la classification des prestations LEP.....	23
Ill. 9 : Prestations avec et sans lien avec le patient	25
Ill. 10 Le modèle de terminologie de référence pour les interventions de soins {ISO 2014 #808: 7}.....	30
Ill. 11 : Interopérabilité sémantique avec LEP Nursing 3.....	40
Ill. 12 : Mappage de LEP sur la classification de référence ICNP (modifiée selon {Ostermann 2015 #934}).....	41
Ill. 13 : Interventions LEP dans le contexte du processus de traitement.....	42
Ill. 14 : Exportation automatisée des critères significatifs pour les revenus SwissDRG	44
Ill. 15 : Gestion de la connaissance pour les interventions de santé dans la documentation des patients.....	46
Ill. 16 : Utilisation des évaluations des données de prestations pour la prise en charge des processus de l'établissement.....	47
Ill. 17 : Les modules d'évaluation de LEP.....	51
Ill. 18 : Modèle de la comparaison d'établissements basée sur DRG avec PCAP Suisse	59
Ill. 19 : Comparaison de groupes de prestations au sein d'un groupe de cas DRG avec PCAP Suisse	61
Ill. 20 : LEP en back-end dans la documentation des patients	65
Ill. 21 : Utilisations de LEP en front-end et back-end dans la documentation des patients.....	66
Ill. 22 : Prestations LEP propres et co-responsables.....	67
Ill. 23 : Prestation avec ou sans lien avec le patient de deux personnes.....	71
Ill. 24 : Accumulation des valeurs temporelles LEP des prestations de médication.....	76
Ill. 25 : Le flux de données d'un système d'exploitation dans l'utilisation de LEP.....	79
Ill. 26 : Possibilités de précision des interventions comme exemple de critère d'exigence	81
Ill. 27 : Données collectées pour les évaluations avec LEP : « Lesquelles et comment ».....	83
Ill. 28 : Données requises pour les évaluations souhaitées	84
Ill. 29 : Saisie automatisée et complémentaire de données pour évaluations.....	85

Ill. 30 : Prévention des coûts supplémentaires par pondération et clé de répartition	87
Ill. 31 : Structure du temps de travail net	90
Ill. 32 : Réduction des coûts de saisie par prévention des saisies en double	94
Ill. 33 : Processus de traitement, coopération et documentation des patients {Abderhalden 2006 #935}.....	96
Ill. 34 : Structure globale de la documentation des patients.....	98
Ill. 35 : Variantes avec documentation des patients et saisie des prestations.....	111
Ill. 36 : Relation entre niveau de saisie et capacité à être évaluées des données.....	115
Ill. 37 : Saisie des prestations et des durées sur un niveau	116
Ill. 38 : Saisie des prestations et des durées sur deux niveaux.....	116
Ill. 39 : Saisie des prestations et des durées sur trois niveaux.....	117
Ill. 40 : Saisie des prestations et des durées sur quatre niveaux.....	118
Ill. 41 : Saisie des prestations et des durées sur niveaux alternés.....	119
Ill. 42 : Produit Documentation (Dok) de la classification des prestations LEP par groupe professionnel.....	133
Ill. 43 : Produit Groupes de prestations (GP) de la classification des prestations LEP par groupe professionnel.....	133
Ill. 44 : Extrait du site Web de téléchargement des tableaux de mappage et de la documentation LEP-CHOP.....	134
Ill. 45 : Les systèmes de classement et leurs liens dans le processus des soins LEP	136
Ill. 46 : Les dix combinaisons pour l'utilisation de Processus des soins LEP	138
Ill. 47 : Les trois combinaisons pour l'utilisation de Processus des soins LEP LTC.....	138
Ill. 48 : Questions relatives à la sélection de produits de LEP	140
Ill. 49 : Les trois générations de LEP	144
Ill. 50 : Le conseil d'experts LEP.....	147
Ill. 51 : Aperçu des activités Formation continue et Conseil de LEP AG.....	154

Répertoire des tableaux

Tableau 1: Extrait de la liste de référence LEP Allemagne {LEP AG 2016 #339}.....	5
Tableau 2: Taux de coûts des soins lié à la prestation pour le calcul des coûts par cas avec LEP.....	12
Tableau 3: Exemples de définitions de types de prestation différents.....	24
Tableau 4: Exemples d'inclusions de la prestation « Effectuer une toilette partielle du corps ».....	27
Tableau 5: Exemples d'exclusions de la prestation « Hygiène d'une partie du corps ».....	28
Tableau 6: Exemple de composition de la terminologie pour les interventions LEP.....	31
Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP.....	32
Tableau 8: Classification auxiliaire LEP pour les ajouts spécifiques à l'établissement.....	35
Tableau 9: Exemples extraits de la classification auxiliaire LEP des « Données de cas ».....	36
Tableau 10: Exemples de la « Classification des métiers LEP ».....	37
Tableau 11: Exemples de la classification auxiliaire LEP « Temps de travail du personnel et absences ».....	38
Tableau 12: Prestations dans différents systèmes de tarification et de financement.....	43
Tableau 13: Exemple issu de la description des évaluations standards LEP.....	52
Tableau 14: Exemple de données standards d'exportation LEP pour les évaluations du processus clé.....	54
Tableau 15: Exemple de données standards d'exportation LEP pour les évaluations du processus clé.....	55
Tableau 16: Extrait de l'organisation des services spécialisés de la comparaison des données LEP Allemagne.....	56
Tableau 17: Extrait d'une comparaison des données LEP.....	57
Tableau 18: Exemple de fichier d'un établissement de santé pour PCAP Suisse.....	60
Tableau 19: Principe Prestataire/Bénéficiaire.....	68
Tableau 20: Trois moments d'une intervention pour les évaluations LEP différenciées.....	81
Tableau 21: Exemple de variables et données de sélection pour évaluations LEP.....	86
Tableau 22: Productivité standard orientée sur les cas.....	92
Tableau 23: Productivité standard et productivité de base liées au cas.....	92
Tableau 24: Exemple d'un parcours des soins pour les patients devant recevoir de l'insuline.....	100
Tableau 25: Exemple d'un plan des soins standardisé en cas de fracture du col du fémur.....	101
Tableau 26: Exemple d'un plan des soins standardisé en cas de « Déficit d'autonomie au niveau des soins corporels ».....	102
Tableau 27: Exemple d'un bouquet de prestations dans une application logicielle (AGFA Orbis) ..	103
Tableau 28: Exemples de bouquets de prestations.....	104

Tableau 29: Lignes directrices relatives à la documentation des patients avec LEP.....	109
Tableau 30: Lignes directrices relatives à la saisie des prestations et des durées avec LEP	124
Tableau 31: Exemple d'une estimation de la plausibilité automatisée (PCAP Suisse)	127
Tableau 32: Les trois groupes de produits LEP matériels	131
Tableau 33: Produits de la classification des prestations LEP par groupe professionnel.....	132
Tableau 34: Les produits du processus des soins LEP	137
Tableau 35: Matrice des produits LEP	141
Tableau 36: Gestion des versions LEP à partir de l'exemple de la classification des prestations.....	151
Tableau 37: Gestion des versions LEP à partir de l'exemple du mappage de LEP avec les critères de codage OPS et CHOP.....	153

Répertoire des abréviations

Abréviation	Nom
apenio®	Assessment based Planning and Evaluation of Nursing Interventions and Outcome Planification des soins orientée sur les processus (classification des soins)
OFSP	Office fédéral de la santé publique (Suisse)
OFS	Office fédéral de la statistique (Suisse)
CDA	Clinical Document Architecture LA CDA est un standard développé par HL7 sur une base XML destinée à l'échange et à l'enregistrement de contenus cliniques
CHF	Symbole du Franc suisse selon ISO
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation Une classification de procédures (Procedural Codes). aussi : Traitements et opérations
CM	Case mix
CMI	Case mix index
CMO	Case-Mix-Office de la société SwissDRG AG Bureau d'expertise de la SwissDRG AG
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Association allemande des métiers des soins infirmiers)
DiZiMa®	Diagnose-Ziele-Massnahmen (Diagnostic-Objectifs-Mesures, classification des soins)
DRG	Diagnosis Related Groups. Groupes de cas liés au diagnostic
ENP®	European Nursing care Pathways Chemins européens pour les interventions de soins (classification des soins)
ePA-AC®	Évaluation des soins orientée résultats - Soins aigus
G-DRG	German Diagnosis Related Groups (Allemagne) Groupes de cas liés au diagnostic
H+	Les Hôpitaux de Suisse Association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés
CH	Coefficient d'homogénéité
HL7	Health Level 7 Jeu de normes internationales d'échange de données entre systèmes informatiques du secteur de la santé. Le 7 du nom se réfère à la couche 7 du modèle de référence ISO/OSI pour la communication (ISO 7498-1).
ICD-10-GM	International statistical classification of diseases and related health problems-10th revision-German Modification Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10 ^e révision. Modification allemande (membre OMS-FCI)
ICHI	International Classification of Health Interventions Classification internationale des interventions de santé (membre OMS-FCI)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (membre OMS-FCI)
ICN	International Council of Nurses Conseil international des infirmières
ICNP®	International Classification for Nursing Practice Classification internationale de la pratique infirmière (membre OMS-FCI)

IHTSDO	International Health Terminology Standards Development Organisation Organisation de gestion et de développement de la terminologie SNOMED CT
ISCO	International Standard Classification of Occupations Classification internationale type des professions (CITP)
ISO	International Organization for Standardization Organisation internationale de normalisation
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (Suisse)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Suisse)
LEP®	Leistungserfassung in der Pflege Saisie des prestations des soins infirmiers (mis en place à partir de 1988 pour définir la saisie séparée des prestations et des durées de prestations dans le secteur des soins. À partir de 2001, pour d'autres groupes professionnels. À partir de 2006 pour la documentation directe des patients. LEP est aujourd'hui utilisé comme nom de marque)
LiDia®	Littenheider Pflegediagnostik Diagnostic des soins
LOINC®	Logical Observation Identifiers Names and Codes (codes et noms d'identification pour les mesures en laboratoire et les examens cliniques et de technique médicale)
NANDA-I®	Avant 2002: North American Nursing Diagnosis Association Association nord-américaine du diagnostic infirmier À partir de 2002 : NANDA International, Incorporation
NMDS	Nursing Minimum Data Set Fichier minimal sur les soins infirmiers
PAMS	Pflegeaufwand Mess-System, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz Système de mesure des coûts des soins Hôpital de canton Saint-Gall, Suisse (prédécesseur de LEP 1 ^{re} génération)
PCAP Suisse	Patient Care Analytics Platform, Suisse Plateforme d'analyse des soins aux patients (module d'évaluation LEP basé sur DRG)
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (niveau de complexité clinique des patients. aussi : complexité de cas clinique, niveau de complexité clinique lié au patient)
PAP	Planification de l'affectation du personnel
PKMS	Pflegekomplexmassnahmen-Score Indice de saisie des soins extensifs (Allemagne)
PLE	Unité de prestation des soins, minute PRN ou LEP, par ex.
POP®	Diagnostic des soins orienté sur la pratique des soins (classification des soins)
PRN®	Projet de Recherche en Nursing (instrument de saisie de prestation dans le secteur des soins infirmiers)
PPR	Régulation du personnel des soins (relative aux références et critères utilisés pour évaluer le besoin en personnel dans les services des soins stationnaires)
R	Langage de programmation et système de programme (R contient une grande bibliothèque de fonctionnalités de présentation graphiques et d'analyses statistiques. La bibliothèque est constamment développée par des statisticiens du monde entier. Beaucoup utilisent ce langage pour développer et diffuser de nouvelles méthodes)
®	Registered Trademark Marques ou marques de service déposées. (Le symbole ® est apposé à la marque la première fois qu'elle est citée dans le texte)

REKOLE®	Revision Kostenrechnung und Leistungserfassung Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations (Suisse)
RIG-LEP	Groupes d'intérêts régionaux des représentants LEP (composante du SIG-LEP, voir ce sigle)
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ESCT	Estimation subjective de la charge de travail
SEP	Système de saisie de coûts de prestations des soins, Hôpital universitaire de Zurich, Suisse (prédécesseur de LEP 1 ^{re} génération)
SIG-LEP	Groupe d'intérêts suisse des représentants LEP (voir RIG-LEP)
SNOMED CT®	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms Nomenclature systématique de la médecine – Termes spécialisé cliniques
SwissDRG	Swiss-Diagnosis Related Groups (Schweiz) Groupes de cas suisses liés au diagnostic
WHO	World Health Organization Organisation mondiale de la santé
WHO-FIC	WHO Family of International Classifications Famille de classifications internationales OMS

Indication : Le glossaire est placé en fin de manuel.

Résumé

L'objectif de cette documentation est d'informer les intéressés du secteur de la santé, les spécialistes et établissements de santé et les développeurs de logiciels de la structure, des contenus et des possibilités d'utilisation de LEP, leur permettant ainsi d'en tirer des conclusions judicieuses relatives à la sélection et l'utilisation pratique des produits LEP.

LEP est basé sur l'idée que la documentation électronique des patients et les informations cliniques correspondantes forment le pivot et la clé de voûte de la documentation des patients, de l'évaluation et de l'échange des données de prestations dans le secteur de la santé. En plus de son intérêt pour les patients et la qualité du traitement, LEP, en tant que système transparent, inviolable et basé sur la documentation des patients, peut aussi servir à calculer les indemnités liées aux cas et aux prestations.

La structure de LEP, modulaire, donne à l'établissement de santé la flexibilité nécessaire pour en adapter son application. Utilisé intelligemment, il permet de définir de façon ciblée les conditions relatives à la documentation des patients, à la saisie des prestations, aux statistiques et évaluations de prestations pour les adapter aux exigences et aux possibilités des établissements de santé. Ceci donne à chaque établissement de santé une application gérable et liée aux objectifs avec une charge de collecte de données et de documentation optimisée par rapport aux statistiques souhaitées. Au besoin, les modalités d'application peuvent être étendues ou réduites par LEP pour assurer une gestion d'établissement efficace, innovatrice et compatible avec eHealth. Ses facultés d'adaptation polyvalentes sont une des caractéristiques essentielles de LEP. Elles contribuent largement à son acceptation élevée et son utilisation réussie et étendue dans plus de 250 établissements de santé. L'application est intégrée avec succès dans des organisations de toutes tailles, des établissements de santé à 20 lits aux hôpitaux en gérant plus de 2000. Accepté depuis 25 ans dans la pratique, LEP est vérifiable, modifiable et développé comme système à capacité d'apprentissage.

La structure de classification de LEP permet son utilisation en fonction de données de prestations plus ou moins complètes et détaillées. Par exemple, LEP peut n'être utilisé que pour l'élaboration de la documentation des patients et, dans ce cadre, limité aux prestations liées au patient et un degré de précision de type « Exécuter un entraînement à la marche ». Autre possibilité : LEP n'est utilisé que pour la saisie des prestations et des durées, mais inclut alors les prestations avec *et* sans lien avec le patient avec un degré de précision défini sur un niveau d'agrégation élevé de type « Mouvement » ou « Formation ».

En utilisant LEP, il est avantageux, dans la perspective des processus clés, d'inclure à moindre coût des données complémentaires requises pour la satisfaction des réglementations obligatoires ou la génération de statistiques. Si ce type d'informations ne peut être automatiquement extrait de la documentation des patients, la saisie supplémentaire des prestations et des durées peut être habilement remplacée par des méthodes de pondération ou des clés de répartition. Une des idées direc-

trices de l'utilisation de LEP pour la gestion de données est de ce fait : « Collect once, use many – Collecter une fois, utiliser plusieurs fois ». Cela signifie que, dans la pratique de traitement quotidienne, seules les données essentielles au patient et à la qualité du traitement seront documentées et utilisées de façon multiple et affinée grâce aux technologies logicielles de notre époque. Pour les données qui ne sont pas significatives pour la documentation dans le processus de traitement et doivent être saisies ultérieurement, LEP offre une solution de collecte à haut niveau d'agrégation, simple et élégante et qui ne gonfle pas la documentation des patients.

Les produits LEP sont principalement composés des dispositifs d'évaluation et de classification des prestations pour les différentes professions de santé, leurs mappages et leurs liens avec d'autres systèmes de classement et instruments. Les évolutions et expériences internationales sont intégrées de façon avantageuse dans l'application et dans le développement de LEP. LEP est compatible avec les normes internationales assurant de façon cohérente, au-delà des limites nationales et des établissements, l'unification de la structure des données et de la sémantique (langage spécialisée) pour permettre l'échange des données de santé significatives.

Groupes professionnels LEP indépendants, comité scientifique consultatif de LEP, gestion des versions LEP, ateliers, conférences d'utilisateurs, conférences scientifiques et un processus systématisé de feedback pour les utilisateurs dans la pratique assurent le développement continu et actuel de LEP. Le département Conseil et Formation donne la priorité aux décisions relatives aux tâches devant être réalisées par l'utilisation de LEP et à l'intégration pratique de LEP dans les évaluations statistiques, la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées des établissements de santé.

Structure de ce manuel

Cette documentation LEP définit les priorités de présentation structurelle et d'utilisation de LEP dans un contexte d'évaluations statistiques avec données de prestations, documentation des patients et saisie des prestations.

Le chapitre 1 présente une introduction à LEP en détaillant l'idée, les objectifs d'utilisation et les caractéristiques essentielles de l'application. La structure de LEP est présentée dans les chapitres 2 et 3 à l'aide des classifications LEP et des classifications, instruments et normes complémentaires. Le chapitre 4 décrit les modules d'évaluation de LEP. La description des caractéristiques essentielles d'une utilisation ciblée de LEP commence au chapitre 5. Les trois chapitres suivants détaillent l'application dans le but d'expliquer les interrelations complexes entre les évaluations de la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées. Le chapitre 9 traite des aspects significatifs de la qualité des données. Les produits LEP sont présentés dans le chapitre 10, le chapitre 11 expliquant leur maintenance et leur développement. Le chapitre 12 termine cette documentation en présentant l'activité Conseil et Formation de LEP.

Limites

Cette documentation LEP *ne détaille pas* les deux thèmes suivants : Les modules d'évaluation des évaluations LEP (voir 4.3, p. 51) et les exigences relatives au logiciel pour la mise en œuvre de LEP (voir 5.12, p. 80). Ces deux thèmes sont traités en profondeur dans des documentations séparées.

1 Introduction à LEP

Ce manuel s'adresse à toute personne s'intéressant, dans le cadre de l'eHealth, à la collecte et l'utilisation de données de santé dans la documentation électronique des patients, la saisie des prestations ou les évaluations statistiques avec LEP.

L'abréviation LEP est de 1988, au début du développement, signifie « Leistungserfassung in der Pflege », saisie des prestations des soins infirmiers. À partir de 2001, d'autres groupes professionnels du secteur de la santé ont rejoint le programme et la 3^e génération de 2006 permet d'exécuter la documentation des patients directement. Aujourd'hui, LEP est utilisé comme nom de marque (*brand name*) et représente plus que la « simple » saisie et évaluation des prestations. LEP est adapté aux exigences de chaque établissement. LEP n'est pas un logiciel. L'utilisation pratique des contenus et méthodes de LEP est prise en charge par le logiciel de l'établissement dans lequel il est installé.

1.1 L'idée de LEP

LEP est modulaire pour lui permettre d'avoir à la fois une structure et une application ouvertes. La raison de ce choix est liée au fait qu'une structure ouverte autorise l'utilisation de LEP qui soit polyvalente et compatible avec eHealth. Ceci est utile aux processus de prestations orientés sur l'intérêt pour le patient. Ce principe modulaire permet, en fonction des objectifs d'un établissement de santé, d'associer certains composants de LEP pour créer des composants plus importants ou des systèmes pour générer des gains de temps et de coûts. Le principe modulaire de LEP permet de satisfaire les exigences les plus diverses (celles présentes au sein d'un établissement de santé et celles posées par des établissements de santé à d'autres établissements), car les composants LEP sont, dans le cadre de l'eHealth, utilisés de façon ciblée dans les systèmes d'informations de gestion, d'assistance et de santé requis pour la mise en réseau.

Les possibilités d'utilisation ouvertes de LEP sont parfaitement adaptées à son utilisation en environnement dynamique. Tant le public que les professionnels prestataires et organismes chargés de leur remboursement dans le secteur de la santé souhaitent de plus en plus profiter de l'eHealth, l'utilisation intégrée des technologies de communication et d'information dans la mise en forme, la prise en charge et la mise en réseau de tous les processus et acteurs¹ du secteur de la santé. Les objectifs majeurs d'eHealth sont l'amélioration de l'efficacité et de la qualité, la sécurité des patients

¹ Pour faciliter la syntaxe et améliorer sa lisibilité, les auteurs du texte ont choisi de n'utiliser qu'une forme de genre, féminin ou masculin. Ceci n'implique aucune discrimination de l'autre genre.

et le renforcement économique international {EDI 27. Juni 2007 #822: 2; 12-13}{EU #824: 3}{Fitterer 2009 #1022: 7-15}{WHO 16.-25. Mai 2005 #823: 109}.

LEP est basé sur l'idée que, pour atteindre ses objectifs dans un environnement eHealth ouvert, la documentation électronique des patients et les informations cliniques correspondantes seront, dans la mesure du possible et de plus en plus, le pivot et la clé de voûte de la documentation, la collecte, l'évaluation et l'échange des données de prestations dans le secteur de la santé. Si la documentation électronique des patients est le pivot du système, les professionnels actifs sur place peuvent effectuer leur saisie de façon à garder, de leur point de vue, la qualité et la précision des données au bénéfice des patients. C'est la documentation électronique des patients qui rendent le traitement quotidien plus sûr et plus efficace {eHGI 2013 #517: 2-3}. Les informations cliniques qu'elle contient sont significatives pour la santé du patient requérant des interventions de soins. Ceci nécessite des données structurées et mises en réseau, sous forme de notions cliniques, par ex. pour les évaluations, diagnostics, interventions et effets. Avec LEP, il est possible de générer de telles données pour assister et documenter les processus clés des soins et de traitement {Wirnitzer 2009 #867} au sein de l'ensemble de la chaîne des soins de santé.

Tous les prestataires de santé forment la chaîne des soins de santé. Les maillons de cette chaîne sont, entre autres, les hôpitaux, les soins à domicile ou les offres de prestations des secteurs ambulants et stationnaires, et les soins palliatifs. LEP prend en compte l'ensemble de la chaîne de traitement, la mise en réseau et la coordination des établissements de santé et des professionnels de la santé. L'idée est, dans ce cadre, de documenter et d'évaluer avec LEP les prestations de santé de tous les professionnels de la santé participant aux processus de traitement.

La palette largement prise en charge de prestations et de produits de LEP dans les domaines de la documentation des patients² mais aussi de la saisie et de l'évaluation des prestations a pour but de libérer les prestataires professionnels en environnement eHealth des collectes redondantes de données pour les multiples objectifs et groupes d'utilisateurs. Les prestataires et les instances chargées du remboursement des prestations doivent disposer de données de prestations utilisables sur différents niveaux d'abstraction (v. Ill. 2, p. 6 et Ill. 5, p. 12; {eHGI 2013 #517}{Schulz 2011 #516}). Les données collectées une fois pour toute au *Point of Care*, là où les prestations de santé sont requises et fournies aux personnes, doivent pouvoir, pour des raisons d'efficacité, être plusieurs fois utilisées par différents groupes et pour des objectifs divers, par ex. pour la sécurité des patients, la

² Est la partie centrée sur le patient d'un système d'informations cliniques (SIC) et joue un rôle de plus en plus important dans la coordination des prestations au sein et entre les établissements de santé, pendant que la partie administrative jusqu'ici directrice d'un SIC est remise comme processus d'arrière-plan et s'inscrit avec sa fonctionnalité éloignée des processus de traitement dans le processus général de la fourniture de prestation et de la facturation (v. Ill. 25, p. 79).

preuve de qualité, le calcul des coûts et la gestion du personnel Autrement dit : Une fois documentées, les données des processus clés utilisées plusieurs fois et préparées de façon intelligente peuvent être intégrées de façon transparente et prouvable dans les processus de gestion et de prise en charge³ {Weimann 2012 #836}{Wirnitzer 2009 #867}, par ex. pour servir de base aux contrôles de rentabilité et d'adéquation (v. Ill. 5, p. 12). Dans ce processus, pour assurer la qualité des données, il est essentiel de tenir compte de l'avis des prestataires professionnels sur place. La base d'une préparation des données orientée utilisateurs est composée des données cliniques structurées de la documentation électronique des patients. Comme les données ne doivent pas être collectées par les professionnels de la santé pendant la fourniture de la prestation au cabinet pour satisfaire une « bureaucratie insatiable » {Schulz 2011 #516: 27}, ces professionnels de la santé (médecins, infirmiers) peuvent se concentrer sur les points importants de leur prestation au chevet du malade {Stark 2005 #883: 1944-1945}.

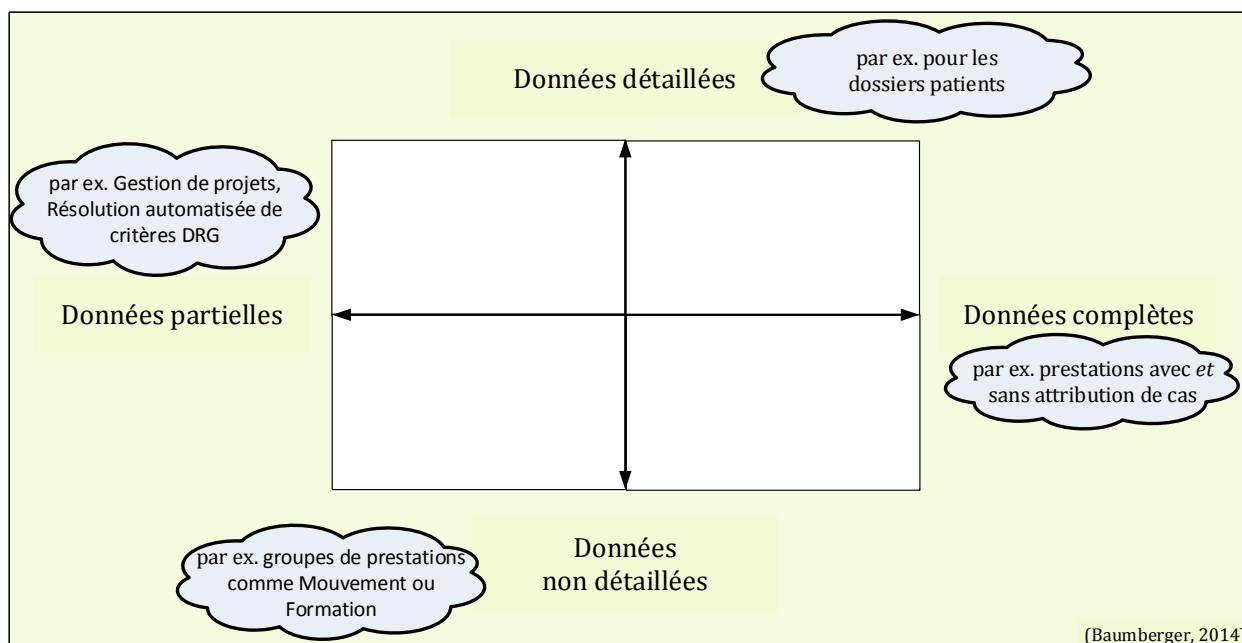
L'étendue et la complexité des coûts de la saisie des données administratives, mais aussi le coût de la documentation liée au cas doivent être maintenues dans des limites calculables {Stark 2005 #883: 1946}. Ceci implique que les données de prestations peuvent être automatiquement déduites de la documentation électronique des patients. Pour des raisons d'efficacité, il faut si possible éviter de séparer la documentation clinique des patients des tâches administratives, telles que la saisie des prestations pour la gestion du personnel. Par exemple, un audit d'économie d'entreprise contrôlant les coûts et les recettes d'un poste de coût aura besoin des données de prestations complètes, mais pas forcément détaillées. Les professionnels de la santé sur place ont, eux, besoin des données de prestations détaillées pour déterminer l'état de santé⁴ du patient et les interventions de soins nécessaires, mais seulement la partie spécifique liée au cas.

LEP promeut l'efficacité de l'utilisation et de la contextualisation, c'est-à-dire l'adaptation optimale aux caractéristiques locales d'un établissement⁵ mettant à disposition avec la capacité d'abstraction et de précision nécessaire les données de prestations structurées {eHealth Suisse 29. Januar 2014 #826: 4}. En fonction des objectifs d'utilisation d'un établissement, LEP peut saisir en partie ou complètement des données plus ou moins affinées (v. Ill. 1; comp. à Ill. 2, p. 6 et Ill. 5, p. 12).

³ Processus de direction et d'assistance.

⁴ Health Status {NLM 2016 #728}.

⁵ Conditions, facteurs (contextuels), circonstances, exigences, conditions préalables.



(Baumberger, 2014)

Ill. 1 : Structure des données avec LEP

Les différentes spécialités du secteur de la santé utilisent de façons multiples et diverses les données collectées. Les prestations LEP détaillées sont essentielles à la documentation des patients et déclenchent, par exemple, des critères de regroupement DRG significatifs pour les revenus ou sont interconnectées pour fournir une preuve de prestation transparente avec évaluations, diagnostics, objectifs et effets {Baumberger 4. Sept. 2014 #782}.

Un environnement eHealth ouvert, au centre duquel se trouve la personne requérant des interventions de soins, induit de plus d'un côté un échange de données inter-établissement et transfrontalier au sein de la chaîne des soins de santé et de l'autre, la réutilisation des données cliniques. Pour en fournir l'interopérabilité nécessaire des données LEP, le système s'oriente au niveau structurel (structure des données) et sémantique (langage spécialisée) sur les tendances internationales et les réglementations reconnues politiquement, comme la famille des classifications reconnues internationalement du secteur de la santé {eHealth Suisse 2013 #711}{eHealth Suisse 29. Januar 2014 #826}{ICN 2013 #604}{WHO-FIC Family Development Committee 2012 #495}. Pour pouvoir, dans le cadre des prestations, analyser les données pour la gestion du personnel et comparer les résultats au niveau international, LEP suit, pour la catégorisation des professions, la nomenclature internationale ISCO-08. Les définitions unifiées des groupes professionnels dans le secteur de la santé et la répartition hiérarchique permettent les comparaisons au niveau international {BFS 2014 #832}{Dal Poz 2009 #830: 14–21}{ISCO 2012 #829}.

L'idée derrière l'interopérabilité des données LEP est de pouvoir les utiliser en local comme en international, pour assurer la sécurité des patients, une utilisation durable et des économies.

1.2 La diffusion de LEP

LEP est utilisé sous licence en Allemagne, Autriche, Italie et Suisse dans environ 250 établissements de santé {LEP AG 2014 #339}. Si les hôpitaux en représentent plus de la moitié, on trouve aussi des cliniques psychiatriques et de réadaptation ainsi que des maisons de retraites (v. Tableau 1).

Extrait de la liste de référence LEP Allemagne	
Francfort-sur-le-Main	Centre hospitalier de l'Université Johann Wolfgang Goethe
Ganderkesee	Stenum Ortho GmbH
Göttingen	Centre hospitalier universitaire de Göttingen
Görlitz	Städtisches Klinikum Görlitz
Halle	Centre hospitalier universitaire de Halle
Hambourg	Hôpital Bethesda Bergedorf
Hambourg	Centre hospitalier universitaire de Hambourg Eppendorf
Hanovre	Medizinische Hochschule Hannover
Kiel	Centre hospitalier universitaire du Schleswig Holstein
Coblence	Hôpital militaire (Bundeswehrkrankenhaus)

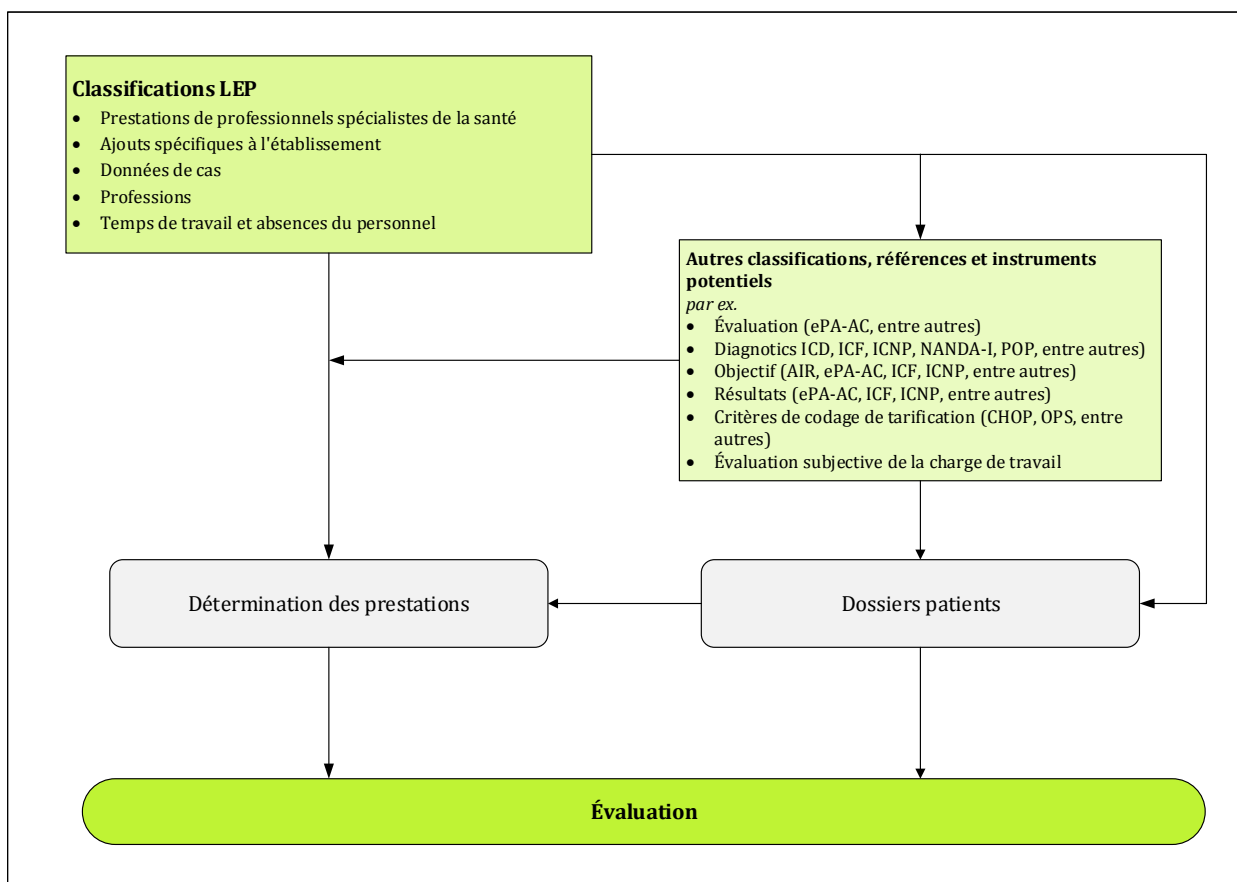
Tableau 1: Extrait de la liste de référence LEP Allemagne {LEP AG 2016 #339}

Le nombre d'établissements de référence LEP augmente régulièrement au fur et à mesure des années. La littérature spécialisée et les rapports de congrès proposent de multiples références à l'introduction, la faisabilité et l'utilisation dans les établissements de santé (e. a. {Balmer 2011 #975}{Dorner 2012 #14}{Imhoff-Hasse 2010 #101}{Mai 2014 #930}{Steuer 2006 #535}{Kaenel 2008 #128}{Marfurt 2009 #976: 12}{Weber 2003 #632}{Willems 2009 #306}). Dans les établissements de santé, LEP est utilisé dans différents services et son adéquation a été évaluée au cours de divers projets, par exemple dans les soins intensifs {Horbach 2003 #1019}{Horbach 2004 #59}{Müller 2006 #634}, les soins palliatifs {Holzinger Mai 2008 #67}, la psychiatrie {Krüger 2002 #107}, les soins aux personnes âgées {Kaiser #63} ou les soins ambulatoires {Dudek 2004 #965}. LEP est utilisable dans de nombreux domaines, comme la salle d'opération, les urgences, la salle de réveil, la maternité, le secteur des soins ambulatoires, mais aussi de longue durée, la réadaptation et les soins à domicile {Brügger 2002 #994: 32}.

1.3 Les principaux modules d'utilisation pour LEP

Le module d'utilisation de base de LEP comprend la classification LEP des prestations des professionnels de la santé et les classifications LEP auxiliaires (voir 2 Les classifications LEP, p. 18). Orienté sur l'objectif d'utilisation, le module « Classifications LEP » est relié à d'autres modules LEP. Un

autre module d'utilisation important est autres classifications, instruments et normes (composants « tiers »). Les évaluations LEP forment aussi un module fondamental de l'application LEP (Ill. 2).



Ill. 2 : Les principaux modules d'utilisation pour LEP

Les modules servent à construire l'application de LEP dans la documentation des patients, la saisie des prestations et des durées et les évaluations statistiques avec référence directe à d'autres classifications et instruments comme Évaluations, Diagnostics, Effets, les fréquences de prestation ou les temps d'intervention, les temps de travail du personnel et les coûts.

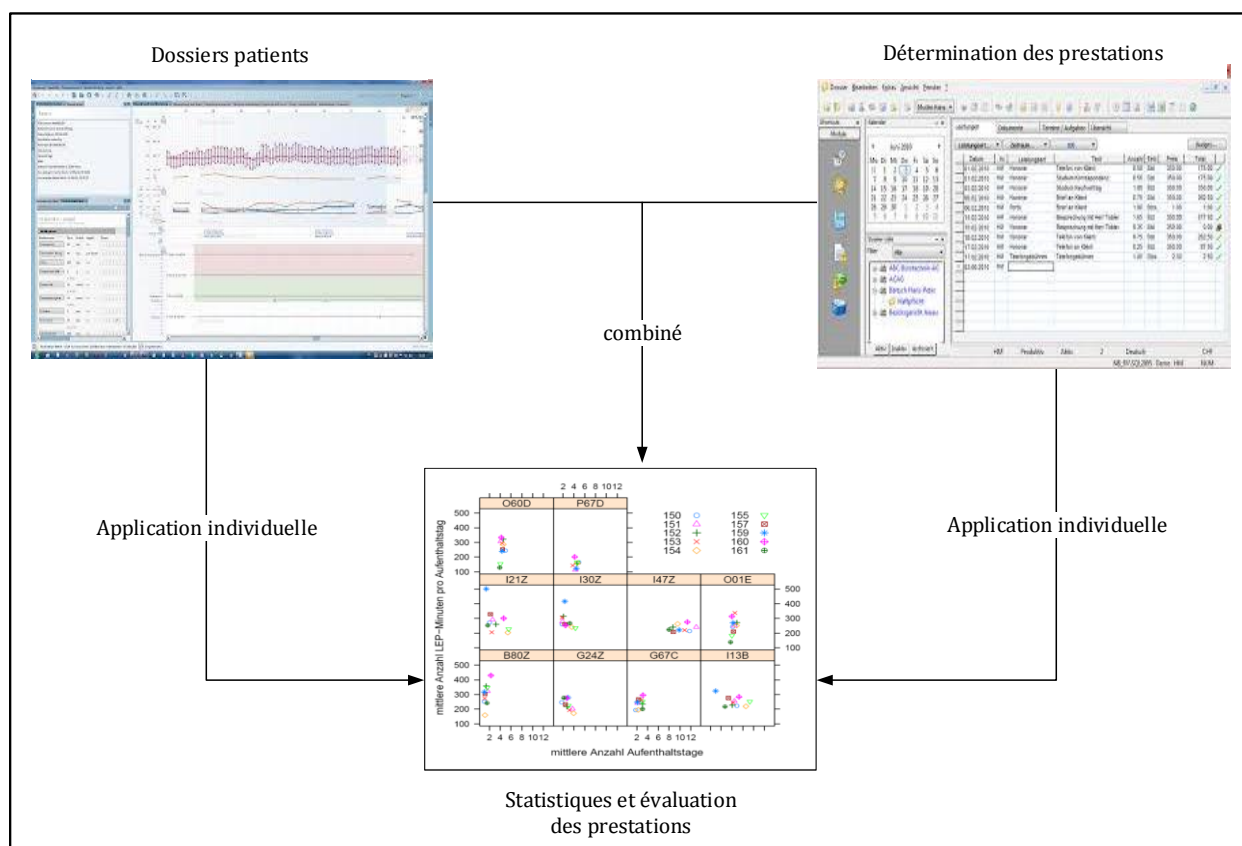
Les classifications LEP identifient et structurent les actions des professionnels de la santé et autres faits significatifs pour l'évaluation des données de prestations selon le principe d'organisation de la classification mono-hiérarchique (v. Ill. 2., v. Ill. 5, p. 12). La classification des prestations présente une référence systématique aux autres modules pour l'utilisation de LEP. La référence de la classification des prestations au module Autres classifications, instruments et normes est construite par liens et mappages, et ce avec

- d'autres classifications et instruments comme Évaluations, Diagnostics, Objectifs, Effets, critères de codage ayant une influence sur la tarification, estimations subjectives de la charge de travail,
- critères de références comme les temps d'intervention, les temps de travail du personnel, les indicateurs de qualité, les coûts et les recettes, les centres de coûts et les durées de séjour.

La référence aux Évaluations (v. Ill. 2), y compris les comparaisons de données, est réalisée par systèmes de règles définissant comment doit être calculé quoi à partir des autres modules de LEP.

L'utilisation de LEP nécessite de savoir comment utiliser quel module (v. Ill. 2, p. 18). La méthodologie différencie principalement deux approches : Comment utiliser les modules LEP dans le dossier de soins informatisé et la saisie des prestations et des durées

Comment faire déboucher ces données dans les évaluations souhaitées par l'établissement de santé (v. Ill. 3).



Ill. 3 : Documentation des patients, saisie des prestations et statistiques de prestations avec LEP

L'utilisation de LEP permet d'utiliser de la façon suivante dans la pratique la documentation des patients et la saisie des prestations (v. Ill. 3, ci-dessus) :

- combinées⁶
- simultanément comme applications autonomes, mais séparées les unes des autres
- une des deux seulement, comme application autonome

Ces applications de base sont alors complétées d'applications pratiques LEP différenciées méthodiquement et adaptées au contexte de l'établissement, pour dégager les évaluations souhaitées par ce dernier. En fonction des méthodes de documentation et de saisie choisies, LEP permet certaines

⁶ Complémentaires

évaluations. Inversement, les exigences développées par les groupes d'utilisateurs vis-à-vis des évaluations permettent de définir les méthodes de documentation ou de saisie adaptées (comp. Ill. 3 et Ill. 5, p. 12), par exemple une saisie automatique des prestations et des durées au travers des interventions LEP de la documentation électronique des patients. Cela permet aussi, indépendamment de la documentation des patients, d'effectuer une saisie de toutes les prestations au niveau abstrait des groupes de prestations LEP.

Enfin, il doit être bien clair que LEP *n'est pas* un logiciel, mais un dispositif mettant à disposition des applications logicielles et systèmes d'informations de santé, indépendamment des logiciels, une structure et des contenus spécialisés relatifs aux prestations des professionnels de la santé pouvant être utilisés et adaptés aux objectifs de l'établissement.

1.4 Les objectifs d'utilisation de LEP

L'objectif affiché du développement de LEP comme classification polyvalente est d'être utilisé dans différents domaines spécialisés dans diverses applications pratiques avec des données et des volumes de données détaillés différemment pour différents groupes d'utilisateurs. Grâce à cette flexibilité, LEP peut être adapté à l'utilisation prévue des données de prestations et de cas ainsi qu'à la contextualisation liée à l'établissement. LEP assure une précision efficace, une capacité d'abstraction et un intérêt durable. LEP livre les bases pour mettre au point la planification systématique, didactique et fondée sur indicateurs, assurer l'exécution, le contrôle et la commande des soins de chaque individu et de chaque groupe dans le but d'assurer la rentabilité, la qualité et la santé {Pfaff 20.09.2010 #852}. Les objectifs des applications LEP peuvent être résumés comme suit :

- Proposer aux différents secteurs de la santé un langage spécialisé pour la documentation des interventions de santé et, parallèlement, un système de mesure des coûts des prestations.
- Proposer des possibilités d'évaluations polyvalentes pour augmenter l'efficacité et l'efficience des soins de santé.
- Assurer la traçabilité et la vérifiabilité des prestations prescrites-
- Combiner, pour éviter la double saisie de données, les interventions de santé dans la documentation des patients avec la mesure des coûts des prestations.
- Prendre en charge la communication au niveau des interventions et des prestations de santé entre les différents acteurs, professionnels de la santé, gestionnaires, chercheurs, organismes payeurs, politiciens et le public, en particulier les personnes requérant un besoin immédiat d'interventions de santé.
- Mettre à disposition une base de données pour la compréhension et l'étude des interventions de santé et des notions connexes comme états de santé, (évaluation, diagnostic, résultat/effet), déroulements de processus, composition du personnel, calcul pré et post-intervention, coûts et prix.

- Mettre à disposition une base de données d'aide à la décision au niveau des interventions de santé et des autres prestations du secteur de la santé et des notions connexes.
- Permettre de documenter et d'évaluer les interventions de santé avec un degré de précision ou d'agrégation lié à l'établissement et de comparer, au niveau national et international, les établissements de santé, les services de santé et les services spécialisés dans le secteur de la santé.
- Prendre en charge la compatibilité avec les dispositions et les conditions cadres légales.
- Mettre à disposition pour les interventions de santé et autres prestations du secteur de la santé un système de codage systématique pour développeur de logiciels et systèmes d'informations de santé.
- Mettre à disposition les exigences de développement et d'utilisation des systèmes logiciels utiles et praticables dans les domaines du traitement et des soins, de l'assurance qualité, de l'évaluation des résultats, de la sécurisation des recettes et de la politique de la santé.

1.5 La polyvalence de LEP

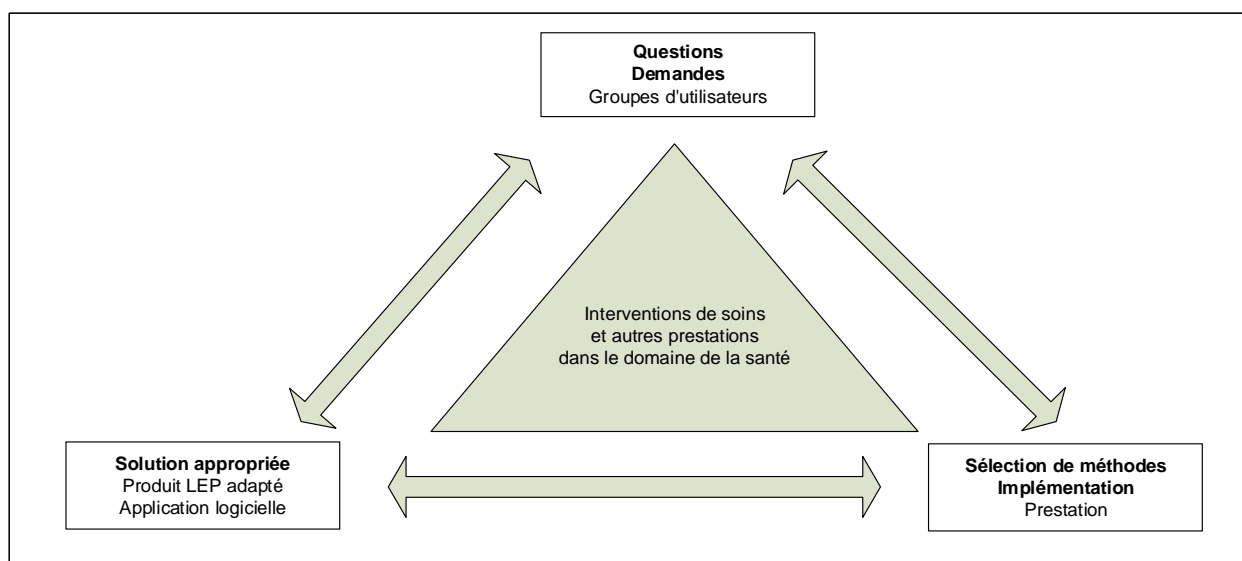
Les exigences relatives à la documentation moderne des patients et à la saisie des données des établissements sont souvent différentes. Les structures et processus d'organisation existant doivent être pris en compte et la solution LEP adaptée à la méthodologie inhérente doit être intégrée à l'environnement SIC existant.

LEP offre pour l'utilisation pratique diverses solutions à méthodologies différentes en corrélation avec les interventions de santé et les prestations sans lien avec le patient effectuées par les professionnels de la santé. L'utilisation de LEP peut être adaptée à chaque établissement de santé. La façon dont LEP est méthodologiquement intégré aux processus et structures des procédures de l'établissement et la nature des données devant être saisies et évaluées sont principalement définies par les différents besoins, les directives internes et externes et les problématiques des groupes d'utilisateurs de chaque établissement de santé. Quelques exemples de problématiques pour lesquelles LEP fournit une solution :

- Est-il important pour les groupes d'utilisateurs de pouvoir documenter, évaluer et communiquer l'intégralité ou une partie des prestations exécutées par les professionnels de la santé ?
- Est-ce que la simple saisie de données est suffisamment importante pour les groupes d'utilisateurs pour qu'ils acceptent alors une évaluation de ces dernières peu informative au niveau des contenus ? Ou préfèrent-ils une évaluation des données très informative au niveau des contenus, sachant qu'ils devront pour cela accepter une saisie plus complexe des données ?
- Est-il important pour les groupes d'utilisateurs de pouvoir mesurer exactement le type, le nombre et le moment d'exécution des interventions de santé ?

- Est-il est important pour les groupes d'utilisateurs de pouvoir mesure et comparer entre elles les interventions de santé prévues et exécutées (comparaison Effectif-Réel) ?
- Est-il est important pour les groupes d'utilisateurs de pouvoir saisir de façon détaillée et complète les temps d'intervention de santé ?
- Est-il est important pour les groupes d'utilisateurs de pouvoir présenter la raison clinique de l'exécution des interventions de santé et la preuve de leur efficacité ?
- Est-ce que les groupes d'utilisateurs souhaitent limiter leur responsabilité légale à l'aide d'une preuve systématique des interventions de santé dans la documentation des patients ?
- Est-il est important pour les groupes d'utilisateurs de pouvoir définir automatiquement à partir de la documentation des patients des codes d'interventions de santé ayant une influence sur la tarification ?

LEP sera modulé, en fonction des réponses données à chacun des exemples de problématiques posés ci-dessus par les groupes d'utilisateurs, pour s'adapter aux exigences qu'elles représentent dans l'environnement propre à l'établissement (v. Ill. 4). Les méthodes de LEP sont optimisables en fonction des utilisations prévues pour l'utilisation pratique. L'utilisation de LEP varie en fonction des objectifs, par ex. dans le cas des DRG, comme composantes des coûts ou critères de regroupement significatifs pour les revenus.



Ill. 4 : Adaptation de l'utilisation de LEP aux exigences des utilisateurs et de l'établissement

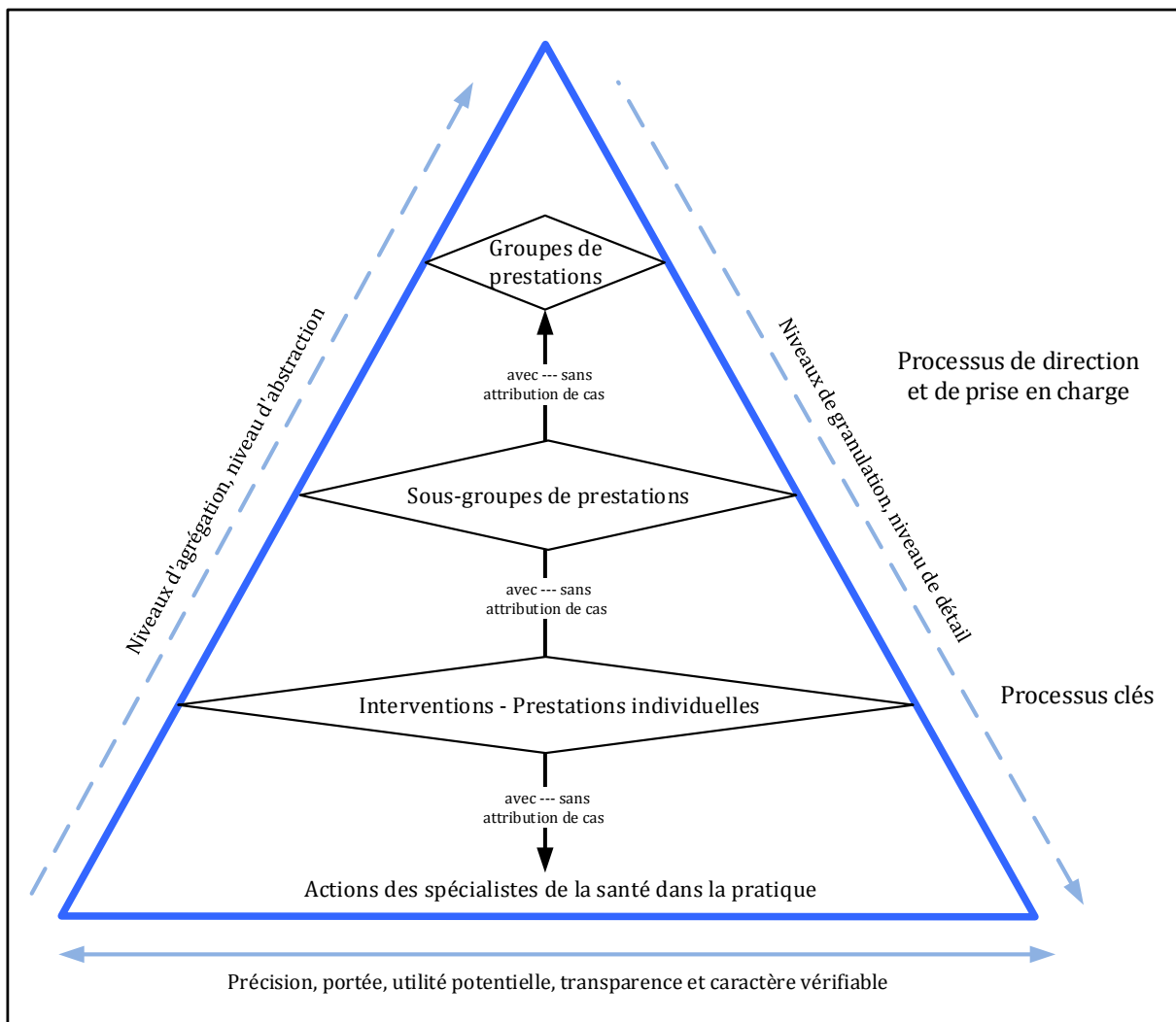
LEP est aux côtés des groupes d'utilisateurs avec ses solutions optimisées aux méthodes différenciées pour l'étude des problématiques et des exigences en découlant.

1.6 Solutions orientées utilisateur avec LEP

La variété des méthodes et la flexibilité d'utilisation sont parmi les forces les plus évidentes de LEP. Inversement, ces avantages peuvent aussi représenter un point faible si LEP est utilisé dans l'exa-

men préalable des exigences de l'établissement et sans sélection ciblée de produits. En fonction de l'objectif défini, une application LEP peut, selon le principe « moins il y en a, mieux c'est », être plus efficace qu'une solution avec un potentiel d'utilité énorme mais inutile (v. Ill. 4, ci-dessus). L'exhaustivité de l'illustration des processus clés, d'assistance et de gestion, du degré de précision des données de prestations et des coûts de documentation et de saisie sont étroitement liés les uns aux autres. Il est important de retenir, lors de l'utilisation de LEP, qu'il existe une relation d'utilité entre ces aspects et qu'une application logicielle moderne est utilisée {Besson 2013 #788: 259}.

La définition des objectifs de l'établissement est particulièrement importante. Quelles sont les informations requises ? Quelles sont les informations correctes ? Que faire de ces informations ? Par ex., LEP permet la saisie complète et détaillée des actions des professionnels de la santé dans la pratique, par exemple dans le groupe professionnel Soins ou sages-femmes (v. Ill. 5, ci-dessous). Les données cliniques détaillées, de l'autre côté, autorisent une transparence de prestation élevée pour les prestataires et organismes chargés de leur remboursement grâce à une preuve de documentation directe, par ex. en ce qui concerne la codification des critères DRG significatifs pour les revenus ou pour les preuves de qualité. Les anomalies dans les données de prestations pourraient être alors contrôlées et identifiées par un audit ou par la caisse d'assurance maladie grâce aux données LEP détaillées {IBES September 2014 #809: 24}.



Ill. 5 : Options d'utilisation de la classification LEP

Un autre exemple présenté par la méthode de calcul utilisée pour le relevé de l'unité finale d'imputation selon REKOLE {Besson 2013 #788}. Pour la facture des coûts selon REKOLE (vue détaillée des coûts), les coûts des prestataires d'un centre de coûts sont divisés par la somme des minutes LEP des interventions de santé ou des prestations liées au cas (voir un exemple du groupe professionnel Soins dans le Tableau 2).

Taux de coûts de soins par minute LEP	=	Coûts de centre de coûts Soins infirmiers / Σ des unités LEP
Coûts de soins du cas	=	Taux de coûts de soins * Σ des unités LEP du cas

Tableau 2: Taux de coûts des soins lié à la prestation pour le calcul des coûts par cas avec LEP

Ce calcul donne un coût de prestation par minute LEP.⁷ Les prestations LEP non liées au cas exécutées par les professionnels de la santé ne doivent alors pas être saisies individuellement pour la génération d'une facture des coûts, car elles sont comprises par taux de coûts dans le calcul selon la

⁷ Coûts moyens par unité de prestation.

méthode REKOLE {InEK 2007 #444: 132-137}. Exemple de calcul : Les coûts des soins du centre de coûts prestataires Neurologie s'élèvent pour l'année à 117 258 395 CHF. La division de cette somme par 81 660 353 minutes LEP donne comme résultat un coût des soins de 1,44 CHF {Baumberger 2013 #716}. Les coûts des soins effectifs d'un cas avec 5 000 minutes de coûts LEP s'élèveraient donc à 7 200 CHF. Ensuite, le calcul sur la base d'une saisie des prestations automatisée à partir de la documentation des patients est aujourd'hui déjà mis en pratique {Oertle #99}. Dans ce cas, il suffit d'une seule saisie de données au niveau du *Point of Care* au cabinet, c'est-à-dire sans coûts de saisie supplémentaires, opération souvent considérée comme une tâche administrative ennuyeuse par les prestataires professionnels du secteur de la santé {Schulz 2011 #516: 27}.

Pour déterminer les potentiels d'optimisation des processus de travail et de direction, les interventions de santé de la documentation des patients ne livrent cependant, le cas échéant, que peu d'informations et ne peuvent, dans ce cas, être complétées que par d'autres indicateurs, c'est-à-dire des prestations sans lien avec le patient fournies par le professionnel de la santé, par exemple pour les activités de formation ou celles liées aux projets (comp. Ill. 5, p. 12 et Ill. 2, p. 6). Outre l'exhaustivité des données, les questions concernant le degré de précision et la période de saisie sont prises en compte pour assurer la gestion efficace des processus de travail.

En fonction de l'utilisation prévue, le système peut selon la méthode avec LEP, se concentrer sur toutes les données de prestations détaillées ou sur certaines données de prestations peu détaillées (v. Ill. 1, p. 4). Dans l'idéal, du point de vue méthodologique, le système utilise complètement le volume de données généré (utilisé). Il satisfera à 100 % les exigences des utilisateurs.

Exploiter complètement les possibilités d'utilisation de LEP est une possibilité mais pas une obligation. L'application (évent. partielle) LEP sélectionnée le sera en s'orientant sur les objectifs pour qu'elle soit adaptée à une utilisation efficace, dans la pleine compréhension de l'organisation. Lors de la sélection, il s'agit à la fin de tirer le maximum de l'application LEP choisie en tenant compte du contexte de l'établissement, c'est-à-dire des interrelations entre les exigences des groupes d'utilisateurs, les définitions d'objectifs, les structures, les processus de l'établissement et la capacité de performance de l'application logicielle (v. 12 Formation continue, Conseil et Contact, p. 153). Le degré d'efficacité de LEP peut souvent être optimisé au niveau du volume et du degré de précision des données (comp. Ill. 1, p. 4 et Ill. 5, p. 12).

L'économie de temps est un objectif important des prestataires professionnels dans le domaine de la documentation des patients et de la saisie des données. Mais des économies de courte vue réalisées par simplification en agrégeant ou en utilisant des données incomplètes n'apportent pas de solution. Que signifie simple et rapide ? De quel point de vue ? Quelle est la nature et quel est le volume des données requises et demandées par les acteurs du secteur de la santé dans cette situation ? Est-ce que les coûts de saisie sont justifiés ? La saisie peut-elle être excessive ou insuffisante ?

Une analyse minutieuse des exigences sur place permettra de répondre à ces questions. Compte tenu de la diversité des attentes que doit satisfaire la collecte des données, le décideur sur place doit répondre à la question de savoir quelle est l'application de LEP envisageable pour ses collaborateurs et lui-même en tenant compte des conditions informatiques existantes et des performances. Seul l'établissement peut y répondre. La décision prise, compte tenu de l'audit d'économie d'entreprise ou du codage économique, peut engendrer une résistance des professionnels de la santé sur place, c'est-à-dire de ceux chargés de saisir les données. L'avenir montrera si et dans quel volume les établissements sont prêts à investir dans des systèmes de saisie des prestations apparemment simples mais supplémentaires et isolés. L'économie de temps attendue par l'intégration de la saisie des données automatisée à partir de la documentation des patients montre la voie de l'avenir.

En résumé, la sélection différenciée de l'utilisation de LEP s'impose pour atteindre une efficacité élevée. La priorité doit alors être donnée à la solution LEP la plus faisable et la plus utile au regard des groupes d'utilisateurs et des caractéristiques de l'établissement à ce moment donné. Il faut aussi tenir compte du fait que les solutions LEP à méthode simple sont implémentées de façon flexible pour que LEP puisse, à tout moment, être adapté et étendu pour maximiser le bénéfice des utilisateurs si les exigences devaient changer. Dans l'idéal, le temps alloué à la documentation peut rester minimal même si les exigences d'exhaustivité et de qualité de la documentation des patients sont modifiées.

1.7 Avantages et forces de LEP

Les organisations et établissements du secteur de la santé se retrouvent face au défi de produire avec efficacité et de travailler avec efficience. Ils doivent alors faire réussir le grand écart entre une qualité de traitement élevée, un besoin en ressource faible et la prémisse « Amélioration de l'état de santé » du bénéficiaire des prestations. Pour maîtriser cette tâche, LEP livre aux décideurs les données de prestations nécessaires à la mesurabilité de l'efficacité et de l'efficience des prestations des professionnels de la santé, de la productivité des processus clés, d'assistance et de gestion au sein de la chaîne de traitement dans le secteur de la santé {BaRos 2011 #804: 26-27}.

1.7.1 Connecté

- LEP centre les processus clés sur le secteur de la santé, le traitement et les soins apportés aux personnes et livre simultanément une base de données solide pour les processus d'assistance et de gestion significatifs.
- LEP, en tant que charnière entre la documentation des patients et l'évaluation des prestations, élabore une communication compréhensible entre les processus clés, de prise en charge et de gestion.

- Ne pas avoir à saisir deux fois les mêmes données signifie que les prestataires professionnels n'ont pas de coûts de saisie supplémentaires. Cela diminue la part de la bureaucratie dans la surcharge du personnel de santé, lui laissant plus de temps pour être « auprès du patient ».
- LEP reprend et traite les données existant dans les autres applications logicielles, par exemple les salaires, le matériel de traitement et des soins ou celles issues d'un système de planification de l'affectation du personnel (PAP)
- LEP est une multi-classification intégrable dynamiquement et pouvant être adaptée selon les conditions cadres diverses du secteur de la santé : diversité des tarifications ou prescriptions légales, par ex.
- Grâce à la structure de classification LEP, il est possible de documenter avec différents degrés de précision ou de saisir des données supplémentaires.
- LEP permet une gestion active des connaissances dans la documentation des patients grâce à une référence directe aux lignes directrices d'action ou aux normes de qualité.
- LEP combine une perspective de prestation liée au cas et les aspects d'une saisie des temps de travail liée au personnel.
- Le LEP est connecté à d'autres systèmes de classement dans le domaine de la santé ou peut s'y connecter ultérieurement.
- LEP peut se développer et recevoir d'autres applications et outils pour des données significatives et ayant une référence directe à la prestation (par exemple l'estimation subjective de la charge de travail).
- LEP permet avec sa procédure de conversion une compatibilité unique avec les normes internationales, la transmission et la comparabilité des données de prestations. LEP est, par ex. en ce qui concerne l'interopérabilité sémantique, compatible avec les terminologies de référence SNOMED CT et ICNP.
- Les données de prestations de la documentation des patients déjà détaillées avec LEP peuvent être complétées ou enregistrées avec les données cliniques détaillées ou celles favorisées par l'établissement.
- LEP est multilingue et disponible en anglais, français, italien et allemand.

1.7.2 Proportionné

- Les méthodes d'utilisation de LEP sont ouvertes, ce qui lui permet de s'adapter aux exigences d'un établissement ou de groupes d'utilisateurs.
- LEP est intégrable de façon flexible dans les processus de l'établissement : par ex. dans une documentation électronique des patients, une fiche graphique, un compte-rendu de plaies, un parcours des soins ou des blocs de prestations.

- En fonction des exigences des utilisateurs, LEP propose différents niveaux d'agrégation avec évaluations en conséquence pour la documentation et la saisie des prestations.
- Les données de prestations et de cas significatives pour le traitement et les autres indicateurs de gestion d'établissement sont traitées de façon logique et traçable pour les processus clés, d'assistance et de gestion, par ex. les prestations et les coûts de formation, de gestion de la qualité ou des groupes professionnels, y compris la différenciation selon la fonction et le niveau de formation (*Skill-/Grademix*).
- LEP peut être utilisé comme instrument simple de saisie et d'évaluation des temps de travail avec une référence simplifiée aux groupes de prestations, y compris la prédéfinition des temps de travail imposés pour comparer avec d'autres groupes de prestations non détaillés.
- LEP livre des données de prestations détaillées pouvant être justifiées et vérifiées, pour le calcul d'un taux de coûts orienté sur la prestation dans le cadre des méthodes de facturation de coûts avec référence aux centres de coûts et organismes payeurs.
- LEP permet d'exploiter automatiquement les critères de classification significatifs pour les revenus, par ex. les critères DRG utiles comme les codes ICD, OPS ou CHOP.
- LEP assure l'exploitation automatisée des interventions de santé spécifiques et significatives pour traitement de la documentation des patients pour leurs études liées à différentes problématiques et évaluations.

1.7.3 Polyvalent

- LEP dispose de diverses possibilités d'analyse, de pronostic et d'indice de référence, par ex. avec des données de prestations et de cas, détaillées, brutes, ponctuelles ou complètes.
- LEP fonctionne sur une perspective multiple et livre différents types d'informations sous forme de statistiques, rapports et comptes-rendus pouvant être utilisés, dans divers objectifs, par les prestataires professionnels dans le secteur de la santé, par les gestionnaires de tous niveaux et par les politiques.
- LEP est durable et livre aux organisations et organismes payeurs du secteur de la santé des données significatives pour la santé pour pouvoir contrôler et améliorer la qualité de traitement, la rentabilité et l'adéquation du traitement.
- LEP livre un relevé de prestation grâce à une preuve de documentation rapide et concrète établie à partir des données de prestations et de cas significatives pour la santé.
- LEP est efficace : Le lien direct Prestation/Besoin en traitement ou en soins est établi, par ex. pour les évaluations, les diagnostics, les objectifs de traitement et les effets.
- LEP a une utilité directe en livrant dans la documentation des patients des informations relatives aux besoins du patient et aux traitements et soins individuels.

- LEP permet de distinguer et de comparer de façon multiple les prestations nécessaires (Nominal) et les prestations livrées (Effectif ou Réel).
- De plus, il permet de comparer systématiquement les coûts nominaux et effectifs, par exemple pour le matériel ou le personnel.
- LEP assiste les acteurs en livrant des données de prestations permettant un travail quotidien efficace dans les organisations du secteur de la santé.
- LEP permet de mesurer la productivité des professionnels de la santé, par ex. en comparant les proportions de prestations avec et sans lien avec le patient.
- LEP fournit des données relatives aux coûts, vis-à-vis des prestations dans les processus clés ou des prestations dans les processus d'assistance et de gestion.
- LEP permet un contrôle différencié d'un pool de qualification équilibré (*Skill-/Grademix*) ou d'indicateurs de suivi, par exemple concernant le rapport patients/professionnel des soins.
- LEP offre des statistiques de prestations complètes : LEP évalue le type de la prestation, le moment de sa fourniture et le temps attendu ou nécessaire pour son exécution.

2 Les classifications LEP

2.1 Principe de base d'une classification

Un classement est la subdivision d'unités selon un principe prédéfini. Un principe de classement est, par exemple, la classification avec sa subdivision d'unités en classes sur différents niveaux hiérarchiques. Ces classes, appelées aussi groupes, catégories ou chapitres, sont elles-mêmes subdivisées. Chaque classe a un intitulé désignant son contenu comme un titre. Chaque classe, en général, possède en plus de la définition de notion textuelle⁸ un code (alpha)numérique (code-clé, notation). Une unité est affectée/attribuée à une classe particulière en étant « codée » par le code de cette classe.

On pourrait penser que les classifications sont construites à partir d'une sélection naturelle de contenus et de structures. Ce n'est pas le cas. Les objectifs d'utilisation de la classification déterminent sa structure et la sélection. Cette information n'est en aucun cas banale, mais au contraire centrale pour la compréhension des classifications, car la sélection décide des informations finalement contenues dans une classification. La sélection est donc non seulement fondée sur les données observées, l'« Objet » lui-même, mais aussi sur la définition de l'objectif de la classification, le contexte des problématiques et du « Sujet ». En fonction des problématiques, les points de vue se modifient et avec eux, la sélection des informations significatives {Straub 2009 #526: 63-68}. Pour bien comprendre les classifications et donc aussi la classification des prestations de LEP, il faut toujours considérer que les contenus, la répartition des classes et leur degré de précision sont déterminés par l'objectif d'utilisation de cette dernière.

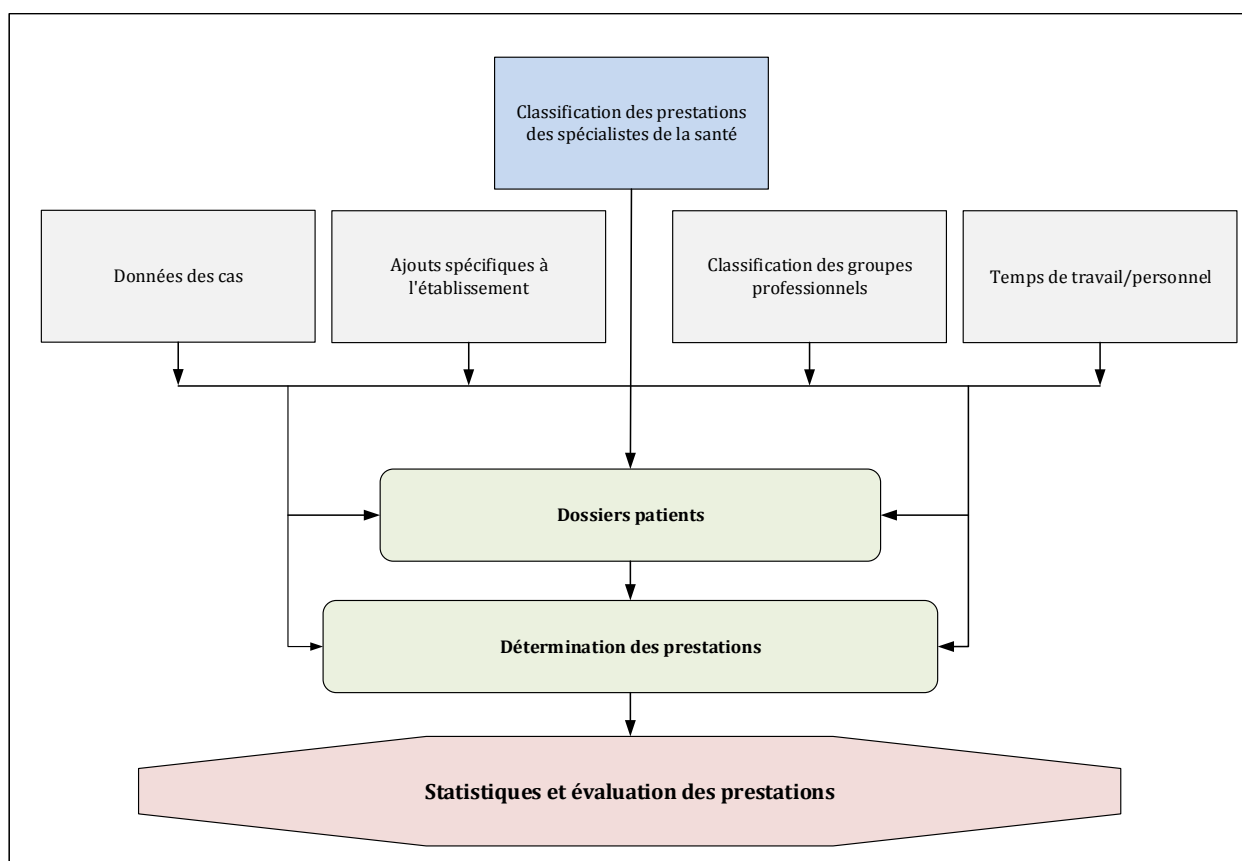
De plus, les classifications sont une extension indispensable des terminologies⁹, par ex. le terme « Donner à boire », pour comprendre le codage des données pour des raisons d'évaluations (v.Ill. 8, ci-dessous). Les terminologies et classifications doivent être considérées comme extensions réciproques {WHO 2007 #484: 7}. Une terminologie est nécessaire à la description des actions et à la communication entre les professionnels de la santé et, par exemple, les instances chargées du remboursement des prestations. Une classification est indispensable à la subdivision des contenus (structuration) de la terminologie des actions {Appenzeller 2002 #314}.

LEP est, principalement, composé de la classification des prestations des professionnels de la santé. Il est complété de quatre classifications auxiliaires. Pour évaluer dans leur ensemble les prestations classées, le système a en général besoin des codes de ces classifications auxiliaires. Ils permettent

⁸ Descripteur

⁹ Termes, notions, langages et vocabulaires spécialisés.

aux évaluations des prestations de fournir des informations pertinentes. Chaque évaluation a ses propres codes et, en fonction de la problématique, des règles de calcul déterminées.



Ill. 6 : Classification principale et classifications auxiliaires de LEP

2.2 Classification des prestations des professionnels de la santé

Cette classification LEP répartit en classes selon certains critères les notions spécialisées des actions des professionnels de la santé (v. Ill. 8). Elle a pour but de fournir une classification gérable et utile pour les acteurs du secteur de la santé en permettant de coder, créer, observer et évaluer sur les niveaux hiérarchiques adaptés de la classification les données de prestations orientées sur les objectifs de l'établissement de santé {Gaus 2005 #521}{ISO 2007 #837: 6}{Lehmann 2005 #522}{Oemig 2011 #525}{WHO 2007 #1044}{Zaiss 2005 #1045}. En fonction de la définition de l'objectif d'un établissement de santé, les données présentées doivent être plus ou moins détaillées, complètes ou partielles. L'organisation de la classification LEP est la base de sélection et de traitement des données adéquates. Elle représente le module de base de l'utilisation de LEP (voir 1.2, p. 5).

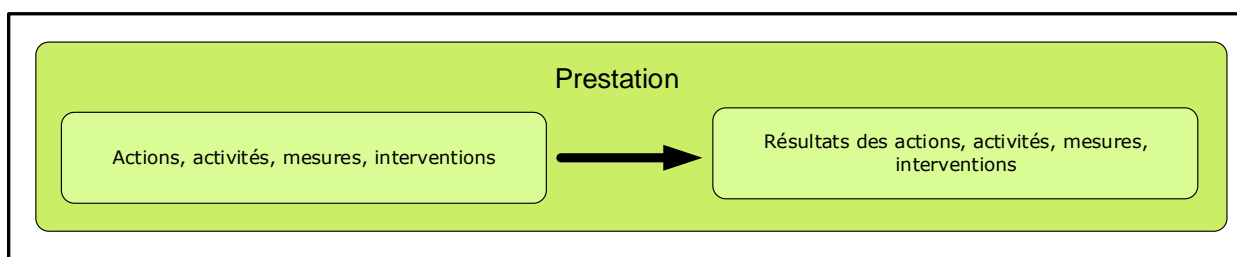
2.2.1 Cadre conceptuel

On appelle Prestation LEP, du point de vue orienté vers le comportement, une action¹⁰ effectuée pendant une période déterminée (v. Ill. 7, ci-dessous). On considère que les professionnels de la santé agissent d'une certaine façon dans le but d'obtenir un résultat déterminé.

Les prestations LEP *primaires* sont effectuées sur, avec ou pour des personnes. Il peut s'agir des prestations d'une sage-femme, d'un psychothérapeute, d'un spécialiste des soins ou d'un médecin effectuées sur un patient ou pour soulager les douleurs (prestations *liées au patient*, voir 2.2.4, p. 24). Les prestations primaires résultent de l'existence d'une personne qui, en raison de son état de santé, requiert des prestations destinées à la prévention, le traitement, la réadaptation ou les soins. La personne, en tant que bénéficiaire des prestations¹¹, peut, pendant l'exécution de cette dernière, être présente et participer, activement ou non¹², ou être absente (interventions *directes* et *indirectes*, voir 2.2.4.2, p. 25). Le champ d'action de la prestation peut être étendu d'un bénéficiaire des prestations à plusieurs patients, proches et autres personnes touchées, par ex. en ce qui concerne les prestations « Exécuter un entraînement comportemental » (en groupes) ou « Donner une consultation » (aux proches s'occupant des soins).

Le spectre complet des prestations d'un professionnel de la santé ou d'un établissement de santé est déterminé en ajoutant les prestations dites secondaires destinées à assister la fourniture des prestations primaires ou les processus de traitement. Il s'agit par ex. de la formation des étudiants, de l'assurance qualité, des réunions d'équipe ou de la maintenance du matériel (prestation *sans lien avec le patient*, voir 2.2.4, p. 24).

Du point de vue des résultats, les prestations (LEP), en comparaison avec le point de vue comportemental, ne peuvent pas seulement s'exprimer dans le fait qu'une action est exécutée d'une certaine façon dans le but d'obtenir un résultat déterminé, mais aussi dans le résultat même de cette action (v. Ill. 7).



¹⁰ Les actions physiques et psychosociales effectuées au sein de la chaîne de traitement, par ex.

¹¹ Patient, client, habitant, cas, cliente.

¹² Actif lors de l'acquisition de connaissances par éducation ou passif en position latérale de sécurité.

Ill. 7 : La notion de « Prestation »

De ce point de vue, la prestation des professionnels de la santé est le résultat d'actions pouvant être reconnues comme participant à l'amélioration et le maintien de l'état de santé ou au soulagement des douleurs.

Des deux points de vue, la prestation peut être une action (processus) ou un résultat (v. Ill. 7). Les prestations en tant que processus ou résultats doivent recevoir si possible, des significations de même niveau. Il faut alors prendre en compte les structures contextuelles et les conditions matérielles et immatérielles encadrant les prestations fournies par les professionnels de la santé. Les prestations en tant que processus ou résultats n'ont rien d'absolues, elles dépendent au contraire du contexte, c'est-à-dire qu'elles dépendent des structures au sein desquelles elles sont réalisées. Les caractéristiques du patient, les évaluations, les diagnostics, les caractéristiques des professionnels de la santé, celles de l'interaction entre le patient et le professionnel de la santé, de la configuration de traitement de l'établissement de santé, toutes servent à caractériser ces structures. Plus simplement, on peut baser le cadre conceptuel des prestations LEP sur les trois dimensions de qualité de Donabedian {Donabedian 2005 #858 /yearonly} Structure, Processus et Résultat. {BaRos 2011 #804: 6-7}{Lee 2000 #857: 67-69}{Pfaff 20.09.2010 #852: 26, 29}

Tout d'abord, les prestations LEP peuvent être évaluées en se concentrant sur les structures et le processus. Par ex., on juge des raisons d'une prestation, du nombre des prestations fournies, du temps passé à la fourniture de la prestation, des ressources nécessaires et du « qui, où et quand » de la prestation. À côté de ces informations généralement orientées, décrites et comptées en fonction de l'efficacité (répartition de fréquence, variabilité, etc.), il faut aussi se concentrer sur le résultat, donc l'intérêt et la valeur des prestations (modèles stochastiques et statistiques des effets et de l'utilité d'une prestation pour le patient). Ce faisant, on cherche depuis longtemps à faire passer les échelles d'évaluation des prestations du côté Coûts vers le côté Résultats, de façon à pouvoir mesurer si les actions *correctes* sont effectuées correctement {Gray 2009 #1048: 45}¹³. La mesure de la qualité des effets sur les patients doit être au centre des évaluations {Bürki 2010 #141: 24}.

L'évaluation des prestations des professionnels de la santé ne peut pas être effectuée d'un seul point de vue dans la mesure où la méthode à mettre en place doit être le fruit d'un consensus et, par exemple, permettre de déterminer un rapport coûts/intérêt des prestations acceptable {Gutzwiller 2012 #851: 2}. L'intérêt et la valeur des prestations des professionnels de la santé dépendent de la perspective de l'acteur qui procédera à l'évaluation. Les prestations proposées ou fournies aux patients, prestataires, instances chargées des remboursements, services administratifs et représen-

¹³ « Doing the right things right. »

tants de l'industrie sont par exemple évaluées selon des critères différents {Gutzwiller 2012 #851: 6}{Krempkow 2005 #850: 17-18}. Lors de l'évaluation des prestations, trois perspectives au moins peuvent être intégrées : celle des patients (traitement optimal), celle de la médecine (prestations utiles d'un point de vue médical) et celle de l'économie (rapport coûts/intérêt, prévention des effets négatifs pour les tiers, prévention du rationnement) {Gutzwiller 2012 #851: 1-2}.

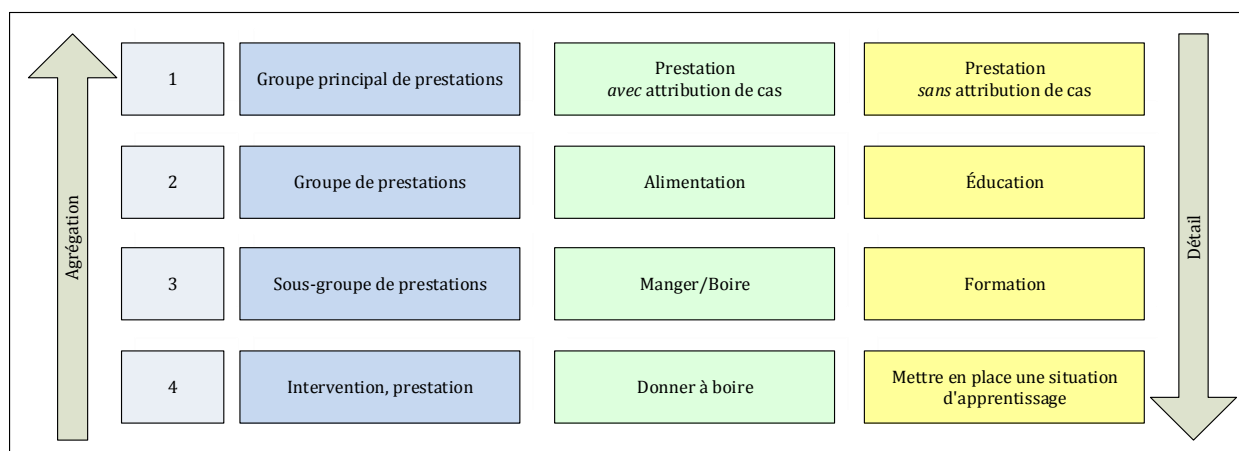
Une évaluation des prestations différente, en fonction du point de vue, peut par exemple être exprimée en considérant les performances d'un boxeur poids-lourd et celles d'une patineuse sur glace. De façon intuitive, on devine que chaque discipline apporte sa propre compréhension des notions Prestation et Succès dans la comparaison et l'évaluation des prestations. Chaque discipline a ses propres règles et techniques de mesure, impose différents critères d'exigences à l'évaluation d'une prestation par rapport à la force corporelle, la persévérance, la concentration, l'habileté ou la grâce de la présentation {Schedler #849: 11}. Les prestations des professionnels de la santé sont similaires à cet exemple issu des sports. Ici aussi, chaque spécialité (la médecine ou les soins infirmiers) a ses propres règles et techniques de mesure et peut donc effectuer l'évaluation selon des points de vue différents, par exemple par rapport à la fonctionnalité corporelle ou l'interaction entre le patient et le professionnel de la santé. D'autre part, la compréhension des prestations des évaluateurs est aussi décisive pour savoir si une prestation est bonne ou mauvaise, sachant que cette personne peut être un professionnel de la santé au *Point of Care*, un gestionnaire, un responsable Qualité, un formateur, un scientifique, un contrôleur ou une instance chargée du remboursement des prestations. Enfin, il faut constater qu'il n'existe pas d'indicateurs de performance déterminés et absolus dans le secteur de la santé. Il faut, de ce fait, tenir compte des perspectives de plusieurs acteurs dans l'évaluation des prestations des professionnels de la santé. L'évaluation des prestations sans tenir compte des différentes perspectives est estimée peu utile car elle augmente le risque d'interprétation erronée {Krempkow 2005 #850: 17-18}.

En fonction de chaque perspective, on peut, pour leur évaluation, affecter aux prestations LEP les grandeurs les plus diverses comme les effets, indicateurs de qualité, temps de travail ou produits. Dans les variables LEP et les exploitations, un certain nombre de valeurs et de combinaisons de valeurs sont affectées *en standard* aux prestations pour pouvoir évaluer à partir du maximum de perspectives différentes les données de prestations. Mais, il est cependant décisif de tenir compte, dans le cadre précédent, du fait que l'interprétation des valeurs LEP n'ont pas pour but de représenter des indicateurs de performance absolus et ne peuvent pas couvrir complètement tous les points de vue.

2.2.2 Structure de classification

Les classes LEP des prestations des professionnels de la santé sont construites de façon monohiérarchique selon le critère de hiérarchie avec des niveaux. Les quatre niveaux hiérarchiques,

croissants sont appelés *niveaux d'agrégation*. Le niveau le plus haut est toujours un regroupement du niveau suivant : plusieurs interventions sont regroupées dans un groupe de prestations ou plusieurs sous-groupes de prestations forment un groupe de prestations. Dans le sens décroissant, les quatre niveaux hiérarchiques sont qualifiés de niveaux de précision (v. Ill. 8).



Ill. 8 : Le principe d'organisation de la classification des prestations LEP

Au niveau 1, le degré d'agrégation est le plus important ; au niveau 4, c'est le degré de précision.¹⁴ Les niveaux 1 à 4 décroissants sont les classes d'actions définies comme

- Groupe de prestations principal (une position, 1),
- Groupe de prestations (deux positions, 1.1),
- Sous-groupe de prestations (trois positions, 1.1.1) et
- Intervention de santé ou prestation individuelle (quatre positions, 1.1.1.1)

(v. Ill. 8 et les sections 2.2.4 et 2.2.4.2). De ce fait, la systématique de la classification des prestations LEP pour la structuration contient un code à quatre positions.

Les interventions (voir 2.2.4.2) sont attribuées aux prestations liées au patient, par ex. « Donner à boire ». Les prestations restantes du niveau 4 sont désignées comme Prestation individuelle et attribuées aux prestations *sans* lien avec le patient, par ex. « Exécuter une situation d'apprentissage » (v. Ill. 8).

2.2.3 Attribution d'unités d'information

Les prestations LEP sont enregistrées dans des unités d'information sur différents niveaux d'agrégation¹⁵ comme les définitions, les inclusions/exclusions, règles de saisie, valeur secondaires ou positions de tarification (voir à partir de 2.2.4, p. 24). D'autres unités d'information comme les extensions spécifiques à l'établissement, les données de cas ou les temps de travail sont attribués aux

¹⁴ L'utilisation des niveaux inférieurs permet d'augmenter la traçabilité du contenu.

¹⁵ Attributs ; caractéristiques.

classifications auxiliaires LEP (voir 2.3, p. 34). Ces unités d'information peuvent, avec les classifications auxiliaires, être saisies systématiquement ou reprises par d'autres systèmes d'exploitation avant d'être attribuées aux prestations LEP.

Les données de prestations LEP sont donc en principe composées des prestations elles-mêmes et des unités d'information enregistrées et attribuées. Les données de prestations saisies, elles, peuvent être utilisées dans les évaluations LEP et comparaisons de données ou transmises à d'autres systèmes (v. Ill. 25 : Le flux de données d'un système d'exploitation dans l'utilisation de LEP, p. 79).

2.2.4 Définition des types de prestation

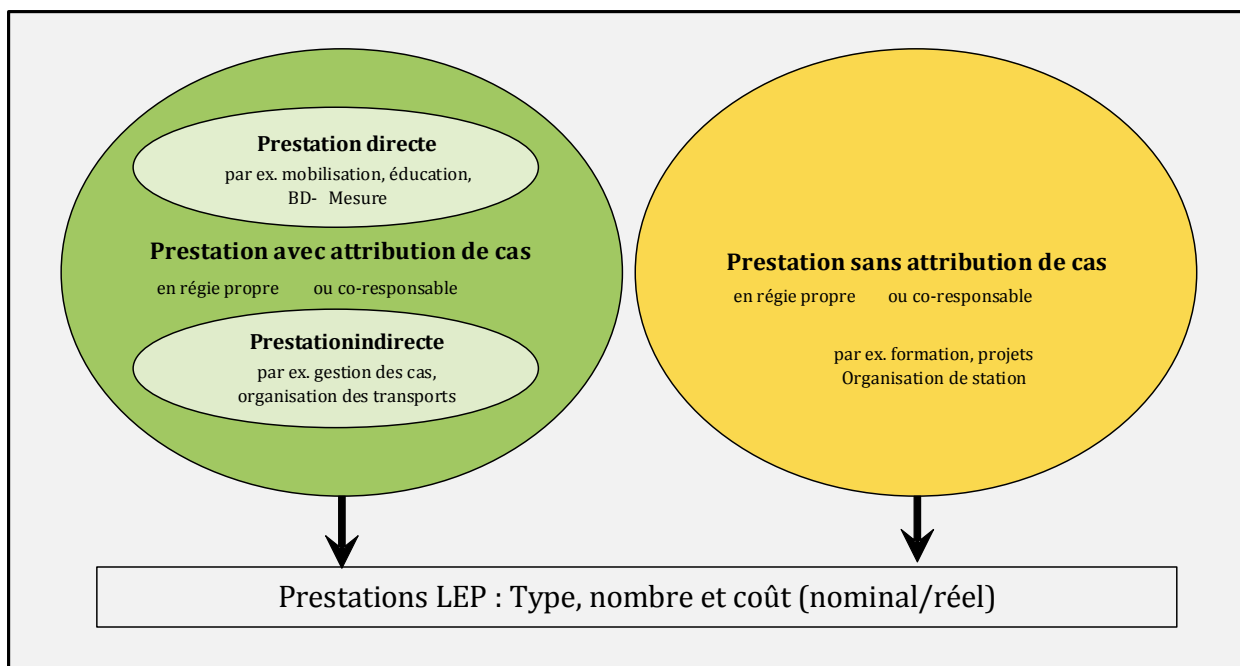
On distingue, suivant les caractéristiques communes et différentes par niveau d'agrégation, quatre types de prestation (v. Tableau 3).

Groupe principal de prestations	Prestations avec attribution de cas Ce groupe de prestations principal regroupe les interventions attribuées à un patient/cas administratif et induisent un coût en temps déterminable. Ces prestations sont fournies en fonction de différentes approches thérapeutiques (concepts, méthodes, normes, lignes directrices). Elles sont planifiées et fournies en corrélation avec l'état de santé (évaluations, diagnostics, objectifs, effets).
Groupe de prestations	Accompagnement/Prise en charge Ce groupe de prestations regroupe les interventions en corrélation avec l'accompagnement, le transport et la prise en charge des patients.
Sous-groupe de prestations	Prévention des risques Ce sous-groupe de prestations inclut les interventions en relation avec la mise en danger propre ou par un tiers.
Intervention	Donner une consultation Exécuter de façon structurée et orientée sur l'objectif un processus de communication pour la promotion de compétence.

Tableau 3: Exemples de définitions de types de prestation différents

2.2.4.1 Prestations avec et sans lien avec le patient

Le groupe de prestations principal est subdivisé en fonction du critère « Type de prestation » (v. Ill. 8, p. 23 et Ill. 9, ci-dessous {Baker 19s98 #692}{Besson 2013 #788: 207, 223}{Dussault 2011 #457: 11}{Huber 2003 #811: 17}{ICN 2002 #621}{InEK 2007 #444: 132–137}{Morris 2007 #45: 468}{Sovie 1986 #623} {Thibault 1990 #643: 28}).



Ill. 9 : Prestations avec et sans lien avec le patient

Les prestations liées au patient, fournies « avec », « sur » ou « pour » une personne peuvent être attribuées à un cas administratif. Ces prestations sont fournies en fonction de différentes approches thérapeutiques (concepts, méthodes, normes, lignes directrices). Elles sont planifiées et fournies en corrélation avec l'état de santé (évaluations, diagnostics, objectifs, effets). Elles sont requises pour la facturation des coûts pour créer directement pour l'organisme payeur (cas administratif) les prestations fournies.

Les prestations sans lien avec le patient sont des prestations destinées à assister, garantir ou développer les processus de traitement et qui ne sont pas directement rattachées à un cas administratif. Elles peuvent être enregistrées ou exclues de façon ciblée en fonction des directives de calcul et de l'établissement en vigueur. Pour l'unité finale d'imputation, elles ne doivent pas être spécialement saisies, elles sont calculées et associées par un taux de coûts à l'organisme (cas administratif) (v. Tableau 2, p. 12).

2.2.4.2 Interventions directes et indirectes

Une intervention de santé LEP est, selon ICHI¹⁶, une action exécutée sur la commande d'une personne ou d'une population pour estimer, modifier ou améliorer la santé, les fonctions ou les états de santé {WHO-FIC Family Development Committee 2012 #495: 6}.

¹⁶ International Classification of Health Interventions
Classification internationale des interventions de santé

On appelle Interventions de santé les prestations *liées au patient* du 4^e niveau d'agrégation exécutées « avec », « sur » ou « pour » une personne requérant des interventions de santé dans le cadre des processus de traitement et des soins (v. Ill. 8, p. 23). Les caractéristiques servent à les subdiviser en interventions *directes* et *indirectes* Dussault 2011 #457}{Morris 2007 #45}{Sovie 1986 #623}:

Les interventions de santé *directes* sont effectuées « avec » ou « sur » une personne requérant des interventions de santé dans le cadre des processus de traitement et des soins, par ex. « Donner à boire », « Effectuer l'entraînement au mouvement », « Donner une consultation prénatale » ou « Effectuer une injection intraveineuse ».

Les interventions de santé *indirectes* sont effectuées « pour » une personne requérant des interventions de santé dans le cadre des processus de traitement et des soins, par ex. « Compléter la documentation des patients », « Organiser un rendez-vous pour un patient », ou « Générer la documentation pour les instances chargées du remboursement des prestations ».

Note : ces interventions indirectes ne doivent pas être confondues avec les prestations individuelles sans lien avec le patient du niveau d'agrégation 4 (Ill. 9, p. 25).

2.2.4.3 Composition d'une prestation

En général, une intervention ou une prestation individuelle est composée des informations données au bénéficiaire des prestations, de la préparation, de l'exécution, de l'observation, de l'utilisation d'appareils/produits auxiliaires, du suivi et de la documentation. Ceci est significatif pour la documentation et la saisie des prestations et est appelé *principe de saisie* ou *principe de documentation*. Le respect du principe permet d'éviter une documentation des patients et une saisie des prestations surdétaillées de même qu'une saisie excessive de chaque prestation.

Le déroulement de la procédure « Soigner une plaie » est par exemple composé de

- la lecture de la documentation des patients ;
- les informations au patient sur la prestation à venir, l'état de la plaie, etc. ;
- la préparation du matériel de pansement ;
- le nettoyage et la suture de la plaie ;
- l'observation de l'état de la plaie ;
- l'utilisation du matériel de pansement ;
- l'élimination du matériel de pansement ;
- l'inscription des actions dans la documentation de la plaie.

Le déroulement complet de l'action est contenu dans les valeurs de temps attribuées à une prestation (voir 2.2.6, p. 32).

2.2.4.4 Inclusion et exclusion

Une prestation LEP est une action indépendante au sein d'un flux d'actions dans le cabinet. Cependant, elle peut, en fonction du flux d'actions, ne représenter qu'une partie d'une action, c'est-à-dire « Effectuer les soins des ongles » par exemple peut être, en situation, exécutée indépendamment d'autres prestations ou comme partie de l'action « Effectuer une toilette partielle ». Pour aider la saisie et la documentation des prestations dans de telles situations pratiques, les interventions et les prestations individuelles sont distinguées et réparties entre Inclusions et Exclusions.

Les *inclusions* se réfèrent aux relations entre les prestations pour lesquelles une ou plusieurs prestations peuvent représenter une partie d'une autre prestation. On nomme inclusion les faits et codes pouvant, en situation, représenter une partie de l'intervention considérée, par ex. « Effectuer une toilette partielle du corps » doit être codifié quand les actions « Laver le thorax », « Laver les bras » et « Laver le dos » sont incluses dans un déroulement d'action (v. Tableau 4).

N° de structure	Nom
1.4.1.2	Laver les bras
1.4.1.9	Laver la poitrine
1.4.1.16	Laver le siège
1.4.1.17	Laver le visage/les mains
1.4.1.18	Coiffer
1.4.1.23	Laver la zone intime
1.4.1.24	Préparer/ranger les produits de soins corporels
1.4.1.25	Laver la bouche/les dents
1.4.1.26	Effectuer les soins des ongles
1.4.1.33	Laver le dos

Tableau 4: Exemples d'inclusions de la prestation « Effectuer une toilette partielle du corps »

Les exclusions se réfèrent dans LEP aux prestations à coder non pas selon le code de cette intervention, mais selon un autre code explicitement désigné. Par ex., au lieu de « Effectuer une toilette partielle du corps », on codifie « Effectuer un lavage complet du corps » lorsque toutes les parties du corps sont nettoyées dans le cadre d'un déroulement d'action.

Nom
Faire prendre un bain
Faire prendre une douche
Effectuer un lavage complet du corps

Tableau 5: Exemples d'exclusions de la prestation « Hygiène d'une partie du corps »

2.2.4.5 Types de prestation particuliers

L'utilisation LEP induit de tenir compte des types de prestation particuliers au sein de la classification.

2.2.4.5.1 Prestations à spécification différenciée

Chaque groupe contient une « Classe complémentaire » pour les prestations à spécification différenciée. Sont appelées « Prestations à spécification différenciée », par exemple « Mouvement à spécification différenciée » ou « Formation à spécification différenciée », les prestations non incluses dans la classification LEP au moment de leur saisie. La particularité de ces prestations est liée à leur objectif d'utilisation. Elles servent

- à identifier et à compenser à court terme des trous de la classification ;
Les prestations à spécification différenciée permettent de documenter et de saisir provisoirement des prestations manquant dans la classification LEP. Elles sont ajoutées à la version suivante de l'application et garantissent la validité de contenu et l'exhaustivité de la classification. Jusqu'à l'achèvement de la version suivante, l'établissement exploitant reçoit en général une proposition de LEP AG pour compenser avec une intervention spécifique à l'établissement (voir 2.3.1, p. 34 et Tableau 8, p. 35) ;
- à identifier et à éliminer des problèmes de compréhension et d'utilisation.
Une intervention LEP n'est pas trouvée en raison d'une insuffisance, par ex. dans les domaines de la formation, de la compréhension de la classification et des mécanismes d'agrégation ou de précision et de la convivialité du logiciel. Les unités codifiées comme « Prestations à spécification différenciée » sont évaluées, permettant d'identifier et de régulariser de façon ciblée les insuffisances.

La valeur temporelle, appelée « DF » (valeur par défaut pour les prestations « à spécification différenciée »), a une valeur nulle (v. Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP, p. 32).

2.2.4.5.2 Prestations sans lien avec le patient

Si, au cours de l'utilisation pratique de LEP, une prestation avec application, c'est-à-dire une intervention directe ou indirecte, ne peut pas être attribuée au cas concerné car aucun cas administratif n'a été ouvert, par ex. dans le SIC, elle est saisie dans le sous-groupe de prestations « Prestations sans cas » du groupe principal « Prestations sans lien avec le patient ». Par exemple, lorsqu'un patient appelle un spécialiste des soins dans un hôpital pour recevoir une consultation complète relative au remplacement de pansement et que le spécialiste ne peut facturer ultérieurement cette prestation en l'attribuant à un cas.

La valeur temporelle, appelée « D » (valeur par défaut), a une valeur nulle (v. Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP, p. 32).

2.2.4.5.3 Temps de répartition personnels et factuels

Il faut considérer d'un œil critique si, en principe, il est utile et valide, par rapport au temps de travail, de considérer, au moment de la saisie des prestations et des durées et dans les évaluations, que les temps d'intervention de prestations couvrent à cent pour cent les temps de travail du personnel. Les parties du temps de travail nécessaires pour couvrir les imperfections d'organisation ou pour satisfaire les besoins liés aux personnes, peuvent être désignées comme temps de répartition {KDA 2005 #801} {Mølgaard 2000 #253: 43-44}. L'établissement de santé ne peut disposer de ces temps pour exécuter des prestations (« temps perdu »). Ils ne doivent pas être ignorés en corrélation avec le déroulement des prestations, la planification du personnel ou les mesures de productivité. Exemples de temps de répartition :

- Temps de répartition factuels induits par des imperfections liées à l'organisation ou à la direction, par des pannes dans le flux de travail, des déroulements de travail non coordonnés, des instructions de travail peu claires ou des périodes d'attentes d'informations ou de patients, par ex.
- Temps de répartition personnels : pour la satisfaction de besoins humains, les pauses, les exercices de prévention des tensions du dos, les temps sanitaires, les rafraichissements, les entretiens privés, l'alimentation, le règlement d'affaires privées, la participation à des rendez-vous d'assurance, le contrôle du courrier électronique, le dépassement des temps de pause réguliers, les inconvénients personnels et les besoins ne pouvant être retardés (v. Ill. 31, p. 90).

Il peut être utile de saisir les temps de répartition. Ils sont, dans LEP, intégrés aux prestations sans lien avec le patient. Les temps de répartition factuels peuvent être saisis dans le groupe de prestations « Coûts lié au cadre/à la structure » et le sous-groupe de prestations « Temps d'attente » ou « Interruption de travail » sous forme de différentes prestations individuelles. Les temps de répartition personnels peuvent être saisis dans le groupe de prestations « Coûts lié au cadre/à la struc-

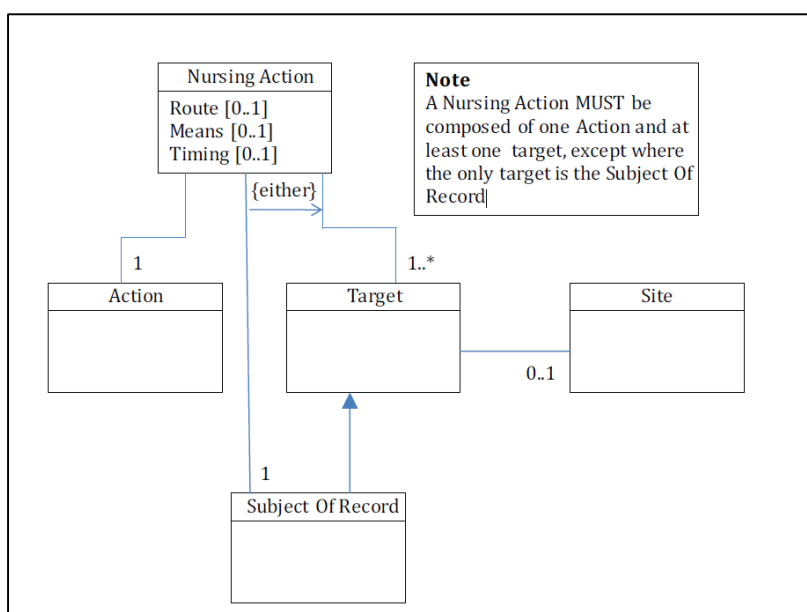
ture » et le sous-groupe de prestations « Interruption de travail » sous forme de prestation individuelle « Interruption de travail personnelle »

La valeur temporelle, appelée « D » (valeur par défaut), a une valeur nulle (v. Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP, p. 32).

La collecte de ces informations peut être utile pour rechercher les temps de répartition relativement longs et, au besoin, introduire des modifications des processus de travail. L'établissement doit décider si la collecte des temps de répartition doit être effectuée en continu ou ponctuellement. Une alternative est représentée par les clés de répartition, par ex. 5 % temps de répartition personnel par collaborateur (voir 6.3, p. 89).

2.2.5 Structuration de la terminologie LEP

La structure de la terminologie des interventions LEP s'appuie sur la norme internationale du modèle de terminologie de référence ISO pour les interventions de soins (voir Ill. 10, ci-dessous; {ISO 2014 #808: 10}).



Ill. 10 Le modèle de terminologie de référence pour les interventions de soins {ISO 2014 #808: 7}

En correspondance avec la norme ISO 18104:2014 {Baumberger 2012 #232}{ISO 2014 #808}, la désignation d'une intervention LEP est composée des éléments de structure suivants (v. Ill. 10) :

1. un mot d'action (*Action*, par exemple Donner) ;
2. au moins un mot relatif à l'objet de l'action (*Target*, par ex. Liquide).

Réunis, les deux exemples donnent la désignation « Donner à boire » (v. Ill. 8, p. 23). En supplément et de façon facultative, on peut ajouter des mots d'autres unités sémantiques dans la construction de la terminologie d'une intervention LEP (v. Ill. 10, ci-dessus et Tableau 6, ci-dessous) :

- Accès (*Route*) ;

- Moyen (*Means*) ;
- Finalisation (*Timing*) ;
- Cas administratif (*Subject of Record*) ;
- Localisation sur le corps (*Site*).

Les éléments de structure Actions, Objet de l'action et Moyen servent aussi à la désignation des interventions dans la Classification des Internationale des Interventions de santé (International Classification of Health Interventions, ICHI) {WHO-FIC Family Development Committee 2012 #495}. Ceci facilite structurellement le mappage futur de LEP par rapport à ICHI.

Selon la normalisation ISO, LEP n'inclut aucune forme verbale au passé simple, imparfait (passé) ou à l'impératif (ordre, instruction) ou de consigne d'action.

Nom LEP	Aisselles	Acte	Orientation	Accès	Médicament	Localisation	Cas
Faire bouger les articulations		Faire bouger	Articulations				
Administrer une injection intraveineuse		Administrer	Injection	Intraveineuse			
Mesurer les signes vitaux à l'aide du moniteur		Mesurer	Signes vitaux		Moniteur		
Chercher la patiente		Chercher					Patiente
Mesurer la valeur du pH du cordon ombilical		Mesurer	Valeur du pH			Cordon ombilical	

Tableau 6: Exemple de composition de la terminologie pour les interventions LEP

Dans la classification LEP, les termes spécialisés pour la désignation des interventions sont pré-combinés (v. Tableau 6, colonne « Nom LEP »). Les interventions LEP sont donc construites de façon précombinée. Le système se sert, en arrière-plan, d'une structure multiaxiale dans laquelle chaque terme spécialisé (par ex, « Moniteur ») est attribué à un élément de structure particulier (par ex. « Moyen »). La décomposition des désignations des interventions LEP en unités lexicales crée la base de l'interopérabilité structurelle {Bointner #841: 5}.

Il devient très rapidement clair que, grâce aux axes sémantiques, chaque intervention peut être encore plus détaillée et déterminée. La structure de base de la classification LEP montre ainsi son énorme potentiel de développement. Par exemple, les interventions « Exécuter un entraînement à la marche », ou « Effectuer un transfert » peuvent être affinées sur l'axe « Moyen » avec les désignations des appareils utilisés pour le mouvement : cannes, déambulateur, déambulateur d'Eulenburg, etc. Autre exemple : les désignations dans les listes de médicaments sont enregistrées comme interventions LEP « Administrer un médicament par voie conjonctivale » ou « Administrer un médicament par voie orale ».

L'avenir montrera comment, avec quels et combien d'éléments de structure une relation aux interventions LEP doit être réalisée. Des éléments supplémentaires peuvent aussi être utiles pour générer une représentation complète des actions des prestataires professionnels dans le secteur de la santé. Ils sont souvent déjà présentés dans le modèle d'informations, dans l'application logicielle ou dans la documentation électronique des patients. Par exemple, les interventions planifiées, exécutées ou non exécutées et les liens des interventions avec des diagnostics ou des critères de classification DRG significatifs pour les revenus.

2.2.6 La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP

Dans la classification des prestations des professionnels de la santé, des valeurs temporelles sous forme de valeurs par défaut sont attribuées à toutes les prestations des niveaux d'agrégation 1 à 4 (v. Ill. 8, p. 23) (v. Tableau 7).

Abréviation	Désignation	Valeur
D	Valeur par défaut	Valeur nulle (NULL) ou Nombre de minutes, par exemple 5 minutes
DF	Valeur par défaut pour les prestations « à spécification différenciée »	Valeur nulle (NULL)
DA	Valeur par défaut pour la saisie temporelle agrégée	Valeur nulle (NULL)

Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP

Dans LEP, une valeur par défaut désigne une prévision standard pour une valeur temporelle prévue pour la saisie du coût en temps de travail des prestations (« Valeur de départ », « Valeur préétablie ») et pouvant être modifiée. La différence avec les valeurs temporelles normatives classiques ou une valeur temporelle de référence est aussi dans sa capacité à être modifiée. On peut, par principe, distinguer deux types de valeur par défaut :

A En standard, on prévoit une valeur temporelle en minutes, c'est-à-dire que pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations, chaque prestation individuelle ou intervention se voit attribuer une valeur en minutes.

Exemple : La prestation « Exécuter la position latérale » dure en réalité 5 minutes. La valeur par défaut en minute attribuée est aussi de 5 minutes. Le prestataire professionnel reprend automatiquement pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations la valeur « 5 » pour les minutes.

B En standard, on prévoit pour la valeur temporelle une valeur nulle (« NULL »), c'est-à-dire que pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations, chaque prestation indivi-

duelle ou intervention se voit attribuer une valeur en minutes.

Exemple : La prestation « Procéder à une anamnèse/évaluation » dure en réalité 30 minutes. Le prestataire professionnel reprend automatiquement pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations la valeur « 30 » pour les minutes.

La valeur temporelle n'est pas (encore) connue, car le coût en temps pour l'exécution de ce type de prestations varie beaucoup, par exemple en cas de démence vasculaire, d'états douloureux très variables ou des flux de travail différents.

Les deux types de valeur par défaut LEP peuvent être adaptés par l'établissement de santé titulaire de la licence :

- a L'établissement de santé peut, après concertation avec LEP, modifier la valeur en minutes (voir ci-dessus Point A).

Exemple : LEP prévoit pour l'intervention « Exécuter la position latérale » une valeur par défaut de 5 minutes. Les consignes de l'établissement donnent 10 minutes. L'établissement peut alors adapter la valeur prévue pour la mettre sur 10 minutes.

- b À la place d'une valeur nulle, un établissement de santé peut, après concertation avec LEP, prévoir une valeur temporelle en minutes (voir ci-dessus Point B).

Exemple : LEP prévoit pour l'intervention « Procéder à une anamnèse/évaluation » une valeur par défaut de zéro. Les consignes de l'établissement donnent 30 minutes. L'établissement peut alors adapter la valeur prévue pour la mettre sur 30 minutes.

L'établissement de santé décide des valeurs en minutes prévues devant être reprises ou adaptées pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations.

- Les prestataires *ne peuvent pas* modifier la valeur prévue (voir A, a et b ci-dessus) pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations.
- Les prestataires peuvent modifier la valeur prévue (voir A, a et b ci-dessus) pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations, c'est-à-dire, ils peuvent reprendre la valeur temporelle prévue ou l'adapter en situation.

Exemple : La prestation « Exécuter la position latérale » dure en réalité 10 minutes. La valeur par défaut en minute attribuée est de 5 minutes. Le prestataire professionnel adapte la valeur et la met sur 10 minutes pendant la documentation des patients ou la saisie des prestations.

Sur les niveaux d'agrégation 1 à 3 (groupe de prestations principal, groupe de prestations, sous-groupe de prestations ; v. Ill. 8, p. 23), les valeurs par défaut sont définies comme nulles (NULL) (voir ci-dessus : B). Au niveau 4 (interventions, prestations individuelles), les valeurs par défaut sont soit nulles, soit des valeurs temporelles en minutes (voir A, a et b ci-dessus)

La valeur temporelle en minutes (v. Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP, ci-dessus) est une valeur temporelle de référence évaluée de façon à refléter le temps

passé par un professionnel de la santé qualifié et expérimenté pour effectuer la prestation en question dans le respect des normes de qualité. Les différences entre les valeurs en minutes prévues en standard et les valeurs en minutes effectives pour chaque prestation peuvent être principalement analysées, par exemple pour adapter les valeurs de départ correspondantes dans LEP ou identifier les potentiels de modification dans le processus de travail.

2.2.6.1 Valeurs temporelles de moins de deux minutes

Certaines interventions et prestations de moins de deux minutes ne sont qu'exceptionnellement reprises dans la classification des prestations LEP. Par ex. une minute pour « Administrer bolus par i.v. » Si ces interventions et prestations doivent être prises en compte dans la documentation des patients ou la saisie des prestations d'un établissement de santé, elles sont intégrées à la classification auxiliaire LEP « Ajouts spécifiques à l'établissement » (voir 2.3.1, p. 34)

2.3 Classifications auxiliaires de LEP

Pour réaliser des évaluations LEP statistiques de longue portée et différenciées, on introduit, outre les prestations elles-mêmes, d'autres données de prestation et de cas utilisables. Pour cela, LEP utilise d'autres instruments et classifications.

Une classification auxiliaire LEP est une classification autonome pouvant être utilisée parallèlement à la classification de prestation LEP. Chaque classification auxiliaire LEP a une structure identique à la classification de prestation LEP. Vers l'extérieur, la classification de prestation LEP propose des « points d'ancrage » définis, ou les charnières nécessaires.

Les classifications auxiliaires de LEP comprennent des informations complémentaires qui, adaptées à l'objectif pratique prévu, sont utilisées pour la documentation des patients et l'évaluation des prestations. Si d'autres systèmes de l'établissement contiennent déjà ces informations, les unités correspondantes de la classification auxiliaire LEP peuvent être remplacées par des composantes équivalentes dans leur environnement d'utilisation.

2.3.1 Ajouts spécifiques à l'établissement

Avec la classification auxiliaire LEP « Ajouts spécifiques à l'établissement », un établissement peut, en fonction de ses besoins spécifiques, documenter, saisir, enregistrer et évaluer des informations et prestations propres définies et formalisées spécifiquement à un établissement de santé. Par exemple, les prestations « Fermer les portes » ou « Relever les barrières de lit » peuvent être significatives dans le contexte légal et doivent être pour cette raison documentées individuellement. Elles peuvent alors être attribuées au quatrième niveau d'agrégation de l'« intervention spécifique à l'établissement » (v. Tableau 7).

Numéro	Nom	Niveau d'agrégation
3	Ajouts spéc. à l'établissement	1
3.1	Groupe Ajouts spécifiques à l'établissement	2
3.1.1	Sous-groupe Ajouts spécifiques à l'établissement	3
3.1.1.1	Information de cas spécifique à l'établissement	4
3.1.1.2	Intervention spécifique à l'établissement	4

Tableau 8: Classification auxiliaire LEP pour les ajouts spécifiques à l'établissement

Un autre établissement de santé veut saisir les prestations à valeurs temporelles de moins de deux minutes (voir 2.2.6.1, p. 34) et les ajouter à leurs niveaux correspondants. D'un autre côté, un autre établissement veut documenter spécifiquement les instructions d'actions ou les consignes de comportement, « Écoute active », « Proposer un entretien » ou « Montrer son intérêt pour la patiente ».

Les prestations ou informations spécifiques à l'établissement ne devraient être, après concertation avec LEP AG, utilisées que pour compenser les prestations absentes de la classification LEP (voir 2.2.4.5.1 Prestations à spécification différenciée, p. 28).

Outre les interventions spécifiques à l'établissement, des « informations de cas spécifiques à l'établissement » peuvent aussi être attribuées au quatrième niveau d'agrégation (v. Tableau 7), par exemple, « Audioprothèse » ou « Lunettes ».

Aucune valeur temporelle n'est attribuée aux informations spécifiques à l'établissement (v. Tableau 8, ci-dessus). Elles sont abrégées avec « IB » (Information de cas spécifique à l'établissement). Les interventions spécifiques à l'établissement sont de type de temps « DB » (Valeur par défaut Intervention spécifique à l'établissement) avec une valeur nulle (v. Tableau 7: La typologie des valeurs temporelles pour les prestations LEP, p. 32).

2.3.2 Données des cas

Cette classification auxiliaire LEP sert principalement à la saisie et l'évaluation de données

- concernant les patients et le cas administratif (données de base),
- dans le contexte du déroulement des prestations (type de séjour, mutation, état de santé)

(v. Tableau 9).

Numéro	Nom	Niveau d'agrégation	ParentLEPID
4	Données des cas	1	
4.1	Données de base	2	232862
4.1.1	Personne	3	232806
4.1.1.1	Numéro de cas	4	232804
4.1.2	Type de séjour	3	232806
4.1.2.1	Stationnaire	4	232816
4.1.3	Élargir le type de séjour	3	232806
4.1.3.1	Stationnaire à l'étranger	4	232838
4.1.4	Transfert	3	232806
4.1.4.1	Admission prévue	4	232866
4.2	État	2	232862
4.2.1	Perception	3	232836
4.2.1.1	Désorientation / confusion	4	232811
4.2.2	Langue	3	232836
4.2.2.1	Parle une langue étrangère	4	232833

Tableau 9: Exemples extraits de la classification auxiliaire LEP des « Données de cas »

La classification auxiliaire LEP Données de cas est hiérarchique, comprend, comme la systématique de la classification principale LEP des prestations (voir 2.2, p. 19), quatre niveaux d'agrégation à clé numérique, sans type de temps. Les données de cas sont abrégées par un « I » (Information sur le cas).

Le contexte d'une prestation LEP peut être saisi de façon étendue par les établissements de santé avec des données de structure¹⁷ et de processus, à l'aide des informations spécifiques à l'établissement (voir 2.3.1, p. 34). Par exemple, avec des informations sur les conditions cadres matérielles, comme la configuration des bâtiments, ou immatérielles, comme les lignes directrices, règles, normes et lois significatives pour la fourniture de la prestation. Mais aussi avec des informations relatives au contexte corporel, comme les susceptibilités et allergies, ou au contexte social, comme l'interaction entre le professionnel de la santé, le patient et l'organisation/la direction du cabinet {Pfaff 20.09.2010 #852}.

2.3.3 La classification des métiers

Cette classification auxiliaire LEP sert, dans le cadre de la gestion du personnel, d'un côté à décrire et à analyser exactement les déroulements des prestations dans le secteur de la santé, en corrélation avec la structure de la profession et de la formation professionnelle. De l'autre, elle aide à la prise de décision dans les processus d'assistance et de gestion. Pour cela, les prestations sont reliées à des professions des prestataires, par ex. la prestation « Conduire un entretien d'intervention

¹⁷ La structure de contexte, les conditions cadres matérielles ou immatérielles en vigueur lors de la fourniture de la prestation.

de crise » est documentée par un spécialiste des soins diplômé FH et pour l'évaluation des prestations, le profil de prestation des différentes professions comparées.

La « Classification des métiers LEP » organise principalement les professions du système de santé. Les membres de ces professions, par exemple les sages-femmes, les spécialistes des soins ou orthophonistes garantissent les soins de santé de la population {BFS 2012 #861}{Bundesministerium für Gesundheit 2015 #1064}{KLDB 2011 #864}. Pour pouvoir se développer, la classification LEP reste ouverte aux autres champs professionnels, par exemples ceux de la gestion et de la qualité dans le secteur de la santé ou aux professions du secteur du bien-être (wellness). La classification est hiérarchique et comprend quatre niveaux de répartition à clé numériques (v. Tableau 10).

Numéro	Nom	Niveau d'agrégation
3	Obstétrique	1
3.1	Sages-femmes	2
3.1.1	Sages-femmes diplômées	3
3.1.1.1	Sages-femmes diplômées FH	4
3.1.2	Sages-femmes en formation FH	3
3.2.2.1	Sages-femmes en formation FH 1 ^{re} année	4
3.2.2.2	Sages-femmes en formation FH 2 ^{re} année	4
3.2.2.3	Sages-femmes en formation FH 3 ^{re} année	4
5	Soins infirmiers	1
5.1	Spécialistes des soins	2
5.1.1	Spécialistes des soins diplômés	3
5.1.1.1	Spécialistes des soins diplômés FH	4
5.1.1.2	Spécialistes des soins diplômés HF	4

Tableau 10: Exemples de la « Classification des métiers LEP »

Les professions de santé peuvent être réparties selon la spécialité et le niveau de formation des professionnels. Chaque niveau de répartition reçoit un chiffre. De ce fait, la systématique comprend un code numérique à quatre chiffres, comme la classification principale et les classifications auxiliaires.

Dans un contexte d'utilisation étendu, les évaluations de données de prestations liées aux professions peuvent être utilisées comme recommandations d'action ou bases de décision pour l'éducation, la formation continue ou postgraduée dans les différentes spécialités médicales, mais aussi par la recherche, les administrations ministérielles et départementales ou les associations (par exemple pour la promotion de certaines spécialités ou pour la création de CV). De ce point de vue, les collectes et comparaisons internationales de données de prestations en corrélation avec les professions de santé gagnent en signification, par exemple dans le cadre de l'évolution des forces de travail et des besoins en spécialistes {KLDB 2011 #864: 15}.

C'est pourquoi, la structure et le développement de cette classification auxiliaire LEP tiennent compte de la capacité d'attribution étendue et de la compatibilité élevée avec la nomenclature des professions internationale (ISCO-08) {BFS 2014 #832}{Dal Poz 2009 #830: 14–21}{ISCO 2012 #829}. Elle permet la comparabilité internationale de statistiques relatives aux professions exercées {BFS 2014 #832}{ISCO 2012 #829}.

2.3.4 Temps de travail du personnel et absences

La classification auxiliaire LEP « Temps de travail du personnel et absences » organise les pauses et les périodes d'absence et de congés du personnel (Tableau 11).

Numéro	Nom	Niveau d'agrégation
5	Temps de travail/personnel	1
5.1	Pause	2
5.2	Absence et congés	2
5.2.1	Absence et congés	3
5.2.1.1	Accident du travail	4
5.2.1.2	Anniversaire de service	4
5.2.1.7	Maladie	4
5.2.1.8	Service militaire	4
5.2.1.9	Congés de maternité	4
5.2.1.13	Congés rémunérés	4
5.2.1.14	Congés non rémunérés	4

Tableau 11: Exemples de la classification auxiliaire LEP « Temps de travail du personnel et absences »

Elle n'est utilisée que lorsque les données correspondantes pour les évaluations, comme par exemple pour la détermination des temps de travail nets, ne peuvent être automatiquement reprises d'un système de planification d'affectation du personnel (PAP), comme c'est en général le cas. La valeur temporelle, appelée « D », a une valeur nulle (v. Tableau 7, p. 32). La classification est hiérarchique et comprend quatre niveaux de répartition à clé numériques, comme les systématiques de la classification principale et des autres classifications auxiliaires de LEP.

3 Classifications, instruments et normes d'extension de LEP

Outre les classifications LEP (voir 1.2, p. 5 et 2, p. 18), on introduit dans le système, pour les évaluations statistiques de longue portée et différenciées de LEP, des données de prestation et de cas utilisables issues d'autres classifications, instruments et normes. La compatibilité de LEP avec d'autres classifications et instrument est réalisée par des liens et des mappages ({ISO 2013 #931} ; v. Ill. 2, p. 6).

3.1 LEP et les normes internationales

Dans la chaîne des soins de santé, les informations relatives aux patients dans le cadre de l'eHealth doivent être communiquées de manière cohérente au-delà des limites des institutions {ALIS-Connect 2011 #847}. Pour assurer le flux d'informations ininterrompu par prise en charge informatique, les systèmes doivent avoir une structure (constitution des données) et une sémantique (langage spécialisé) unifiées. L'utilisation et l'évolution de LEP intègrent les développements et les expériences utiles internationales.

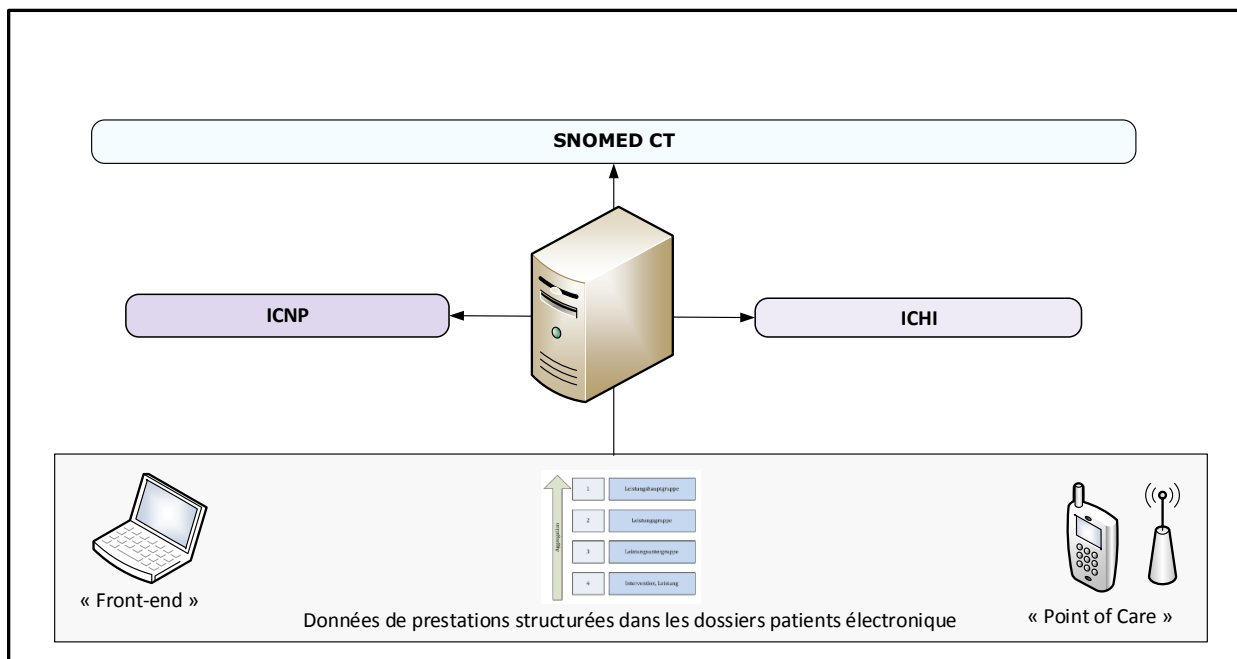
Pour LEP, il s'agit d'être utilisable dans le cadre des normes internationales existantes en assurant une compatibilité élevée avec, par ex. une capacité d'attribution étendue à ces normes. Cette approche est centrale pour l'échange des données LEP. Pour augmenter l'interopérabilité structurelle dans l'échange de données électronique, LEP Nursing 3 est, comme cela a déjà été évoqué, construit selon les prescriptions du modèle de terminologie de référence ISO (voir 2.2.3; p. 23; {ISO 2014 #808: 10}{ISO 2014 #808}). La décomposition des désignations des interventions LEP en éléments (« Atomisation », v Tableau 6, p. 31) crée la base de l'interopérabilité structurelle, dans la mesure où les éléments peuvent être de nouveau réunis en fonction de la norme en question {Baumberger 2012 #232}{Bointner #841: 5}. Pour faciliter l'échange électronique des informations de santé, LEP est enregistré auprès de HL7 par un identificateur d'objet (OID). HL7 signifie « Health Level Seven », une liste de normes internationales pour l'échange de données électronique entre les organisations du secteur de la santé et leurs systèmes informatiques. Les identificateurs d'objet (OID, Object Identifier¹⁸) sont des identificateurs et des chaînes numériques pour la désignation durable et unique et au niveau mondial d'objets d'information, dans notre cas, la classification des prestations LEP. L'OID de LEP Nursing 3 est : 1.2.276.0.76.5.391 {DIMDI 2010 #810}¹⁹.

Pour augmenter l'interopérabilité sémantique, LEP Nursing 3 est mappé sur les interventions de soins de l'ICNP (v. Ill. 11, p. 40; {Baumberger 2015 #927}{Baumberger 29. September 2015

¹⁸ Indicateur d'enregistrement selon DIN 66334:1996-9 et ISO/IEC 9834-1:1993-2004.

¹⁹ La structure du nom se répartie ainsi : iso(1) member-body(2) de(276) din-certco(0) secteur de la santé(76) schéma de codage(5) lep-nursing- 3(391).

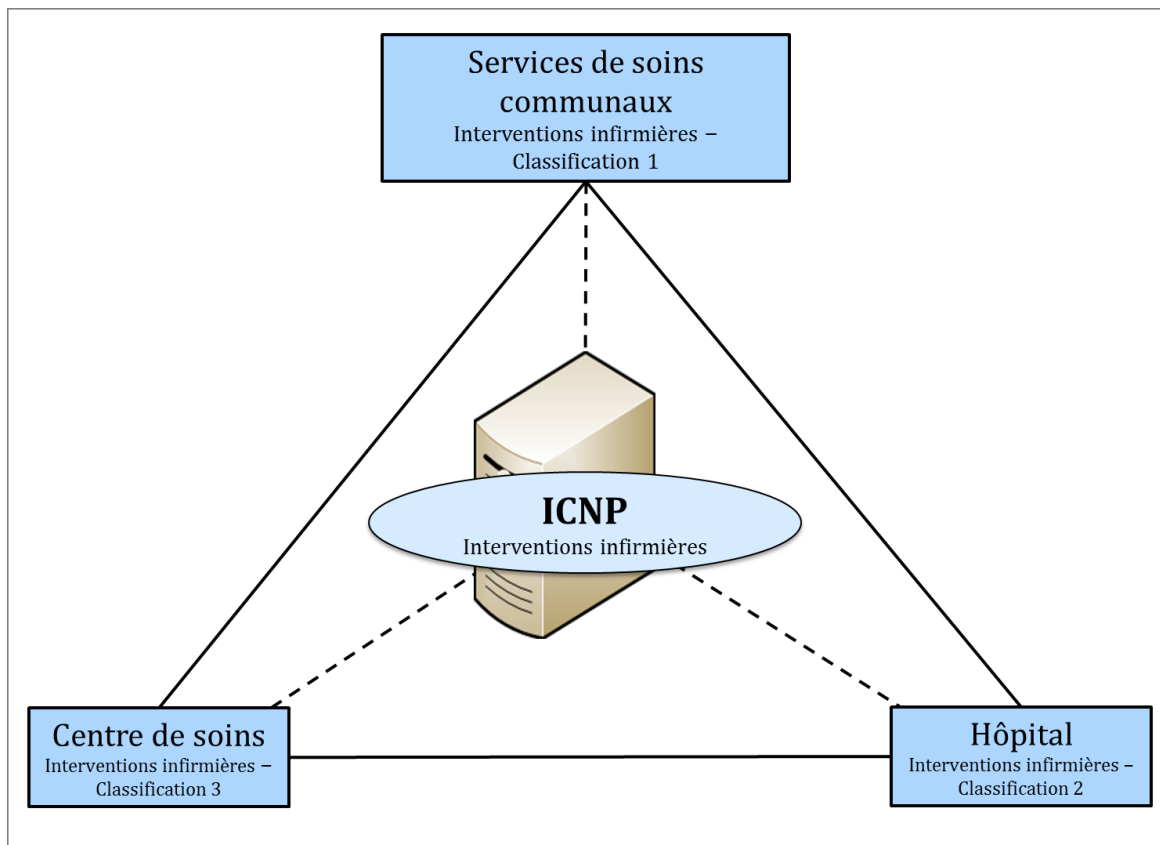
#928}{Baumberger 3. September 2013 #682}{Baumberger 2013 #842}; voir 10: Les produits de LEP, p. 131). ICNP et LEP sont deux terminologies pour les interventions de soins, complémentaires, non concurrentes et qui ne s'excluent pas. L'ICNP représente des notions des soins, utilisées dans la pratique des soins infirmiers locaux, régionaux, nationaux et internationaux et les intègre dans une terminologie de référence commune. Outre LEP® Nursing 3, apenio®, DiZiMa®, ENP®, NANDA-I® ou POP® sont, par exemple, des classifications répandues au niveau local dans la pratique des soins infirmiers de langue allemande {Baumberger 2013 #762}{Dykes 2009 #46}; v. Ill. 11).



Ill. 11 : Interopérabilité sémantique avec LEP Nursing 3

Pour l'avenir, les interventions LEP seront mappées sur les interventions selon SNOMED CT {HTSDO Dezember 2014 #1061}{Baumberger 21. Januar 2016 #929} et, lorsque la version est devenue définitive, sur les interventions selon ICHI {WHO-FIC Family Development Committee 2012 #495}.

Si, par exemple, dans le cadre de l'eHealth, différentes classifications pour les interventions de soins sont utilisées, elles peuvent être harmonisées par mappages avec ICNP {{Dykes 2012 #984}; v. Ill. 12).



Ill. 12 : Mappage de LEP sur la classification de référence ICNP (modifiée selon {Ostermann 2015 #934})

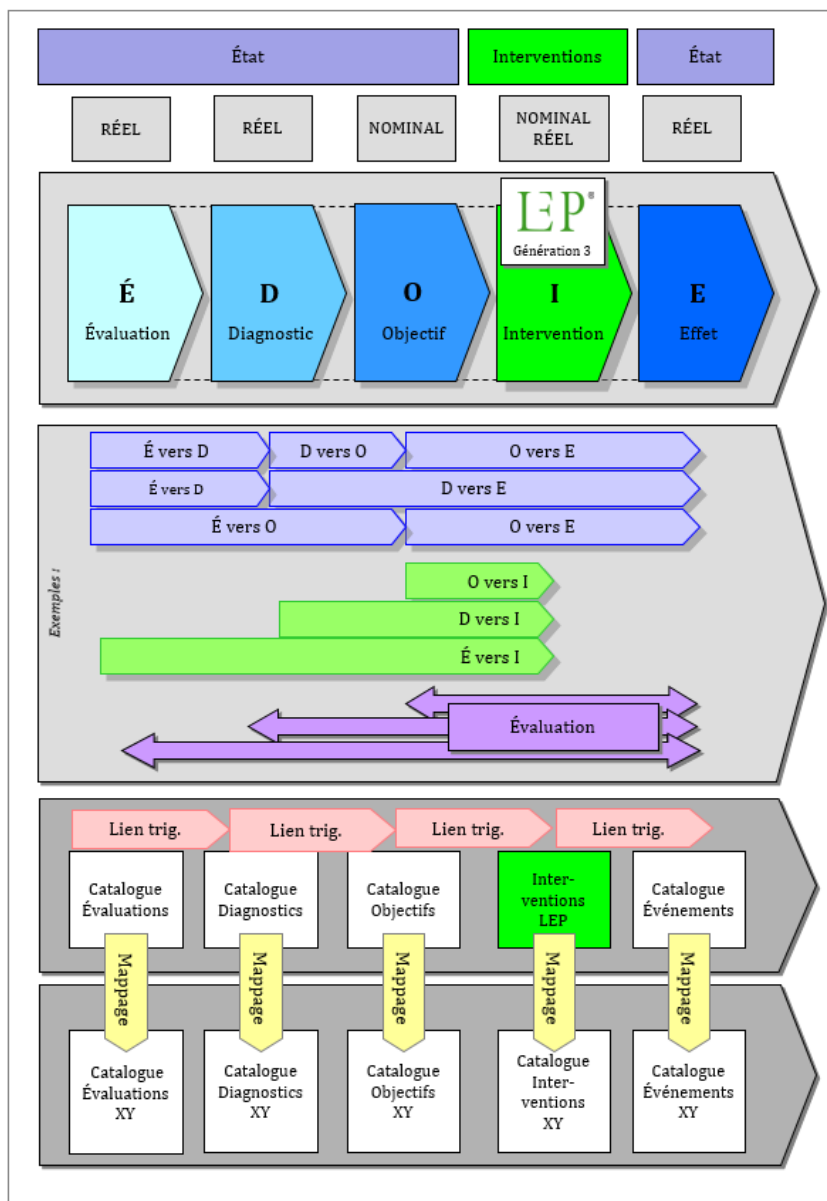
3.2 LEP et le processus de traitement

Le processus de traitement peut être subdivisé en phases centrales, Admission, Diagnostic, Thérapie et Sortie, par ex. Les instruments et systèmes de classement des phases Diagnostic et Thérapie se réfèrent à l'évaluation, le diagnostic, l'objectif de traitement, l'intervention et le résultat (v. Ill. 13, p. 42). On note que, si le processus de traitement est une suite complexe d'actions pouvant être observée selon différents points de vue, il est ici très réduit {Ammenwerth 2003 #936}. L'attention est concentrée sur les instruments et les systèmes de classement intégrés au processus de traitement.

Les deux entités théoriques influençant le processus de traitement sont d'un côté, l'état de santé de la personne profitant des interventions de santé et de l'autre les interventions, effectuées par les prestataires professionnels sur ou au niveau de cette personne {NLM 2016 #728}{WHO-FIC Family Development Committee 2012 #495}. On sait ici que les interventions doivent avoir un effet sur l'état de santé.

Dans LEP, un lien est la liaison entre la notion spécialisée d'un système de classement et la notion spécialisée d'un autre système de classement, la logique clinique étant prioritaire. Les systèmes de classement contiennent ici différentes entités théoriques et, par ex., les notions relatives aux interventions de santé sont mises en relation clinique avec les notions relatives aux états de santé. Par

exemple, dans le processus de traitement LEP les diagnostics infirmiers (« Défaut d'orientation ») sont reliés à des interventions (« Exécuter un entraînement d'orientation ») (v. Ill. 13, « D vers I »).



Ill. 13 : Interventions LEP dans le contexte du processus de traitement

Les liens entre les interventions de la classification des prestations LEP et les états de santé Évaluation, Diagnostic, Objectif et Effet créent une liaison directe entre les déroulements au sein d'un processus de traitement (v. Ill. 13). Ceci permet, entre autres, de mieux justifier les prestations ou de contrôler leur efficacité ou leur adéquation. En tant que produits LEP, par exemple, les diagnostics infirmiers selon NANDA-I sont reliés aux interventions de soins selon LEP Nursing 3. Ou : Dans une perspective d'avenir, les états de santé selon ICF seront reliés avec les interventions selon LEP Physiothérapie.

Outre le lien, l'ill. 13 présente le *Mappage*. On appelle Mappage, dans LEP, le passage de la représentation d'une notion spécialisée dans un système de classement à la notion similaire dans un autre système de classement. Les systèmes de classement contiennent ici les mêmes entités théoriques et, par ex., les notions relatives aux interventions de santé ou celles relatives aux états de santé sont mises en relation les unes aux autres dans un contexte sémantique. Les mappages LEP servent à régler la transformation des notions LEP d'autres et dans d'autres systèmes de classement {Aronson 2006 #1047}{IHE 2015 #1046}{ISO 2013 #931: 7}{Mayr 25. September 2008 #613}.

Les interventions LEP sont mappées sur d'autres classifications d'interventions. En tant que produits, par exemple, les interventions de soins de LEP Nursing 3 sont mappées sur celles ICNP ({Baumberger 3. September 2013 #682}{Baumberger 2013 #842}; v. Ill. 12, p. 41; voir 10: Les produits de LEP, p. 131). Dans une perspective d'avenir, les interventions de LEP seront aussi mappées sur les interventions ICHI ou SNOMED CT.

3.3 LEP et systèmes de tarification

LEP permet une saisie des prestations complète liée aux centres de coûts et aux organismes payeurs. Les données LEP peuvent aussi être utilisées pour la détermination des coûts et le processus de calcul de pondération des coûts DRG {Klauber 2004 #882}{SwissDRG AG 2007 #174: 4}.

LEP génère une référence directe à certains systèmes de tarification avec des liens et des mappages (voir 3.1, ci-dessus). Ceci permet une résolution automatisée des critères de codage significatifs pour les revenus et les tarifs. Les données de performances pour la facturation des organismes payeurs et des centres de coûts sont automatiquement transmises (v. Ill. 25, p. 79).

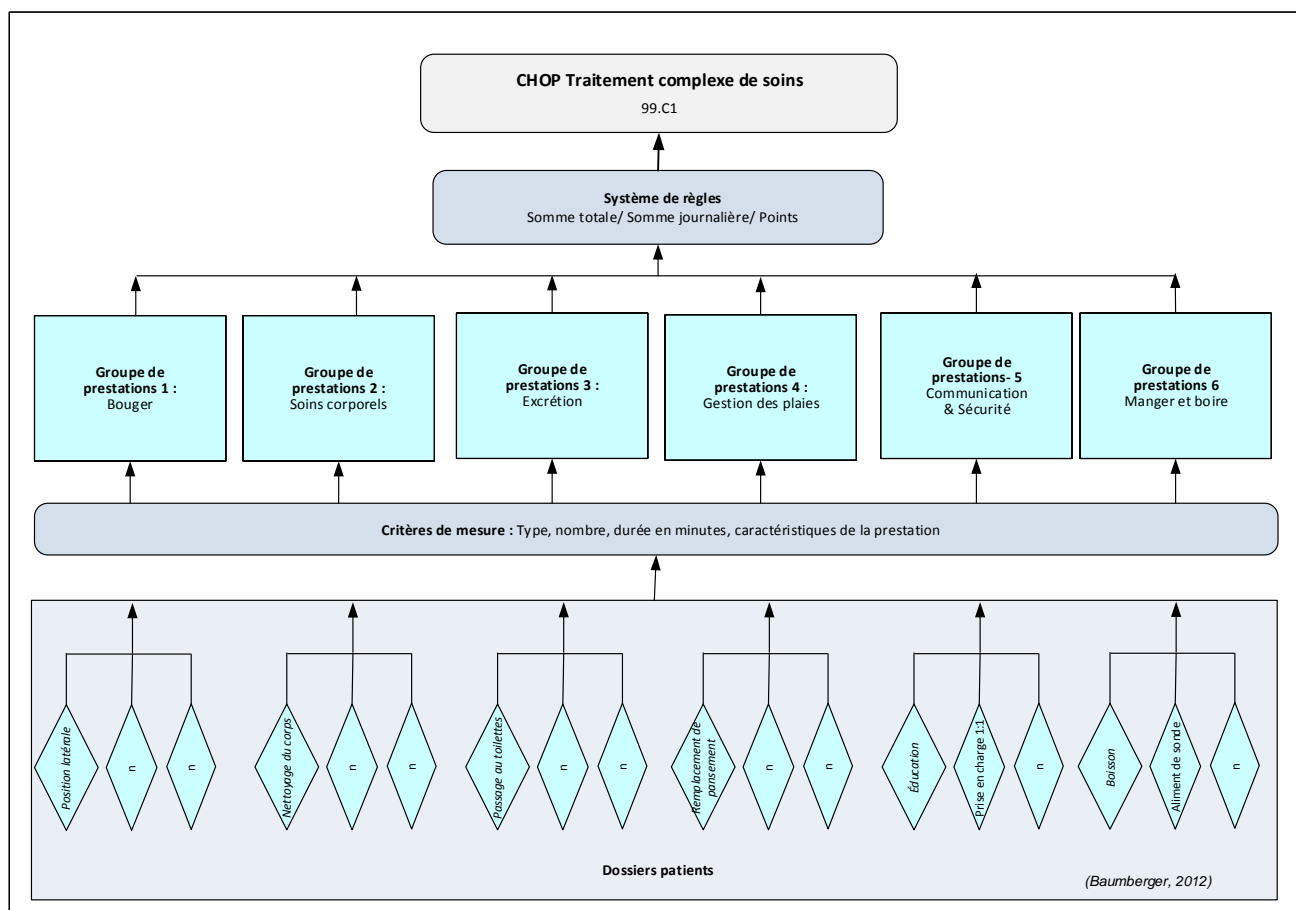
En fonction de chaque système de tarification, les prestations sont désignées différemment et évaluées différemment pour le financement. Une matrice est bien adaptée à la présentation d'exemples de différences {Vitt 2002 #853: 82-85}. Le Tableau 12 ci-dessous présente un exemple de prestations LEP par rapport au financement de prestations dans le domaine du long terme en Suisse (Soins à domicile ou en foyer pour personnes âgées, Art. 7 Définition du domaine de prestations, {EDI 2015 #3: 8-10}.

Nom de la prestation LEP	Prestation A	Prestation B	Prestation C	Hôtellerie	Prise en charge
Bouger/mobiliser au niveau du bord du lit			x		
Effectuer l'entraînement au mouvement			x		
Mesurer PVC		x			
Effectuer un prélèvement sanguin capillaire		x			
Donner une consultation en cas de douleurs	x				
Servir/Desservir une boisson				x	
Faire une promenade					x

Tableau 12: Prestations dans différents systèmes de tarification et de financement

Liens et mappages créent des références directes entre les prestations LEP et les systèmes G-DRG et SwissDRG. Ceci permet l'exportation automatisée et directe des critères significatifs pour les revenus de la documentation des patients. Cela évite un coût de documentation supplémentaire {Ahrens 2012 #459: 395–396}{VPU 2009 #974}.

Avec LEP, les critères de codage significatifs pour les revenus pour SwissDRG sont déclenchés par le code CHOP 99.C1 {BFS 2015 #932: 333–334, 337-339}. Le code CHOP 99.C1 déclenche, comme dans PKMS, un indice d'évaluation des interventions de soins à coûts d'exécution élevés {Baumberger 2013 #844}. Les interventions LEP sont mappées sur les interventions de CHOP 99.C1 (Ill. 14).



Ill. 14 : Exportation automatisée des critères significatifs pour les revenus SwissDRG

Le mappage direct des interventions LEP enregistrées dans la documentation des patients sur les positions de tarification significatives pour les revenus permet ensuite de contrôler facilement la traçabilité dans la documentation des patients {Frick 29. September 2015 #964}.

Les critères de codage significatifs pour les revenus LEP sont déclenchés vers le système G-DRG au travers du PKMS/OPS. Le PKMS est un indice pour interventions de soins à coûts d'exécution élevés {Wieteck 2015 #403}. Les interventions LEP sont mappées sur les interventions PKMS. Les raisons des interventions PKMS sont saisies soit au travers de la classification auxiliaire LEP comme ajouts

spécifiques à l'établissement (voir 2.3.1, p. 34) soit au travers d'une évaluation (v. Ill. 13, p. 42, par ex. ePA-AC) {VPU 2009 #974}.

Ensuite, dans chaque établissement, des références systématiques de LEP sont créées vers des critères significatifs pour les revenus avec ICD, OPS ou CHOP pour permettre la saisie automatisée à partir de la documentation des patients.

De même, pour les autres groupes professionnels du secteur de la santé, il existe un potentiel important pour références directes vers les critères de codage significatifs pour leurs revenus dans les systèmes de facturation basés sur les forfaits de cas.

3.4 Estimation subjective de la charge de travail

L'estimation subjective de la charge de travail (ESCT) permet aux prestataires de noter sur une échelle de 1 à 7 la charge de travail subie dans la période de travail correspondante (par ex. service, temps de travail en heures). La valeur moyenne 4 correspond à l'estimation subjective de la situation dans laquelle le professionnel de la santé prestataire concerné peut, pendant son service, effectuer toutes les tâches (prestations sans lien avec le patient comprises) à une allure adéquate, avec une qualité professionnelle, pendant le temps de travail à sa disposition et dans un climat de travail approprié. La valeur 1 caractérise l'estimation de la charge de travail minimale, et 7 l'estimation de la charge de travail maximale.

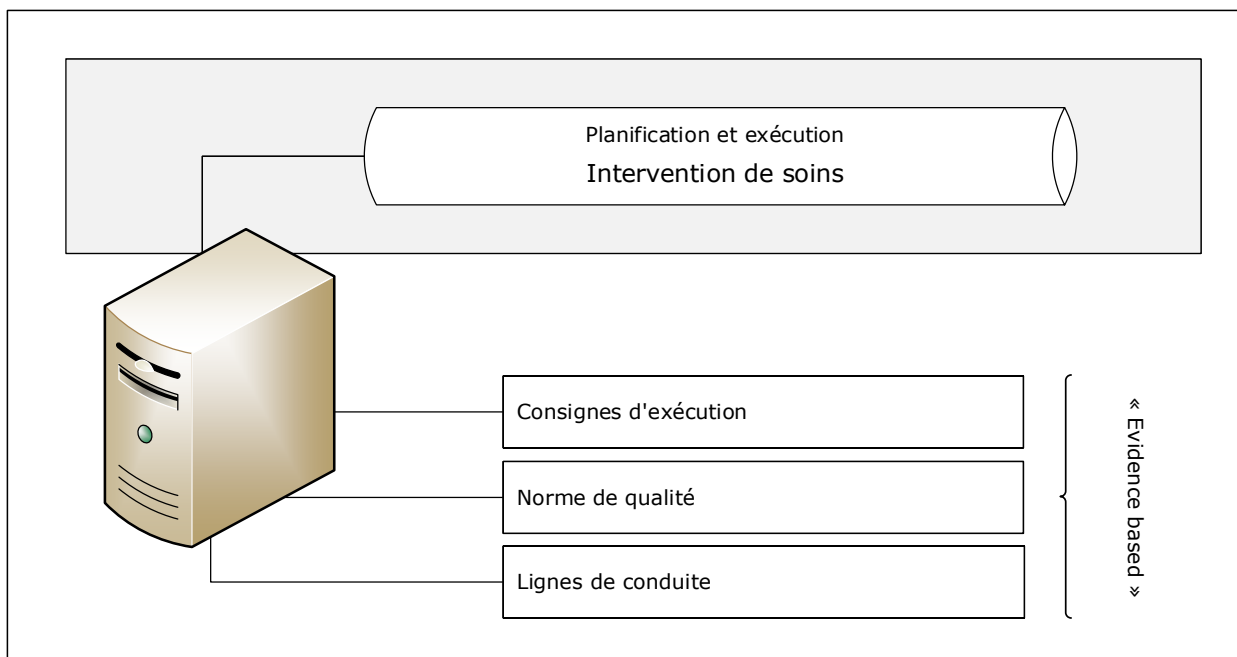
L'estimation subjective peut apporter des informations complémentaires aux valeurs temporelles enregistrées sur la charge de travail des professionnels de la santé et dans une unité organisationnelle {Brügger 2002 #349: 16, 32}. L'écart entre la charge temporelle calculée et l'estimation subjective peut en particulier procurer une aide à la décision pour les processus d'assistance et de gestion, par exemple selon une perspective de gestion de la santé en établissement²⁰.

3.5 Soutien au savoir

Une contribution importante à la qualité de traitement dans les établissements de santé est la mise à disposition, à l'aide de leur système de gestion de la connaissance et des compétences, des connaissances spécialisées pour le soutien aux compétences d'action des professionnels de la santé dans le processus de traitement (e. a. {Rebscher #978}{Schröder 2010 #980}. La gestion de la connaissance peut, par exemple, être déclaré comme « moteur de qualité dans le secteur de la santé » {Paxmann 2015 #977}.

Une variante est l'utilisation directe du savoir-faire {Kruse 2004 #1037}{Wiater 2007 #1036} pour les interventions de santé LEP dans la documentation des patients (v. Ill. 15)

²⁰ Disability Management



Ill. 15 : Gestion de la connaissance pour les interventions de santé dans la documentation des patients

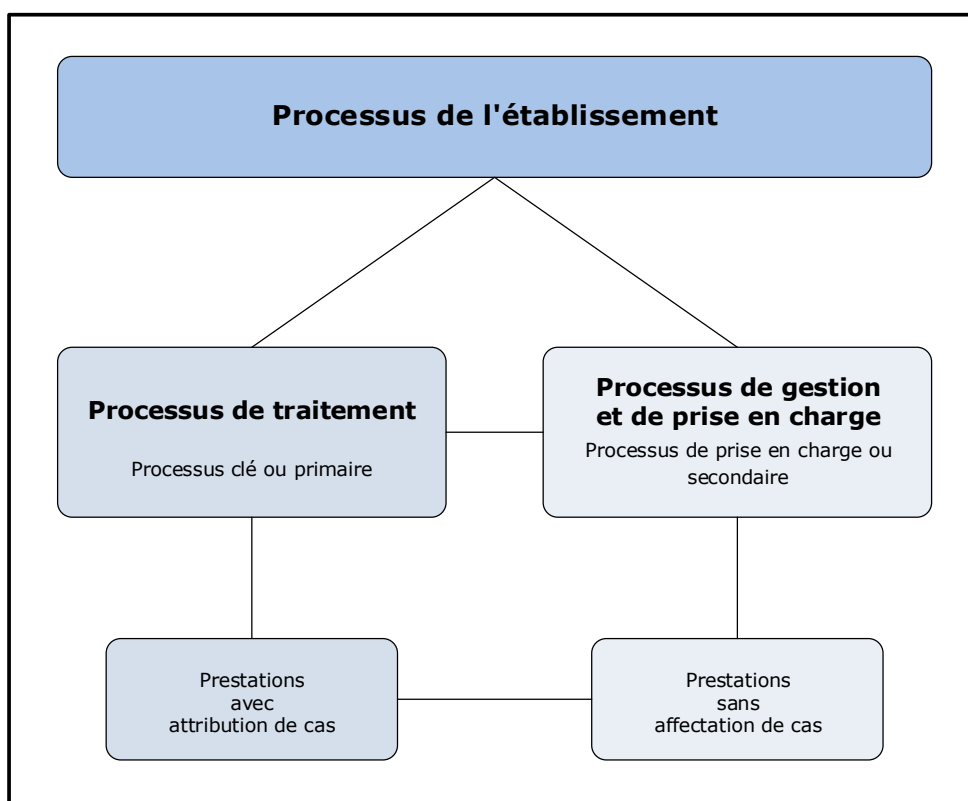
Si une intervention est prévue ou exécutée par un professionnel de la santé dans la documentation des patients, cette dernière peut utiliser une référence croisée directe (« URL, Hyperlink ») vers la base de connaissance (Ill. 15). Pour les interventions de santé LEP « Exécuter une position en nid », « Poser un cathéter vésical », « Donner une consultation pour chute » ou « Exécuter une thérapie d'exposition », on met à disposition une base de connaissance basée sur les faits sous forme d'instructions d'actions, de normes de qualité ou de directives. Le défi est de mettre le savoir-faire à disposition des professionnels de la santé de telle façon qu'ils soient assistés efficacement dans leur travail quotidien pour pouvoir exécuter des interventions de santé de qualité.

Une possibilité est ouverte avec l'utilisation d'une mise en relation directe des interventions LEP avec PPN (Practical Procedures in Nursing; {PPN 2016 #981}) dans la documentation des patients. Le savoir-faire basé sur les faits de PPN permet d'assister de façon ciblée et efficace la planification et l'exécution de qualité des interventions LEP. Les instructions d'actions avec leurs références aux responsabilités, aux matériels, aux articles et résumés spécialisés, aux tests de connaissance et aux directives éthiques et légales sont des éléments de savoir essentiels. PPN propose aussi des illustrations, animations et vidéos pour faciliter la compréhension des interventions.

Le système crée d'autres utilisations efficaces du soutien au savoir en mettant directement en relation les interventions LEP et les bases de connaissances propres à l'établissement existantes.

4 Les évaluations LEP

LEP, configurable en fonction de la nature de l'établissement, est ainsi adapté à toutes les tailles d'établissement pour réaliser des statistiques de prestations. LEP peut, grâce à sa structure modulaire, être adapté individuellement aux activités de chaque établissement de santé et modifié, étendu ou réduit en cas de modifications. Les évaluations sont un élément central de la réalisation des tâches au sein des processus de l'établissement et devraient être réalisées en utilisant LEP (v. Ill. 16).



Ill. 16 : Utilisation des évaluations des données de prestations pour la prise en charge des processus de l'établissement

La classification des prestations LEP permet une saisie complète des prestations et des durées pour tous les processus de l'établissement. Les évaluations peuvent être utilisées pour tous les processus de travail des professionnels de la santé (Ill. 16, ci-dessus). Dans les évaluations des établissements de santé, les prestations sont mises en référence avec certaines variables définies par les établissements (par ex. les évaluations assistent différents types de facturation de prestations en fonction des processus de l'établissement). Les types de prestation ou coûts en temps peuvent, par exemple, être calculés sur la base des données et évalués en relation avec les prestations et les commandes dans des projets internes ou externes.

La base de données pour les évaluations est composée des classifications LEP, complétés par d'autres classifications, instruments et normes (voir chapitres 2 p. 18 ff et 3 p. 39ff). Avec les don-

nées liées à l'établissement supplémentaires utilisées pour chaque évaluation (c'est-à-dire par rapport au centre de coûts bénéficiaire de la prestation ou à la profession du prestataire), l'ensemble bâtit une base de données à longue portée. Les problématiques diverses des établissements de santé peuvent être évaluées de façon statistiquement différenciée dans les différents degrés de précision LEP.

Les résultats des évaluations dans les différents degrés de précision peuvent aussi bien être utilisés comme indicateurs dans les processus de traitement eux-mêmes que dans les processus d'assistance et de gestion des établissements de santé (v. Ill. 16, ci-dessus). Dans les évaluations des processus de traitement, par exemple, les prestations LEP sont combinées aux données liées à l'état des patients (indices d'évaluation, diagnostics, objectifs de traitement et effets pour les tests de qualité...) pour donner des informations sur l'efficacité des prestations. Parallèlement, des évaluations à base de questions posées sont réalisées sur la qualité, par exemple pour la prestation « Position en cas d'apoplexie » : « Des prestations sont-elles exécutées au bon moment et dans le respect des prescriptions des directives ? » ou : « Le nombre de prestations prévu est-il respecté ? »

Dans d'autres évaluations, les prestations LEP sont combinées avec des données liées au personnel (profession, niveau de formation et temps de travail) pour optimiser la dotation en personnel dans le processus de traitement. Pour cela, les données servent à répondre aux questions de type « Quel est le groupe professionnel responsable à quel moment de cette prestation ? » ou « Combien de personnes sont chargées d'exécuter la prestation ? » Les exemples ci-dessus montrent que les évaluations LEP permettent de justifier cliniquement les prestations, de contrôler leur efficacité ou de les interpréter en corrélation avec la fonction et le niveau de formation.

4.1 Définitions et formats homogènes

Pour assurer l'homogénéité de la base de données pour les évaluations avec LEP, les données et formats requis sont décrits dans leur ensemble par les données de normes d'exportation et les définitions d'extensions de variables (comp. avec le Tableau 14, p. 54 et le Tableau 21, p. 86). LEP a développé sur cette base ses évaluations propres standardisées. La base de données pour les évaluations permet cependant aussi à chaque établissement de santé d'intégrer les données des problématiques spécifiques à l'établissement définies et formalisées de façon homogène dans les évaluations propres existantes, de compléter les évaluations standardisées de LEP ou de générer de nouvelles évaluations propres à l'établissement. Par exemple, il est possible de créer des tableaux pivots dynamiques²¹ pour regrouper et filtrer des ensembles de données LEP complexes, de les mettre en perspective les uns par rapport aux autres de différentes façons et de les évaluer en fonc-

²¹ de *pivoter*, tourner sur soi-même. Tableaux pivots de présentation de stocks de données complexes.

tion de la problématique rencontrée par l'établissement de santé, sans avoir à modifier les données de base LEP.

Note : seules les données personnelles respectant les réglementations légales en vigueur dans le pays respectif peuvent être évaluées. Même si les prescriptions légales sont respectées, il est conseillé de ne saisir et d'évaluer que les données personnelles indispensables aux évaluations souhaitées par l'établissement de santé. Les informations doivent être anonymisées de telle façon qu'il soit impossible d'établir une corrélation avec une personne déterminée ou déterminable.

4.2 Interprétation des résultats des évaluations

Les résultats des évaluations des données de prestations doivent être interprétés, c'est-à-dire qu'il faut déduire des chiffres obtenus une signification particulière ou une explication du contenu. La procédure doit être le plus possible commune pour établir une interprétation ou une compréhension commune des résultats. Chaque évaluation doit être suivie d'une interprétation. L'interprétation doit être, elle, suivie de décisions devant être mises en pratique ensemble et avec succès par les personnes concernées.

Les résultats peuvent, par principe, être interprétés différemment. L'interprétation de résultats relatifs aux prestations de santé dépend de la perspective de chaque interprète désigné pour donner une signification aux évaluations. Patients, prestataires, instances chargées du remboursement des prestations, administrations et représentants de l'industrie observent les prestations selon différentes perspectives. On peut, par exemple, distinguer trois approches dans l'interprétation des prestations de santé : La perspective des patients vise le traitement optimal, celle des professionnels de la santé s'oriente sur la fourniture d'une prestation thérapeutique et médicale utile et efficace, et celle des économistes vise le rapport coûts/intérêt. D'autres interprétations peuvent être basées sur la perspective se concentrant sur la prévention des rationnements ou des conséquences négatives pour les tiers.

L'interprétation des résultats des évaluations est rendue plus difficile car il n'existe pas de définition homogène et largement soutenue de la notion de « Productivité » et d'approches relatives à la mesure de cette dernière dans les processus de traitement (comp. avec 6.3 Partition dans la perspective des temps de travail et des coûts du personnel, p. 89). Les analystes se concentrent généralement sur la juxtaposition des prestations fournies et des ressources utilisées pour les fournir, donc sur les entrées et les sorties, sachant qu'en ce qui concerne les interventions de santé, l'immatérialité du produit est souvent décrit par la notion d'*Effets*. Le produit « Prestation d'établissement de santé » est composée d'un certain nombre de prestations et de biens différents : Dans un hôpital, par exemple, les prestations de traitement, recherche, formation, hébergement et les prestations de base fixes sont les plus importantes. Du fait de la disparité de ces prestations, il ne semble pas utile

de contraindre cette diversité par une approche monofactorielle de l'interprétation des résultats d'évaluation. {BaRos 2011 #804: 3}, {BAG 2005 #1059} {OECD 2009 #1060}.

Il faut de plus noter qu'il ne suffit pas d'observer la productivité d'un seul établissement de santé isolé. De même que la productivité du processus de traitement dans un hôpital est influencée par les prestations incluses dans les phases en amont (par la qualité des soins de l'établissement de santé ayant prescrit les soins, par ex.), les prestations effectuées dans un hôpital ont une influence sur celles des phases de traitement en aval, par ex. sur les prestations de réadaptation prescrites à la sortie de l'hôpital. Les liens entre les phases de traitement, elles-mêmes, ont une influence sur la productivité, à savoir sur la création de valeur de tous les établissements participant au processus de cette création de valeur. De plus, il n'existe pas, par exemple, malgré les intentions de recherche passées et actuelles, d'approche homogène d'évaluation de la productivité en hôpital {BaRos 2011 #804: 26-27}.

Une autre perspective concerne la question de la productivité des professionnels de la santé dans un établissement, en particulier comment déterminer sa valeur à l'aide de données. Pour fournir au calcul les taux d'imputation significatifs pour un établissement de santé, il faut calculer les temps d'intervention des prestations requises par un cas. Ils sont alors mis en rapport avec les temps de présence des professionnels de la santé (v. Tableau 2, p. 12 ou Tableau 23, p. 92).

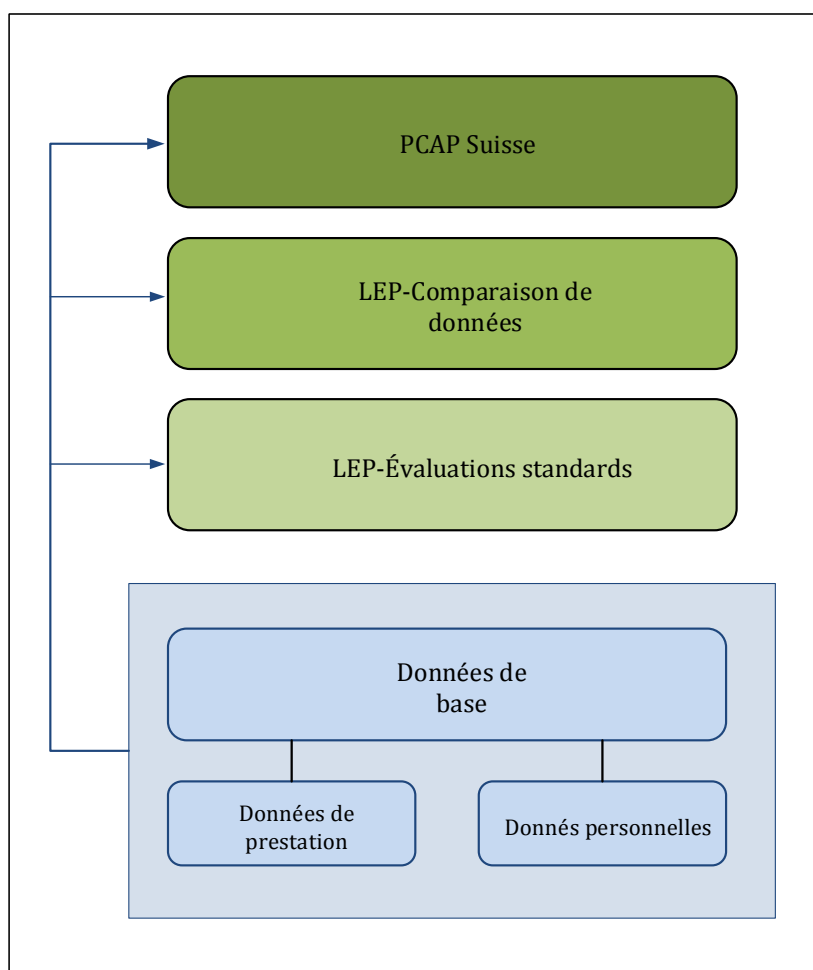
Si, dans un établissement de santé ou dans le secteur de la santé, l'interprétation des résultats d'évaluation sont réduits aux perspectives et aux intérêts connexes de certains utilisateurs, le risque est, cela est bien connu, élevé, que la motivation de la saisie et la qualité des données collectées soient très limitées. Si les prestataires doivent être assistés dans les travaux quotidiens, il faut aussi prendre en compte des indicateurs et des interprétations intégrant leur point de vue. La motivation et la qualité des données collectées seront grandes si les prestataires devant documenter et collecter les données nécessaires aux évaluations peuvent donner un feedback actif sur les résultats ou une interprétation utile de leur point de vue de ces résultats. C'est donc finalement tout un « art » de pouvoir interpréter des résultats, de décider sur la base de cette interprétation et de mettre en place les mesures correspondantes. Il fait face au risque de voir, grâce aux possibilités offertes par l'informatique dans les établissements de santé, une augmentation croissante d'évaluations (qui elles-mêmes génèrent encore plus de coûts supplémentaires) sans que l'on puisse travailler efficacement avec leurs résultats, c'est-à-dire sans interpréter des résultats ni décider sur la base de cette interprétation ou de mettre en place les mesures correspondantes. Pour intégrer un cycle de données, les interprétations des résultats devraient, dans tous les cas, toujours revenir à ceux qui documentent et collectent les données, en général donc les professionnels de la santé.

4.3 Les modules d'évaluation de LEP

Les évaluations standardisées de LEP (v. Ill. 17, ci-dessous) sont composées

- (1) des évaluations standards LEP ;
- (2) de la comparaison des données LEP ;
- (3) de la comparaison des données PCAP Suisse.

Les évaluations standards LEP forment les fondations des évaluations LEP en tant qu'évaluations de base sur lesquelles s'appliquent les modules des comparaisons de données LEP et PCAP Suisse



Ill. 17 : Les modules d'évaluation de LEP

Comme on peut le voir ci-dessus dans l'ill. 17 à droite, les variables, les champs et les formats de données sont soumis aux exigences standardisées relatives aux données requises (« Données d'exportation ») (v. Tableau 21, p. 86). Pour les évaluations standardisées LEP, les calculs sont définis en script R. Avec les données de test, ils sont mis à disposition des partenaires en tant qu'outils d'aide à la mise en œuvre des évaluations LEP. R est un système de programmation parfaitement adapté à la réalisation d'une large gamme d'analyses statistiques. R est libre de droits et constamment développé par des statisticiens du monde entier. R est très utilisé pour développer et diffuser de nouvelles méthodes statistiques {Stahel 2015 #918}.

Par principe, chaque partenaire de LEP intégrant LEP dans ses dossiers patients et/ou sa saisie des prestations est libre de mettre en œuvre les évaluations standardisées LEP. Pour la mise en œuvre, LEP fournit conseils et assistance aux éditeurs de logiciels et met à leur disposition les documents évoqués dans ce document. Sur demande, LEP AG assure la réception de l'intégration des évaluations LEP dans le logiciel de l'établissement en se basant sur les critères d'exigence définis. La société rédige alors un compte-rendu et délivre un certificat officiel relatif à la mise en œuvre correcte.

En ce moment, une équipe prépare un document de réception de routine pour la mise en œuvre des évaluations LEP dans un logiciel sur la base de critères d'exigence, de rédaction de compte-rendu et d'établissement d'un certificat officiel de mise en œuvre correcte par la société LEP AG.

4.3.1 Les évaluations standards LEP

Chaque évaluation standard a son propre numéro, par ex. 2121 pour « Coût des soins planifié et effectif par groupe de prestations » (v. Tableau 13).

Coûts des soins prévus et réels (2121)	
Question de l'utilisateur :	Y-a-t-il des différences entre les coûts de soins réels et les coûts de soins planifiés ?
Unité d'observation :	Jour de travail (JT)
Brève description :	Les frais de prestations LEP avec affectation de cas sont calculés par groupe de prestations LEP, sur la base des 1. périodes planifiées (durée planifiée) 2. Temps LEP saisis (Effectif) et comparés. En heures par JT.
Remarques relatives au logiciel	
Exigences relatives au logiciel	Les filtres de données, l'agrégation des données, le calcul des sommes et des valeurs moyennes, les dessins des diagrammes de dispersion.

Tableau 13: Exemple issu de la description des évaluations standards LEP

« Y-a-t-il des différences entre les coûts des soins planifiés et effectifs ? ». Pour répondre à cette question, les données pour évaluation sont extraites de la documentation des patients. Elles permettront d'identifier les écarts entre les coûts en temps des prestations planifiées et des prestations exécutées. Les grandes différences liées à un coût en temps plus important pour les prestations exécutées peuvent par exemple être interprétées comme le fait que les prestations « avec, au niveau ou pour le patient » n'ont pu être effectuées dans le respect des normes de qualité.

Sur la base des données standards d'exportation LEP (voir exemples dans le Tableau 21, p. 86), les données de chaque évaluation sont agrégées et calculées différemment dans la perspective de la

problématique envisagée. Chaque évaluation est accompagnée d'informations : calcul en script R sur la base des données de test, problématique guidant l'évaluation, définition des variables et données utilisées, unités d'observation, description courte, remarques pour les développeurs de logiciels et exigences relatives à ces derniers. En outre, des options sont également disponibles pour la mise en page de l'évaluation, le filtrage des données, la réalisation de tableaux et de graphiques, ainsi que l'utilisation de méthodes statistiques. Toutes ces informations sont décrites en détail dans des documents spécifiques rédigés par LEP à l'intention des établissements de santé et des éditeurs de logiciels.

Dans les données standards d'exportation LEP pour les évaluations, on distingue par principe :

- Les données de prestations, c'est-à-dire les prestations LEP des différents degrés de précision (voir exemple ci-dessus dans le Tableau 13) et des données de cas, par exemple les évaluations ou diagnostics (voir exemple ci-dessous dans le Tableau 14),
- Les *prestataires* (abrégés dans la désignation de données LEP par : *Erbr*) et les *bénéficiaires* de prestations (*Empf*)

Dans le processus clés des établissements de santé, la fourniture de la prestation liée au cas, le prestataire est en général un professionnel de la santé et le bénéficiaire un patient, par ex. dans « Positionner le patient en décubitus dorsal » (voir 5.6 Principe Prestataire/Bénéficiaire, p. 68). On peut, par exemple, sur la base des données standards d'exportation, déterminer quels groupes professionnels (« LErbrPersKat_key », voir N° 37 sans « Désignation de champ abrégée » dans le Tableau 14, ci-dessous), suite à un diagnostic médical principal (« ICDHauptdiagnose_key ») effectuent quelles interventions LEP (LEPEinzelleistung_key) sur quel patient (« FallID ») (v. Tableau 14).

Numéro	Abréviation désignation du champ	
37	LErbrPersKat_key	
198	ICDHauptdiagnose_key	
116	LEPEinzelleistung_key	
12	FallID	
Définition de variables		
37	Abréviation désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LErbrPersKat_key ID Catégorie du personnel Prestataire Le numéro d'identification de la profession de la personne fournissant les prestations selon la Classification des métiers LEP
198	Abréviation désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	ICDHauptdiagnose_key ID Diagnostic principal Le numéro d'identification du diagnostic principal selon la classification ICD
116	Abréviation désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LEPEinzelleistung_key ID Prestation individuelle selon LEP Le numéro d'identification d'une intervention/prestation individuelle sur le niveau d'agrégation LEP 4
12	Abréviation désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	FallID Numéro de cas Numéro d'identification du cas administratif

Tableau 14: Exemple de données standards d'exportation LEP pour les évaluations du processus clé

Les données standards d'exportation LEP peuvent, bien sûr, servir à générer des évaluations pour les processus d'assistance et de gestion dans les établissements de santé, par exemple pour assister la facturation des centres de coûts avec comparaison de centres de coûts (différenciation de l'unité finale d'imputation {H+ 17. et 18.11.2014 #848}). Pour cela, outre les données relatives au centre de coûts bénéficiaire (« LEmpfKST_key »), il faut celles relatives au centre de coût prestataire (« LErbrKST_key ») {Hug #777: 1}.

Numéro	Abréviations désignation du champ	
10	LEmpfKST_key	
32	LErbrKST_key	
116	LEPEinzelleistung_key	
12	FallID	
Définition de variables		
10	Abréviations désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LEmpfKST_key ID Centre de coûts Bénéficiaire des prestations Le numéro d'identification du centre de coûts bénéficiaire des prestations, auquel un bénéficiaire des prestations est attribuée, par exemple un patient ou un étudiant
32	Abréviations désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LErbrKST_key ID Centre de coûts Prestataire selon tableau des effectifs Le numéro d'identification du centre de coûts auquel est affecté le prestataire selon le tableau des effectifs.
116	Abréviations désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LEPEinzelleistung_key ID Prestation individuelle selon LEP Le numéro d'identification d'une intervention/prestation individuelle sur le niveau d'agrégation LEP 4

Tableau 15: Exemple de données standards d'exportation LEP pour les évaluations du processus clé

De cette façon, il est possible d'évaluer quel centre de coûts (« LErbrKST_key ») effectue quelles interventions LEP (« LEPEinzelleistung_key ») pour quel centre de coûts (« LEmpfKST_key ») (v. Tableau 14). On peut donc sur cette même base effectuer une comparaison de centres de coûts liée aux prestations pour une relation de prestations unilatérale ou multilatérale {Besson 2013 #788: 134}. Une relation de prestations unilatérale (répartition globale des coûts de centres de coûts) existe quand un centre de coûts fournit des prestations à un ou plusieurs centres de coûts (« LErbrKST_key »), sans recevoir lui-même de prestations du ou des centres de coût bénéficiaires (« LEmpfKST_key »). Une relation de prestations multilatérale existe quand il existe entre les centres de coûts des relations de prestations bi- ou multilatérales (« LErbrKST_key » et « LEmpfKST_key »). Un centre de coûts fournit des prestations à un ou plusieurs centres de coûts et reçoit lui-même des prestations d'autres centres de coûts {Besson 2013 #788: 134}.

Il est aussi possible de créer et d'évaluer spécifiquement les données relatives à la commande et au donneur d'ordre de prestations, par ex. à un projet de recherche payé par une entreprise (« Auftrag_key » et « Auftraggeber_key »²²). On peut aussi évaluer la différence entre les valeurs temporelles par défaut préétablies (voir 2.2.6, p. 32) et les valeurs temporelles collectées effectives (« Ré-

²² L'établissement utilisateur définit librement le numéro d'identification de la commande, par ex. pour un projet, un audit ou une étude relative à un médicament pour le cœur, et le numéro d'identification du donneur d'ordre, par ex. une université, une personne morale ou physique, une institution ou une entreprise pharmaceutique. La commande peut par exemple servir, en coopération avec le donneur d'ordre, de support de coûts.

el ») pour soit présenter de meilleures valeurs temporelles, soit, par exemple, effectuer des adaptations dans le cadre de l'optimisation des processus.

Un dernier exemple, la formation. Comme dans l'étude SAMS {Kuster 2013 #919}, on peut évaluer les prestations („LEPEinzelleistung_key“), fournies („LErbrPersonal_key“) ou reçues („LEmpfPersonal_key“) par les étudiants. Cette évaluation peut alors, avec en arrière-plan la prise en compte de la facturation des coûts, s'étendre aux données relatives aux centres de coûts („LErbrKST_key, „LEmpfKST_key“).

Les exemples ci-dessus montrent la diversité des possibilités des évaluations proposées par LEP. En résumé, les évaluations LEP permettent d'évaluer le type, le nombre et les coûts en temps des prestations avec différents degrés de précision par rapport aux prestataires, bénéficiaires et aux états de santé. Suivant la problématique, et en relation avec ce qui précède, la satisfaction des objectifs entraîne l'intégration d'autres variables : Prestations fournies par plusieurs prestataires à plusieurs bénéficiaires, centres de coûts différents, unités organisationnelles selon le lieu et les spécialités, groupes professionnels, charge de travail subjective ou proches du donneur d'ordre.

4.3.2 Comparaison des données LEP

La comparaison des données, ses exigences et celles appliqués au format des données devant être fournies par les établissements participants sont décrites dans des documents spécifiques, comme pour les évaluations standard LEP. Pour assurer la comparabilité, il est essentiel d'avoir une définition homogène du type de station (« Hébergement », « Soins intensifs », etc.) et du service spécialisé (v. exemple Tableau 16, ci-dessous).

Attribution de service spécialisé Comparaison de données ELP Allemagne	
Numéro	Service / Service spécialisé
D100	Médecine interne
D101	Générale
D102	Gériatrie
D103	Cardiologie
D104	Néphrologie
(...)	
D200	Chirurgie
D201	Générale
D202	Chirurgie d'urgence
D203	Neurochirurgie
D204	Chirurgie vasculaire
(...)	
D300	Gynécologie

Tableau 16: Extrait de l'organisation des services spécialisés de la comparaison des données LEP Allemagne

Les établissements de santé participants et leur répartition en types d'unités et de services sur la base de la spécialité créent les variables déclaratives les plus importantes de la comparaison des données (v. Tableau 17).

Numéro d'établissement anonymisé	Spécialité	Type de station	Coûts de soins LEP Total en hrs	Coûts de soins par jour en hrs	Mouvement	Manger/Boire	Doc/Admin.	Entretien	Sécurité	Échantillon laboratoire	Médication	Traitement	Estimation subjective	Temps de travail du personnel Total en hrs
4	D102. Médecine interne - Gériatrie	16. Unité privée	11161.2	3.1	12.3	17.4	8.1	13.5	5.6	1.7	12.3	0.5	5.2	15276.5
4	D102. Médecine interne - Gériatrie	16. Unité privée	5201.8	3.0	14.8	15.1	5.3	15.5	6.9	1.4	10.0	1.0	4.8	7082.7
7	D102. Médecine interne - Gériatrie	3è Unité de lits	8298.9	2.3	13.1	9.4	11.2	6.5	14.3	3.1	14.1	3.6	0.0	14976.1
8	D103. Médecine interne - Cardiologie	11. SI	17277.7	2.7	2.3	13.5	12.6	4.1	16.5	2.8	16.8	8.7	4.1	18002.2
3	D103. Médecine interne - Cardiologie	13. Unité de surveillance	5971.8	2.0	1.3	7.1	18.1	8.6	22.5	0.9	10.1	6.1	4.2	10486.2
3	D103. Médecine interne - Cardiologie	16. Unité privée	6847.8	1.8	0.7	3.5	19.9	13.3	25.4	1.2	9.2	3.6	4.5	10007.7
1	D103. Médecine interne - Cardiologie	3è Unité de lits	15573.0	2.0	3.3	8.8	16.1	12.8	18.4	1.8	14.6	7.3	4.7	21903.0
3	D103. Médecine interne - Cardiologie	3è Unité de lits	9408.3	1.9	2.3	4.1	22.1	11.9	20.8	2.7	10.0	3.4	5.0	10604.3
4	D103. Médecine interne - Cardiologie	3è Unité de lits	9025.7	1.7	4.5	18.2	12.0	6.7	12.2	1.4	19.9	1.3	4.5	13254.8
6	D103. Médecine interne - Cardiologie	3è Unité de lits	14139.5	2.0	5.0	11.8	5.3	3.6	20.7	4.0	16.3	5.9		20446.5
7	D103. Médecine interne - Cardiologie	3è Unité de lits	13544.4	2.3	3.6	9.0	14.9	13.5	16.3	1.0	14.2	9.3	0.0	23412.6
7	D103. Médecine interne - Cardiologie	3è Unité de lits	7378.7	1.7	1.1	10.3	17.6	15.2	15.4	2.1	14.7	10.8	0.0	8387.8
3	D103. Médecine interne - Cardiologie	5è Soins intensifs	13673.1	5.9	11.5	4.9	6.8	3.9	26.6	4.8	9.8	4.7	5.1	21174.6
3	D103. Médecine interne - Cardiologie	6. Urgences	7095.1	2.2	3.2	4.3	18.3	10.9	28.3	1.9	5.5	2.4	5.0	13726.4
1	D104. Médecine interne - Néphrologie	3è Unité de lits	8653.0	2.6	8.9	8.2	8.5	5.6	11.7	2.9	18.8	3.2	4.2	10704.0
5	D104. Médecine interne - Néphrologie	3è Unité de lits	9496.8	2.0	8.2	14.0	6.2	4.0	7.3	4.1	17.9	5.5	4.2	14783.4
1	D105. Médecine interne - Hématologie / Oncologie	11. SI	9244.0	6.7	2.9	4.3	7.3	7.4	26.3	5.6	28.1	3.3	4.5	10369.0
7	D105. Médecine interne - Hématologie / Oncologie	17. Clinique de jour	10466.5	1.2	0.3	4.9	12.5	9.3	12.8	2.7	30.0	12.7	5.9	15294.2
1	D105. Médecine interne - Hématologie / Oncologie	3è Unité de lits	18181.0	2.7	6.5	8.2	9.5	9.5	13.3	2.3	22.1	4.8	0.0	21865.0

Tableau 17: Extrait d'une comparaison des données LEP

Parmi les variables cibles importantes figurent les groupes de prestations LEP (mouvement, traitement, etc.), le temps d'intervention des prestations (coût des soins) et le temps de travail, la différence entre le coût des soins et le temps de travail et l'estimation subjective de la charge de travail (ESCT, voir 3.4, p. 45).

4.3.3 PCAP Suisse

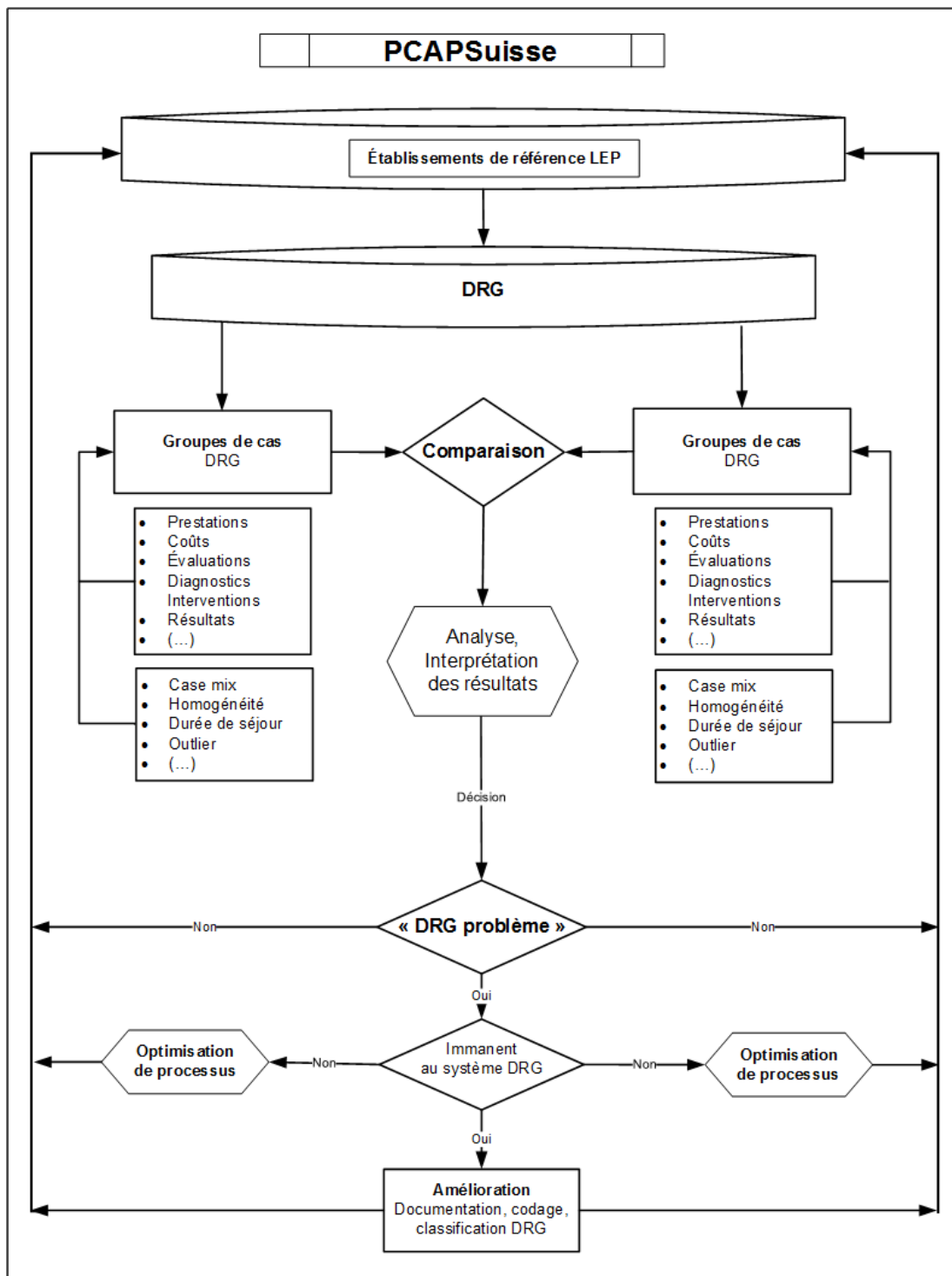
Le module d'évaluation LEP basé sur DRG PCAP Suisse (Patient Care Analytics Platform), les hôpitaux peuvent comparer leurs prestations à partir de leurs données, dans le cadre du financement forfaitaire et dégager forces et faiblesses pour mettre en œuvre les améliorations nécessaires.

L'introduction du module d'évaluation PCAP Suisse a été réalisée dans ceux hôpitaux²³. Les contenus spécialisés et la mise en œuvre technique sont actualisés et développés en continu et de façon innovatrice par un groupe d'experts composé de représentants des hôpitaux participants, d'un éditeur de logiciel et de la Hochschule für Technik Rapperswil (HSR).²⁴

En plus des données issues des deux premiers modules d'évaluation, on intègre de façon ciblée des données DRG comme variables explicatives, ainsi que les variables cibles DRG typiques coûts des prestations, coûts et durées de séjour, qui par exemple sur la base de case mix, analysent et évaluent l'homogénéité ou les données aberrantes (v. Ill. 18).

²³ Hôpital universitaire de Zürich et Hôpital du Valais.

²⁴ Pour les initiateurs de l'indice de référence, la proximité avec le travail pratique était dès le début une préoccupation majeure. Ils ont donc fondé un comité consultatif composé d'experts praticiens des hôpitaux et de représentants de la recherche et du développement de LEP AG.



Ill. 18 : Modèle de la comparaison d'établissements basée sur DRG avec PCAP Suisse

PCAP montre, en se basant sur les données des prestations, de cas et des coûts, les différences et les potentiels d'amélioration des établissements. Sur cette base, les processus de prestations peuvent être évalués et le potentiel d'amélioration de chaque établissement de santé utilisé de façon ciblée. Outre les déroulements de processus, il est possible d'optimiser la documentation des patients significative pour DRG, le codage des codes DRG significatifs pour les revenus (OPS/PKMS, CHOP 99.C1, par ex.) ou les diagnostics secondaires ICD significatifs pour les coûts. Il est possible d'en-

voyer aux développeurs DRG des propositions basées sur les données pour améliorer la classification DRG (voir Ill. 18). L'optimisation est cependant en général concentrée sur les déroulements de processus, « de l'entrée à la sortie ». Une fois ces mesures d'amélioration mises en place, on peut, comme dans l'Ill. 18, contrôler, analyser et évaluer avec PCAP Suisse et des données les effets des mesures d'amélioration, en assurant ainsi la continuité de la gestion de l'amélioration.

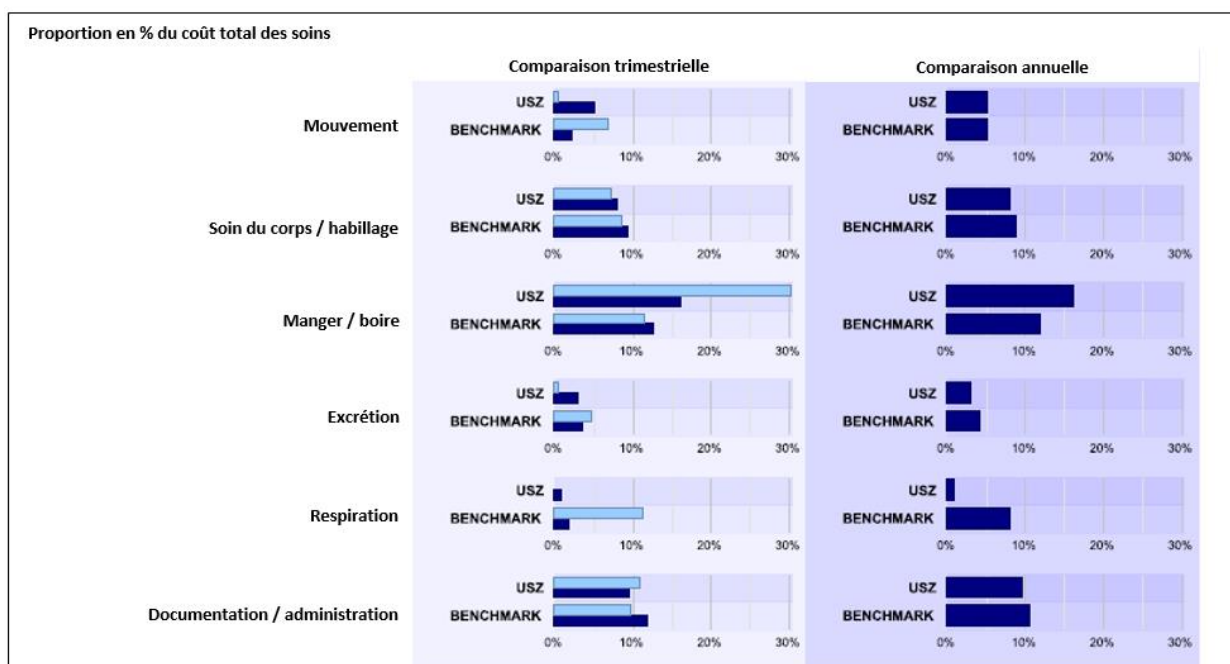
Chaque hôpital participant livre des données, comme pour les deux premiers modules d'évaluation LEP, sur la base de critères et sous forme de fichiers d'exportation standards (Tableau 18)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	FID	KATEGORIE	ABTEILUNG	STANDORT	DRG	CW	LOS	AUSTRITT_DAT	VERLEGUNG	LEP_TOT_MIN	Z31_MIN	Z32_MIN
2	1	UNI	RAD	A	K04A	1,991	6	30.09.2014	0	1903	165	181
3	2	UNI	RAD	A	I47Z	1,748	7	05.09.2014	0	1465	100	150
4	3	UNI	RAD	A	I43B	1,997	7	01.09.2014	0	2011	400	234
5	4	UNI	LAB	A	I47Z	1,748	6	01.09.2014	0	1229	45	96
6	5	UNI	LAB	A	I13C	0,863	5	01.09.2014	1	1299	210	185
7	6	UNI	ANAE	B	I08B	2,117	14	01.09.2014	0	7084	1300	755
8	7	UNI	ANAE	B	K04A	1,991	3	04.09.2014	0	1244	55	119

Tableau 18: Exemple de fichier d'un établissement de santé pour PCAP Suisse

Les données des évaluations standards LEP et des enregistrements DRG des hôpitaux rendent inutiles d'autres collectes des données. Les données livrées sont vérifiées systématiquement sur la base de critères préétablis avant l'analyse des données. Les cas présentant des données de prestations de qualité insuffisante sont exclus et consignés dans un rapport d'évaluation. La comparabilité de plusieurs établissements de référence LEP est assurée.

Sur la plate-forme Web conviviale de PCAP Suisse, chaque établissement de référence peut (assisté par des filtres de sélection, significatifs pour les analyses DRG) comparer ses données de prestations à celles d'autres hôpitaux participants, selon différents niveaux d'agrégation (voir exemple Ill. 19).



Ill. 19 : Comparaison de groupes de prestations au sein d'un groupe de cas DRG avec PCAP Suisse

Par exemple, les hôpitaux se comparent sur la base des groupes de prestations LEP au sein des groupes de cas DRG au coût le plus élevé ou à la durée de séjour moyenne la plus longue. Ou ils se comparent sur la base du coût moyen par cas au sein des groupes de cas DRG avec le plus grand nombre de cas.

Dans le groupe d'utilisateurs PCAP, les résultats de la comparaison des données sont systématiquement interprétés et évalués en collaboration avec le comité consultatif pour définir les solutions et les processus d'évaluation éventuels. Les données PCAP sont mises à jour chaque trimestre. PCAP fournit également de précieuses informations environnementales pour la mise en œuvre d'une stratégie personnalisée.

La plate-forme Web d'analyse et de génération de rapports d'indice de référence est basée sur deux technologies. L'interface Web a été développée par la société EPS AG de Wil (SG) sur la plate-forme node.js. La gestion des données, le calcul des analyses et des graphiques, la création de la documentation pour les rapports sont mis à jours et développés en environnement logiciel R par l'HSR. Les outils développés sur la base des technologies évoquées communiquent directement entre eux sur le serveur hébergé par la 4net AG. Le service Web node.js envoie les demandes des utilisateurs à l'outil R, qui y répond en utilisant les informations, évaluations, graphiques et rapports significatifs à sa disposition. Le service Web prépare les informations sous forme d'une page Web. Le navigateur les présente à l'utilisateur.

5 L'application et l'utilisation de LEP

Avec les modules LEP, chaque établissement de santé bâtit la solution de son point de vue adaptée et optimale pour son environnement, pour la documentation des patients avec ou sans saisie des prestations, pour la saisie des prestations autonome ou pour les statistiques et évaluations sur lesquelles elles se basent (v. Ill. 6 : Classification principale et classifications auxiliaires de LEP, p. 19). L'établissement de santé a suffisamment de liberté dans la conception de LEP pour tirer le profit souhaité de l'application correspondante.

La décision d'un établissement de santé relative aux tâches pour lesquelles LEP doit être activé est le point de départ de son utilisation. Tous ceux qui utilisent LEP pour réaliser leurs tâches doivent être consultés lors de cette décision, les professionnels de la santé participants au processus de traitement, les agents de la gestion financière, la gestion de la qualité ou de l'audit.

La détermination des scénarios d'utilisation de l'application LEP va de pair avec celle du modèle de données nécessaire : allure du flux de données dans l'utilisation de LEP, lieu de stockage des données LEP, relations entre les données LEP et les autres données.

Il n'existe pas *une* application LEP ultime. Les compétences d'innovation et de développement de plus de 250 établissements exploitants et de plus 20 éditeurs de logiciels se servant de LEP semblent immesurables. Elles peuvent dépasser, dans chaque établissement de santé, les potentiels d'utilisation indiqués dans cette documentation. Ceci concerne par exemple le cas où la solution « la meilleure » pour un établissement particulier ne peut être reprise pour les autres établissements ou standardisée dans l'application. Par exemple, les liens des interventions LEP aux divers systèmes de classement des états de santé (diagnostics infirmiers, effets, etc.) n'autorisent pas pour l'instant d'évaluations standards pour tous les établissements exploitants.

5.1 « Collect once, use many – Collecter une fois, utiliser plusieurs fois ».

Une documentation électronique des patients devrait être beaucoup plus qu'un simple miroir numérique de la documentation sur papier des patients. Pour l'utilisation de LEP, il faut des solutions logicielles intelligentes, mais aussi le courage de ne documenter que l'essentiel, c'est-à-dire ce qui est significatif pour le succès d'un processus de traitement. Collectées une fois, les données devraient être utilisées au maximum dans tous les processus de l'établissement : « collect once – use many times » {Hardiker 2014 #50: 291}{Schulz 2011 #516: 27}. Il faut assurer le principe de possibilité d'utilisation des données collectées dans un établissement de santé. Les données significatives pour LEP ne doivent pas seulement être reprises des systèmes d'information de l'établissement, doivent leur être aussi transmises automatiquement (voir Ill. 18, ci-dessus).

Au cours de la routine quotidienne, les diverses obligations de documentation provoquent une accumulation des données. Les systèmes de documentation électroniques peuvent saisir de façon

structurée ces données de routine pour non seulement les utiliser dans le processus clés du cas de traitement actuel, mais aussi pour les problématiques multiples générales des processus d'assistance et de gestion dépassant le patient concerné. Cette réutilisation des données documentées pour des buts dépassant le processus des soins et de traitement (recherche, optimisation de processus, gestion du risque, audit financier ou planification de l'affectation du personnel) est appelé utilisation secondaire {Hackl 29. September 2015 #920: 33}.

L'utilisation secondaire ou l'utilisation multiple des données de routine contient un potentiel important auquel, bien évidemment, font face des défis aussi importants. Ces défis doivent être relevés pour pouvoir utiliser de façon profitable les données collectées dans un établissement de santé {Hackl 29. September 2015 #920}. Ce manuel montre à l'aide d'exemples comment les données d'un établissement de santé peuvent être utilisées pour les modules d'évaluation LEP. Les possibilités et les limites des utilisations multiples et secondaires ne seront que partiellement évoquées.

5.2 Moment de la collecte

Le moment de saisie des données pour les évaluations avec LEP dans les établissements de santé est en général *rétrospectif*, c'est-à-dire que les évaluations portent sur des prestations LEP fournies et exécutées. Mais on pourrait aussi effectuer une collecte prospective des données en saisissant les prestations planifiées nécessaires {IBES September 2014 #809: 23}. Il existe aussi des évaluations avec LEP comparant les prestations nécessaires et fournies (voir exemple Tableau 13, p. 52).

La collecte des données pour évaluations dans les établissements de santé peut se faire de façon constante ou cyclique, sur une période longue ou courte.

Indépendamment du moment de collecte, les données LEP sont saisies partiellement ou complètement, de façon détaillée ou agrégée (v. Ill. 1, p. 4).

5.3 Présélection des contenus LEP

A priori, un établissement de santé n'exécute pas toutes les mêmes prestations de la classification LEP. Certaines prestations sont effectuées de façon sélective, par ex. « Donner un cours de cuisine », « Support à l'allaitement », « Effectuer la technique du kangourou », « Donner une consultation stomatologique », « Exécuter une thérapie d'exposition ».

Les filtres servent à définir les prestations devant être exécutées dans les établissements de santé et nécessaires aux évaluations. Ceci se fait la plupart du temps par rapport au service spécialisé d'un établissement de santé, par exemple l'orthopédie, la psychiatrie d'urgence, la gériatrie, générale, la réadaptation neurologique ou les soins intensifs néonataux {BFS Juni 2008 (Stand 07/2011) #414}{Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1994; Stand 16.7.2015 #943}. « Donner un cours de cuisine », par exemple, n'est pas sélectionné en orthopédie.

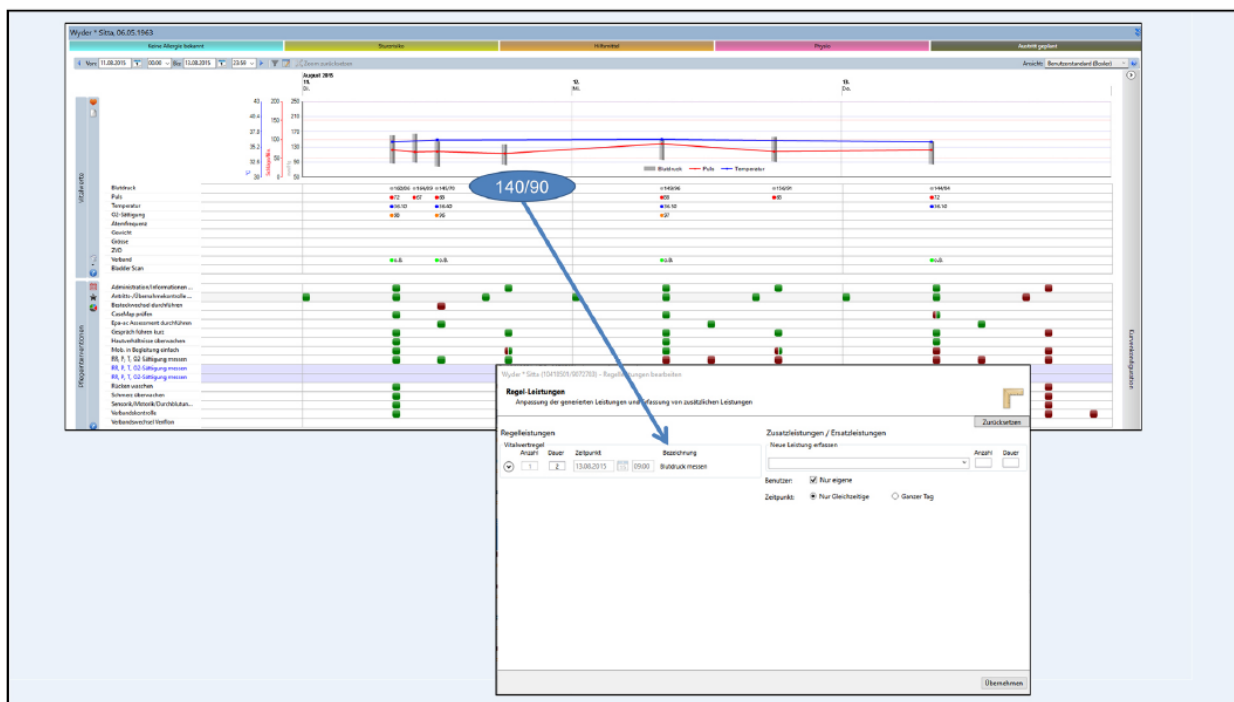
Les limites ci-dessous permettent de construire les *Core sets*, ou « interventions clés ». Elles sont plus claires pour les utilisateurs LEP, réduisent et simplifient la sélection des prestations et la gestion des données.

Ciblée, la sélection ne « supprime » pas les prestations restantes a priori non destinées à être exécutées. Elles restent à disposition pour enregistrement dans la documentation des patients pour les cas exceptionnels dans la pratique d'utilisation LEP. Par ex. « Support à l'allaitement maternel » dans un cabinet d'orthopédie. La sélection supplémentaire de cette prestation peut aussi être effectuée dans la classification mise à disposition dans le logiciel ou à partir de la classification générale (complète). La sélection devrait être vérifiée au moins une fois par an.

5.4 LEP en front-end et back-end

Deux variantes de base sont mises à disposition pour assurer l'utilisation optimale de LEP dans la documentation des patients (v. Ill. 34, p. 98) et la saisie des prestations :

- LEP en front-end
Le front-end est, dans un logiciel ou une application Web, la zone en contact avec l'utilisateur LEP, donc l'interface d'utilisation. La terminologie LEP est visible au niveau de l'interface. Par ex. « Exécuter la position latérale » est visible, documentée et intégrée au logiciel.
- LEP en back-end
Le back-end est, dans un logiciel ou une application Web, la zone en arrière-plan responsable de la fonctionnalité et de la logique du programme. Le back-end n'est pas complètement visible pour l'utilisateur LEP. La terminologie LEP n'est pas visible dans l'interface, par exemple « Surveiller la tension » n'est pas visible ou intégrée au logiciel. Dans la partie interdisciplinaire d'une documentation des patients (fiche graphique), on saisit la valeur 140/90. En back-end, l'utilisation de LEP saisie automatiquement la prestation « Prendre la tension » (v. Ill. 20).



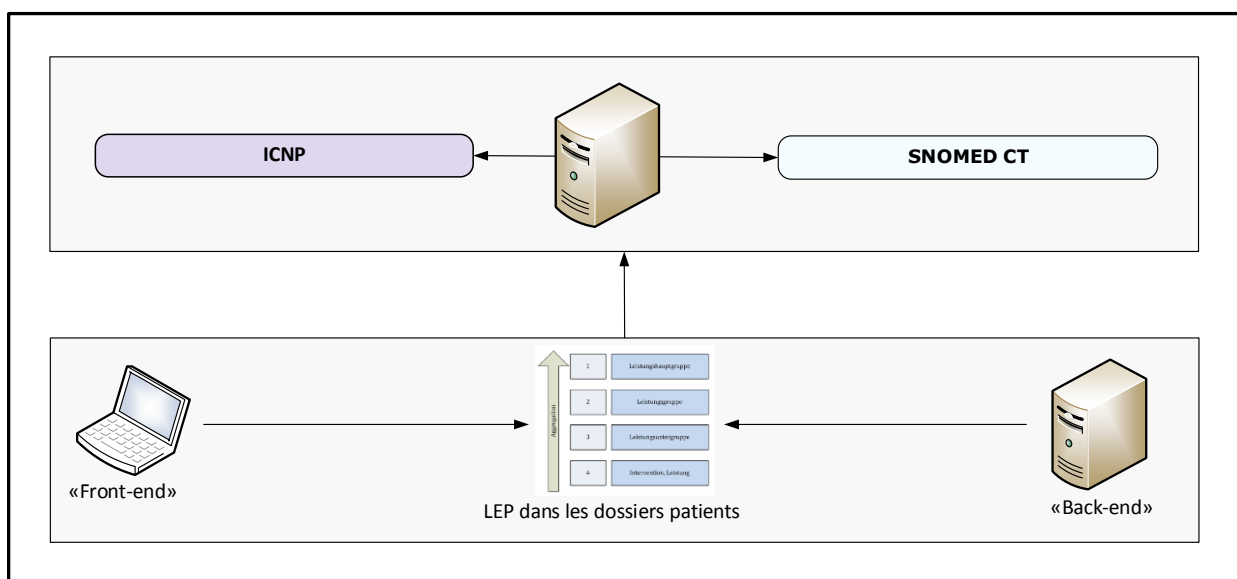
Ill. 20 : LEP en back-end dans la documentation des patients

Le professionnel de la santé ayant saisi la tension dans la documentation des patients ne doit pas collecter, pour la saisie des prestations, de données supplémentaires ou redondantes. La tension relevée est disponible pour tous les autres professionnels de la santé, permettant, à partir de cette perspective, la validité du slogan « Collecter une fois, utiliser plusieurs fois ».

L'enregistrement de la fiche graphique, comme dans Ill. 21, ou de la partie interdisciplinaire de la documentation (v. Ill. 34, p. 98), est primordial pour la saisie des prestations automatisée avec LEP. Par exemple, à côté de la valeur de la tension, la température corporelle enregistrée avec une intervention LEP (« Mesurer la température »). Si une température est documentée, cette intervention en arrière-plan (« back-end ») peut être saisie de façon automatisée pour les évaluations, ou un collyre est enregistré avec l'intervention « Administrer un médicament par voie conjonctivale ». La signification est importante, en particulier dans les domaines stationnaires, somatique, car de nombreuses interventions co-responsables sont documentées dans la fiche graphique (voir 5.5 LEP en tant qu'interventions propres et co-responsables, p. 66).

La différenciation front-end/back-end est déterminée par la visibilité de l'utilisation LEP dans le logiciel. Les contenus de la classification des prestations LEP restent identiques. Les notions doivent être comprises comme des désignations d'aide à l'utilisation de LEP. Ceci signifie par exemple que dans les utilisations LEP complexes, une partie front-end peut devenir back-end ou partagée entre un front-end et un back-end. Par exemple, LEP est utilisé en front-end dans la documentation du processus des soins, mais en back-end dans la fiche graphique, alors que simultanément, les notions d'interventions LEP sont mappées en back-end avec ICNP ou SNOMED (v. Ill. 21, ci-dessous).

Si LEP ou d'autres classifications sont utilisées en front-end, on peut alors parler d'une terminologie d'*interface*. Si elles sont utilisées en back-end, on parle de terminologie *de référence*. Cependant, ces désignations sont ambiguës, car comme on l'a montré ci-dessus, LEP peut être utilisé en front-end et en back-end.



Ill. 21 : Utilisations de LEP en front-end et back-end dans la documentation des patients

Des notions d'interventions d'une autre classification mappées en back-end avec LEP peuvent être utilisées en front-end de la documentation des patients. Dans la saisie des prestations complémentaires, les notions d'interventions de LEP sont en front-end.

5.5 LEP en tant qu'interventions propres et co-responsables

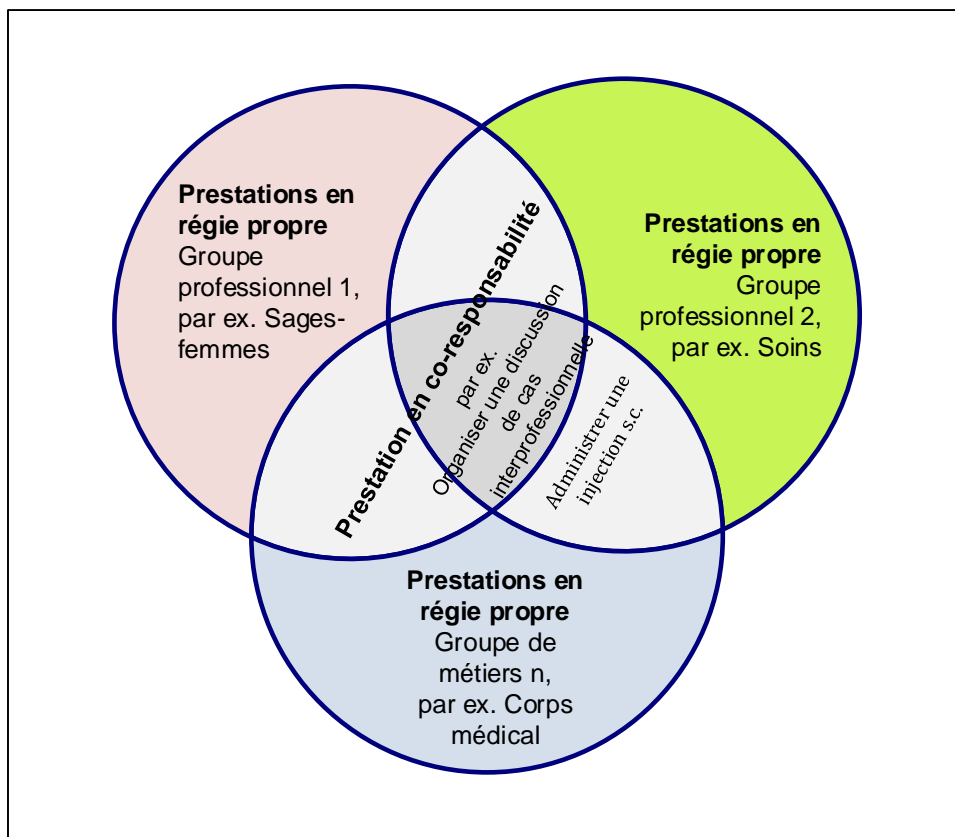
La répartition des prestations LEP entre zone de prestations propre et co-responsable (v. Ill. 22, ci-dessous) peut être utile pour

- la sécurité et la responsabilité juridiques lors de la fourniture de la prestation²⁵ ;
- une responsabilité claire et spécialisée des prestataires ;
- un rôle professionnel clairement défini des prestataires ;
- l'adéquation de la responsabilité et de la compétence professionnelle lors de la fourniture de la prestation ;
- une facturation/un remboursement de prestation différenciés ;
- l'utilisation ciblée de ressources compétentes ;
- l'élimination de prestations administratives et de doublons ;

²⁵ Par ex. une adaptation aux prescriptions légales et aux lois relatives à la santé et à l'assurance.

- la prise en charge d'un modèle de délégation approprié à la pratique dans le domaine des interventions diagnostiques et thérapeutiques

(comp. à {GuKG 2009 #708}{SBK 2014 #937}).



Ill. 22 : Prestations LEP propres et co-responsables

La zone de prestations dite en *responsabilité propre* (« zone autonome ») comprend, en toute liberté d'instruction professionnelle, l'exécution de prestations par toute personne autorisée à exercer la profession dans le cadre du profil de sa profession. La responsabilité professionnelle pour la prestation et la responsabilité légale sont le fait de chaque groupe professionnel concerné. Par exemple, la zone en responsabilité propre des soins (v. Ill. 22, ci-dessus) est définie par le processus des soins. Sont comprises dans la zone en responsabilité propre des soins, les prestations de type Détermination des besoins en soins (diagnostic des soins), la décision des interventions de soins à effectuer (planification des soins), leur exécution ou la documentation du processus des soins (v. Ill. 13, p. 42, Ill. 34, p. 98; Ill. 33, p. 96). Ceci concerne par exemple les interventions LEP « Effectuer une toilette partielle du corps » ou « Compléter la documentation des patients » (comp. à {GuKG 2009 #708}{SBK 2014 #937}).

La zone de prestations co-responsable (« zone déléguée ») comprend l'exécution des prestations prescrites par un autre groupe professionnel. Par exemple, le corps médical a, en tant que groupe professionnel prescripteur, la responsabilité de prescription, alors que les soins ont la responsabilité de l'exécution des prestations prescrites (responsabilité d'exécution). Ceci concerne par exemple

les interventions LEP « Effectuer une injection sous-cutanée » (v. Ill. 22, ci-dessus) ou « Effectuer un lavage nasal ». Comme on peut le voir dans Ill. 22, il existe ensuite des prestations de type intervention LEP « Organiser une discussion de cas interprofessionnelle », dans laquelle ce n'est pas la responsabilité qui prédomine, mais la collaboration en processus de prestations pour le bien du patient (comp. à {GuKG 2009 #708}{SBK 2014 #937}).

La classification des prestations LEP comprend des prestations propres et co-responsables. Les interventions de soins LEP Nursing 3 peuvent, par exemple, être attribuées, en Autriche, systématiquement aux zones de prestations co-responsables définies par la loi sur la santé et les soins {GuKG 2009 #708}{Tauschitz 2011 #709}. Le produit processus des soins LEP comprend les prestations propres et les instruments et systèmes de classement pour l'évaluation des états de santé significatifs pour les soins (par ex. évaluations, diagnostics infirmiers) dans la zone de prestations en responsabilité propre.

5.6 Principe Prestataire/Bénéficiaire

Dans le processus clés des établissements de santé, la fourniture de la prestation liée au cas considéré, en général, que le prestataire est un professionnel de la santé et le bénéficiaire un patient (v. 4.3.1, p. 52).

Dans certaines conditions, le prestataire n'est pas un professionnel de santé défini comme individu. Les prestataires peuvent aussi être des professionnels de santé considérés individuellement ou en groupe. Par exemple, les prestations « Positionner le patient en décubitus dorsal » ou « Exécuter une activité de temps libre » peuvent être effectuées par un professionnel de la santé seul ou un groupe de professionnels de la santé (avec différentes professions) (v. Tableau 19).

Individu ou groupe	
Prestataire	Bénéficiaire
Professionnel de la santé	Patient
(...)	Proche
	Tuteur
	Professionnel de la santé (« Collaborateur »)
	Commande, Donneur d'ordre
	Centre de coûts
	Instance chargée du remboursement des prestations (« Assureur »)
	(...)

Tableau 19: Principe Prestataire/Bénéficiaire

De même, le bénéficiaire d'une prestation peut, dans certaines conditions, ne pas être un patient défini comme individu. Les bénéficiaires de prestations peuvent aussi être des patients considérés individuellement ou en groupe. Par exemple, les prestations « Participer à un jeu thérapeutique » ou « Conduire un entretien d'information » peuvent être effectuées avec un ou plusieurs patients.

De ce fait, dans certaines conditions, le prestataire ou le bénéficiaire d'une prestation peut être un groupe de professionnels de la santé ou de patients. Par exemple, les prestations « Participer à un jeu thérapeutique » ou « Conduire un entretien d'information » peuvent être exécutées par un groupe de professionnels de la santé pour un groupe de patients.

Il existe de nombreux autres bénéficiaires de prestations significatifs pour les évaluations, qu'il s'agisse d'individus ou de groupes se différenciant de patient. Ceci est par exemple le cas lorsqu'un professionnel des soins enseigne (éducation) aux proches d'un patient diabétique l'exécution d'une pédicure. Les bénéficiaires de la prestation « Consultation de diabétologie » sont donc les proches et le patient est, dans la documentation des patients dans laquelle est relevée cette prestation, appelé « cas administratif » ou « Bénéficiaire ». Si le patient profite de la prestation, les bénéficiaires de cette prestation sont d'autres personnes, dans notre cas, ses proches. Le patient est normalement le cas administratif ou le sujet de la documentation des patients. En général, il est plutôt implicitement qu'explicitement évoqué dans les désignations pour prestations, comme dans le cas de la prestation.

Les bénéficiaires de prestations peuvent aussi être des personnes indépendantes du patient, par exemple d'autres professionnels de la santé avec ou sans diplômes ou des étudiants. Ceci est par exemple le cas des tâches d'enseignement comme « Instruire/Informer le collaborateur » ou « Exécuter une situation d'apprentissage » (v. Ill. 8, p. 23).

La commande et le donneur d'ordre en tant que bénéficiaire des prestations peuvent aussi être importants pour les évaluations dans la prise en charge de la facturation des centres de coûts (Tableau 19, ci-dessus). Ceci est par exemple utile lorsqu'une entreprise finance une étude de recherche et souhaite que les prestations fournies pour cela soient spécifiquement évaluées. Dans ce cas, le donneur d'ordre peut être l'organisme payeur des prestations. Le nom de la commande et du donneur d'ordre peut être déterminé par l'établissement exploitant de LEP. D'autres commandes peuvent être des prestations de professionnels de la santé pour des projets de l'établissement de santé même ou pour la gestion de qualité, par ex. « Exécuter un projet » ou « Exécuter un audit ». Il peut être significatif pour la comparaison de centres de coûts d'enregistrer ou de saisir les centres de coûts prestataires et bénéficiaires de prestations (v. Tableau 15, p. 55: „LErbrKST_key“ et „LEmpfKST_key“).

Parfois la notion ambiguë « Code statistique » apparaît pour l'affectation d'attributs à une prestation, c'est-à-dire quand le prestataire ou le bénéficiaire d'une prestation doit être affecté. Cette no-

tion doit être de préférence évitée ou, le cas échéant, il faut exactement définir quel est le but de la notion et ce pour quelle évaluation, ainsi que la manière dont la prestation doit être saisie (étendue, précision). Dans la saisie des prestations et des durées devant être attribuées à un projet spécifique à l'établissement, on pourrait parler d'une saisie de durée de projet, dans laquelle les professionnels de la santé collectent des données pour pouvoir évaluer le nombre d'heures passées à sa réalisation.

Il faut créer de façon ciblée, dans la perspective des évaluations souhaitées, des prestataires mais aussi des bénéficiaires *différents* de prestations, qu'ils agissent en tant qu'*individus* ou que *groupe*. Ils peuvent ainsi être attribués systématiquement pendant l'inscription dans la documentation des patients ou pendant la saisie des prestations et des durées. Ceci permet de générer avec LEP des données supplémentaires détaillées pour des évaluations spécifiques à l'établissement, comme par exemple, ci-dessus les prestations de projet et de formation. L'examen préalable et l'utilisation ciblée du principe Prestataire/Bénéficiaire avec LEP permet, pour toutes les prestations, une saisie supplémentaire des indicateurs propres à l'établissement. On crée ainsi des opportunités pour calculer et dédommager plus précisément les prestations et pour mettre en œuvre de façon plus ciblée de nouveaux projets et de nouvelles commandes. Il est donc avantageux d'intégrer dans les évaluations statistiques des prestataires et bénéficiaires de prestations spécifiques comme les proches ou les donneurs d'ordre. Pour cela, il est profitable de tenir compte des différences entre les prestations exécutées simultanément, en particulier entre les prestations Soins aux patients, Éducation et Recherche.

5.6.1 Prise en compte des prestations associées

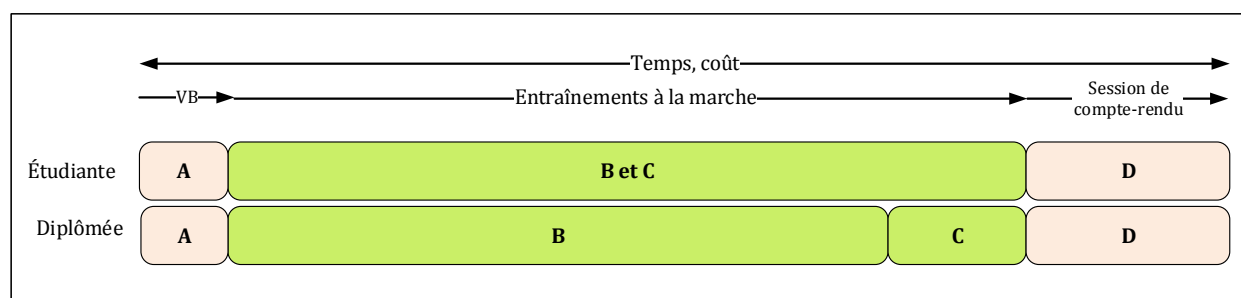
Les prestations associées sont une forme spéciale du principe Prestataire/Bénéficiaire. Une prestation associée désigne l'exécution simultanée d'une prestation nécessairement associée à l'exécution d'une autre prestation. Les prestations associées sont par principe exécutées par tous les groupes professionnels, par ex. lorsque quelqu'un effectue simultanément une tâche clinique et une tâche d'enseignement. Les prestations associées typiques dans les établissements de santé sont

- les prestations d'enseignement exécutées simultanément ;
- les prestations de recherche exécutées simultanément ;
- les prestations d'enseignement et de recherche *et/ou* les prestations dans le processus de traitement exécutées simultanément.

LEP, se basant sur REKOLE {Besson 2013 #788: 234, 260-271}, utilise une approche pragmatique, c'est-à-dire la saisie des prestations *sans* examen des différences (v. Ill. 23, ci-dessous, barre C). Les lignes directrices suivantes doivent être prises en compte lors de la documentation et la saisie des prestations associées avec LEP :

- Pour la saisie des prestations dans le processus de traitement « avec, au niveau ou pour le patient » et l'exécution simultanée de « Accompagnement/Supervision » : La prestation d'une personne est saisie comme prestation liée au patient (« Donner une consultation » « Effectuer une injection sous-cutanée »), la prestation de l'autre personne comme prestation sans lien avec le patient (« Instruire/Informé le collaborateur » ou « Exécuter une situation d'apprentissage »)

Pour la saisie des prestations aux propriétés de type Associée, l'illustration (modifiés selon {Besson 2013 #788: 260}) peut être utile (Ill. 23).



Ill. 23 : Prestation avec ou sans lien avec le patient de deux personnes

Ill. 23 présente un exemple de la façon dont la prestation déterminée d'une étudiante et d'un professionnel de la santé diplômé (Diplômé) doit être saisie. L'étudiante (Élève) exécute un entraînement à la marche avec une patiente sous la surveillance (Mentoring) du professionnel de la santé (Enseignant).

Dans une perspective économique orientée sur les coûts, on peut pour les prestations considérer un coût en temps « idéal » accordé au professionnel de santé diplômé pour l'exécution de la prestation « Exécuter un entraînement à la marche ». Ceci correspond dans l'Ill. 23 à la colonne B et à la valeur temporelle par défaut LEP (voir 2.2.6, p. 32), c'est-à-dire que la durée B ne doit pas être considérée comme « immuable » de façon standardisée dans la mesure où, dans les établissements de santé, différents facteurs influencent la durée d'exécution de la prestation. Ill. 23 montre par exemple un coût dépendant du patient pour lequel l'entraînement à la marche est exécuté ou de l'individualité de la personne exécutant la prestation. Les colonnes B et C dans Ill. 23 présentent le temps effectivement passé par l'étudiante à l'exécution de la prestation, et la valeur temporelle par défaut LEP pour « Exécuter un entraînement à la marche » a été adaptée lors de la saisie. Au début et à la fin de la prestation de l'exemple ci-dessus, une discussion d'apprentissage a en plus été réalisée sous forme d'un entretien préalable et d'un entretien postérieur, représentés dans Ill. 23 par les colonnes A et D (EP = Entretien préalable)

Si, dans Ill. 23, la valeur temporelle B devait être l'indicateur à comparer et à utiliser pour la saisie des prestations et des durées par l'étudiante, il faudrait pour la formation postgraduée reçue saisir les valeurs temporelles A+C+D. Pour la saisie des prestations et des durées par le professionnel de la santé diplômé, il faudrait pour la formation postgraduée délivrée saisir les valeurs temporelles

A+B+C+D. Comme cela a été indiqué ci-dessus, la saisie avec LEP *ignore* cet examen des différences. En raison des difficultés importantes dans la pratique que pose la détermination d'une valeur de comparaison B « statique » (Barre B dans Ill. 23, ci-dessus) et du point de vue de la capacité à être saisies et de la prise en compte des composantes individuelles humaines, les responsables ont choisi de suivre une approche pragmatique sans examen des différences.

La saisie des performances et des valeurs temporelles d'une étudiante et d'un professionnel de la santé diplômé, (v. Ill. 23, ci-dessus) par exemple, est exécutée de la façon suivante avec LEP (v. {Besson 2013 #788: 234, 260-271}):

- Étudiante :
 - Prestation liée au patient (« Exécuter un entraînement à la marche ») : = B+C
 - Prestation sans lien avec le patient : Formation postgraduée reçue = A+D
- Professionnel de la santé diplômé :
 - Prestation liée au patient = aucune
 - Prestation sans lien avec le patient : Formation postgraduée délivrée = A+B+C+D

Dans un autre exemple, on considère que le professionnel de la santé diplômé (v. Ill. 23, ci-dessus) montre à l'étudiante la prestation « Exécuter un entraînement à la marche ». La saisie de la prestation et des valeurs temporelles est alors effectuée comme suit dans LEP :

- Étudiante :
 - Prestation liée au patient (« Exécuter un entraînement à la marche ») : = aucune
 - Prestation sans lien avec le patient : Formation postgraduée reçue = A+B+D (pas de C)
- Professionnel de la santé diplômé :
 - Prestation liée au patient : = B (pas de C)
 - Prestation sans lien avec le patient : Formation postgraduée délivrée = A+D

Dans les services des soins et la saisie des prestations pour la formation, la production associée est prise en compte dans la saisie des prestations. Pour les situations dans lesquelles le traitement d'un patient et une supervision sont réalisés simultanément : L'activité d'une personne a valeur de prestation liée au patient (activité opératoire, par ex.), celle de l'autre personne a valeur d'enseignement ou de recherche {Besson 2013 #788: 261-263}.

5.6.2 Prestations d'éducation

La caractéristique des prestations associées lors de la saisie des prestations (v. Ill. 23, p. 71) est commune dans le déroulement des prestations d'éducation, c'est-à-dire que les prestations LEP du groupe de prestations Éducation sont souvent touchées (v. Ill. 8, p. 23, Prestations sans lien avec le patient). Il faut tenir compte du fait que l'on peut différencier, dans le cadre de l'éducation, entre l'enseignement reçu et l'enseignement délivré, sachant que

- l'enseignement reçu comprend les activités d'enseignement et les coûts du point de vue de l'élève ;
- l'enseignement délivré comprend les activités d'enseignement et les coûts du point de vue de l'enseignant.

Le Mentoring dans Ill. 23 (p. 71) est une prestation du domaine « Éducation ». Pour le professionnel de la santé, elle correspond à la prestation « Enseignement délivré », et pour l'étudiante, la prestation « Enseignement reçu ».

5.6.2.1 Environnement d'enseignement/d'apprentissage structuré et non structuré

Les prestations LEP d'éducation sont réalisées dans deux environnements différents. Ils influencent directement le type, le coût et l'intensité de l'apprentissage ainsi que les acteurs, prestataires et bénéficiaires d'une prestation d'éducation.

Les deux environnements peuvent être désignés comme enseignement structuré et enseignement non structuré. La différenciation peut être pratique pour faciliter la saisie des prestations et évaluer de manière traçable les coûts associés {Besson 2013 #788: 227-228}.

- L'enseignement structuré comprend les prestations exécutées dans le cadre de programmes d'études, cours ou séminaires. Ce sont par exemple les prestations LEP « Organiser/Diriger une formation postgraduée interne » ou « Participer à une formation continue interne ».
- L'enseignement non structuré comprend les prestations exécutées dans le cadre de l'apprentissage pendant le processus de travail, donc en relation directe avec les prestations « avec, au niveau ou pour le patient ». Ce sont, par exemple, les prestations LEP « Exécuter une situation d'apprentissage » « Exécuter une documentation d'apprentissage ».

5.7 Prestations d'identification des dysfonctionnements dans le processus de traitement

Si l'évaluation doit d'abord servir à identifier les dysfonctionnements et obstacles dans le processus de travail des établissements de santé, on se sert le plus souvent des prestations sans lien avec le patient, en particulier les prestations et valeurs temporelles concernant les temps de répartition factuels et personnel du groupe de prestations LEP « Coûts liés au cadre/à la structure ». Ces prestations illustrent les éléments servant à couvrir les imperfections liées à l'organisation et la satisfaction des besoins humains dans un établissement de santé (Détails voir 2.2.4.5.3, p. 29). La collecte des données d'évaluation requises peut, par exemple, être utile avec la saisie des prestations et des durées ponctuelle et détaillée (en ce qui concerne la procédure, voir e.a. 6.3 Partition dans la perspective des temps de travail et des coûts du personnel, p. 89 ou 8.2 Saisie des prestations et des durées séparée, p. 113).

5.8 Répartition des prestations LEP spécifique à l'établissement

Une répartition des prestations LEP spécifique à l'établissement, par ex. entre Préparation, Exécution et Suivi, est en principe possible, c'est-à-dire que le taux de base de documentation ou de saisie peut être relevé sur demande de l'établissement de santé (voir 2.2.4.3 Composition d'une prestation, p. 26).

Dans ce cas, on suit le principe Prestataire/Bénéficiaire (voir 5.6, p. 68). Par exemple, la prestation « Exécuter un Audit » doit recevoir, lors de la saisie par le professionnel de la santé, la caractéristique de répartition souhaitée, et lors de la saisie de la prestation et de la valeur temporelle, la caractéristique de répartition « Préparation », « Exécution » ou « Suivi » est attribuée.

Une précision de ce type offre de nombreuses possibilités d'évaluation. Mais, considérant la question de la précision, l'augmentation des saisies et l'explosion de volume auxquelles on peut s'attendre, il faut exactement réfléchir au but concret de cette répartition des prestations LEP, c'est-à-dire, à ce qui doit concrètement être évalué, et ce que cela doit apporter comme bénéfice. Les saisies ponctuelles et de la répartition par les personnes concernées sont une bonne alternative à la stratégie « tout saisir tout le temps ». De cette façon, par exemple, on peut laisser le chef de projet saisir seul les caractéristiques de répartition de la prestation « Exécuter un projet »

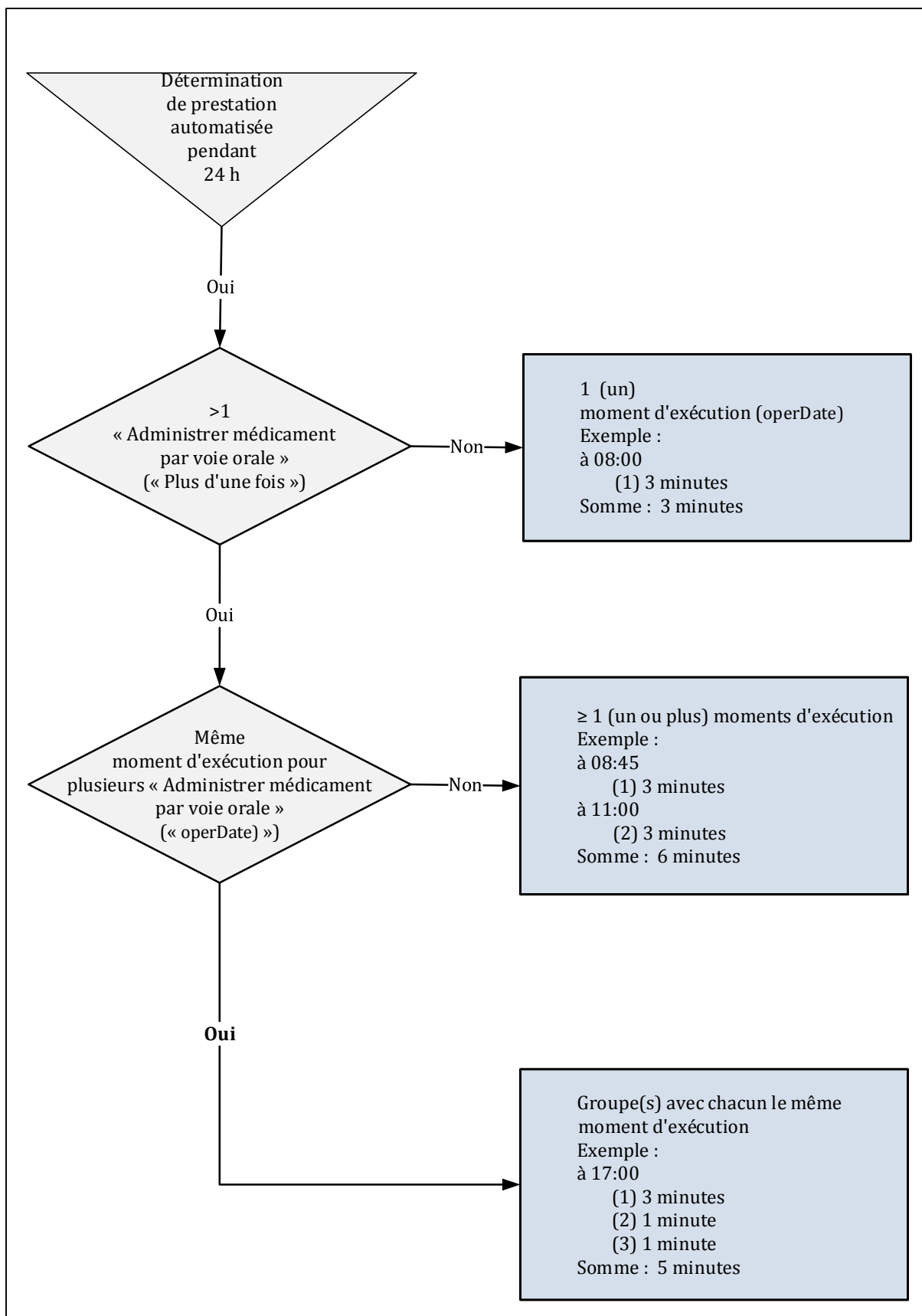
5.9 Prévention d'effets d'accumulation dans les valeurs temporelles LEP

L'enregistrement des médicaments dans la documentation électronique des patients avec interventions de santé de LEP, par ex. « Administrer un médicament par voie orale », permet la saisie des prestations automatisée, c'est-à-dire qu'un professionnel de la santé n'a pas à collecter de données redondantes pour la saisie des prestations et des durées. La crainte des effets d'accumulation indésirables est une des conséquences possibles de l'automatisation liées à la somme des valeurs temporelles : l'addition automatique des valeurs temporelles pour chaque prestation individuelle peut générer des durées irréalistes. Au moment de la rédaction de ce document, il n'existe pas de définition valide pour tous les établissements de santé des valeurs temporelles standardisées et robustes en corrélation avec les effets d'accumulation. Il est en fait impossible de créer une telle définition, les facteurs d'influence de chaque établissement étant des plus divers.

« Administrer un médicament par voie orale » du groupe Médication ou « Prendre la tension » du groupe Sécurité sont de bons exemples d'effets d'accumulation possibles. « Administrer un médicament par voie orale » est défini comme « Administrer une forme galénique par la bouche dans l'appareil digestif, pilules, capsule, sirop, gouttes, etc. », sachant qu'une prise seule est évaluée avec une valeur temporelle par défaut de 3 minutes. Selon le taux de base, cette valeur inclut l'informa-

tion au patient, la mise en place, le contrôle, l'administration, l'observation le suivi et la documentation. Le cadre théorique est réalisé par la « règle 5 C » et la « règle 6 C »²⁶. L'addition progressive permet, par exemple, de générer 30 minutes de coûts des soins pour, selon la documentation, 10 pilules administrées (ou dix fois la fourniture de la prestation « Administrer un médicament par voie orale »). Un groupe d'experts des établissements exploitants des éditeurs de logiciels LEP Nursing 3 et de la LEP AG a développé un modèle de base contenant les règles essentielles pour prévenir la multiplication incontrôlée des valeurs temporelles pour les prestations du groupe de prestations Médication (v. Ill. 24; bibliographie LEP Info).

²⁶ « Règle des cinq C » : Patient correct, médicament correct, dosage/concentration correcte, application correcte, durée correcte. En plus, pour la « Règle des six C » : Documentation correcte.



Ill. 24 : Accumulation des valeurs temporelles LEP des prestations de médication

Si l'intervention « Administrer un médicament par voie orale » de l'Ill. 24 est répétée dans les 24 heures, on la sélectionne selon la règle du *même* moment d'exécution (*operDate*). Le moment d'exécution doit être séparé des moments de planification et de documentation (*planDate* et *docDate*)

Si, la prestation « Administrer un médicament par voie orale » est exécutée plusieurs fois au *même* moment, ces prestations sont regroupées. Le modèle pondère au sein de chaque groupe simultané la première prestation « Administrer un médicament par voie orale » avec 3 minutes, la valeur temporelle par défaut de la classification des prestations LEP. On ajoute 1 minute pour chaque nouvelle prestation. Cette méthode dans l'exemple de l'Ill. 24, ci-dessus, trois prestations simultanées donne un coût total de 5 minutes. Une condition préalable importante est que le *nombre* des prestations exécutées selon le modèle reste exactement le même. Pour une médication plus lourde, le modèle saisit et documente automatiquement la prestation « Administrer un médicament en conditions spéciales », définie comme « Administrer une forme galénique sous conditions difficiles, par exemple, pulvérisations, cytostatiques, assistance spécifique pour la prise de médicament et en cas de refus de prise, prescriptions de sécurité particulières, produit de l'armoire à poisons, médication de sortie/congé, dosette ». La valeur temporelle par défaut varie selon la situation clinique.

La méthode conseillée de prévention des effets d'accumulation des valeurs temporelles dépend directement des processus de travail, du comportement de documentation de chaque établissement et de leurs unités organisationnelles. Ainsi, si par exemple les médicaments sont administrés à l'aide d'une machine dans un établissement de santé, ce n'est pas le cas dans un autre, dans le suivant les médicaments sont mis à disposition pour 24 heures, un autre pour une prise unique (matin, midi, etc.). Il faut aussi craindre des accumulations de durées similaires, liées à la déduction automatique des données de médication par exemple, lors de l'utilisation développée des données de moniteur connectés électroniquement pour la surveillance (soins intensifs, par ex.). Comme dans le modèle de l'Ill. 24, ci-dessus, on peut utiliser un jeu d'interventions défini du sous-groupe Surveillance pour déduire une règle avec le même moment d'exécution.

Alternative au modèle de l'Ill. 24, ci-dessus, l'attribution d'une valeur temporelle forfaitaire à chaque groupe pour un certain nombre de prestations. Par exemple, 5 minutes pour 1 à 3 prestations, 10 minutes pour 4 à 9 prestations. Sur ce point, aucun des niveaux de groupe testés n'a pu convaincre le groupe d'experts. Il est donc conseillé d'utiliser, pour prévenir les accumulations de valeurs temporelles, le modèle de l'Ill. 24, ci-dessus.

5.10 LEP pour la facturation des prestations

La facturation des prestations est une forme de facturation des coûts secondaire basée sur les volumes évalués par taux de coût. Le taux de coûts ou de facturation est calculé en divisant les coûts

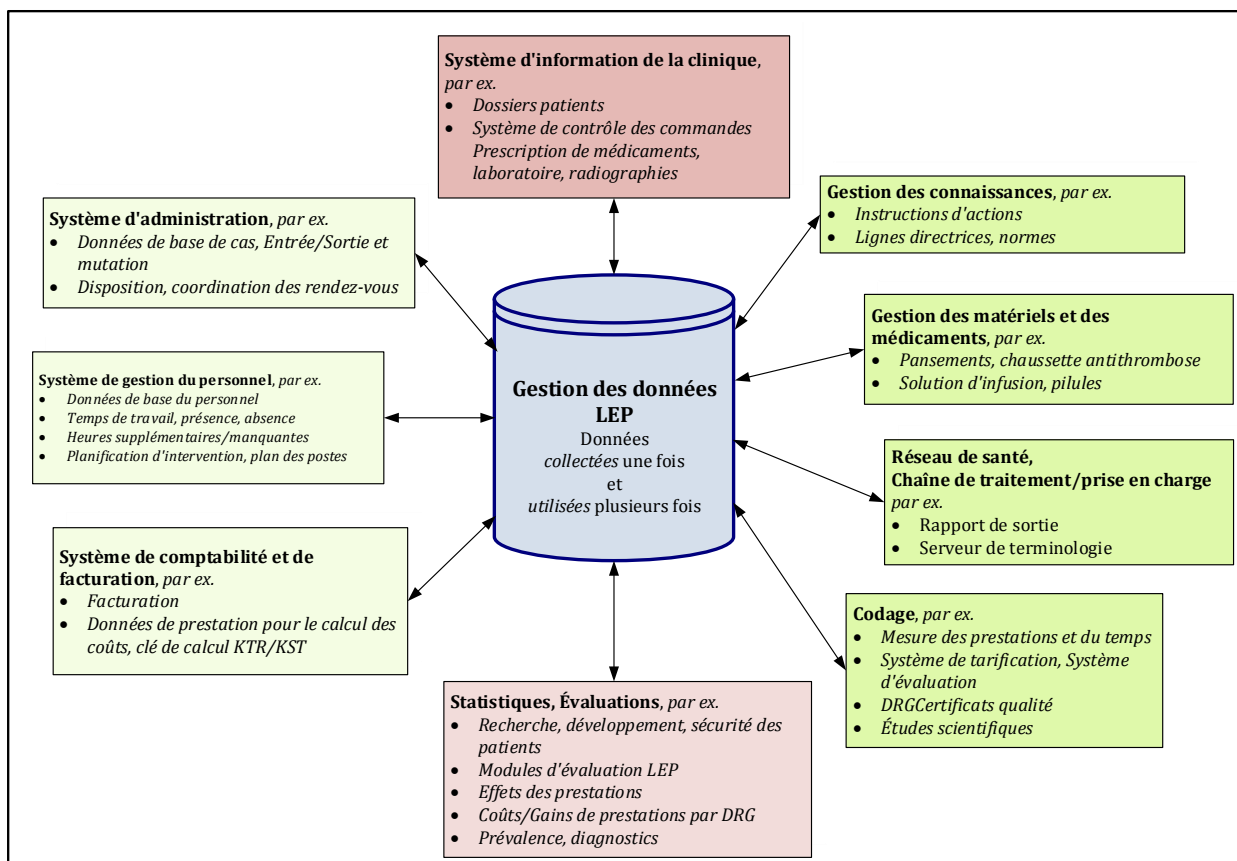
de centre de coûts par une valeur de référence (minutes LEP, point de taxe, etc.) (v. Tableau 2, p. 12; {Besson 2013 #788} {InEK 2007 #444: 132-137}. Évaluations typiques pour la vérification et le contrôle des taux de facturation {Muser 14.03.2007 #791: 17} :

- Comparaison Nominal/Effectif
- Coûts/Prestations
- Déficits et excédents de couverture
- Référencement interne
- Productivité du travail (temps de travail disponible/durée de prestation saisie)

Un des écueils de la facturation des prestations est la notion de « postes de rotation », souvent utilisée dans les établissements de santé et désignant le fait que des prestations sont fournies par des professionnels de la santé dans les différentes unités organisationnelles de différents services (v. {Muser 14.03.2007 #791: 6-7}). Pour les prendre en compte, LEP définit, en plus des données relatives au centre de coûts bénéficiaire („LEmpfKST_key“), les données relatives au centre de coûts prestataire („LErbrKST_key“) (v. Tableau 14, p. 54).

5.11 Le flux de données dans l'utilisation de LEP

Dans chaque établissement de référence, l'utilisation de LEP devrait, par l'intermédiaire d'interfaces et en fonction des possibilités offertes par les logiciels, organiser la saisie automatisée des données issues d'autres systèmes d'exploitation modulaires. Ce serait par exemple, la saisie des temps de travail avec le système de gestion du personnel (PAP) ou des numéros de cas avec le système d'administration (v. Ill. 25, ci-dessous). Si ce n'est pas le cas, les données nécessaires doivent être saisies séparément (v. Ill. 29, p. 85).



Ill. 25 : Le flux de données d'un système d'exploitation dans l'utilisation de LEP

C'est à l'établissement de référence LEP de décider des données à communiquer ou devant être reprises des éléments issus du système d'exploitation.

La solution logicielle avec données LEP peut, en fonction des conditions et exigences de l'établissement, être reliée à des systèmes tiers. Exemples d'enregistrements significatifs pour l'utilisation de LEP souvent disponibles dans des systèmes tiers et pouvant être automatiquement collectés :

- (1) Interventions de santé, indices d'évaluation, diagnostics, effets issus d'une documentation électronique des patients
- (2) Données de base de cas, de type numéro de cas, admission/sortie, type de séjour et mutations issus d'un système d'administration
- (3) Données relatives au personnel, temps de travail et absences issus du système de gestion du personnel

(v. Ill. 25, ci-dessus).

Autrement dit : Le flux de données pour les modules d'évaluation de LEP commence par exemple avec la saisie des interventions ou diagnostics dans la documentation électronique des soins.

Dans la perspective d'une gestion des données dirigée sur l'utilisation multiple et secondaire de ces dernières, la collecte des données intelligente dans le système d'exploitation complétée par la structure de la classification des prestations LEP sur différents niveaux d'agrégation évite la saisie

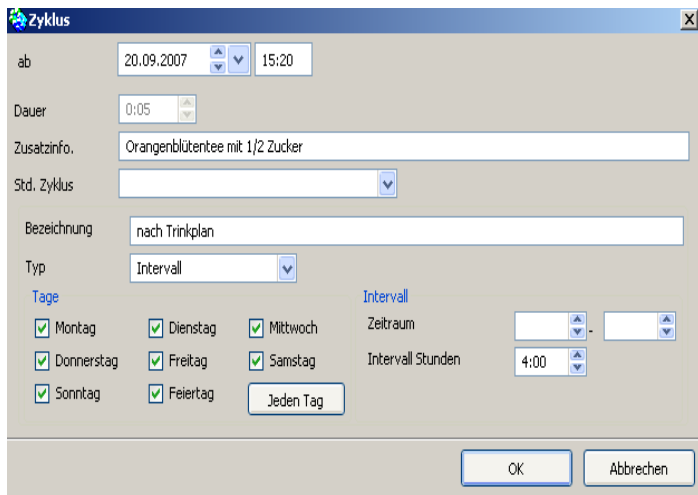
de données redondantes (dans ce cas les évaluations avec LEP) et une « bureaucratie insatiable » {Schulz 2011 #516: 27} (voir 1.1, p. 1).

Du point de vue clinique des professionnels de la santé au niveau du Point of Care, il est important que la collecte des données de prestations soit intégrée au système d'exploitation et automatisée. Les coûts de saisie pour les évaluations avec LEP sont minimisés, dans la mesure où les prestations déjà documentées par les professionnels de la santé dans le système d'exploitation à des niveaux de précision élevés (ou d'agrégation faibles), en particulier celles de la documentation des patients, ne doivent pas être de nouveau saisies sur un niveau d'agrégation plus élevé pour l'utilisation secondaire (v. Niveaux d'agrégation Ill. 8, p. 23). Pour éviter par principe la double saisie, les professionnels de la santé ne devraient saisir manuellement que les données manquantes requises pour l'évaluation (v. Ill. 32, p. 94).

5.12 Exigences de spécification du logiciel pour la mise en œuvre de LEP dans le système

LEP n'est pas une application logicielle. L'utilisation de LEP requiert le développement d'un système intelligent et gérable. Dans la perspective de la définition de l'objectif des évaluations, de la documentation des patients et de la saisie des prestations et des durées, le défi est de mettre en œuvre l'utilisation de LEP dans le logiciel de telle façon que le processus de traitement et les processus d'assistance et de gestion soient assistés de manière conviviale dans toutes les phases et que les coûts de saisie ou de documentation restent minimales (Ammenwerth et al., 2003 a, p. 14).

La convivialité est prioritaire dans la mise en œuvre de LEP dans le logiciel. Les possibilités de précision des interventions par l'utilisateur participent beaucoup à la convivialité de LEP Nursing 3 dans la documentation des patients, c'est-à-dire que lors de la planification de l'intervention « Donner à boire », l'utilisateur et l'établissement des soins peuvent choisir d'ajouter des précisions, de type « Thé à la fleur d'oranger avec un demi-sucre » (v. Ill. 26).



Ill. 26 : Possibilités de précision des interventions comme exemple de critère d'exigence

Le professionnel de la santé lisant la documentation des patients sait alors précisément, dans l'exemple ci-dessus, quelle boisson doit recevoir un patient dans le processus de traitement. La précision permet une « Individualisation » participant activement au traitement et aux soins personnalisés et adaptés à la situation. Pour assurer la précision des saisies, le logiciel devrait disposer de « sous-catalogues » (subsets) ou de modules de texte (templates). Dans l'intervention « Exécuter un entraînement à la marche », on peut par exemple ajouter les appareils auxiliaires « cannes », « déambulateur d'Eulenburg » au catalogue.

Pour cela, des critères d'exigence pour les exigences de spécification du logiciel, complétés de critères « facultatifs » et « obligatoires », sont définis dans une documentation dédiée. Les critères obligatoires définissent les standards minimaux de mise en œuvre de LEP dans une application logicielle. Ils unissent et harmonisent la mise en œuvre de PAL dans le logiciel en créant une comparabilité et les mêmes données de base (v. 4.1, p. 48).

Pour améliorer l'évaluation différenciée pour qualité de traitement, le manuel du logiciel LEP contient par exemple les exigences relatives au logiciel indiquant que les moments différents pour une intervention de santé LEP peuvent être prédéfinis (v. Tableau 20).

Intervention LEP	Moment de la planification	planDate
	Moment de la fourniture	operDate
	Moment de la documentation	docDate

Tableau 20: Trois moments d'une intervention pour les évaluations LEP différenciées

Des critères d'exigence sont définis dans le logiciel pour la mise en œuvre des classifications LEP, classifications de partenaires, instruments et normes ainsi que de leurs liens et mappages.

En fonction de la façon dont LEP est intégré au système d'exploitation, des relations doivent, pour l'utilisation de LEP, être établies avec d'autres systèmes d'exploitation modulaires comme par exemple entre la documentation des patients et les évaluations statistiques, mais aussi avec les sys-

tèmes d'administration et de gestion du personnel (v. Ill. 25, p. 79). Pour cela, LEP a mis à disposition dans le manuel du logiciel des définitions d'interfaces spécifiques pour assister les éditeurs de logiciels. Les éléments nécessaires sont par exemple le jour du calendrier, le prestataire et le bénéficiaire des prestations, le centre de coûts, le numéro de cas et le donneur d'ordre.

Les critères d'exigence opérationnalisés permettent de contrôler de façon critique l'adéquation du logiciel comme outil technique d'utilisation de LEP et comme assistance aux professionnels de la santé dans le processus de traitement. La littérature conseille de régler clairement le nombre et la nature des critères d'exigence, désignés comme « critères KO, obligatoires facultatifs ») ou devant être satisfaits par le logiciel (z. B. {Ammenwerth 2003 #936}). Par principe, pour assurer une documentation conviviale du processus de traitement, ses phases doivent être reliées les unes aux autres. Ici, l'exigence centrale est le lien entre Diagnostic, Objectif de traitement et Intervention. Si un logiciel peut assister de façon optimale les déroulements du travail et les utilisateurs, elle est adaptée aux situations d'un établissement de santé et satisfait les critères d'exigence de mise en œuvre de LEP dans le logiciel. « LEP sur mesure dans le logiciel » n'est donc pas seulement un slogan, c'est une réalité. L'objectif est de donner à LEP la possibilité de réaliser avec le logiciel les tâches déterminées de l'établissement de santé et d'assister dans leur utilisation de LEP les personnes chargées de réaliser ces tâches. Une mise en œuvre orientée sur la logique professionnelle de LEP dans le logiciel est une condition préalable indispensable pour l'utilisation de LEP dans les évaluations statistiques, la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées en établissement de santé.

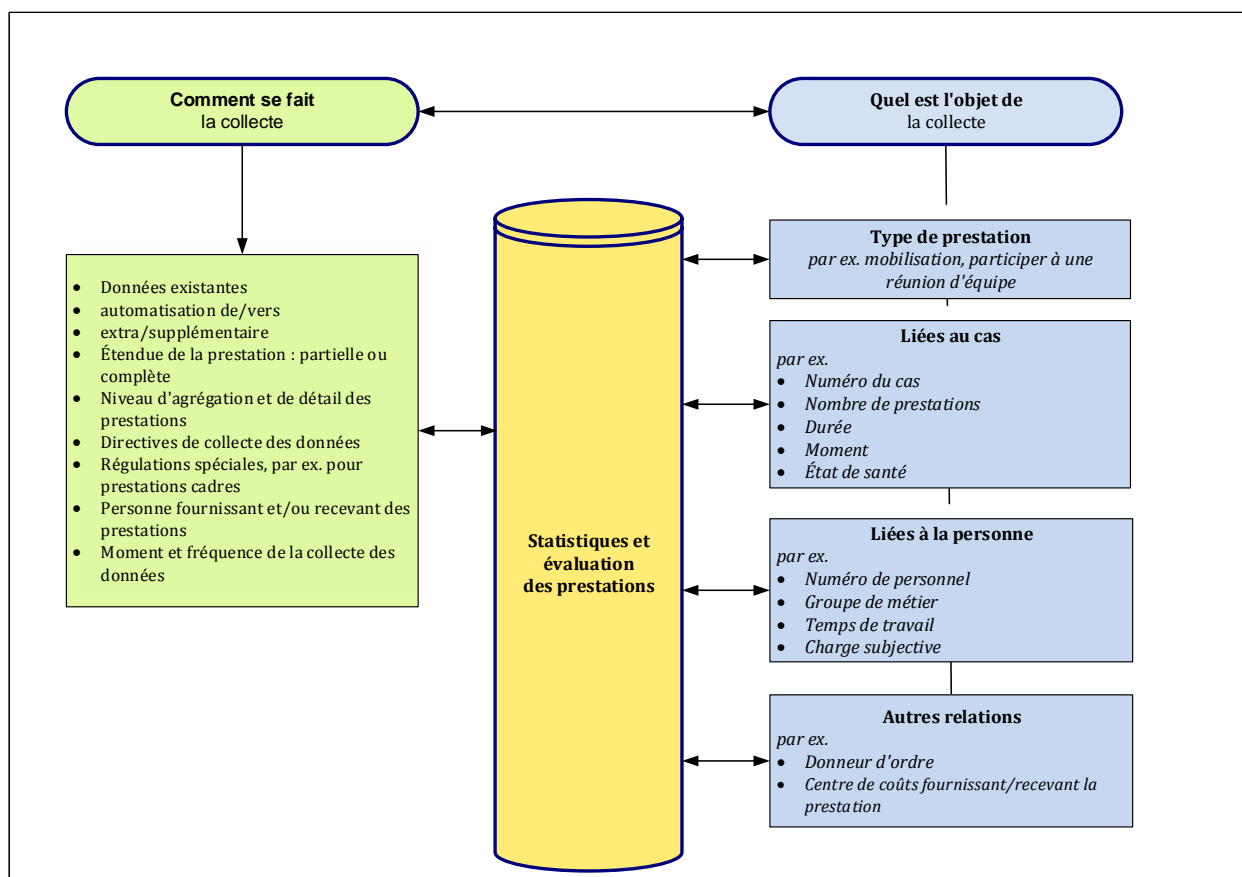
6 L'utilisation des évaluations avec LEP

Lorsqu'un établissement de santé a décidé des tâches devant être réalisées par LEP, la sélection des évaluations et la définition des données requises induisent les mesures suivantes (v. Ill. 6 : Classification principale et classifications auxiliaires de LEP, p. 19). La classification des prestations LEP permet les évaluations de prestations en continu. Les évaluations avec LEP peuvent être utilisées pour tous les processus de travail des professionnels de la santé (prestations avec ou sans lien avec le patient, temps de répartition), par exemple pour les problématiques conductrices comme :

- Quelles sont les prestations fournies directement sur ou au niveau du patient par le personnel de santé, les sages-femmes ou les infirmières ? (prestations liées au patient, interventions LEP directes)
- Combien de prestations sont effectuées sur ou au niveau du patient par le personnel de santé ?
- Combien de temps requiert le personnel de santé pour effectuer les prestations sur ou au niveau du patient ?

- Quelles sont les prestations fournies indirectement pour le patient par le personnel de santé, par exemple les ergothérapeutes ou les diététiciens ? (prestations liées au patient, interventions LEP indirectes)
- Combien de temps requiert le personnel de santé pour effectuer les prestations des processus secondaires ? (prestations sans affectation de cas)

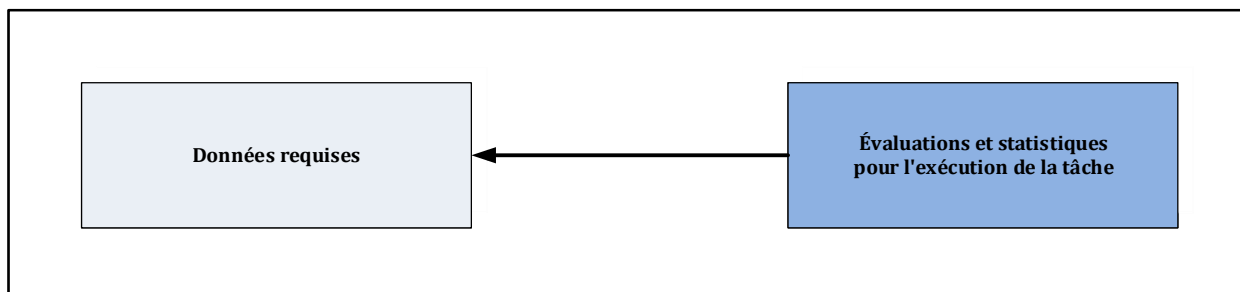
Les prestations peuvent être évaluées par rapport à certains indices prédéfinis par l'établissement de santé, par exemple pour la facturation des prestations de service en projets internes ou externes. Le système prend en charge les types de prestation selon les coûts en temps, le type de prestation, forfaitaire ou donneur d'ordre. Il reste à déterminer les évaluations requises pour réaliser les tâches et la nature et le nombre des données LEP à collecter (v. Ill. 27, p. 83). Sur la base des évaluations et preuves de prestations commandées par l'établissement, le système peut utiliser de façon ciblée et innovatrice les indicateurs pour améliorer l'efficacité de la gestion de l'établissement.



Ill. 27 : Données collectées pour les évaluations avec LEP : « Lesquelles et comment »

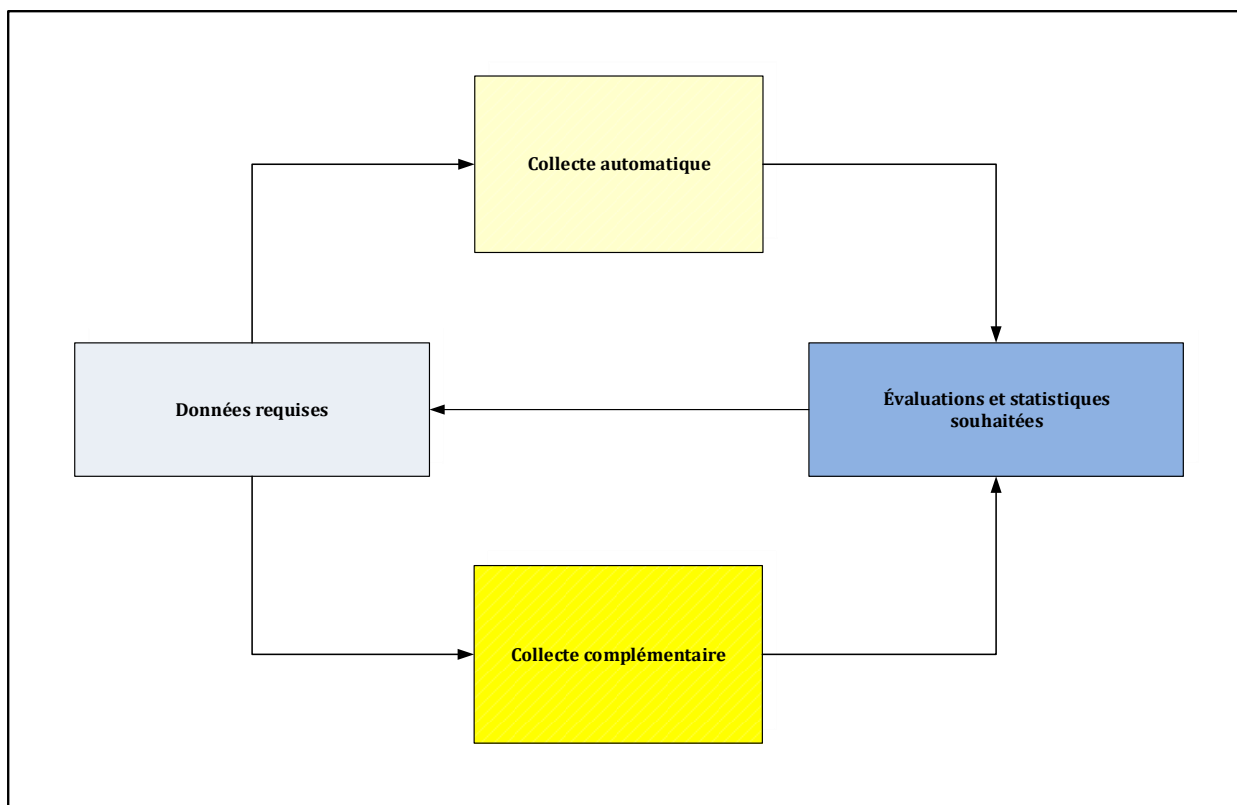
La vue d'ensemble simplifiée montre la relation entre les évaluations, les données requises et la collecte des données. Ici, il faut, en arrière-plan, toujours garder à l'œil les logiciels, matériels, leurs performances et fonctionnalités, qui peuvent grandement influencer la disponibilité des données et leur capacité à être traitées.

Les données requises sont déterminées par les évaluations exécutées par un établissement de santé (v. Ill. 28). Si cette situation est, par la suite, détaillée de façon plutôt linéaire, la réalité en établissement doit être comprise comme un processus *itératif*. Dans un établissement de santé, on s'approche des évaluations correctes, des données et des procédures de collecte des données requises par étape et en cycles décisionnels répétés.



Ill. 28 : Données requises pour les évaluations souhaitées

Dans la sélection des données à collecter, la ligne directrice se base sur la réponse à la question : Quelles sont les évaluations qu'un établissement de santé veut utiliser pour réaliser ses tâches (v. Ill. 25, p. 79) ? Un coût de collecte supportable est immédiatement mis en relation avec l'adéquation des données requises pour les évaluations. Il faut éviter la « folie de la documentation et des saisies ». Un coût de collecte plus élevé n'est justifié que par la grande utilité des évaluations. S'il existe déjà dans l'établissement des données issues de collectes effectuées pour des évaluations avec des objectifs différents, le coût de collecte de ces données n'a plus de signification pour les évaluations LEP. Par exemple, les temps de travail du personnel ou les numéros d'identification des patients sont prélevés automatiquement du système d'administration propre à l'établissement (v. Ill. 29).



Ill. 29 : Saisie automatisée et complémentaire de données pour évaluations

Au centre de la réflexion, il s'agit d'évaluer quelles sont les données requises devant être collectées automatiquement et documentées de façon routinière par les prestataires et quelles sont celles devant être saisies en sus et à un coût raisonnable (v. Ill. 29).

On peut, pour l'évaluation et la sélection faire une liste de toutes les données LEP requises pour les évaluations souhaitées d'un établissement de santé. Cette liste peut utilement différencier

- (1) les données de routine cliniques, automatiquement disponibles sans coût supplémentaire à partir de la documentation électronique des patients, par exemple les interventions LEP directes (v. Ill. 9, p. 25) comme « Exécuter la position latérale » « Prendre la tension » ou le diagnostic ICD « Hémiplégie et hémiparésie spasmodique »,
- (2) les données de routine administratives, automatiquement disponibles sans coût supplémentaire, par exemple les numéros d'identification de cas, les temps de travail du personnel, les absences (comp. aux données des Classifications auxiliaires de LEP, p. 34) et
- (3) les données devant être spécifiquement saisies pour une évaluation particulière, par exemple les interventions LEP indirectes (voir 2.2.4.2, p. 25) comme « Compléter la documentation des patients » « Organiser un rendez-vous pour un patient » ou les interventions LEP sans lien avec le patient (voir 2.2.4, p. 24) comme « Nettoyer le poste de travail » ou « Instruire/Informer le collaborateur ».

La base de travail concrète pour lister et sélectionner les données d'évaluation requises par l'établissement de santé fondent les données standards d'exportation LEP définitives pour les évaluations et les définitions de variables existantes pour chaque évaluation standard LES. Elles sont disponibles pour tous les éditeurs de logiciels et les établissements de référence LEP (voir pour cela les exemples du Tableau 14, p. 54, du Tableau 15, p. 55 ou ci-dessous dans le Tableau 21).

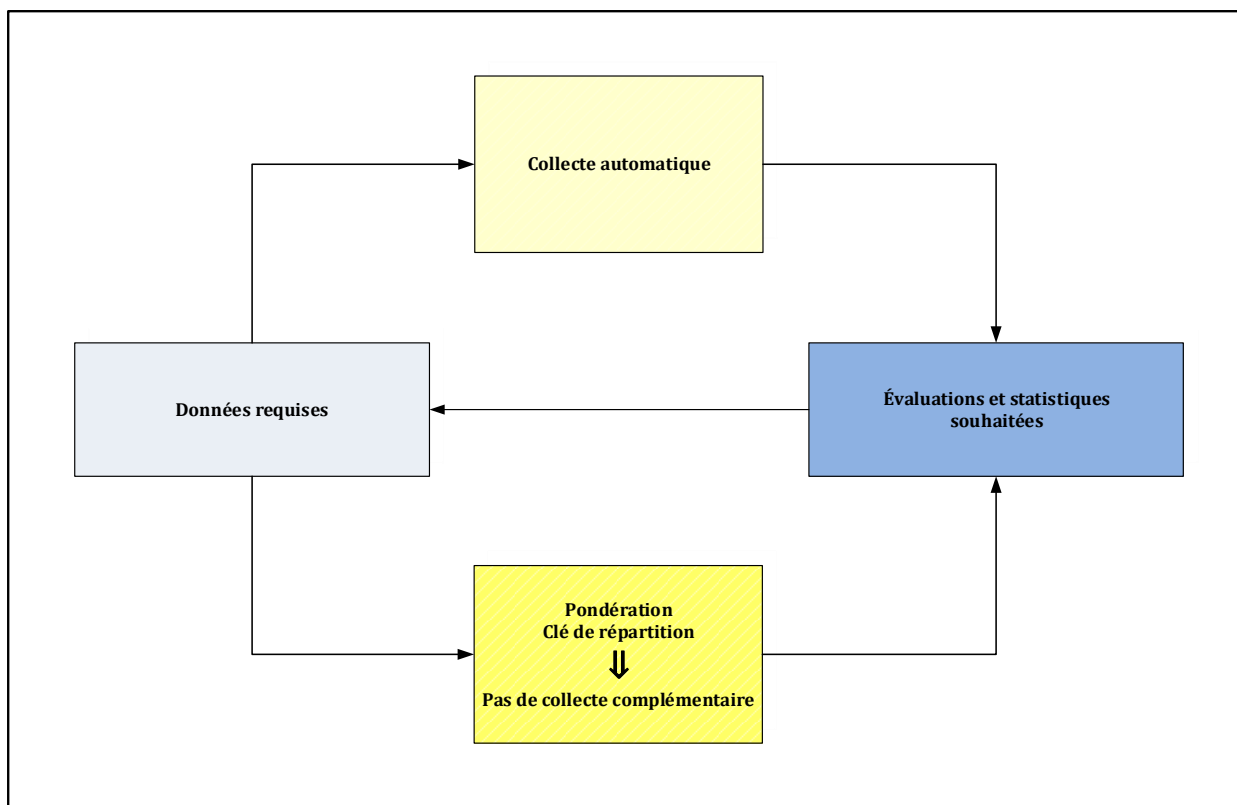
Numéro	Variable/Champ	
32	LErbrKST_key	
39	LErbrOE_key	
41	LEmpfOE_key	
116	LEPEinzelleistung_key	
119	LEPMinIst	
Exemples de définitions		
41	Abréviation désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LEmpfOE_key ID unité organisationnelle bénéficiaire de la prestation. Le numéro d'identification de l'unité organisationnelle, où la prestation est exécutée suivant si la personne recevant la prestation est par exemple un patient ou un étudiant, par ex. Ost 1, médecine 2 (point de vue en fonction du lieu et/ou spécialisé).
116	Abréviation désignation du champ: Désignation du champ en long: Définition:	LEPEinzelleistung_key ID Prestation individuelle selon LEP Le numéro d'identification d'une intervention/prestation individuelle sur le niveau d'agrégation LEP 4

Tableau 21: Exemple de variables et données de sélection pour évaluations LEP

La sélection des données définitive pour les évaluations sur place devrait de préférence être effectuée en tenant compte de tous les intéressés potentiels (qualité de traitement, sécurité des patients, audit, finances, gestion et prise en charge).

6.1 Prévention des coûts de collecte supplémentaires par pondération

Les professionnels de la santé devraient de préférence ne pas effectuer de prestations non productives pour les cas pour réserver leur activité à celles indispensables à la gestion d'un établissement de santé. Pour les évaluations avec LEP, on évite des coûts de saisie supplémentaire en intégrant par clé de répartition aux calculs (bonus de temps automatisés) ou en pondérant de façon quantitative les données supplémentaires non collectées (v. Ill. 30).



Ill. 30 : Prévention des coûts supplémentaires par pondération et clé de répartition

La pondération et les clés de répartition sous forme de bonus de temps automatisés sont efficaces pour éviter les coûts supplémentaires lors de la collecte des données, en particulier pour les évaluations ciblées sur le financement (« clés de facturation ») ou les temps de travail du personnel (voir 6.3, p. 89).

Dans un établissement de santé, le poids des prestations LEP indirectes et les prestations sans lien avec le patient peut être défini sous forme de prestations fixes (prestations de routine) en relation avec les temps de travail du personnel sur un bonus de temps de 20 %. Ces proportions peuvent être contrôlées par des mesures périodiques et modifiées au besoin. Par exemple, on collecte deux fois par an pendant un mois les données de « Gestion du matériel » (voir 6.2, p. 88).

Dans la perspective du processus clé, il est préférable de cibler la pondération des données collectées automatiquement et sans coût supplémentaire. Dans un établissement de santé, le poids des prestations saisies en relation avec les temps de travail du personnel peut être par exemple défini sur 70 % (v. 6.4, p. 91). La prise en compte d'une telle pondération motive plus les professionnels de la santé, car ils préfèrent travailler « avec, au niveau ou pour le patient » plutôt que pour des objectifs, de leur point de vue administratifs (v. {Schulz 2011 #516: 27}). Ces proportions sont aussi directement vérifiables grâce à la preuve de documentation directe. De plus, cette proportion peut être facilement communiquée aux professionnels de la santé, supprimant les problèmes de communication interne sur ce sujet au sein du personnel.

Les situations de départ et les procédures propres à l'établissement sont, dans chaque établissement de santé, multiples et diverses. Cependant, il faut tenir compte pour tous les établissements de l'influence décisive des matériels et logiciels ainsi que de leurs fonctionnalités sur la hauteur des coûts de saisie supplémentaires.

6.2 Partition des données requises pour l'évaluation

Pour réduire au minimum et différencier les coûts de collecte liés à la saisie supplémentaire par l'établissement de santé de certaines données d'évaluation, il est utile de recourir à la partition (répartir) de toutes les données nécessaires pour une évaluation avec LEP, sur la base des données standards d'exportation LEP et des définitions de variables correspondantes (v. Tableau 21, p. 86). La partition répartit les données à collecter pour les évaluations dans des zones de données et des zones de prestations à taille et situation prédéfinies. Les données partitionnées (réparties) peuvent alors être saisies différemment et indépendamment les unes des autres pour chaque évaluation avec LEP (v. Ill. 29, p. 85). Une possibilité de saisie différenciée des données résulte par exemple de la partition comme la suivante :

- Dans la zone de données des « Prestations liées au patient »,
 - les interventions LEP directes sont réparties une à une sur le niveau d'agrégation 4 (v. Ill. 8, p. 23 et Ill. 9, p. 25),
 - les interventions LEP indirectes sont combinées/regroupées en blocs/complexes de prestations sur le niveau d'agrégation 4 (voir 7.3.3, p. 102),
- Dans la zone de données des « Prestations sans lien avec le patient »,
 - les prestations « Éducation » et « Développement » sont de façon généralisée regroupées sur le niveau d'agrégation 2,
 - les prestations sans lien avec le patient restantes ne sont pas partitionnées/saisies mais intégrées à l'évaluation par pondération et clé de répartition (v. Ill. 30 : Prévention des coûts supplémentaires par pondération et clé de répartition, p. 87).

Une possibilité de saisie indépendante des données résulte par exemple d'une partition des données par rapport au temps pouvant être effectuée comme suit :

- Dans la zone de données des « Prestations liées au patient »,
 - les interventions LEP directes sont saisies une à une et en continu sur le niveau d'agrégation 4 (v. Ill. 8, p. 23 et Ill. 9, p. 25),
 - les interventions LEP indirectes sont collectées deux fois par an pendant un mois sur le niveau d'agrégation 4,
- Dans la zone de données des « Prestations sans lien avec le patient »,

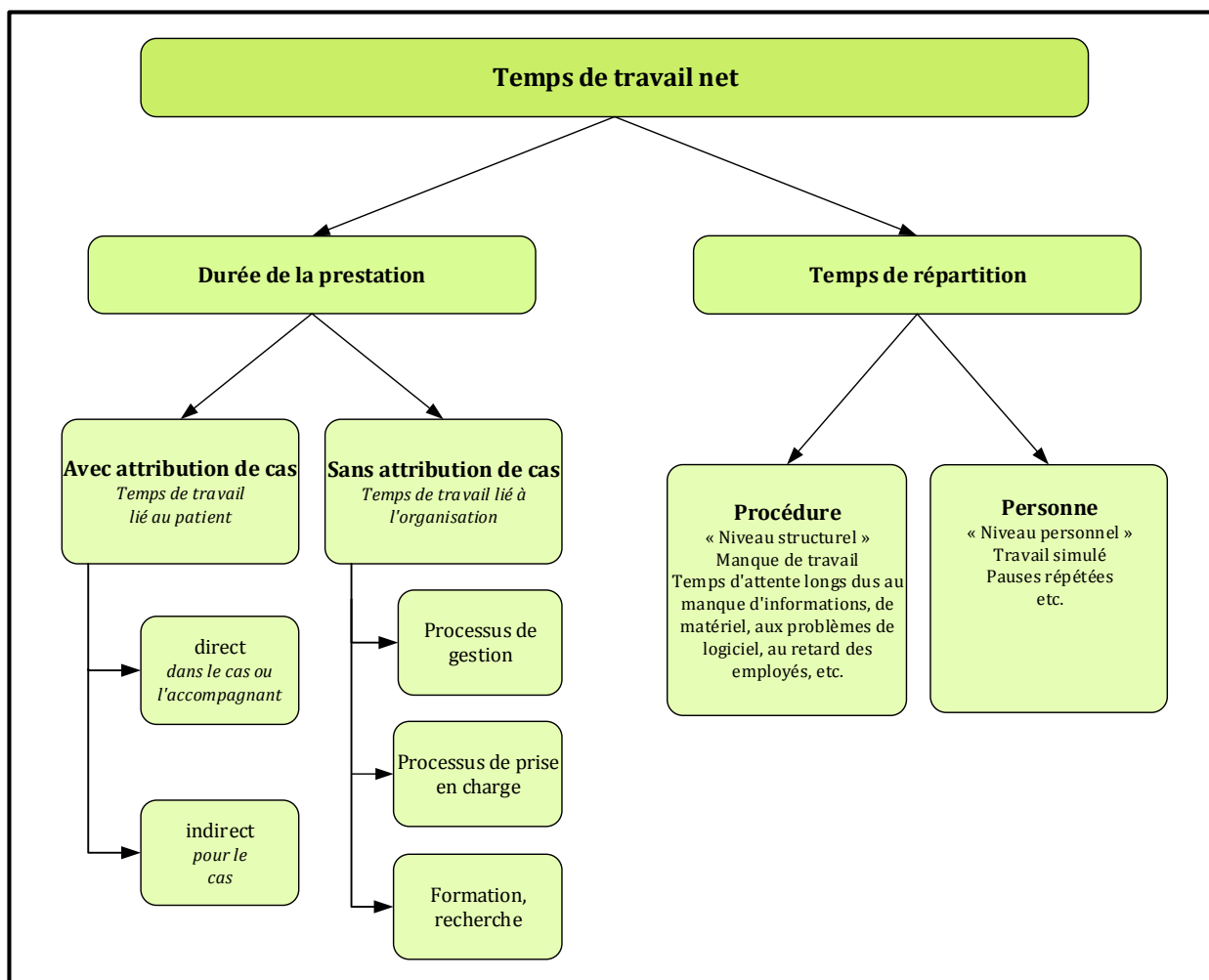
- les prestations individuelles LEP des groupes de prestations « Éducation » et « Développement » sont saisies par les enseignants praticiens et formateurs sur le niveau d'agrégation 4, mais par les autres professionnels de la santé seulement sur le niveau d'agrégation 2, mais alors de façon continue.
- les interventions LEP restantes (« Gestion des matériels » ou « Recherche », par exemple) sont collectées deux fois par an pendant un mois sur le niveau d'agrégation 2.

Les exemples ci-dessus montre que LEP permet les évaluations des prestations complètes et partielle sur différents niveaux d'agrégation pour différentes tâches centrales (v. Ill. 1 : Structure des données avec LEP, p. 4) et que les données peuvent être saisies de façon ciblée pour tenir compte des exigences des évaluations dans la perspective du coût de saisie.

6.3 Partition dans la perspective des temps de travail et des coûts du personnel

Une variable de référence « classique » au sein d'une évaluation des prestations est le temps de travail du personnel. C'est pourquoi nous présentons ci-dessous un exemple de répartition des données en fonction des temps de travail du personnel.

Le temps de travail du personnel, ou *Temps de travail net*, désigne la période entre le début du travail et la fin du travail pendant laquelle un professionnel de santé se tient effectivement à disposition pour l'exécution des prestations, sans tenir compte des temps de pause définis dans le contrat de travail et des absences payées (« Offre de prestations nette »). Le temps de travail net, sachant que l'activité a commencé à 8 h et s'est terminée à 16 h 30, avec une pause de 45 minutes, est de 7 h 45. L'important est d'intégrer au calcul les heures supplémentaires et les heures en moins. Dans les évaluations, le temps de travail net du personnel, par exemple des professionnels de la santé est souvent mis en relation avec les coûts en temps des prestations avec ou sans lien avec le patient (v. Ill. 31; v. {Frodl 2011 #1053: 67}{Ganz 2014 #1051}{Naegler 2015 #1052}{Wabro 2010 #1050: VII /pageromanuc}{Wipp 2012 #1054: 10}).



Ill. 31 : Structure du temps de travail net

La sélection des données requises doit prendre en compte le fait que LEP peut collecter complètement les prestations *liées au patient* ET les prestations sans lien avec le patient. Les prestations documentées « Au niveau, avec ou pour les patients » peuvent être générées automatiquement pour les évaluations.

Une question se posant à l'utilisateur, pour les évaluations avec la valeur cible Temps de travail, est de savoir si le temps de coût des prestations LEP *sans* méthode de pondération ou clé de répartition (bonus de temps automatisés) doit être « complètement » mis en correspondance avec le temps de travail, par exemple avec les coûts des prestations d'Éducation, Gestion des matériels ou Gestion du personnel. Ces prestations doivent alors être saisies en supplément hors de la documentation des patients, à coût moindre. La question centrale se posant à l'établissement lors de la détermination des données requises pour une évaluation en rapport avec le temps de travail (v. Ill. 31) est : Faut-il mettre en correspondance avec le temps de travail *toutes* les prestations exécutées par les professionnels de la santé dans un établissement, y compris le temps requis pour leur exécution (voir 2.2.4.5.3, p. 29) ?

LEP n'induit aucune obligation de saisir complètement les prestations pour évaluations avec la variable Temps de travail. En général, les professionnels de la santé ne considèrent pas comme utile et efficace de devoir collecter des données qu'ils considèrent comme une collecte administrative destinée à satisfaire une « bureaucratie insatiable », sachant que cela peut non seulement avoir une influence négative sur la satisfaction du personnel, mais aussi sur la qualité des données collectées ([Schulz 2011 #516: 27]; voir 1.6 Solutions orientées utilisateur, p. 10).

Pour minimiser les coûts de saisie, la pondération et les clés de répartition (voir 6.1, p. 86) sont, en général, une alternative robuste et reconnue à la saisie complète des prestations pour couvrir dans leur contenu les temps de travail et les coûts de personnel correspondants.

Dans un établissement de santé, par exemple, seules les prestations significatives cliniquement seront systématiquement saisies pour une évaluation et pouvant être générées par saisie des prestations automatisée à partir de la documentation électronique des patients. Les professionnels de la santé effectuant la documentation savent qu'une saisie des prestations automatisée est effectuée en arrière-plan (voir 5.4, p. 64), mais ils n'ont cependant pas à effectuer de saisie manuelle. Les prestations liées au patient restantes (par exemple compléter la documentation des patients) et les prestations sans lien avec le patient sont réparties à l'aide d'une clé de répartition [Oertle #99].

Évoquée dans les sections 6.1, p. 86 et 6.2, p. 88, la saisie *sélective* d'un ou de plusieurs groupes de prestations, par exemple Éducation ou Développement (Gestion de la qualité et de projet) a fait ses preuves. Les valeurs cibles et *seuils définis* sont très utiles pour générer des clés de répartition robustes. Dans l'exemple précédent, le seuil pour le temps de répartition par collaborateur lié au personnel est de 5 % du temps de travail net. Si d'autres prestations liées au patient sont saisies, on peut considérer, en fonction des conditions de l'établissement, qu'une valeur cible de 70 % du temps de travail productif lié au patient (v. Ill. 31, p. 90) est adéquate, ce qui signifie que la valeur temporelle des prestations liées au patient représente 70 % du temps de travail net (voir 6.1, p. 86). Pour assurer la détermination robuste des seuils, on peut aussi, dans les zones de données comme par exemple le Temps de travail productif sans relation aux cas (v. Ill. 31, p. 90), effectuer de façon ponctuelle (par exemple pendant un mois) une saisie complète des prestations. Elle sera répétée si des modifications importantes doivent toucher les procédures de l'établissement. D'autres établissements choisissent de mettre en correspondance complète les contenus des temps de travail du personnel et des temps de prestation (v. Ill. 31, p. 90), et effectuent donc la saisie complète en continu des prestations.

6.4 Détermination de la productivité standard orientée sur les cas avec LEP

Pour la gestion d'établissement, il est conseillé de recourir à la détermination basée sur les évaluations LEP d'une productivité standard orientée sur les cas (pour la notion « Productivité », voir 4.2,

p. 49). La productivité standard représente la relation entre les coûts des prestations liées au patient et les ressources mises en œuvre par unité de temps. Exemple : Si les coûts des prestations liées au patient sont de 6 heures et le temps de travail net 8 heures, la productivité standard est de 75 % (voir Tableau 22)

Durée des prestations avec attribution de cas	:	Temps de travail net	=	Productivité standard
---	---	----------------------	---	-----------------------

Tableau 22: Productivité standard orientée sur les cas

Les résultats de telles évaluations avec LEP peuvent provoquer dans les établissements de santé un certain étonnement, accompagné d'activités destinées à augmenter la productivité standard orientée sur les cas des collaborateurs et à contrôler les conséquences sur le résultat de l'établissement (v. Tableau 2, p. 12).

Si l'on ajoute aux coûts des prestations liées au patient le temps « improductif », on obtient le temps de travail net, appelé aussi « Productivité de base », (voir Exemple Tableau 23).

Durée des prestations avec attribution de cas	+	Durée des prestations sans attribution de cas	+	Durée des dysfonctionnements	=	Temps de travail net
---	---	---	---	------------------------------	---	----------------------

Tableau 23: Productivité standard et productivité de base liées au cas

Un exemple chiffre est présenté dans le Tableau 23 : 6 heures de coût des prestations liées au patient + (plus) 1,75 heures de coût des prestations sans lien avec le patient + (plus) 0,25 heure coût lié aux dysfonctionnements (v. 2.2.4.5.3 Temps de répartition personnels et factuels p. 29) = (égal) 8 heures de temps de travail net.

Les corrections de productivité sous forme de minutes ou de pourcentages sont adaptées à la comparaison d'établissement lorsque certaines prestations nécessitent plus de temps, liées à des trajets longs ou une administration plus complexe. Une approche de productivité orientée sur les cas méthodologiquement, c'est-à-dire comme dans l'exemple ci-dessus l'objectif de 75 % (nominal) de productivité standard, est plus motivante pour les professionnels de la santé car ils préfèrent travailler « auprès du patient » ou « avec, au niveau ou pour le patient ». Il est dans ce cas souhaitable de minimiser le coût en temps généré par les prestations « improductives pour le cas ». Définir les objectifs « complémentaires », c'est-à-dire, dans l'exemple ci-dessus, « le temps de travail administratif ne doit pas dépasser 25 % », peut être moins motivant et ressenti comme bureaucratique (v. {Schulz 2011 #516: 27}).

Si l'on continue de suivre l'approche méthodique considérant qu'il faut avoir un objectif temporel pour la productivité standard liée au cas, il devient rapidement clair que cette approche peut être transmise au type et au nombre des prestations, entraînant un rapprochement progressif vers les

prestations fixes, les bouquets de prestations ou les parcours des soins cliniques (voir 7.3, p. 97 bis 7.3.3, p. 102). Une autre approche préconise la génération de taux de productivité spécifiques liés aux prestations à coût en temps particulièrement élevé.

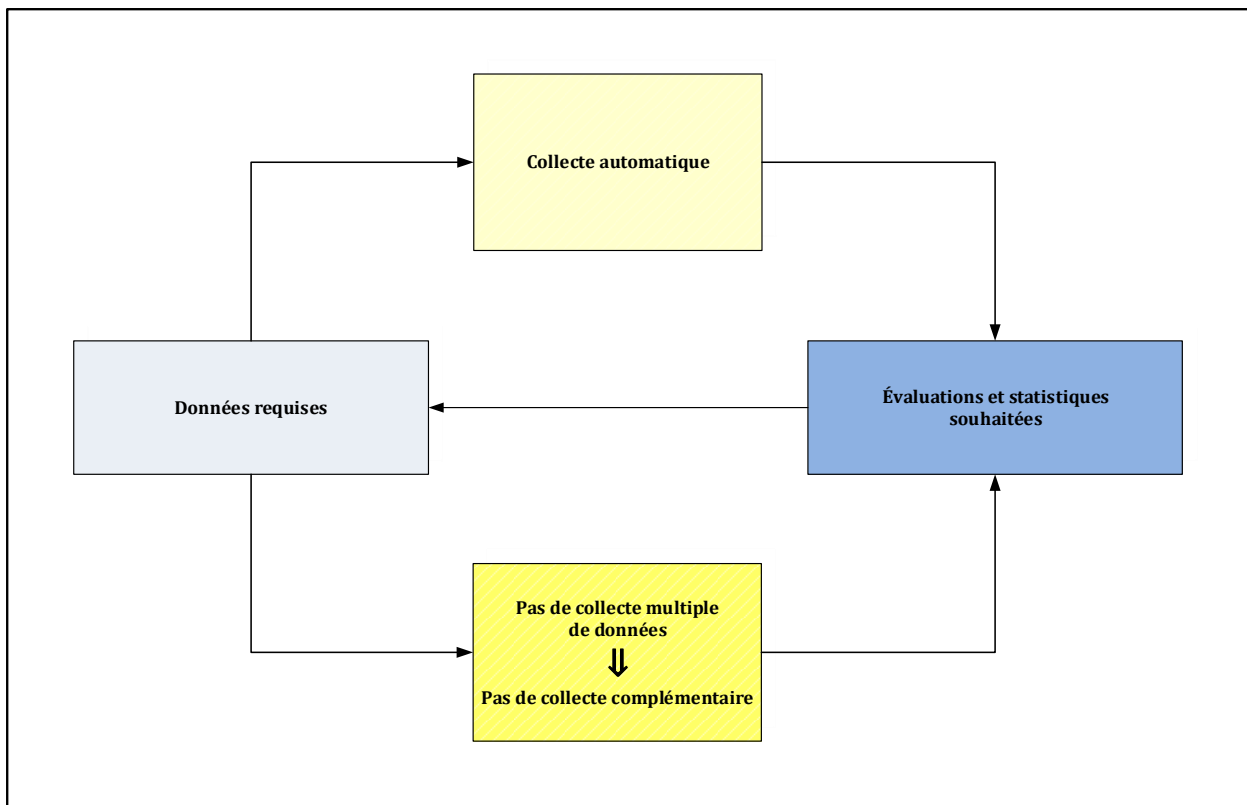
La saisie et l'enregistrement corrects des temps de travail avec heures supplémentaires et les heures en moins, vacances, horaires mobiles ou absences sont des procédures capitales pour la fiabilité des évaluations des coûts des prestations LEP liées aux temps de travail. Autrement, les évaluations souffriront de distorsions systématiques.

6.5 Pas de saisie multiple, pas de données redondantes

Pour réduire au minimum le coût lié à la saisie des données requises, il faut, outre la partition, éviter la « saisie en double » de données (redondantes).

On appelle « Données redondantes » les faits déjà documentés dans le système d'exploitation enregistrés plusieurs fois à la suite de collectes répétées des données, sachant que la répétition est considérée comme inefficace. Ces données doivent être identifiées et supprimées.²⁷ Les données redondantes peuvent être ignorées sans perte d'information. Les conséquences des données redondantes sont une inefficacité liée aux coûts multiples et au manque de cohérence des données et au manque de concordance entre les données documentées et celles collectées en plus par une saisie des prestations séparée. Dans ce cas, la redondance résulte du fait que, par exemple, les professionnels de la santé documentent la même prestation avec LEP d'un côté en tant que « Donner à boire » et, d'autre côté simultanément, en tant que « Alimentation » dans une saisie des prestations et des durées séparée et liée au temps de travail (v. 8.2, p. 113). Ou lorsqu'une valeur de tension (12/9) est inscrite dans la fiche graphique et, pour la saisie des prestations et des durées, de nouveau saisie en tant que « Mesurer les signes vitaux » ou « Surveiller ». La saisie des données automatisée est essentielle pour éviter la saisie en double des données (v. Ill. 32).

²⁷ Déduplication : Identification et suppression des unités d'information redondantes



Ill. 32 : Réduction des coûts de saisie par prévention des saisies en double

Les redondances de données sont, c'est banal, évitées lorsqu'un fait n'est pas saisi plusieurs fois. Grâce aux possibilités actuelles d'automatisation et d'agrégation les faits déjà documentés de façon détaillée dans un système d'exploitation ne doivent plus être ressaisi sur un niveau d'agrégation plus élevé. Par exemple, « Donner à boire » ne doit pas être ressaisi sous « Nourriture/Boisson » ou « Alimentation », voir Niveaux d'agrégation dans Ill. 8, p. 23).

La prescription est une forme connue de saisie en double. De plus, les prescriptions du médecin aux soins infirmiers, par exemple les médications ou les douches, doivent être converties du texte libre en données structurées.

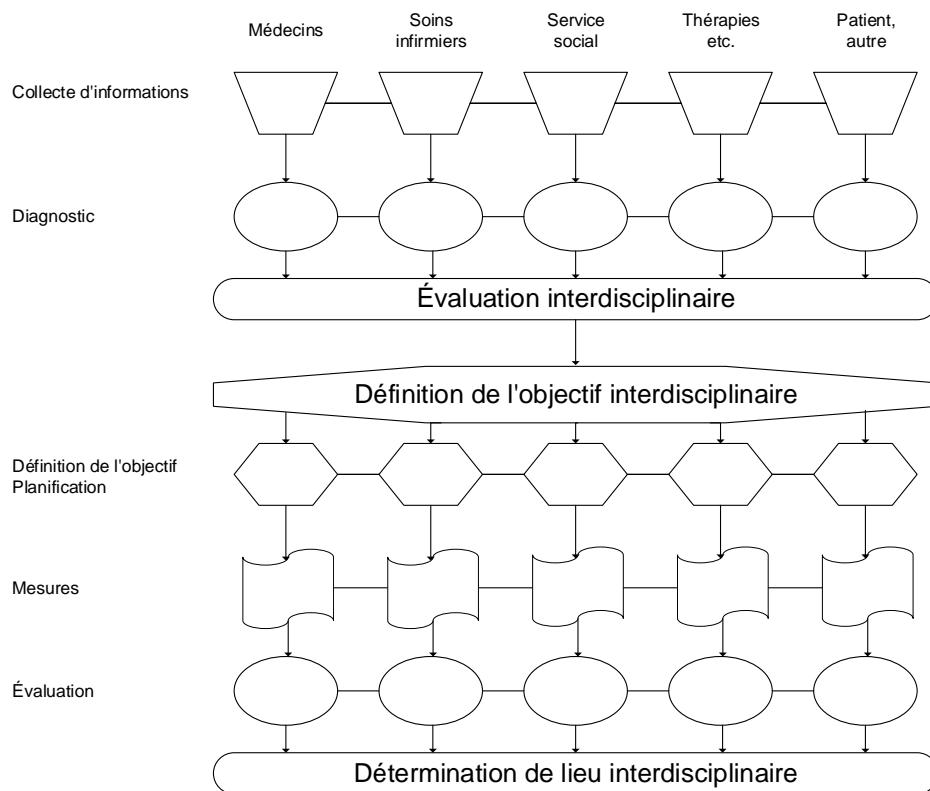
7 La documentation des patients avec LEP

Outre la détermination des données requises pour les évaluations, l'examen préalable des obligations de documentation et des structures nécessaires à la documentation des patients ont priorité lorsqu'il s'agit de définir les tâches devant être réalisées avec l'utilisation de LEP (v. Ill. 6 : Classification principale et classifications auxiliaires de LEP, p. 19).

Une tâche centrale devant être réalisée avec LEP dans la documentation des patients est représentée par le slogan « Collect once, use many » (Collecté une fois, utilisé plusieurs fois) (voir 5.1, p. 62). Les données sont mises à disposition des professionnels de la santé pour les assister dans le processus de traitement. La documentation des patients doit donc être créée de façon ciblée : Si les données LEP peuvent être utilisées de façons diverses et multiples, cela réduit simultanément le coût de documentation dans tout l'établissement de santé.

7.1 Points de vue et coopération dans le processus de traitement

On peut distinguer de façon simplifiée différents points de vue pour les phases du processus de traitement (voir 3.2, p. 41). Elles peuvent s'orienter principalement sur le traitement somatique, psychique, pédagogique ou de soignant de l'état de santé du patient {Ammenwerth 2003 #936: 184}. L'extension des possibilités de thérapies et de diagnostic dans le secteur de la santé entraîne de plus en plus une spécialisation et une répartition du travail des groupes professionnels impliqués dans le processus de traitement. En conséquence, dans le cadre du processus de traitement, les problèmes s'articulent souvent autour du fait que le traitement et les soins des patients deviennent trop spécifiques aux groupes professionnels, trop rigides vis-à-vis de la séparation du travail et trop liés à l'établissement {Ammenwerth 2003 #936: 172}. En réaction, les demandes de coopération multiprofessionnelle dans le processus de traitement devant être intégrées dans la documentation des patients se multiplient (v. Ill. 33, ci-dessous).



Ill. 33 : Processus de traitement, coopération et documentation des patients {Abderhalden 2006 #935}

Dans le processus de traitement, les résultats pour le patient et le bien du patient sont prioritaires {Bürki 2010 #141: 24}. Les processus de prestations des groupes professionnels s'y orientent. Les professionnels de la santé enregistrent dans la documentation des patients les résultats pour les patients et les prestations. Ils coopèrent au sein de chaque groupe professionnel et entre les groupes professionnels tout le long du processus de traitement (voir exemple Ill. 33, {Abderhalden 2006 #935}). Outre la coopération *au sein* d'un établissement de santé, la coopération *entre les établissements* est primordiale (voir 1.1, p. 1). L'importance de la coopération pour la qualité de traitement est aussi soulignée dans le cadre de l'eHealth.

L'utilisation de LEP prévoit la projection pour évaluation de différentes données relatives aux états de santé (évaluations, diagnostics, objectifs et effets) issues de la documentation des patients et des interventions de santé de la documentation des patients (v. Ill. 25 : Le flux de données d'un système d'exploitation dans l'utilisation de LEP, p. 79). En fonction de la problématique et de l'évaluation, ces données sont combinées les unes aux autres et avec d'autres données, par exemple celles relatives aux groupes professionnels ou à la coopération.

Dans la perspective des résultats pour les patients, la planification et l'exécution d'interventions de santé en corrélation avec des évaluations peuvent être contrôlés et justifiés d'un point de vue clinique dans les évaluations des données LEP d'un établissement de santé. On peut analyser l'efficacité des interventions exécutées en corrélation avec la définition d'objectif et les effets ou évaluer quelles interventions de quels groupes professionnels sont exécutées avec quels effets.

7.2 Objectifs de la documentation des patients avec LEP

La documentation du processus de traitement est appelée documentation des patients. Elle contient une description détaillée du diagnostic et du traitement comme prestation planifiée, exécutée systématiquement et de façon orientée vers l'objectif et contrôlée par des professionnels de la santé.

Lorsqu'un établissement de santé met au point une solution optimale de son point de vue et du point de vue de son environnement pour la documentation des patients ou la documentation des patients avec saisie des prestations intégrée sur la base des modules LEP, il faut absolument comprendre que la documentation des patients est indépendante de la saisie des prestations. La documentation des patients doit assister le processus de traitement et ne doit pas être gonflée pour recevoir la saisie de données liées aux personnes ou non significatives cliniquement. (voir 8.1, p. 112). Les définitions d'objectif suivantes doivent aider à déterminer les caractéristiques de la documentation des patients et des obligations de documentation correspondantes. L'utilisation de LEP dans la documentation des patients a pour but d'assister l'optimisation des résultats pour les patients, car

- elle a un effet positif sur la pratique clinique et la coopération des professionnels de la santé dans le processus de traitement ;
- elle garantit la répartition efficace des ressources dans le respect des besoins réels des patients (évaluations, diagnostics, objectifs) ;
- elle optimise les déroulements de traitement pour le bien des patients et pour tous les groupes professionnels ;
- elle soulage les professionnels de la santé des tâches de saisie en double/multiple et de données redondantes (voir 5.1, p. 62) ;
- elle met à disposition des professionnels de la santé le savoir requis pour les interventions de santé à exécuter (voir 3.5, p. 45)

{Fagerstrom 2014 #508: 33}{Fitterer 2009 #1022: 38-39}{Urquhart 2009 #175}.

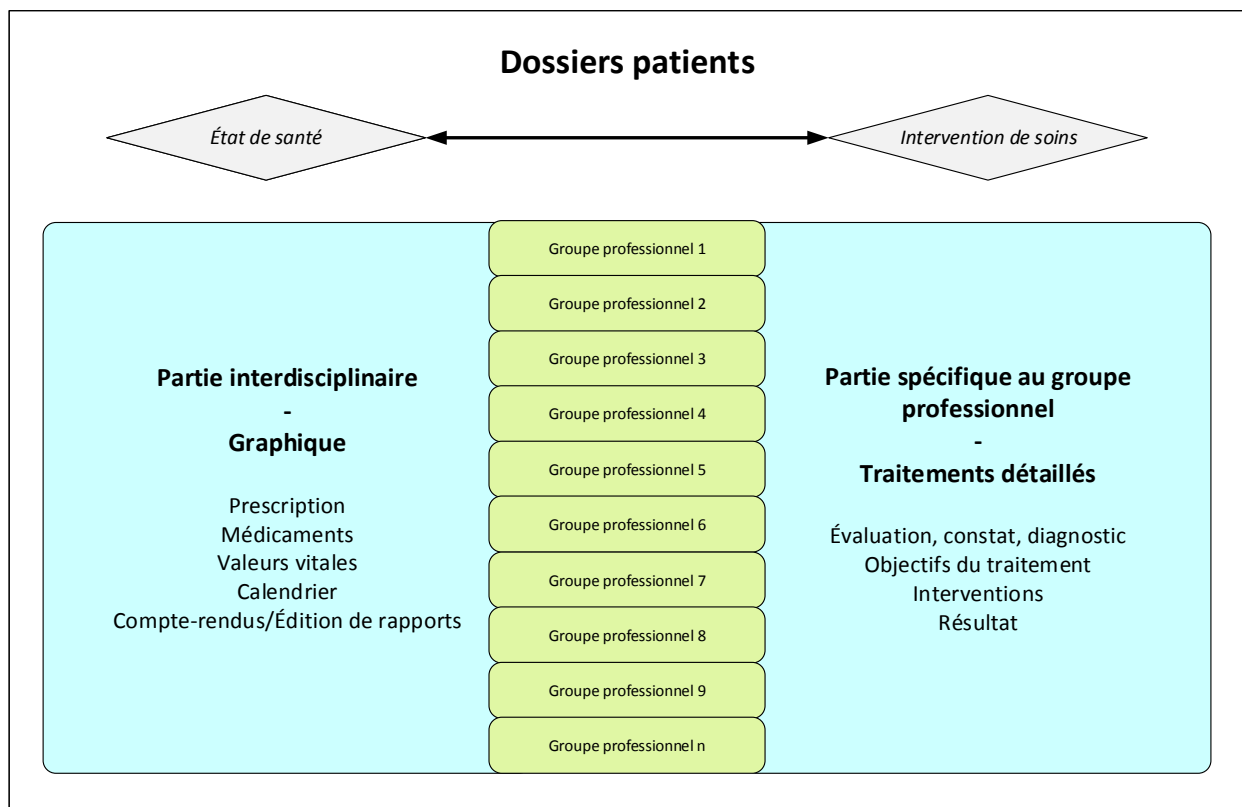
Les données exportées de façon automatisée de la documentation des patients doivent être comprises comme données de routine pour utilisation secondaire, comme *produit recyclé* bienvenu pourrait-on dire, pour les évaluations et les statistiques {Hackl 29. September 2015 #920}.

La question est de savoir quelles parties de la documentation sont nécessaires à l'exécution des tâches et avec quelle étendue et degré de précision les données doivent être documentées.

7.3 Structure de la documentation des patients avec LEP

La structure fondamentale d'une documentation des patients est basée sur les deux phases centrales du processus de traitement, le diagnostic et le traitement (voir 3.2, p. 41). Pour une documentation des processus spécifique aux groupes professionnels, il est avantageux d'affiner la structure en Évaluation, Diagnostic, Objectif et Résultat, sachant que l'élément de structure Intervention peut

lui-même être subdivisé en Planification (« Nominal ») et Exécution (« Effectif ») (v. Ill. 13, p. 42 et Ill. 33, p. 96). La documentation des patients contrôle la coopération des groupes professionnels, par exemple dans le processus des soins ou d'assistance à la naissance, et livre aux autres groupes professionnels au besoin des informations cliniquement suffisamment détaillées. La documentation des processus de traitement spécifiques aux groupes professionnels est le premier élément principal de structuration de la documentation des patients (v. Ill. 34, ci-dessous). Exemples : la documentation du processus des soins et d'assistance à la naissance ou les antécédents médicaux.



Ill. 34 : Structure globale de la documentation des patients

Le second élément principal de la structure de la documentation des patients résulte de la combinaison d'éléments de structure significatifs pour le traitement pour tous les groupes professionnels. Cette partie interdisciplinaire de la documentation des patients est appelée, de façon imagée et simplifiée, « Fiche graphique » (v. Ill. 34, ci-dessus). Elle contient cependant plus que des graphiques illustrant l'évolution de la tension, du pouls, de la température etc. les prescriptions et les compte-rendus y sont, par exemple, très importants pour l'utilisation de LEP (v. Ill. 20, p. 65 et Ill. 21, p. 66). La fiche graphique recèle un potentiel énorme d'aide à l'amélioration de l'efficacité des processus de traitement, par exemple pour l'administration de médicaments ou la coordination des rendez-vous dans le calendrier (laboratoire, ECG, radiographie, etc.). Les éléments de structure

de la fiche graphique doivent être combinés en commun par le corps médical, les soins, les sages-femmes, etc.

Outre les éléments de structure traditionnels de la fiche graphique, l'application LEP va, par exemple, centraliser de plus en plus la liste des « Problèmes/Complications interdisciplinaires » dans les documentations des patients structurées et orientées vers l'interdisciplinarité (v. Ill. 33, p. 96). Les documentations des patients interdisciplinaires et en même temps centrées sur les patients doivent être encore maintenant considérées comme « chantiers fructueux ». Outre les éléments de structure listés ci-dessus (v. aussi Ill. 33 et Ill. 34, ci-dessus), de nombreux éléments offrent un grand potentiel. Par exemple, dans la gestion des matériels, où l'intervention LEP « Soigner une plaie » est reliée en arrière-plan avec du matériel de pansement, ou dans la gestion des connaissances, où l'intervention LEP « Donner des aliments particuliers » est reliée avec des instructions d'actions (v. Ill. 15, p. 46).

L'utilisation de LEP dans la documentation des patients a pour but d'assister l'optimisation des résultats pour les patients. En principe, pour cette raison, il faudrait donc pouvoir documenter les interventions attendues logiquement en environnement clinique ou les prestations de routine quotidiennes (« Prestations fixes », « Prestations de routine », etc.) avec le moins de coûts possibles et sans complication supplémentaire des procédures de documentation, dans la mesure où il n'y a pas de contraintes de temps. Les trois approches esquissées ci-dessous conduisent par différents moyens dans la même direction. Le grand défi auquel doivent faire face toutes les approches et structures est que le processus de traitement dans la documentation des patients doit être présenté clairement, de manière à assister l'orientation rapide et traçable et à obtenir des résultats pour les patients optimaux.

7.3.1 Parcours des soins clinique avec LEP

LEP est parfaitement adapté à une utilisation pour le bien des patients et pour la documentation dans les parcours des soins interdisciplinaires²⁸ {Holler 2002 #1057} {Peters-Alt 2005 #41: 70}{Rieben 2003 #1056}. Ces derniers requièrent un diagnostic et un traitement orienté vers les besoins et servent de base à l'optimisation des processus de traitement et de la qualité de traitement {Opitz 2004 #942}. LEP peut, dans ce cas, être utilisé en front-end ou back-end des parcours des soins (voir 5.4, p. 64).

Le parcours des soins dans lequel LEP est utilisé est un modèle des soins intégrés appelé « mipp » (Modèle intégré de parcours des patients, {Holler 2002 #1057}{Rieben 2003 #1056}). Avec LEP, y sont définies les unités de prestation des soins devant être exécutées, selon les prescriptions, dans

²⁸ *Clinical Pathways*, parcours des patients.

un traitement déterminé {Gilles 16. März 2010 #938: 11, 12}{«mipp» Oktober 2001 #800}. Un autre parcours dans lequel LEP est intégré est « ClinPath ». Dans ce dernier, les prestations LEP sont attribuées de telle façon à chacune des étapes modulaires du parcours qu'à la confirmation de l'exécution d'une étape, les prestations LEP fournies ne sont pas sélectionnées une à une mais automatiquement documentées et ajoutées {Tenckhoff 01. Juni 2006 #944}.

Jour	Durée	Secteur	Sous-secteur	Code LEP	Sommaire
1	11:25	Soins infirmiers	Mes. de soins	52.05	Détermination TT
1	11:28	Soins infirmiers	Mes. de soins		Service médical informé de la valeur de TT, prescription reçue
1	11:30	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.04	Apport de l'injection d'insuline pour auto-injection
1	11:31	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.05	Injection sous-cutanée Insuline selon prescription médicale
1	17:25	Soins infirmiers	Mes. de soins	52.05	Détermination TT
1	17:28	Soins infirmiers	Mes. de soins		Service médical informé de la valeur de TT, prescription reçue
1	17:30	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.04	Apport de l'injection d'insuline pour auto-injection
1	17:31	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.05	Injection sous-cutanée Insuline selon prescription médicale
1	20:55	Soins infirmiers	Mes. de soins	52.05	Détermination TT
1	20:58	Soins infirmiers	Mes. de soins		Service médical informé de la valeur de TT, prescription reçue
1	21:00	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.04	Apport de l'injection d'insuline pour auto-injection
1	21:01	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.05	Injection sous-cutanée Insuline selon prescription médicale
2	02:00	Soins infirmiers	Mes. de soins	52.05	Détermination TT
2	07:25	Soins infirmiers	Mes. de soins	52.05	Détermination TT
2	07:28	Soins infirmiers	Mes. de soins		Service médical informé de la valeur de TT, prescription reçue
2	07:31	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.04	Apport de l'injection d'insuline pour auto-injection
2	07:32	Soins infirmiers	Mes. de soins	53.05	Injection sous-cutanée Insuline selon prescription médicale

Tableau 24: Exemple d'un parcours des soins pour les patients devant recevoir de l'insuline

Un des grands avantages en est, qu'une application de LEP dans les parcours peut, à côté du contrôle de facturation, être directement utilisée pour le contrôle de qualité, dans la mesure où les prestations prévues dans le parcours (« Nominal »/prestations planifiées) peuvent être comparées aux prestations exécutées (« Effectif »). Grâce aux prestations prédéfinies par le parcours du patient, on peut prendre en compte les coûts nominaux rendus possibles par l'utilisation d'instruments de gestion modernes et la gestion financière ciblée orientée sur la qualité et les prestations.

Un logiciel d'application intégrant LEP permet, dans l'idéal, de créer et de modifier directement des plans et des parcours des soins (voir 7.3.2, ci-dessous), pouvant être utilisés de façon flexible, individuelle et liée au patient {Tenckhoff 01. Juni 2006 #944}. La structure de parcours et les prestations LEP peuvent par exemple permettre de dégager des évaluations statistiques, des instructions d'actions, des prescriptions, des normes de qualité ou des systèmes pour l'administration, la facturation ou le laboratoire (v. Ill. 25 : Le flux de données d'un système d'exploitation dans l'utilisation de LEP, p. 79).

7.3.2 Plans de traitement standardisés avec LEP

LEP est parfaitement adapté à la documentation de plans de traitement définis de façon homogène. Dans la plupart des cas, il s'agit, par exemple dans les plans des soins standards, de combinaisons spécifiques aux groupes professionnels d'interventions et d'états de santé (Évaluation, Diagnostic, Objectif), *se répétant* dans la pratique. L'intervention « Donner une consultation en cas de douleurs » est, par exemple, souvent présente dans le diagnostic des soins « Douleur vive » ou l'intervention « Exécuter un entraînement à la marche » dans le diagnostic des soins « Mobilité physique réduite » (v. Tableau 25).

DM : Fracture du col du fémur								
	Admission	Jour Opération	1er Jour postopératoire	2è Jour postopératoire	3è Jour postopératoire	4è Jour postopératoire	5è Jour postopératoire	
DI 1 : Douleur vive		x	x	x	x	x	x	x
DI 2 : Mobilité corporelle réduite		x	x	x	x	x	x	x
DI 3 : Déficit d'autonomie Hygiène du corps		x	x	x	x	x	x	
Intervention pour DI 1								
Donner une consultation en cas de douleurs	x	x	x	x	x	x	x	x
Évaluation spécifique (douleur)		x	x	x	x	x	x	x
Intervention pour DI 2								
Exécuter la position latérale		x	x	x	x			
Positionner le patient en décubitus dorsal		x	x	x	x			
Exécuter l'instruction	x							
Mobiliser au niveau du bord du lit		x	x	x	x	x	x	x
Exécuter un entraînement à la marche				x	x	x	x	x
Exécuter un micropositionnement		x	x	x	x	x	x	x
Intervention pour DI 3								
Mettre/retirer la chemise du patient		x	x	x	x			
Surveiller l'état de la peau	x	x	x	x	x	x	x	x
Effectuer une toilette partielle du corps		x	x	x	x			
Préparer/Ranger la douche							x	x
Autres interventions								
Effectuer un entretien d'admission	x							
Effectuer un entretien sur la maîtrise des tâches de la vie quotidienne		x	x	x	x	x	x	
Effectuer une visite de soins	x	x	x	x	x	x	x	x
Effectuer un entretien de sortie								x
(...)								

Tableau 25: Exemple d'un plan des soins standardisé en cas de fracture du col du fémur

Les diagnostics infirmiers et interventions contenues dans le Tableau 25 (DM= Diagnostic médical; DI= Diagnostic infirmier) sont eux-mêmes souvent présents dans le DM de la fracture du col du fémur²⁹. Dans cet exemple, les notions d'interventions LEP sont en front-end (voir 5.4 LEP en front-end et back-end, p. 64).

Les interventions LEP effectuées en routine pour tous les patients avec un diagnostic particulier ou sur lesquels des opérations sont répétées et dont les coûts en temps restent stables sont très bien adaptés aux plans de traitement uniformisés.

Les plans des soins et de traitement peuvent aussi être systématisés uniquement en rapport avec les problématiques ou les diagnostics spécifique aux groupes professionnels. Dans les soins, par exemple, les interventions pour le diagnostic des soins « Déficit d'autonomie au niveau des soins corporels » (v. Tableau 26).

²⁹ ICD-10 GM: S72.0 Fracture du col du fémur.

Déficit d'autonomie Hygiène du corps							
	Date	Date	Date	Date	Date	Date	(...)
Exécuter un entraînement au lavage							
Effectuer un lavage complet du corps							
Effectuer une toilette partielle du corps							
Faire prendre une douche							
Laver les cheveux							
Surveiller l'état de la peau							

Tableau 26: Exemple d'un plan des soins standardisé en cas de « Déficit d'autonomie au niveau des soins corporels »

Ceci couvre de façon homogène l'offre de base des soins dans la documentation des patients. L'idée en arrière-plan est de pouvoir passer, *en plus*, à un plan de traitement dit spécifique ou individuel pour que les interventions requises, si elles diffèrent de l'offre de base, puissent être planifiées et confirmées comme exécutées individuellement. À l'aide des liens dans le processus des soins LEP, d'autres interventions spécifiques seront proposées ou, si elles manquent dans la liste des prestations proposées à la sélection, choisies dans le catalogue général.

Les plans de traitement standardisés peuvent aussi être utilisés dans la documentation des patients des établissements de santé comme une liste seule des interventions LEP les plus communes, par exemple celles d'une spécialité, cependant sans que soit incluse la liste nominative des états de santé. Dans le Tableau 26, ci-dessus, les deux interventions LEP « Effectuer un lavage complet du corps » ou « Effectuer une toilette partielle du corps » seraient, sans le diagnostic des soins « Déficit d'autonomie au niveau des soins corporels », définies de façon unique.

Les plans standards devraient réduire les coûts de documentation, mais sans éloigner les interventions LEP orientées sur les besoins individuels des patients. Le système a besoin de règles adaptées à chaque établissement de santé définissant comment et quand il faut passer d'un plan des soins standardisé à un plan des soins individuel. Dans l'idéal, les plans des soins peuvent être complétés pour être adaptés au besoin d'intervention spécifique d'un patient. Les professionnels de la santé devraient contrôler régulièrement les plans standardisés et les adapter aux limites et ressources individuelles de chaque patient. Il est aussi important d'adapter les plans standardisés au niveau de connaissance actuel (v. Ill. 15, p. 46). La frontière par rapport aux parcours des soins cliniques est volatile et difficile à séparer dans un sens général.

7.3.3 Réorganisation des prestations LEP en bouquets de prestations

Outre les approches cliniques (voir 7.3.1 et 7.3.2), les interventions et prestations LEP des établissements de santé peuvent être réorganisées, en fonction d'autres critères et principes d'organisa-

tion, en bouquets de prestation, appelés aussi complexes de prestation ou paquets de prestations (Tableau 27).

« Opération majeure » - Jour de l'opération -- Patient a une opération majeure	
o	Surveiller la respiration
o	Mesurer les quantités soutirées
o	Surveiller les excréctions
o	Surveiller le drain
o	Mesurer les quantités injectées
o	Surveiller l'état de la peau
o	Surveiller la douleur
o	Mesurer les signes vitaux
o	Mettre/Retire les bas de contention
o	Mettre/retirer la chemise du patient
o	Mobiliser au niveau du bord du lit
o	Positionner le patient en décubitus dorsal
o	Changer les draps
o	Vider/Remplacer le bassin de lit
o	Donner/Retirer l'urinal
o	(...)

Tableau 27: Exemple d'un bouquet de prestations dans une application logicielle (AGFA Orbis)

Les désignations ne sont pas basées sur des prévisions d'objectifs ou des compréhensions de notions uniques. Les désignations des bouquets de prestations et l'attribution des interventions LEP peuvent être directement prévues par l'application logicielle. Il peut y avoir un ou plusieurs objectifs d'utilisation derrière la désignation (par exemple Favoris). La frontière par rapport à l'approche clinique des plans et parcours des soins est flexible, en fonction de l'utilisation dans le logiciel d'un établissement de santé.

Dans la réorganisation, il est très important, comme toujours lorsqu'il s'agit de systèmes de classement, de se concentrer sur l'*objectif d'utilisation*, de façon conséquente et jusqu'à la mise en œuvre concrète dans le logiciel (voir 2.1 Principe de base d'une classification, p. 18). L'objectif d'utilisation d'un bouquet de prestations détermine la sélection de l'organisation structurelle des prestations, le nombre, le type et le degré de précision des prestations (v. Ill. 1 : Structure des données avec LEP, p. 4). Par exemple, il est plus simple de documenter et de coder avec un bouquet de prestations les interventions LEP effectuées en routine et dont le coût en temps reste constant (v. Tableau 28; {BFS 2013 #158: 49}).

Bouquet de prestations	Interventions LEP
Sortie	Effectuer un entretien de sortie
	Effectuer une visite avec le médecin/équipe de traitement
	Créer un document de sortie
	Organiser la sortie
	Emballer/Déballer les effets du patient
	Préparer/Arranger le lit
Admission	Effectuer un entretien d'admission
	Organiser l'admission
	Organiser le repas
	Emballer/Déballer les effets du patient
Postopératoire	Transport interne
	Effectuer un entretien de transmission
	Refaire le lit
	Coucher un patient
	Servir une boisson
Préopératoire	Transport interne
	Effectuer un entretien de transmission
	Mettre/retirer la chemise du patient
	Refaire le lit

Tableau 28: Exemples de bouquets de prestations³⁰

L'intérêt des blocs de prestations (blocs de prestations, favoris ou paquets de prestation) est assuré en définissant l'objectif de la réorganisation des prestations, des interventions et des critères utilisés. Questions pratiques sur ce thème :

- Quel est l'objectif de la réorganisation ? L'objectif est-il par exemple
 - une documentation simplifiée des prestations liées au patient exécutés quotidiennement (« Interventions de routine », « Prestations fixes ») ?
 - une saisie simplifiée des prestations de documentation et de réunion spécifiques (« Gestion des cas et de réunions ») ?
 - une documentation simplifiée des interventions en relation directe avec un traitement de niveau supérieur (Opération, par ex.) ou un élément de processus (Admission, par ex.) ?
- S'agit-il d'un ou de plusieurs objectifs ?
- À quel domaine d'utilisation d'objectif est-il destiné ?
 - Pour la documentation des patients ?
 - Pour la saisie des prestations ?
 - Ces domaines peuvent-ils être distingués ?
- L'objectif est-il adapté aux évaluations souhaitées par l'établissement de santé ? (voir 5.12)

³⁰ Auteur ?

7.4 Lignes directrices relatives à la documentation des patients avec LEP

Outre les conditions cadres obligatoires spécifiques à chaque pays (droit de la responsabilité, de l'organisation, social, des prestations, etc.), les données d'évaluation requises extraites de la documentation des patients sont essentielles à la détermination des obligations de documentation (v. Ill. 29, p. 85 et Ill. 35, p. 111). Les obligations de documentation dépendent de l'étendue et du degré de précision des données d'évaluation (v. Ill. 1 : Structure des données avec LEP, p. 4).

La documentation correcte est une condition décisive de l'utilisation des évaluations statistiques avec LEP. Les données LEP à documenter dans un établissement de santé doivent être cohérentes avec les données requises pour les évaluations LEP. Les données de documentation manquantes pour les évaluations sont intégrées aux calculs des évaluations avec une clé de répartition ou complétées par saisie des prestations systématique (voir 6.1 Prévention des coûts de collecte supplémentaires par pondération, p. 86; avec. Ill. 30, p. 87). On obtient alors un mélange Documentation des patients/Saisie des prestations (voir Variante 2 dans Ill. 35, p. 111 et voir 8.1 La saisie des prestations et des durées complémentaires de la documentation des patients, p. 112). Sinon, il est pratiquement impossible d'utiliser les résultats d'évaluation sans saisie en double et coûts élevés.

Les moments de documentation sont particulièrement importants pour la qualité des données. Toutes les autres interprétations des enregistrements de la documentation, calculs et évaluations sont basées sur la qualité de la saisie. La gestion systématique et à temps de la documentation des patients est prioritaire pour le bien du patient et centrale pour la qualité de traitement et des données. De ce fait, les moments de documentation doivent être intégrés de façon optimale dans le déroulement du travail et les enregistrements de la documentation devraient être effectués plusieurs fois par jour. Plus les enregistrements de la documentation sont effectués à temps, plus on pourra compter sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de prestations.

Malgré les prémisses induites par les bases juridiques et les évaluations souhaitées avec LEP, il faut essayer d'éviter la « folie de documentation » et ses prescriptions compliquées (v. Tableau 29, ci-dessous). Toutes les prescriptions de documentation des patients ne donnent, dans le meilleur des cas, qu'un cadre de travail. Il est parfaitement possible, au sein d'une telle structure, de minimiser l'étendue et la forme d'une documentation des patients et de réduire et modifier les volumes des « données obligatoires ». Il y a cependant à ce sujet différents points de vue et approches. Dans les conditions cadres données, chaque établissement de santé peut définir ses propres approches d'exécution de ses processus clés, d'assistance et de gestion. La priorité la plus élevée est donnée à une documentation des patients garantissant des résultats pour les patients optimaux (voir 7.2, p. 97).

Comme LEP est utilisé par de nombreux professionnels de la santé dans la documentation des patients, l'utilisation cohérente est essentielle pour la qualité des données. L'utilisation cohérente

favorise la qualité des données et donc la fiabilité et l'exactitude des évaluations ultérieures. Les lignes directrices suivantes sont destinées à assurer la qualité des données et obligatoires pour la documentation des prestations LEP (v. Tableau 29).

Trame et lignes directrices	Références
<p>Les exigences relatives à la collecte des données doivent être respectées lors de la documentation des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étendue (complète, partielle, définition de l'exhaustivité) et • Degré de précision (agrégées, détaillées) <p>des prestations LEP à documenter.</p> <p>Étendue et degré de précision sont déterminés par</p> <ul style="list-style-type: none"> • les évaluations et statistiques sélectionnées par l'établissement de santé, • la participation de l'établissement de santé à la comparaison des données (PCAP Suisse, comparaison des données LEP) et • la mise en œuvre des codages automatisés dans l'établissement de santé (PKMS, CHOP 99.C1). 	<p>Ill. 1, p. 4</p> <p>4.3, p. 51</p> <p>5, p. 62</p> <p>5.12, p. 80</p> <p>Ill. 35, p. 111</p>
<p>Exclusion des prestations LEP à documenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ne seront pas</i> documentées les prestations LEP sans intérêt pour la documentation des patients, mais cependant requises pour les évaluations LEP et donc pondérées (clés de répartition). • <i>Ne seront pas</i> documentées les prestations LEP sans intérêt direct pour la documentation des patients, mais cependant requises pour les évaluations LEP et donc collectées en complément par une saisie des prestations. 	<p>Ill. 30, p. 87</p> <p>6.2, p. 88</p> <p>6.3, p. 89</p> <p>Ill. 32, p. 94</p>
<p>Inclusion des prestations LEP à documenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • On documente les interventions liées au patient. Les exceptions sont prédéfinies. • Les prestations liées au patient directes et/ou indirectes sont documentées en fonction du système de règles de l'établissement de santé, à l'aide de parcours des soins, de plans de traitement standardisés ou de blocs de prestations. • Une prestation exécutée une fois est documentée („ad hoc“) si elle a un intérêt direct et n'a pas été collectée par saisie des prestations (par ex. « Effectuer une réanimation » ou « Recherche le patient »). • Dans une prestation associée, la prestation documentée est celle ayant valeur de prestation liée au patient (par ex. « Effectuer une injection intravei- 	<p>Ill. 8, p. 23</p> <p>Ill. 9, p. 25</p> <p>2.2.4.2, p. 25</p> <p>5.6.1, p. 70</p> <p>2.3.1, p. 34</p>

	<p>neuse »).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les « Ajouts spécifique à l'établissement » sont documentés selon le système de règles de l'établissement de santé. 	
	<p>Informations relatives à une prestation à prendre en compte lors de la documentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les définitions à tous les niveaux d'une prestation. • L'inclusion ou l'exclusion d'une prestation, par ex. « Effectuer une toilette partielle du corps » doit être documenté si les prestations « Laver le thorax », « Laver les bras » et « Laver le dos » sont incluses dans un déroulement d'action. • Le principe de base de documentation d'une prestation, par ex. la préparation, le suivi ou la documentation d'une seule intervention <i>ne doivent pas</i> être saisis séparément. 	2.2.4.3, p. 26
	<p>Précisions supplémentaires à prendre en compte pour les prestations LEP à documenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention ou prestation individuelle spécifiée plus précisément, pendant la documentation des patients, en fonction du système de règles de l'établissement de santé. Par exemple, « Donner à boire » est complétée par les informations « Thé à la fleur d'oranger » et/ou « avec un demi-sucre ». 	Ill. 26 p. 81
	<p>Les prescriptions de documentation des valeurs temporelles contiennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler et adapter le cas échéant les valeurs en minutes autorisées (planification, exécution) pendant la documentation de la prestation. • Ajouter, en fonction de la situation, les valeurs en minutes manquantes (planification, exécution) pendant la documentation de la prestation. 	2.2.6, p. 32
	<p>Prestations LEP présélectionnées pour la documentation des patients (« Catalogue des spécialités », « Catalogue des stations », « Filtres », « Interventions clés ») :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation LEP n'est pas trouvée pour la documentation des patients dans le catalogue des prestations, on documente une prestation issue du catalogue général. 	5.3, p. 63
	<p>Les prestations manquantes de la classification LEP sont saisies :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation requise pour la documentation des patients manque dans une classification des prestations LEP, on documente avec les prestations « Prestations à spécification différenciée » et une valeur temporelle, par 	2.2.4.5.1, S. 28

	<p>exemple « Mouvement à spécification différenciée » ou « Sécurité à spécification différenciée ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation est documentée pendant la documentation des patients avec la caractéristique « Prestations à spécification différenciée », elle doit, si possible, être désignée dans un texte complémentaire, c'est-à-dire recevoir un nom le plus adapté possible pour une intervention de santé (sur le niveau d'agrégation 4 de la classification des prestations LEP). 	
	<p>Les prestataires de chaque prestation sont documentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un professionnel de la santé exécutant une prestation, s'intègre ou est attribué à cette prestation pendant la documentation des patients. • Plusieurs professionnels de la santé exécutant une prestation, s'intègrent ou sont attribués à cette prestation pendant la documentation des patients (par exemple deux personnes pour « Exécuter la position latérale »). 	4.3.1, S. 52
	<p>Les bénéficiaires de chaque prestation sont documentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prestation est attribuée pendant la documentation des patients au patient bénéficiaire de cette dernière. • Une prestation est attribuée pendant la documentation des patients aux multiples bénéficiaires (groupe de patients) de cette dernière. • Pendant la documentation des patients, en fonction du système de règles d'un établissement de santé, la prestation est en plus attribuée à un donneur d'ordre et d'autres types de bénéficiaire (« Code statistique », par exemple, pour un projet de recherche) 	4.3.1, S. 52
	<p>Le moment de la prestation LEP et la valeur temporelle correspondante sont documentés avant et/ou après l'exécution (saisie des prestations complémentaires et séparée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation est planifiée en fonction du système de règles de l'établissement de santé, le moment prévu de son exécution sera documenté (« Moment nominal d'une exécution »). • Le moment d'exécution effectif d'une prestation sera documenté après sa fourniture (confirmation, « Moment effectif d'une exécution »). • Une prestation est si possible, documentée simultanément à son moment d'exécution effectif. 	Tab. 20, p. 81
	<p>Sécurisation de la qualité de la documentation. Contrôle de la justesse des prestations documentées, détection et correction des inexactitudes :</p>	<p>9, p. 125 9.3, p. 126</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires d'une prestation contrôlent si les prestations qu'ils ont exécutées sont complètement documentées. • Une documentation incomplète des prestations exécutées est améliorée par le prestataire. 	
--	---	--

Tableau 29: Lignes directrices relatives à la documentation des patients avec LEP

Si certains établissements ne prévoient que peu d'obligations de documentation, d'autres ont des prescriptions de documentation très strictes. Le fait que les prescriptions de documentation diffèrent d'un établissement de santé à l'autre est un grand défi pour l'homogénéisation des évaluations. L'extraction d'une documentation des patients de données de base LEP homogènes est décisive pour les évaluations (v. Ill. 17, p. 51 et Ill. 35, p. 111).

Un établissement de santé ne devrait pas sans raison passer d'une approche de documentation à une autre, mais suivre une politique de documentation cohérente et continue en ce qui concerne les évaluations statistiques et les exigences obligatoires (par ex. sécurité des patients, codage DRG). Les nouvelles réglementations devraient, si possible, être compatibles avec un coût de documentation acceptable. Elles devraient être considérées comme une solution pour se séparer des structures et obligations de documentation obsolètes.

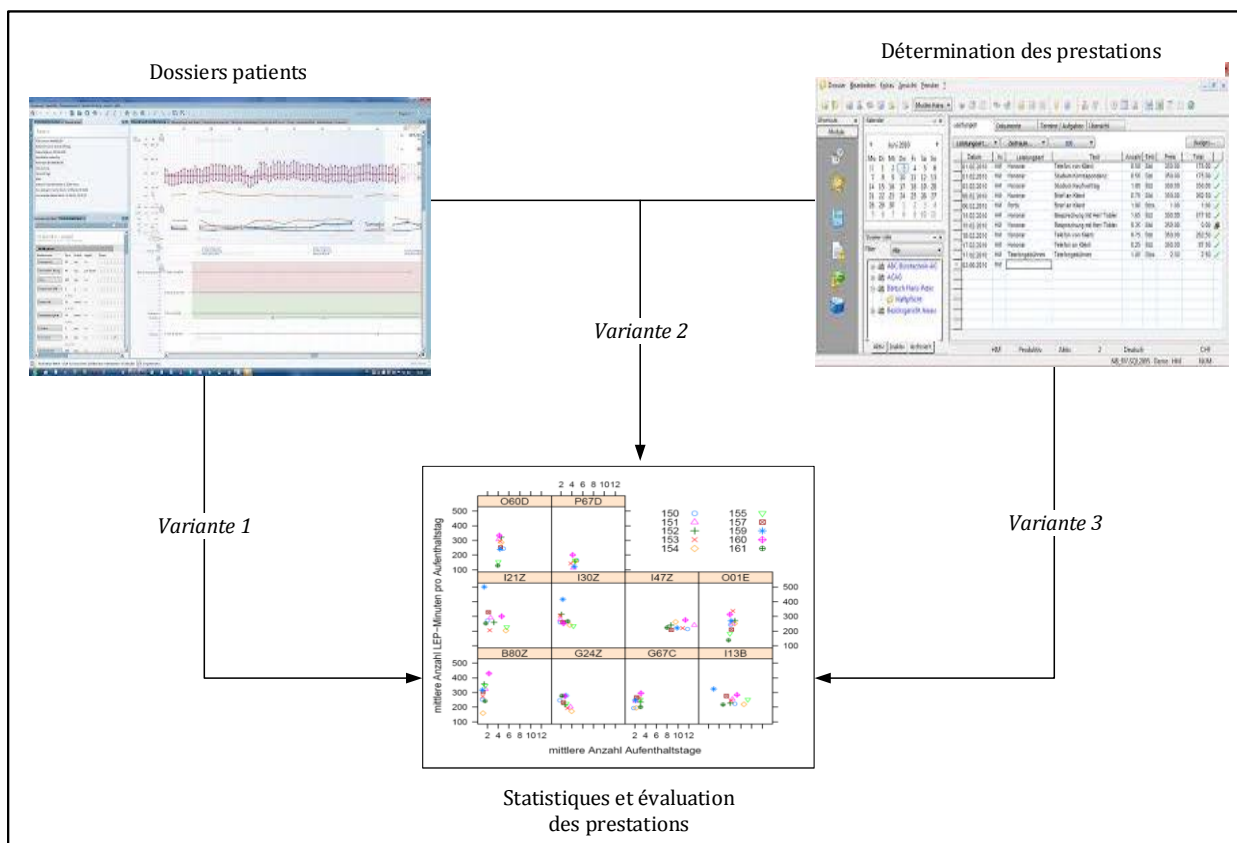
8 La saisie des prestations et des durées avec LEP

Outre la détermination des données requises pour les évaluations et obligations de documentation, l'examen préalable de la saisie des prestations et des durées a priorité lorsqu'il s'agit de définir les tâches devant être réalisées avec l'utilisation de LEP (v. Ill. 6 : Classification principale et classifications auxiliaires de LEP, p. 19). En principe, chaque établissement de santé utilisant LEP est libre de choisir les prestations et les valeurs temporelles à collecter, que ce soit en complément de la documentation des patients ou séparément. Les données collectées devraient cependant avoir de son point de vue un intérêt pour les évaluations souhaitées. Les données de prestations doivent-elles en premier lieu être par exemple utilisées pour l'assurance qualité dans le processus de traitement, la facturation ou l'évaluation des ressources utilisées ?

Comme c'est déjà le cas dans l'utilisation dans le domaine de la documentation des patients, le principe de collecte unique et d'utilisation multiple des données est une tâche centrale de la saisie des prestations et des durées (voir 5.1, p. 62) devant être réalisée avec LEP. La saisie des prestations doit être effectuée de façon à s'aligner efficacement sur les données d'évaluation requises et les obligations de documentation. En évitant les données redondantes et en ne collectant que les données requises pour les évaluations, on évite l'augmentation inutile des coûts de documentation pour tout l'établissement de santé. La saisie des prestations devrait si possible refléter le coût de son exécution.

Le concept Saisie des prestations et des durées est un *concept générique*. Il doit être considéré comme *multidimensionnel*, comme l'a déjà montré l'aperçu relatif au « Quoi » et au « Comment » de la collecte des données dans l'Ill. 27 (p. 83). L'étendue (ici la mesure de l'exhaustivité) et le degré de précision avec lesquels les prestations LEP doivent être collectées dans un saisie des prestations et des durées sont aussi significatifs (v. Ill. 1, p. 4 et Ill. 5, p. 12). Ils déterminent la définition des lignes directrices de la saisie des prestations et des durées. « Saisie des prestations sur mesure » ne doit pas être comprise comme un slogan mais comme une réalité à viser. On peut définir de façon différente l'objectif d'une saisie des prestations et des durées dans les établissements de santé. Il est déterminé par le point de vue de chaque établissement de santé et des acteurs participants.

Du point de vue des processus clés d'un établissement de santé, une saisie des prestations et des durées est requise si les données nécessaires manquantes pour les évaluations et les exigences obligatoires de la documentation des patients ne peuvent être intégrées par pondération et clés de répartition (bonus de temps et de prestations automatisés). C'est alors que, comme le montre l'Ill. 35, ci-dessous, la variante 2 entre en jeu. La variante 1 ne requiert pas de saisie des prestations et des durées, des clés de répartition pouvant être utilisées pour les bonus de temps et de prestation automatisés.



Ill. 35 : Variantes avec documentation des patients et saisie des prestations

La saisie des prestations et des durées avec LEP peut cependant aussi, comme le montre la variante 3 de l'ill. 35, être utilisée séparément ou parallèlement à la documentation des patients, par exemple pour une compensation entre les temps de travail nets et de prestations (v. Ill. 31, p. 90). Chaque variante de l'ill. 35 peut être effectuée avec la classification des prestations LEP, par exemple avec LEP Nursing 3, ou LEP sages-femmes, est compatible avec toutes les tailles d'établissement et adaptable selon ces derniers. Grâce à sa structure modulaire, la saisie des prestations et des durées de LEP peut être adaptée aux besoins d'un établissement de santé et, au besoin, étendue ou réduite. Grâce aussi à la construction LEP, la saisie des prestations et des durées peut être plus ou moins complète et détaillée. Par exemple, en ce qui concerne l'exhaustivité, on peut ne collecter que les interventions de soins indirectes et les prestations sans lien avec le patient, en ce qui concerne le degré de précision, on peut collecter les données sur un niveau d'agrégation élevé « Mouvement » et pas sur un niveau plus profond « Exécuter un entraînement à la marche ».

Il en découle que les lignes directrices pour la saisie des prestations et des durées sont spécifiques à l'établissement, en ce qui concerne l'étendue et le degré de précision des valeurs à collecter (v. Tableau 30, p. 124) et qu'elles sont orientées sur le rôle complémentaire ou parallèle de l'utilisation.

8.1 La saisie des prestations et des durées complémentaires de la documentation des patients

Dans cette variante d'utilisation de LEP, 2 dans l'ill. 35 (ci-dessus), par exemple avec LEP Nursing 3 ou LEP sages-femmes 1, on associe des éléments des variantes 1 et 3, en combinant pour les évaluations les données de prestations de la documentation des patients à celles de la saisie des prestations complémentaire (v. Ill. 29, p. 85) qui *n'ont pas* été intégrées aux évaluations par pondération ou par clés de répartition pures (v. Ill. 29, p. 85). Les prestations LEP disponibles sont en cela et autant que possible extraites de la documentation des patients. Pour compléter le tout, on saisira, en fonction des exigences d'un établissement de santé (respect des prescriptions obligatoires, statistiques requises, pondération et clés de répartition) avec la saisie des prestations et des durées manuelles les prestations cliniquement non significative pour la documentation.

Les prestations cliniquement non significatives pour la documentation ne doivent pas être confondues avec les données manquant dans la documentation des patients parce que l'on a oublié de la documenter (*Missings*). Les prestations de la documentation des patients non significatives pour la documentation ne sont pas disponibles (*not available*) pour les évaluations pour des raisons conceptuellement compréhensibles et justifiées. Elles ne doivent pas être documentées, ce qui est aussi le cas d'autres formes de documentation comme les parcours des soins cliniques ou les bouquets de prestations (voir 7.3, p. 97 bis 7.3.3, p. 102). Il s'agit souvent de « Prestations fixes » (« Prestations de routine ») liées au patient. Elles représentent des prestations directes (« Servir/Desservir une boisson ») ou indirectes (« Compléter la documentation des patients »).

En résumé, d'un côté sont collectées par une saisie des prestations et des durées complémentaire de la documentation des patients les prestations et valeurs temporelles qui ne sont pas significatives cliniquement, pour la documentation des patients, mais qui, cependant, le sont pour les évaluations souhaitées par un établissement de santé, par exemple pour sa productivité standard (voir 6.4, p. 91). De plus, elles ne sont pas intégrées aux évaluations concernées par clés de répartition et doivent donc être collectées en plus par les professionnels de la santé.

Dans une saisie des prestations et des durées complémentaire, les professionnels de la santé doivent pourvoir saisir à moindre coût en temps les données supplémentaires requises pour les évaluations, en particulier lorsque les prestations et les valeurs temporelles ne sont utilisées que pour une comparaison avec les temps de travail nets (v. Ill. 31, p. 90). Ensuite, pour réussir leur utilisation, il est préférable de ne pas gonfler la documentation des patients dans la saisie des prestations complémentaire au bénéfice de la réduction des coûts de collecte (voir 7, p. 95).

Les prestations et valeurs temporelles peuvent, grâce à la systématique des niveaux d'agrégation de la classification des prestations LEP, être saisie de façon flexible, détaillées ou agrégées, c'est-à-dire à plusieurs niveaux, sur différents niveaux d'agrégation de la classification LEP ou en fonction du

groupe de prestations (voir 8.3, p. 114). Par exemple, les interventions de type « Donner un aliment » sont automatiquement reprises de la documentation des patients dans la saisie des prestations. Pour la comparaison avec les temps de travail, on saisit des prestations supplémentaires de type « Servir/Desservir une boisson » « Servir/Desservir un repas » sur un niveau d'agrégation supérieur sous « Alimentation » (v. Ill. 41, p. 119).

Les prestations LEP du niveau d'agrégation 4 (« Interventions ») non significatives pour la documentation mais combinées en bouquets de prestations peuvent aussi d'abord être saisies dans la saisie des prestations complémentaire (voir 7.3.3 Réorganisation des prestations LEP en bouquets de prestations, p. 102).

La saisie des prestations et des durées complémentaire, est parfois appelée *Saisie des prestations partiellement automatisée* (variante 2 dans l'ill. 35, ci-dessus). La « Saisie des prestations automatisée » est, elle, la collecte de données pour évaluations effectuée directement et de façon automatisée à partir de la documentation des patients et d'autres systèmes d'exploitation (v. Variante 1).

8.2 Saisie des prestations et des durées séparées

Comme le montre la variante 3 dans l'ill. 35, la saisie des prestations et des durées avec LEP peut être complètement séparée de la documentation des patients. On peut la considérer comme une méthode de saisie des prestations « classique » de l'histoire du développement technologique logiciel. Les professionnels de la santé saisissent, par exemple avec la génération LEP Nursing 2, les prestations et leurs valeurs temporelles, indépendamment de la documentation des patients. La qualité de saisie est cependant contrôlée dans la mesure où les prestations liées au patient saisies sont mises en correspondance avec les enregistrements de la documentation des patients. L'intérêt d'une saisie séparée des prestations des valeurs temporelles, et des coûts de saisie associés, est questionné du point de vue de des processus clés et par les professionnels de la santé actifs dans ce domaine. Les coûts d'une saisie séparée des valeurs temporelles et des prestations devraient donc rester minimaux pour les professionnels de la santé et leur intérêt traçable et transparent. Une saisie des prestations séparée ne devrait jamais être ni gonflée ni limitée pour satisfaire des objectifs. Il existe différentes définitions d'objectif pour une saisie pour évaluations des prestations et des durées séparées :

(1) la comparaison en continu des temps de travail nets et des temps de prestations (v. Ill. 31, p. 90),

(2) l'analyse de processus ponctuelle et détaillée avec prestations sans lien avec le patient.

Comme pour une saisie des prestations complémentaire de la documentation des patients, les prestations et valeurs temporelles peuvent, grâce à la systématique de la classification des prestations

LEP, être saisie de façon flexible, détaillées ou agrégées, c'est-à-dire sur différents niveaux d'agrégation (voir 8.3, p. 114).

Pour établir une comparaison en continu des temps de travail du personnel nets et des temps de prestations, voir Objectif (1) ci-dessus, il est conseillé de donner aux professionnels de la santé la possibilité de saisir les valeurs temporelles et prestations au niveau d'agrégation le plus haut possible, par exemple Mouvement, et non Mobilisation ou, encore plus détaillé « Effectuer l'entraînement au mouvement », comme la documentation des patients le requiert. Pour les prestations sans lien avec le patient, on a saisi « Éducation » et non « Formation », ou, encore plus détaillé, « Exécuter une situation d'apprentissage » (v. Ill. 38, p. 116 et comp. aux Niveaux d'agrégation Ill. 8, p. 30).

Malgré la généralisation liée à la sélection d'un niveau d'agrégation élevé pour économiser (apparemment) les coûts de saisie, l'approche en continu d'une saisie des prestations et des durées séparée passe à côté du problème de la saisie en double et de la redondance des données. Même si les coûts de saisie d'une saisie des prestations séparée sont minimisés, cette dernière peut être toujours considérée comme coût supplémentaire par les professionnels de la santé lorsque l'on ne peut pas montrer son intérêt pour les processus clés. Une application logicielle moderne, la saisie automatisée de données détaillées n'engendre aucun coût supplémentaire pour les professionnels de la santé et permet de limiter la saisie en double et les données redondantes.

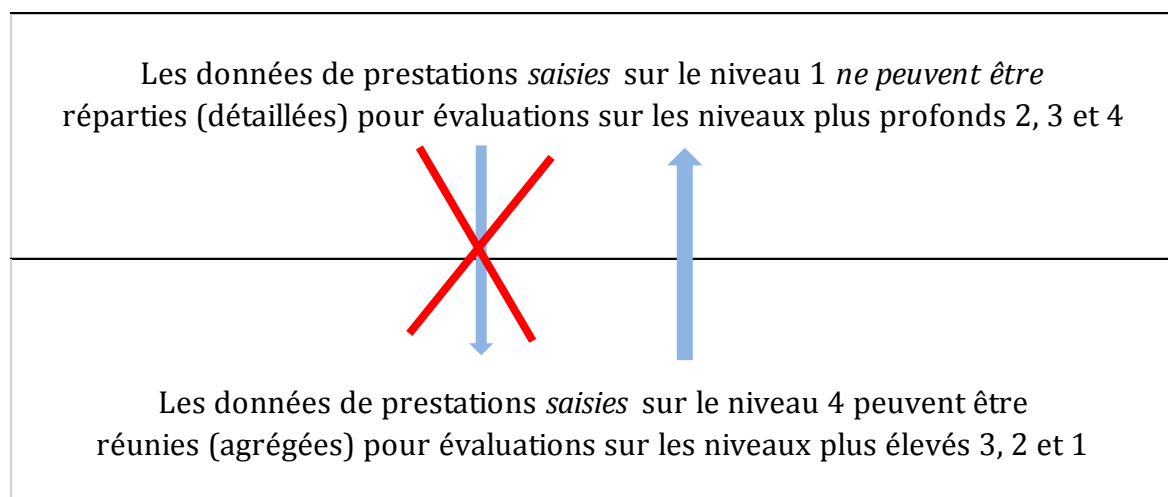
Pour l'analyse ponctuelle et détaillée des prestations *sans* lien avec le patient dans Objectif (2) ci-dessus, p. 113, les professionnels de la santé collectent les valeurs temporelles et les prestations sur un niveau d'agrégation détaillé, par exemple « Exécuter une situation d'apprentissage » et non « Formation », ou, encore plus agrégé « Éducation » (v. Ill. 40, p. 118; v. Niveaux d'agrégation dans l'ill. 8, p. 30). La collecte est limitée dans le temps, par exemple sur quatre semaines. Elle peut se faire dans certains ou tous les groupes de prestations sans lien avec le patient. Une saisie des prestations séparée de données détaillées est très coûteuse en temps mais son intérêt peut être aisément montré aux professionnels de la santé. L'objectif pour l'établissement d'une collecte détaillée peut être par exemple le contrôle de la pondération ou d'une clé de répartition de calcul dans les évaluations ou une optimisation de processus.

Il existe bien sûr de nombreuses possibilités d'utilisation profitables pour un établissement de santé dans le cercle des opportunités des deux exemples d'objectifs illustrés ici (1 et 2, p. 113) d'une saisie des prestations et des durées séparée.

8.3 La structure des prestations et des durées avec LEP

La saisie des prestations et des durées est conçue selon les quatre niveaux hiérarchiques de la classification des prestations LEP. Ces niveaux sont appelés Niveaux d'agrégation quand ils décrivent une généralisation croissante, et Niveaux de précision lorsqu'ils décrivent une généralisation dé-

croissante (précision croissante, v. Ill. 8). En principe, on peut, grâce à la structure modulaire de LEP saisir les données sur tous les niveaux et de façon variable, c'est-à-dire de façon détaillée ou agrégée, avec une sélection alternée des niveaux (v. Ill. 5 : Options d'utilisation de la classification LEP, p. 12; 1.6 Solutions orientées utilisateur, p. 10). Sur les différents niveaux d'agrégation, la saisie des prestations et des durées est différemment détaillée, selon la nature des données requises. Nous allons par la suite présenter avec des exemples une vue d'ensemble des différents niveaux. On considère centrale la compréhension de la relation entre les évaluations souhaitées et le niveau d'agrégation sur lequel une prestation est saisie (v. Ill. 36).

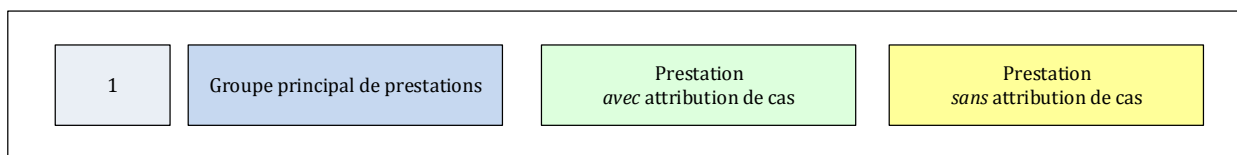


Ill. 36 : Relation entre niveau de saisie et capacité à être évaluées des données.

Si la base de travail n'offre que des possibilités d'automatisation informatiques limitées, internes à l'établissement et si le flux de données ne peut se faire en réseau, on peut considérer que la saisie de prestations détaillées pour une saisie des prestations et des durées est trop coûteuse en temps. On procédera alors à une saisie des prestations sur un niveau d'agrégation élevé, par exemple au niveau des groupes de prestations « Mouvement » ou « Alimentation ». Si l'étendue de cette saisie est complète, elle a cependant les conséquences présentées dans l'Ill. 1 pour l'évaluation. L'exactitude souhaitée dans les évaluations des processus de l'établissement, le degré de précision et l'étendue des données de prestations, le potentiel informatique d'un établissement de santé et les coûts de saisie en temps pour les professionnels de la santé sont étroitement liés les uns aux autres. Il faut donc faire attention à ce que ces aspects différents soient reliés les uns aux autres de façon à dégager un rapport coûts/avantage positif {Besson 2013 #788: 259}.

8.3.1 Saisie des prestations et des durées sur un niveau

Dans un établissement de santé, on se concentre sur l'évaluation de la répartition des deux valeurs temporelles pour les prestations avec et sans lien avec le patient. Cela peut être effectué à coûts de saisie limités avec une saisie des prestations et des durées sur un niveau (v. Ill. 37).

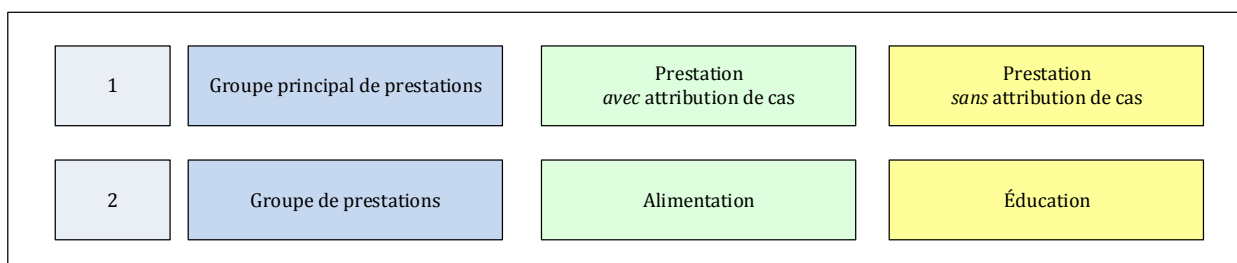


Ill. 37 : Saisie des prestations et des durées sur un niveau

Pour obtenir une certaine sécurité sur ce niveau d'agrégation LEP maximal, on peut effectuer pendant la saisie des deux blocs de prestation et de temps une comparaison à 100% avec les temps de travail nets. En ce qui concerne l'étendue, par exemple, on ne peut saisir sur un niveau que la valeur temporelle forfaitaire pour les prestations sans lien avec le patient. Ceci permettra d'évaluer, de façon grossière, si la clé de répartition de la valeur temporelle des prestations sans lien avec le patient pour le calcul dans les évaluations est plausible ou doit être vérifiée.

8.3.2 Saisie des prestations et des durées sur deux niveaux

Dans un établissement de santé, on souhaite évaluer pour comparaison avec les temps de travail net toutes les prestations des professionnels de la santé d'un centre de coûts. Ceci requiert en ce qui concerne l'étendue une saisie complète des prestations et des durées. On ne doit pas avoir recours aux données de prestations de la documentation des patients ni aux clés de répartition. Pour limiter au minimum les coûts de saisie, on saisit sur le niveau deux tous les groupes de prestations LEP et leurs valeurs temporelles, par exemple « Mouvement », 75 minutes, ou « Éducation », 110 minutes (v. Ill. 38 et 8.2 Saisie des prestations et des durées séparée, p. 113).



Ill. 38 : Saisie des prestations et des durées sur deux niveaux

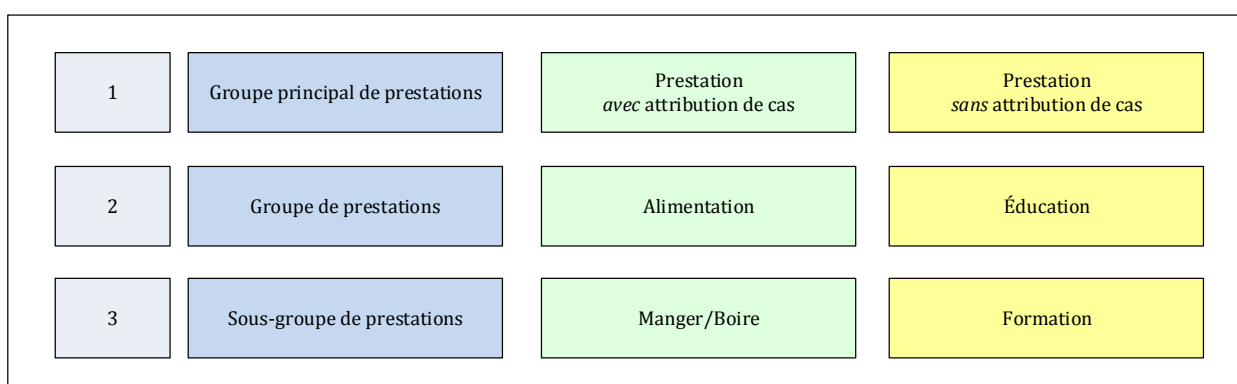
Plusieurs problématiques peuvent justifier ce scénario de saisie. Pour des objectifs d'audit internes à l'établissement, dans la perspective des coûts des centres de coûts et de la comparaison des centres de coûts, par exemple : Quel est le coût en minutes induit par l'éducation ?

Comme dans la saisie sur un niveau, on peut, pour garder une certaine plausibilité et assurer la sécurité des professionnels de santé chargés de la saisie, effectuer simultanément une comparaison 100% avec les temps de travail nets. Si la somme disponible prévue par le système de gestion du personnel (PAP, par ex) est de 8,25 heures, le temps d'intervention sera pris en compte durant toute la procédure. Si la différence entre le temps de travail net et le temps d'intervention est de 0, on arrête la saisie des prestations et des valeurs temporelles. On ne peut cependant pas en conclure

que les valeurs temporelles pour groupes de prestations sont ainsi validées ou présente une plus grande fiabilité que les valeurs temporelles collectées par d'autres moyens.

8.3.3 Saisie des prestations et des durées sur trois niveaux

Dans un établissement de santé, on souhaite évaluer sur une période de trois mois et pour comparaison avec les temps de travail net les prestations sans lien avec le patient d'un centre de coûts. Les données de prestations de la documentation des patients sont ici inutilisables car elles représentent en général un lien avec le patient. Les données de prestations pour l'évaluation souhaitée devraient être complètes et détaillées le plus possible, simultanément cependant représenter des coûts de saisie équilibrés sur trois mois. L'établissement de santé se décidera donc pour une saisie complète des prestations et des valeurs temporelles sans lien avec le patient sur le troisième niveau des sous-groupes de prestations (v. Ill. 39).



Ill. 39 : Saisie des prestations et des durées sur trois niveaux

Ici, par exemple, on saisira les sous-groupes de prestations LEP et les valeurs temporelles correspondantes « Formation » pour 180 minutes, « Gestion de projets » pour 40 minutes ou « Gestion de la qualité » pour 45 minutes.

8.3.4 Saisie des prestations et des durées sur quatre niveaux

Dans un établissement de santé, par exemple dans le cadre de l'optimisation de processus sur base de données, on souhaite une évaluation détaillée de deux groupes de prestations sans lien avec le patient sur trois semaines (« ponctuelle »). L'établissement de santé se décidera donc pour une saisie complète des prestations des deux groupes de prestations et des valeurs temporelles sans lien avec le patient sur le quatrième niveau des prestations individuelles (v. Ill. 40).

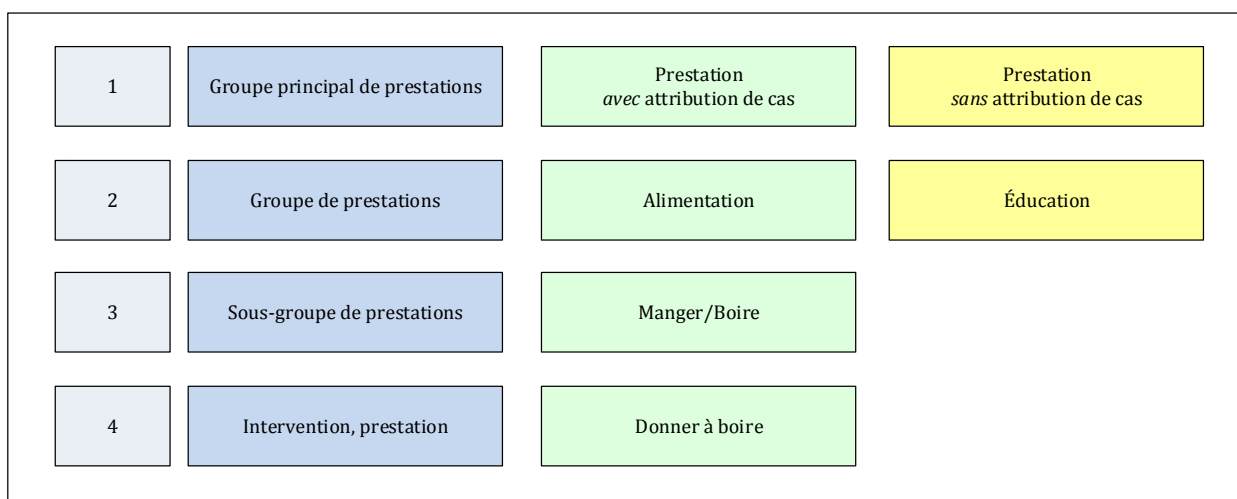
1	Groupe principal de prestations	Prestation avec attribution de cas	Prestation sans attribution de cas
2	Groupe de prestations	Alimentation	Éducation
3	Sous-groupe de prestations	Manger/Boire	Formation
4	Intervention, prestation	Donner à boire	Mettre en place une situation d'apprentissage

Ill. 40 : Saisie des prestations et des durées sur quatre niveaux

Ici, par exemple, on saisira les prestations individuelles et les valeurs temporelles correspondantes « Exécuter une situation d'apprentissage » pour 20 minutes ou « Exécuter une mesure de la qualité » pour 15 minutes. Dans un autre établissement de santé, pour effectuer une évaluation détaillée et complète des prestations liées au patient, on n'intégrera par clés de répartition dans l'évaluation les prestations liées au patient non significative pour la documentation, de type intervention directe « Servir/Desservir une boisson » ou indirectes de type « Compléter la documentation des patients ». De ce fait, ces prestations seront saisies en continu sur le quatrième niveau d'agrégation avec des bouquets de prestations (voir 7.3.3 Réorganisation des prestations LEP en bouquets de prestations, p. 102).

8.3.5 Saisie des prestations et des durées sur niveaux alternés

Dans un établissement de santé, on souhaite évaluer toutes les prestations des professionnels de la santé. Cela requiert une saisie des prestations et des durées par les professionnels de la santé. On ne peut recourir aux clés de répartition et pour cela, l'évaluation doit où cela est possible, se baser sur des données de prestations déjà saisies pour la documentation des patients automatisée. Pour garder raisonnable les coûts de saisie des prestations et des durées complémentaire, toutes les prestations individuelles et valeurs temporelles manquantes seront saisies de façon agrégée sur le deuxième niveau de classification des groupes de prestations (Ill. 41).



Ill. 41 : Saisie des prestations et des durées sur niveaux alternés

Comme prestation à documentation obligatoire du groupe « Alimentation », on saisit automatiquement à partir de la documentation des patients par exemple « Donner à boire » pour 5 minutes. En complément, on saisit de façon agrégée, « Servir/Desservir une boisson » et « Accompagner le repas/la boisson » dans le groupe de prestations « Alimentation » pour 10 minutes. Ceci donne une valeur temporelle additionnée de 15 minutes pour le groupe de prestations « Alimentation ». Dans le cas d'une saisie multiniveau, il faut rappeler la relation entre niveau de saisie et capacité à être évaluées des données saisies. Si la saisie est effectuée sur des niveaux élevés, l'évaluation ne peut être réalisée sur des niveaux plus profonds, plus détaillés. Dans le cas ci-dessus, on peut effectuer une évaluation détaillée en considérant chacune des interventions (v. Ill. 36, p. 115).

Pour réaliser une évaluation des prestations complète, on saisit souvent des prestations indirectes avec une saisie sur niveaux alternés, complémentaire de la documentation des patients (si elles ne sont pas déjà saisies dans des bouquets de prestations). De cette façon, on saisira par exemple dans le groupe de prestations « Organisation/Administration » de façon agrégée « Compléter la documentation des patients » « Créer un document de sortie » et « Organiser un rendez-vous pour un patient ». Pour effectuer une évaluation des prestations complète, on saisira alors toutes les prestations sans lien avec le patient de façon complémentaire, car elles ne sont pas significatives pour la documentation des patients, par exemple « Éducation » pour 30 minutes (v. Ill. 41, ci-dessus).

8.4 Lignes directrices relatives à la saisie des prestations et des durées avec LEP

Outre la documentation correcte des patients, la saisie des prestations et des durées correctes sont une condition préalable décisive de l'utilisation des évaluations statistiques avec LEP. La qualité des données est pour la saisie des prestations et des durées un défi encore plus grand que pour la documentation des patients, car elle n'a aucun intérêt direct dans le processus de traitement et pour la communication interdisciplinaire. D'autre part, les moments de saisie des prestations et valeurs

temporelles sont très importants pour la qualité des données. Une saisie des prestations systématique et à temps induit l'exhaustivité et l'exactitude des données d'évaluation souhaitées. Une saisie systématique conditionne aussi le fait que la prestation sera saisie par le professionnel de la santé qui la fournit. Si l'offre de prestations ne change pas, les prestations devraient pouvoir être exploitées automatiquement pour réduire au minimum les coûts de saisie. Si certains aspects de la gamme de prestations sont difficiles à évaluer malgré les lignes directrices, il faut intégrer les expériences et les connaissances des collègues, par exemple pour discuter et expliquer de façon professionnelle au sein de l'équipe de traitement les difficultés liées à la saisie en multitasking³¹ des prestations. Ou, pour présenter un autre exemple, dans le lien des prestations LEP avec évaluations, diagnostics ou objectifs de traitement, ces derniers peuvent offrir une aide professionnelle lorsque, par exemple, dans la saisie, l'orientation de l'action et donc l'attribution d'une prestation en tant qu'« Excrétion » ou « Mouvement » n'est pas claire. Si le diagnostic est une fracture du col du fémur, on saisira « Mouvement ».

Comme LEP est utilisé par de nombreux professionnels de la santé en plus de la documentation des patients aussi ou seulement dans la saisie des prestations et des durées, l'utilisation cohérente est particulièrement importante pour la qualité des données. L'utilisation cohérente favorise la qualité des données et donc la fiabilité et l'exactitude des évaluations ultérieures. Les lignes directrices suivantes sont destinées à assurer la qualité des données et obligatoires pour la saisie des prestations et des durées (v. Tableau 30).

	Trame et lignes directrices	Références
	<p>Les exigences suivantes relatives à la collecte des données et de la qualité des prestations LEP et valeurs temporelles à saisir doivent être satisfaites lors de la saisie des prestations et des durées (saisie des prestations complémentaire et séparée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étendue (complète, partielle, définition de l'exhaustivité), • Degré de précision (sur quel niveau, agrégé, détaillé) et • Période (quotidienne, hebdomadaire, suivant des intervalles, en continu, pendant le mois d'un trimestre). <p>Étendue et degré de précision sont déterminés par</p> <ul style="list-style-type: none"> • la décision de savoir si la saisie des prestations est complémentaire de la documentation des patients ou séparée, • les évaluations et statistiques sélectionnées par l'établissement de santé (évaluations standards LEP), 	<p>Ill. 1, p. 4; 4.3, p. 51; 5, p. 62; 5.12; p. 80 Ill. 35, p. 111</p>

³¹ L'exécution simultanée de plusieurs prestations individuelles se chevauchant.

	<ul style="list-style-type: none"> la participation de l'établissement de santé à la comparaison des données (PCAP Suisse, comparaison des données LEP) et la mise en œuvre des codages automatisés dans l'établissement de santé (PKMS, CHOP 99.C1). 	
	<p>Inclusion de prestations LEP et valeurs temporelles à saisir dans une saisie des prestations et des durées <i>complémentaires</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> On inclut les prestations et valeurs temporelles <i>non</i> documentées dans la documentation des patients ou <i>non</i> intégrées aux évaluations par clés de répartition. Dans une prestation associée, les prestations documentées sont celles <i>non</i> documentées, par exemple « Exécuter une situation d'apprentissage » effectuée par l'enseignant alors que « Effectuer une injection intraveineuse » sera documentée par l'élève. Les « Ajouts spécifique à l'établissement » sont saisis selon le système de règles de l'établissement de santé. 	<p>Ill. 30, p. 87 6.2, p. 88 6.3, p. 89 Ill. 32, p. 94 5.6.1, p. 70 2.3.1, p. 34</p>
	<p>Saisie finale des prestations et des durées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les prestations et valeurs temporelles doivent absolument être saisies de façon finale, c'est-à-dire sur le niveau pour lequel l'établissement de santé ne requiert plus d'autres subdivisions ni précisions. En fonction du niveau LEP sélectionné, la saisie des prestations peut se faire sur un, deux, trois, quatre niveau ou sur niveaux alternés. 	<p>Ill. 37, p. 116 Ill. 38, p. 116 Ill. 39, p. 117 Ill. 40, p. 118 Ill. 41, p. 119</p>
	<p>Informations relatives à une prestation à prendre en compte lors de la saisie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les définitions à tous les niveaux d'une prestation. L'inclusion ou l'exclusion d'une prestation, par ex. « Effectuer une toilette partielle du corps » doit être codée si les prestations « Laver le thorax », « Laver les bras » et « Laver le dos » sont incluses dans un déroulement d'action. Le principe de base de saisie d'une prestation, par ex. la préparation, le suivi ou la documentation d'une seule intervention <i>ne doivent pas</i> être saisis séparément. 	<p>2.2.4.3, p. 26</p>
	<p>Prescriptions de saisie des valeurs temporelles (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôler et adapter le cas échéant les valeurs en minutes autorisées pendant la saisie de la prestation. Ajouter, en fonction de la situation, les valeurs en minutes manquantes pendant la saisie. 	<p>2.2.6, p. 32</p>

	<p>Le nombre des prestations à saisir est déterminé par le degré de précision/agrégation (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre des prestations doit être saisi selon le système de règles de l'établissement de santé : le nombre des groupes de prestations, des sous-groupes de prestations ou des prestations individuelles/interventions. • Les prestations exécutées plusieurs fois doivent saisies autant de fois qu'elles apparaissent dans le processus de traitement. 	<p>8.3, p. 114 Ill. 36, p. 115</p>
	<p>Lors de l'attribution de prestations à des groupes ou sous-groupes de prestations sur un niveau d'agrégation plus haut (« Mobilisation » ou « Excrétion », par ex.), il faut prendre en compte les relations pendant la saisie des prestations (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors de la saisie des prestations sur un niveau d'agrégation plus élevé, c'est-à-dire lors de la saisie d'un groupe (« Mouvement », par ex.) ou sous-groupe de prestations (« Mobilisation », par ex.), il faut prendre en compte la nature du diagnostic ou de l'objectif de la prestation exécutée. • En fonction de la relation avec laquelle les prestations sont exécutées, il faut sélectionner un ou plusieurs groupe ou sous-groupes de prestations. 	<p>Ill. 38, p. 116 Ill. 39, p. 117</p>
	<p>Prestations LEP présélectionnées pour la saisie des prestations et valeurs temporelles (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation LEP n'est pas trouvée pour la saisie des prestations dans un catalogue des prestations sélectionné, on saisit une prestation issue du catalogue général. 	<p>5.3, p. 63</p>
	<p>Saisie des prestations manquant dans la classification LEP (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation requise pour la saisie des prestations manque dans une classification des prestations LEP, on documente avec les prestations « Prestations à spécification différenciée » et une valeur temporelle, par exemple « Mouvement À spécification différenciée » ou « Sécurité À spécification différenciée ». • Si une prestation est saisie avec la caractéristique « Prestations à spécification différenciée » pendant la saisie des prestations et des durées, elle doit, si possible, être désignée dans un texte complémentaire, c'est-à-dire recevoir un nom le plus adapté possible pour une prestation sur le niveau d'agrégation correspondant de la classification des prestations LEP. 	<p>2.2.4.5.1, p. 28</p>

	<p>Saisie des prestataires (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un professionnel de la santé exécutant une prestation, s'intègre ou est attribué à cette prestation pendant saisie des prestations et des durées. • Plusieurs professionnels de la santé exécutant une prestation, s'intègrent ou sont attribués à cette prestation pendant la saisie des prestations et des durées (par exemple deux personnes pour « Exécuter la position latérale »). 	4.3.1, p. 52
	<p>Saisie des bénéficiaires de chaque prestation (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prestation est attribuée pendant la saisie des prestations et des durées au patient bénéficiaire de cette dernière. • Une prestation est attribuée pendant la saisie des prestations et des durées aux multiples bénéficiaires (groupe de patients) de cette dernière. • Pendant la saisie des prestations et des durées, en fonction du système de règles d'un établissement de santé, la prestation est <i>en plus</i> attribuée à un donneur d'ordre et d'autres types de bénéficiaire (étudiant ou « Code statistique », par exemple, pour un projet de recherche) 	4.3.1, S. 52
	<p>Le moment de la prestation LEP et la valeur temporelle correspondante sont saisis avant et/ou après l'exécution (saisie des prestations complémentaires et séparée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si une prestation est planifiée en fonction du système de règles de l'établissement de santé, le moment prévu de son exécution sera saisi (« Moment nominal d'une exécution »). • Le moment d'exécution effectif d'une prestation sera saisi après sa fourniture (confirmation, « Moment effectif d'une exécution »). • Une prestation est si possible, saisie simultanément à son moment d'exécution effectif. 	Tab. 20, p. 81
	<p>Exécution du contrôle de plausibilité de la somme des valeurs temporelles saisies par prestataire (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le niveau d'agrégation des valeurs temporelles augmente, par exemple 60 minutes pour un traitement, il est conseillé d'effectuer pendant la saisie une comparaison parallèle avec les valeurs temporelles du temps de travail net de chaque prestataire. Cela permet de voir le temps de travail net restant (par exemple 7 heures) après la prise en compte des 60 minutes utilisées pour le traitement. 	9.3, p. 126

	<p>Exécution du contrôle de plausibilité des prestations saisies (saisie des prestations séparée et complémentaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque le niveau d'agrégation des prestations saisies augmente, par exemple « Traitement », il est conseillé d'effectuer pendant la saisie une comparaison des prestations avec les enregistrements de la documentation des patients. 	9.3, p. 126
	<p>Sécurisation de la qualité de saisie, contrôle de la justesse des prestations et valeurs temporelles saisies, détection et correction des inexactitudes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires d'une prestation contrôlent si les prestations qu'ils ont exécutées et les valeurs temporelles sont complètement saisies. • Une documentation incomplète des prestations exécutées et des valeurs temporelles est améliorée par le prestataire. 	9, p. 125 9.3, p. 126

Tableau 30: Lignes directrices relatives à la saisie des prestations et des durées avec LEP

Les prestations sont saisies avec la classification des prestations LEP des professionnels de la santé (voir 2.2, p. 19). Grâce à la structure de classification LEP, on peut saisir avec différents niveaux de détail et d'exhaustivité. LEP laisse chaque établissement de santé libre de saisir, de façon séparée ou complémentaire, ce qui, de son point de vue, lui sera utile pour les évaluations. LEP ne prescrit ainsi aucune ligne directrice limitée à une seule situation de saisie.

La saisie des prestations est assistée par des programmes auxiliaires, en fonction de l'application logicielle et de l'adaptation aux besoins de l'établissement. Un programme d'interface pour le système de gestion du personnel (v. Ill. 25, p. 79) est avantageux, par exemple, si le temps de travail net est mis au premier plan des évaluations. De cette façon, le système peut comparer en continu les temps de travail actuels des collaborateurs (heures supplémentaires et les heures en moins) et les coûts en temps des prestataires et, pour assister la saisie des durées, déclencher une badgeuse (électronique). Un message d'erreur est alors envoyé si les sommes des temps de travail nets et des durées de prestation ne sont pas identiques. Il faut, cependant, dans ce type d'approches, définir clairement le concept des temps de répartition (v. Ill. 31, p. 90). Buts des programmes auxiliaires :

- Assistants d'attribution, pour par exemple, attribuer simultanément une prestation à plusieurs prestataires-bénéficiaires des prestations,
- Systèmes d'alarme, par exemple lorsqu'un groupe de prestations indique une valeur temporelle < 10 minutes,
- Assistants de saisie spéciaux, par exemple pour la liste des favoris, lorsque les prestations les plus fournies par les prestataires du jour précédent peuvent être automatiquement reprises,
- Assistants de recherche ou

- Contrôleur d'adéquation. Ces programmes sont exécutés automatiquement, soit à la sortie du champ de saisie, soit à l'enregistrement des données saisies. Pour le personnel ou les clients, par exemple, le système compare l'égalité des sommes correspondantes. Si elles diffèrent, le système émet un message d'erreur et le formulaire ne peut être enregistré que lorsque le problème est résolu.

9 Qualité des données

Les lignes directrices de documentation des patients et de saisie des prestations et des durées visent l'utilisation cohérente de LEP dans la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées. L'utilisation cohérente favorise la qualité des données et donc la fiabilité et l'exactitude des évaluations ultérieures. Des routines de vérification de la plausibilité et le contrôle de fiabilité et de l'exactitude des données permettent d'améliorer systématiquement la qualité des données en relation avec des séminaires de formation continue et des conseils ciblés. Règle générale : Plus les résultats d'évaluation « reviennent » aux personnes chargées de la saisie, plus la qualité des données est bonne.

9.1 Défis

Sur un plan général, il faut constater qu'il est très difficile de définir et de saisir quantitativement des prestations aussi liées aux personnes, interactives, orientées sur la sécurité, le bien-être ou l'état d'esprit et exécutées selon le « principe uno actu », comme le sont de faits les interventions de santé {Schroeter 2005 #725}{Strauss 1997 #727}. Exemples typiques et spécifiques de problèmes de saisie :

- Détermination du début et de la fin de l'action,
- Fragmentation des flux et déroulements d'action dans les actions individuelles, par exemple
 - réanimation ou alarme, position, etc.,
 - diagnostic, soins, nettoyage des yeux, instillation de gouttes ophtalmiques...
- Imbrication d'actions individuelles pendant leur déroulement chronologique (nettoyage du patient A, Servir une infusion au patient B, échange d'informations avec le patient C et suite du nettoyage du patient A),
- Interruption des actions (par exemple, par des personnes, le téléphone ou un appel patient),
- Multitasking (nettoyage du patient A et discussion simultanée de sa sortie)
-

{Bartholomeyczik 2001 #269}{Bartholomeyczik 11.5.2007 #503}{Collins 2007 #973}{Hermetinger Dezember, 2010 #971}{Kalisch 2010 #972}{Malloch 1999 #635}{Näf 2003 #91}.

Ces défis doivent être pris en compte de façon conséquente lors des formations continues et des activités de conseil relatives à LEP.

9.2 Facteur influençant les valeurs temporelles

La littérature détaille depuis longtemps un nombre de variables susceptibles d'influencer les coûts des soins à côté de l'état de santé lui-même {Baumberger 2001 #96: 6}. Thibault donne une vue d'ensemble ancienne, mais toujours valide et complète des variables possibles pouvant influencer les coûts en temps des prestations {Thibault 1990 #643: 28 / yearonly}. Outre les caractéristiques liées à l'état de santé, la vue d'ensemble reprend par exemple la taille et l'équipement technique de la station, la structure de traitement (soins fonctionnels, soins intégraux, par exemple) ou les caractéristiques du personnel de santé (expérience, esprit d'équipe, capacité d'organisation du travail, niveau de formation, etc.) {Bartholomeyczik 2008 #72: 13}.

Les données relatives à l'état de santé, par exemple, n'expliquent qu'une partie des coûts en temps des prestations {Baumberger 2001 #96: 6}{Isfort 2007 #344: 672}{Morris 2007 #45: 469}. De même, les possibilités d'influence multiples indiquent que les valeurs temporelles des prestations individuelles ne sont pas isolées, c'est-à-dire indépendantes de l'état de santé du patient, mais peuvent être définies par d'autres variables influentes {Bartholomeyczik 2009 #163: 681-682}{Jansen 2013 #967}. Les différentes variables influant sur les coûts en temps montre clairement que les coûts en temps d'exécution des prestations représentent une variable cible complexe ne pouvant que difficilement être parfaitement mesurée dans la routine quotidienne de la fourniture de prestations {Berthou 1995 #646}{Isfort 2008 #970: 49-58}.

Une mesure de temps normative statique des prestations des soins doit de ce fait être par principe examinée de façon critique {Bartholomeyczik 11.5.2007 #503}{Baumberger 2015 #955}. Elle ne représente que l'approximation d'une valeur temporelle nominale mesurée par une méthode particulière, sachant que des différences peuvent conduire à des distorsions {Bartholomeyczik 2001 #269}{Bartholomeyczik 2008 #72: 19}{Isfort 2008 #970: 49-58}{O'Brien-Pallas 1992 #476}.

9.3 Estimation de la plausibilité

Pour les évaluations LEP, les données saisies et documentées doivent être soumises à des contrôles de plausibilité³², par exemple de type PCAP Suisse (voir 4.3.3, p. 57). Que les données soient issues d'une documentation des patients ou d'une saisie des prestations : La détermination de la plausibi-

³² Contrôles d'adéquation, estimation de la plausibilité, plausibilisation (rendre plausible) : rendre un concept/objet compréhensible, clair, acceptable.

lité est réalisée à la fin de la collecte des données et avant les évaluations LEP. On peut alors utiliser différents critères de plausibilité, comme dans les exemples du Tableau 31, ci-dessous.

Nombre de cas livrés	Nombre de cas livrés pour la comparaison des données.
Demande	Règle de plausibilité
Valeurs manquantes	Le nombre des valeurs manquant dans l'enregistrement reçu, par exemple pas de code DRG, de minutes LEP ou de durée de séjour. Les cas pour lesquelles il manque des données seront exclus de la comparaison des données.
Écart coûts total de soins/somme des groupes de prestations	L'écart entre le coût des soins d'un cas (« 1 colonne dans l'enregistrement ») et la somme des coûts de soins de chaque groupe de prestations LEP. Les cas avec écarts seront exclus de la comparaison des données.
Nombre de cas de transfert	Le nombre des cas de transferts dans l'enregistrement reçu. Tous les cas de transfert sont exclus de la comparaison des données.
Coût total des soins < 60 minutes	Le nombre des cas dans l'enregistrement reçu avec un coût total des soins inférieur à 60 minutes. Ces cas sont exclus de la comparaison des données.
Coût journalier des soins < 30 minutes	Le nombre des cas dans l'enregistrement reçu avec un coût journalier des soins inférieur à 30 minutes. Ces cas sont exclus de la comparaison des données.
Coût journalier des soins < 1 440 minutes	Le nombre des cas dans l'enregistrement reçu avec un coût journalier des soins supérieur à 1 440 minutes. Ces cas sont exclus de la comparaison des données.
Coût des soins dans un groupe de prestations seulement	Le nombre des cas dans l'enregistrement reçu pour lesquels un seul groupe de prestations est responsable du coût des soins. Ces cas sont exclus de la comparaison des données.
Nombre de cas admis	Nombre des cas admis pour la comparaison des données après l'estimation de la plausibilité
Nombre de DRG admis	Nombre des groupes de cas admis pour la comparaison des données après l'estimation de la plausibilité

Tableau 31: Exemple d'une estimation de la plausibilité automatisée (PCAP Suisse)

On peut aussi prendre en compte des combinaisons des prestations LEP avec données relatives à l'état de santé. Une règle d'estimation de la plausibilité peut être par exemple : « Une patiente considérée avec la caractéristique « Pas d'activités des soins autonomes » par l'évaluation en catégorie Mouvement, doit être associée avec des prestations de mouvement, par exemple Mobilisation au niveau du bord du lit ou position latérale ». On peut aussi effectuer des contrôles de plausibilité ciblés pour des prestations considérées comme problématiques dans un établissement de santé.

Des échantillonnages avec des prestations impossibles ou au minimum discutables doivent être sélectionnés et recontrôlés avant d'être intégrés aux évaluations. Les contrôles de plausibilité automatisés effectués sur la base de critères comme ceux des exemples du Tableau 31, ci-dessus, peuvent entraîner l'exclusion d'une évaluation de 2% des cas livrés. Ces cas sont alors représentés dans des tableaux et des graphiques. Les échantillons non plausibles sont alors réexaminés plus attentivement pour au besoin identifier les erreurs possibles dans les prestations saisies et documentées et les signaler aux professionnels de la santé, stations et responsables. Ces listes d'erreurs peuvent être travaillées pour améliorer la qualité des données. En général, il est possible de se baser sur la formation ou le traitement des données. Les estimations de plausibilité peuvent aider à détecter et à résoudre dès la saisie des données les problèmes liés à la qualité des données en adaptant les lignes directrices de documentation et de saisie. Ou, on peut systématiser l'affichage d'un

message correspondant si des erreurs réapparaissent régulièrement pour certaines prestations en cas d'enregistrements déficients dans la documentation des patients ou la saisie des prestations.

Les pratiques d'estimation de la plausibilité diffèrent selon les établissements de santé. Un formulaire a été envoyé à 10 hôpitaux du réseau SwissDRG pour savoir qu'elles étaient leurs routines d'estimation de la plausibilité et de codage {Baumberger 22. Januar 2014 #833: 50-53}. Tous ont dit exécuter des routines d'estimation de la plausibilité et de purge des données. Aux audits externes et internes s'ajoutaient les comparaisons de données. Certaines zones à problèmes peuvent être définies. Vue dans son ensemble, l'analyse des réponses des hôpitaux anonymisés a permis d'estimer comme bonne la qualité des données.

Les exemples suivants présentent l'estimation de la plausibilité et la sécurisation de la qualité des données sur la base de la procédure de l'hôpital universitaire de Zurich (USZ). Chaque service a son responsable LEP. Il peut s'agir du chef de service ou d'un professionnel de la santé délégué contrôlant tous les jours les données saisies. Le groupe d'assistance central « Saisie des prestations & Audit » contrôle l'exhaustivité et la justesse des données LEP sur la base de routines d'estimation de la plausibilité dans l'outil logiciel « LEP Management Cockpit ». Tous les mois, les services reçoivent un rapport sur la qualité des données, chaque service évaluant la qualité des données à l'aide de formulaires standardisés. Les enregistrements de cas contenant des coûts des soins cliniquement atypiques sont analysés en profondeur par le groupe d'assistance. Les difficultés de saisie éventuelles sont discutées et corrigées avec les stations concernées. Des discussions de cas sont organisées dans les stations. Les nouveaux collaborateurs sont systématiquement formés et le personnel reçoit de temps en temps des formations complémentaires. Au niveau supérieur, l'USZ compare les données de 15 hôpitaux dans le groupe régional LEP de Zurich de la Communauté d'intérêts suisse (SIG, Schweizerischen Interessengemeinschaft) des Représentants LEP. Les écarts éventuels sont analysés dans le groupe régional. Le groupe d'assistance sur la base de l'outil logiciel « LEP Management Cockpit » évalue comme bonne la qualité des données sur la période de collecte des données {Jucker 2011 #704}.

Un avantage des contrôles de plausibilité est qu'ils peuvent être effectués à un coût relativement faible. Un inconvénient est que des inexactitudes et écarts moins évidents dans leur cadre ne sont pas détectés. Pour cela cependant, il existe des produits auxiliaires sous forme d'évaluations LEP spécifiques d'identification des aberrations statistiques dans les données de prestations de la documentation des patients {Baumberger June 2016 #954}.

9.4 Fiabilité et validité des valeurs temporelles LEP

Durant les plus de 20 années d'utilisation pratique de LEP et de ses versions antérieures, les feedbacks et les propositions d'amélioration des utilisateurs ont conduit à des développements régu-

liers et la génération de nouvelles versions. Ces réactions jugent de l'acceptation, de la faisabilité et de la praticabilité de LEP {Isfort 2002 #1067: 500}{Weber 2003 #632}, et indiquent que LEP peut être interprété comme une méthode compréhensible et facile à utiliser {Vojnovic 2010 #702: 85}. La diffusion croissante et l'augmentation de portée de l'application actuelle et depuis des années pourrait en être une indication. À l'opposé, les résultats des études relatives à la fiabilité de la saisie des données et de la validité des valeurs temporelles normalisées de LEP sont rares et incomplets {Homburg 2006 #346}{Horbach 2004 #59}{Isfort 2002 #114}{Näf 2003 #91}. Ces manques ont été critiqués {Isfort 2004 #42}.

La fiabilité inter-évaluateur entre les collecteurs et les observateurs atteint une concordance de 85,4% pour les prestations individuelles dans l'étude de Homburg {Homburg 2006 #346 /yearonly}. La concordance catégorielle positive {Cicchetti 1990 #640}{Uebersax 2002 #641} entre collecteurs et experts atteint, dans une étude de Näf {Näf 2003 #91: 18-20; 42 / yearonly} une valeur totale de 0,6, la sensibilité de 0,65. La concordance pondérée dans le temps est, selon le niveau d'agrégation entre 0,72 et 0,89.

Les valeurs temporelles LEP normatives saisies sont légèrement plus élevées que les valeurs temporelles mesurées {Homburg 2006 #346} et souffrent, selon la méthode de mesure appliquée par Isfort d'écart parfois importants {Isfort 2002 #114: 57-61 / yearonly}. Dans l'étude de Näf, sur la base de séquences vidéo, les spécialistes des soins saisissaient en moyenne 1,3 fois le temps LEP par rapport aux experts et 1,7 le temps prévu dans les vidéos {Näf 2003 #91: 21-22}. Une comparaison concluante des valeurs temporelles LEP normatives aux valeurs temporelles saisies est rendue plus difficile par les différentes conceptions et méthodes de saisie des valeurs temporelles {Isfort 2002 #114: 59-61}, mais aussi par les difficultés méthodologiques fondamentales liées à la mesure des temps des prestations {Bartholomeyczik 2001 #269}{Malloch 1999 #635: 49}.

9.5 LEP dans les études scientifiques

Dans les études scientifiques, il est important dans le contexte ci-dessus et pour des raisons de transparence de décrire la méthode de saisie des valeurs temporelles. Les notions ambiguës comme « Temps réel » doivent, autant au niveau conceptuel qu'au niveau méthodologique être définies d'une manière pouvant être suivie. Dans ce contexte, il est conseillé de désigner les valeurs temporelles saisies avec LEP par le nom « Temps LEP » {Baumberger 2015 #955}.

LEP a été utilisé dans des études comme instrument de mesure des coûts des soins dans les groupes de cas DRG {Baumberger 2014 #963}{Fischer 2002 #482: 172-190}{Stausberg 2006 #122} ou pour l'identification de profils de prestations à partir des données des soins {Sellemann 18.11. 2010 #960}{Sellemann 2012 #924}. D'autre part, LEP a été utilisé dans des recherches pour expliquer la relation entre l'état du patient du point de vue de des soins et les coûts des soins {Baumberger

2002 #26}{Baumberger 2005 #137}{Baumberger 22. Januar 2014 #833}{Buchmann 2012 #1038}{Fiebig 2007 #97}{Hunstein 2007 #537}{Mueller 2010 #127}{Schmid 2007 #15}{Zimmermann 2013 #718}, pour étudier la relation entre les diagnostics ICD et les {Eberl 2005 #176}{Mösli 1997 #629} et celles existant entre l'accident vasculaire ischémique et les coûts des soins {Ryser 2007 #639}. D'autres travaux ont mappé et contrôlé LEP dans la saisie des prestations et des durées {Gärtner 2008 #8}{Walzl 2008 #966}ou comparé à d'autres systèmes, par exemple le PPR {Gelderblom 2003 #1072}{Giesel März 2010 #66} ou le PRN {Brügger Dezember 2002 #110}.

10 Les produits de LEP

Les produits LEP matériels sont par exemple les classifications LEP ou les tableaux de mappage, les produits immatériels les prestations de service comme le conseil et la formation continue (voir 12 Formation continue, Conseil, p. 153).

Les différentes variantes des produits matériels de LEP peuvent être regroupées en trois lignes de produits (groupes) (Tableau 32).

Doc. LEP et groupes de prestations LEP
Processus de traitement LEP
Produits spéciaux LEP et Produits autonomes LEP

Tableau 32: Les trois groupes de produits LEP matériels

Les produits des deux premiers groupes se complètent. Dans chaque groupe de produits LEP, l'association de certains des produits augmente les possibilités d'utilisation. Les groupes de produits LEP sont eux-mêmes très étroitement liés et peuvent être utilisés de façon à se compléter. En partant du haut du Tableau 32, la combinaison avec le groupe de produits LEP le plus élevé suivant offre un espace de travail de plus en plus étendu, qu'il s'agisse des évaluations, de la documentation des patients ou de la saisie des prestations et des durées

À partir des différentes variantes des produits LEP au sein d'un groupe de produits, les établissements de santé peuvent choisir les versions séparées ou complètes, autrement dit sous forme de « Versions complètes LEP » et s'acquitter de la licence correspondante. À partir de cette plate-forme sont mises au point les applications sur mesure destinées à l'utilisation de LEP au sein de l'établissement de santé et avec ses logiciels.

Chaque produit est disponible dans différentes langues, en général allemand, italien et français et, pour certains, en anglais.

10.1 Le groupe de produits « Documentation LEP et groupes de prestations LEP »

Le principe d'organisation du groupe de produits « Documentation LEP et groupes de prestations LEP » est composé de la classification des prestations LEP et des groupes professionnels (v. Tableau 33).

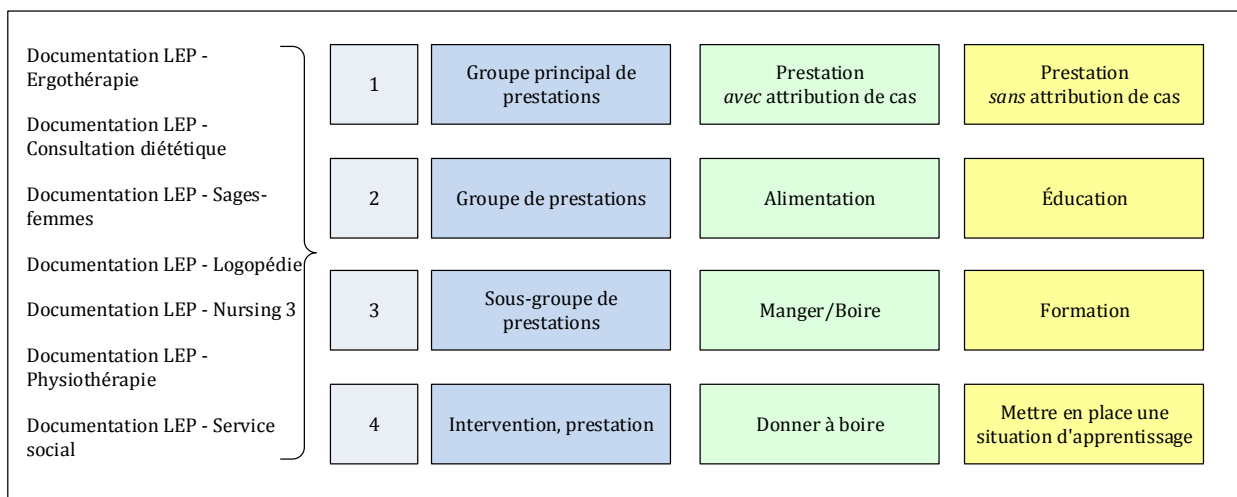
Les prestations avec ou sans lien avec le patient sont réunies sous forme de modules délimités dans les produits LEP du groupe de produits. Chaque produit peut être complété et combiné selon le principe de structure modulaire avec d'autres, à savoir la classification auxiliaire de LEP (voir 2.3, p. 34), les instruments complémentaires LEP (voir 3, Classifications, instruments et normes d'extension de LEP, p. 39) et les évaluations LEP (voir 4, Les évaluations LEP, p. 47).

Chaque produit du groupe de produits Documentation LEP (Doc) et groupes de prestations LEP (GP) sont répartis par groupe professionnel en deux éditions pour satisfaire les exigences de différence dans les degrés de précision (v. Tableau 33).

Classification des prestations LEP		
	avec attribution de cas	sans attribution de cas
Doc. LEP - Ergothérapie	✓	✓
GP LEP - Ergothérapie	✓	✓
Doc. LEP - Conseils nutritionnels	✓	✓
GP LEP - Conseils nutritionnels	✓	✓
Doc. LEP - Sages-femmes	✓	✓
GP LEP - Sages-femmes	✓	✓
Doc. LEP - Orthophonie	✓	✓
GP LEP - Orthophonie	✓	✓
Doc. LEP - Nursing 3	✓	✓
GP LEP - Nursing 3	✓	✓
Doc. LEP - Physiothérapie	✓	✓
GP LEP - Physiothérapie	✓	✓
Doc. LEP - Service social	✓	✓
GP LEP - Service social	✓	✓

Tableau 33: Produits de la classification des prestations LEP par groupe professionnel

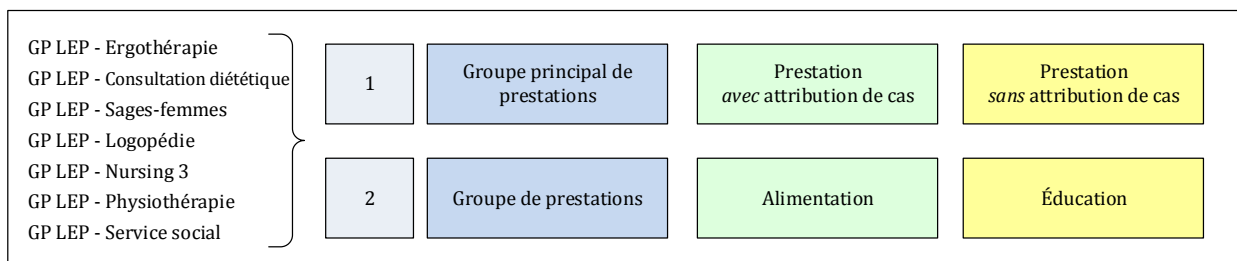
Comme le Tableau 33 le montre, chaque produit est disponible pour sept groupes professionnels. Une licence est valide par groupe professionnel pour un produit de la classification des prestations LEP, comme Doc (Documentation) ou GP (Groupes de prestations). Sachant que, comme le montre l'ill. 42, l'édition « Documentation » comprend tous les niveaux de la classification des prestations, jusqu'au niveau d'agrégation 4 compris (v. mit Ill. 8 : Le principe d'organisation de la classification des prestations LEP, p. 23).



Ill. 42 : Produit Documentation (Dok) de la classification des prestations LEP par groupe professionnel

Les produits du groupe Documentation, individuellement ou ensemble, sont adaptés à toutes les utilisations LEP, en particulier pour la documentation des patients (voir 7, p. 95), mais aussi pour la documentation des patients complémentaire et la saisie des prestations et des durées sur niveau alternés (voir 8.3.4, p. 117).

Les éditions de produits Groupes de prestations comprennent, comme le montre l'ill. 43, la classification des prestations LEP sur deux niveaux, c'est-à-dire jusqu'au niveau d'agrégation 2 compris (v. mit Ill. 8 : Le principe d'organisation de la classification des prestations LEP, p. 23 et v. mit Ill. 38 : Saisie des prestations et des durées sur deux niveaux, p. 116).



Ill. 43 : Produit Groupes de prestations (GP) de la classification des prestations LEP par groupe professionnel

Dans le principe, les produits « Groupes de prestations », individuellement ou ensemble, sont adaptés à la saisie des prestations et des durées séparée (voir 8.2, p. 113), si une comparaison en continu des temps de travail nets et des temps de prestations est mise au premier plan.(v. Ill. 31, p. 90).

10.1.1 Extensions par classifications auxiliaires LEP

Les quatre classifications auxiliaires LEP « Ajouts spécifique à l'établissement », « Données de cas », « Classification des métiers LEP » et « Temps de travail et absences du personnel » sont disponibles ensemble sous la même licence requise pour chaque produit du groupe de produits (v. Tableau 32, Ill. 42 et Ill. 43, ci-dessus).

10.1.2 Extensions aux systèmes de tarification

Le mappage permet d'établir un rapport direct entre les prestations LEP et les systèmes G-DRG et SwissDRG (voir 3.3, p. 43). Avec les versions LEP Nursing 3, les critères de codage significatifs pour les revenus DRG sont déclenchés automatiquement par CHOP-Code 99.C1 ou PKMS. Les deux tableaux de mappage à la base de ce mécanisme et les documentations nécessaires sont mis à disposition par lien Internet supplémentaire sous la licence du produit LEP Nursing 3 (v. Tableau 33, p. 132)(v. Ill. 44).

Mapping LEP Nursing 3 - CHOP 99.C1

Veillez télécharger la classification CHOP 2017 complète à partir de la page suivante:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.gnpdetail.2016-0132.html>

(1) Le document intitulé „OFS_CHOP-2017_99.C1_Français.pdf“ se rapporte à la catégorie CHOP 99.C1 Traitement de soins infirmiers complexes.

↓ OFS_CHOP-2017_99.C1_Français.pdf (787.4 KB)

(2) Le document intitulé „LEP_N3-CHOP_2017_99.C1_20161021_Français.xlsx“ définit la table de mise en correspondance des interventions LEP Nursing 3 et CHOP 99.C1.

↓ LEP_N3-CHOP_2017_99.C1_20161021_Français.xlsx (19.8 KB)

(3) Dans la mesure où aucune modification n'a été apportée à la table de mise en correspondance par rapport à la version précédente datant de 2016, aucune liste de mise à jour n'est disponible pour l'année 2017.

(4) Le document intitulé „LEP_N3-CHOP_2017_99.C1_lisezmoi_20161031_Français.pdf“ définit les champs de la table de mise en correspondance LEP 3 - CHOP 99.C1.

↓ LEP_N3-CHOP_2017_99.C1_lisezmoi_20161031_Français.pdf (236.0 KB)

(5) Le document intitulé „LEP_N3-CHOP_2017_99.C1_lisezmoi_20161031_nouveautés_Français.pdf“ indique les modifications apportées au document «Lisez-moi» par rapport à la version précédente datant de 2016. Les nouveautés sont indiquées en police bleue tandis que les éléments supprimés sont barrés et indiqués en Rouge.

↓ LEP_N3-CHOP_2017_99.C1_lisezmoi_20161031_nouveautés_Français.pdf (238.9 KB)

(6) Le document intitulé „Modèle-paramétré_CHOP-2017-66C1_20161021.pdf“ contient un modèle de création d'évaluation. L'évaluation est nécessaire pour superviser la saisie en continu des interventions CHOP 99.C1 dans le cadre de la prestation des soins.

Ill. 44 : Extrait du site Web de téléchargement des tableaux de mappage et de la documentation LEP-CHOP

La création des tableaux de mappage pour d'autres groupes professionnels, par exemple pour les services sociaux est encore en cours au moment de la rédaction de cette édition de la documentation LEP.

10.1.3 Extensions avec « Estimation subjective de la charge de travail »

L'instrument d'estimation subjective de la charge de travail (ESCT), les prestataires évaluent leur charge de travail (voir 3.4, p. 45). L'instrument est disponible en option sous la licence de chaque produit « Documentation » ou « Groupes de prestations » des groupes professionnels (v. Ill. 42 et Ill. 43, ci-dessus).

10.1.4 Extensions avec Évaluation LEP

Les deux modules d'évaluation LEP Évaluations standards LEP et Comparaison des données LEP (v. Ill. 17, p. 51) sont disponibles en option sous la licence de chaque produit du groupe de produits « Documentation LEP et groupes de prestations LEP » (v. Tableau 32, Ill. 42 et Ill. 43, ci-dessus). De plus, la licence inclus sur demande de l'établissement de santé un outil basé sur Excel pour l'analyse des prestations sans lien avec le patient.

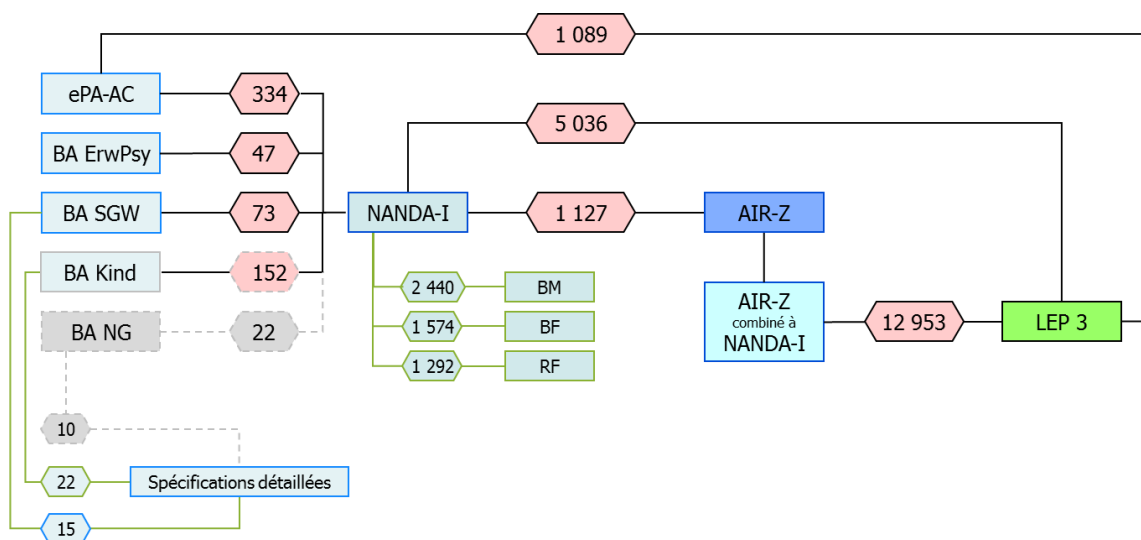
10.2 Le groupe de produits Processus de traitement LEP

Le principe d'organisation du groupe Processus de traitement LEP (v. mit Ill. 33 p. 96) est composé du groupe de produits « Documentation LEP et groupes de prestations LEP » (v. Tableau 33) et des liens des interventions LEP avec les états de santé (voir 3.2 à partir de p. 41 et Ill. 13 p. 42). Le processus de traitement LEP est compris comme un processus interdisciplinaire dans l'intérêt du patient. La création pour tous les groupes professionnels, par exemple un lien homogène de toutes les prestations liées au patient LEP des groupes professionnels avec le CIF ou les problématiques interdisciplinaires selon SNOMED CT implique une longue discussion professionnelle et spécialisée et une durée de développement conséquente. Actuellement, le groupe de produits comprend le Processus des soins LEP, se concentrant, comme son nom l'indique, sur les interventions liées au patient, les liens et les états de santé significatifs pour les soins du point de vue du groupe professionnel LEP Nursing 3.

10.2.1 Le produit Processus des soins LEP

Le produit Processus des soins LEP doit être manipulé comme un sous-groupe au sein du processus de traitement, car il est composé des diverses possibilités de combinaison et d'extension avec systèmes de classement des états de santé.

Les produits de Processus des soins LEP sont la Classification LEP Nursing 3, les systèmes partenaires comme ePA AC, diagnostics NANDA-I ou objectifs AIR et les liens comme par exemple le lien entre ePA AC et LEP Nursing 3 (v. Ill. 45, p. 136).



Ill. 45 : Les systèmes de classement et leurs liens dans le processus des soins LEP

Entre ePA AC et les interventions LEP-Nursing-3 existent des liens directs (dans le processus des soins LEP Version 3.1 ci-dessus, il y en a 1089). Le professionnel de la santé se voit proposer par l'application pratique suite à une estimation ePA déterminée (par exemple « Pas de capacité des soins autonomes pour la prise de nourriture ») certaines interventions LEP de planification et d'exécution dans la documentation des patients (par exemple « Donner un aliment ». En fonction de l'utilisation de Processus des soins LEP dans un établissement de santé, les interventions LEP-Nursing-3 peuvent, par exemple, être commandées parallèlement avec la variante ci-dessus ou seulement avec PA-AC relié à NANDA-I et les objectifs AIR (v. mit Ill. 45, ci-dessus).

Au sein des versions de Processus des soins LEP, les produits sont en général disponibles dans les trois langues allemand, italien et français pour l'utilisation sous licence (Tableau 34, ci-dessous). Cette initiative permet de garantir la saisie parallèle de données dans ces trois langues dans la documentation des patients de façon, par exemple, à ce qu'un spécialiste des soins germanophone situé dans le canton du Valais puisse lire en allemand le programme des soins originellement en français. LEP Nursing et certains systèmes de classement comme ePA AC ou NANDA-I sont aussi disponibles en anglais.

Étiquette	Nom du produit
ePA-AC	Évaluation des soins orientée vers les résultats - (Acute Care) Soins aigus
BA ErwPsy	Évaluation de base - Adulte psychosocial 1.0.0
BA SGW	Évaluation de base - Femme enceinte, parturiente ou accouchée

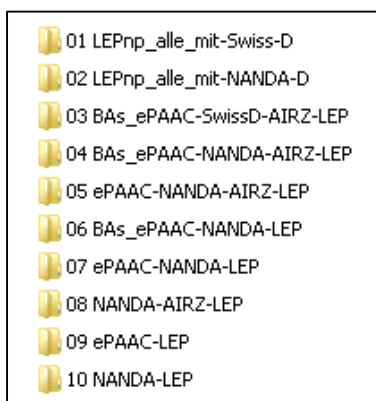
BA Kind	Évaluation de base - Enfant
BA NG	Évaluation de base - Nouveau-né
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association. Association nord-américaine pour les diagnostics infirmiers. La taxinomie NANDA est utilisée en tant que marque commerciale pour les diagnostics infirmiers depuis 2002 : NANDA-International, Incorporation.
AIR-Z	AHIS (Advanced Healthcare Information Systems) Institut Rosenberger - Objectifs des soins infirmiers
AIR-Z, NANDA-I	AHIS Institut Rosenberger – Objectifs des soins infirmiers combinés avec les diagnostics infirmiers NANDA-International
LEP Nursing 3	Saisie des prestations des soins dans Nursing 3

Tableau 34: Les produits du processus des soins LEP

Parallèlement aux deux tableaux, il existe pour les éditeurs de logiciels des catalogues détaillés permettant d'obtenir des informations sur le contenu, comme des renseignements sur les évaluations orientées vers les résultats propres des soins aigus (ePA-AC) ou sur la classification des interventions de soins de LEP Nursing 3 (LEP 3). Il existe aussi des catalogues sur les 1 089 liens possibles entre ces interventions de soins, ou sur les 5 036 liens entre les diagnostics infirmiers de NANDA-I et LEP 3 (v. Ill. 45, p. 136).

Particularités dans Processus des soins LEP, les évaluations de base BA Kind et BA SGW (v. Tableau 34, ci-dessus), issus du projet « LEPWAUU ». Elles ont été développées en 2008 pour mettre à disposition des établissements de santé pour des spécialités concernées des solutions de transition pour pouvoir les remplacer, dès la mise à disposition, par des prestataires tiers, d'évaluations acceptées et diffusées globalement. Dans ce contexte, on a renoncé à développer ces évaluations de base, bien qu'une évaluation globalement acceptée par les établissements de santé ne se soit toujours pas imposée. Les trois évaluations de base ci-dessus n'ont pas été traduites en italien par manque de besoin. Deux d'entre elles BA NG et BA SGW, ne sont pour l'instant reliés qu'aux diagnostics infirmiers issus de NANDA-I 2009/2011 et intégrés au successeur de NANDA-I (v. Ill. 45, p. 136).

La licence d'utilisation du produit Processus des soins LEP permet dix différentes combinaisons (v. Ill. 46).



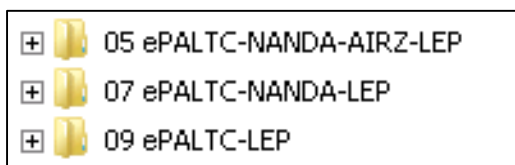
Ill. 46 : Les dix combinaisons pour l'utilisation de Processus des soins LEP

Le nombre d'établissements de santé possédant une application sous licence de LEP Nursing 3 liée à d'autres classifications et instruments d'évaluation utilisés dans le processus des soins ne cesse d'augmenter. L'état actuel indique que 150 des 250 établissements de santé d'Allemagne, Autriche, Italie et Suisse utilisent ce produit (voir 1.2, p. 5). Pour répondre à la diversité des traitements sur le terrain, de nombreuses adaptations de la version « LEPWAUU classique » d'origine ont été transposées avec succès dans la documentation électronique des patients. Il s'agit, par exemple, d'Évaluations de base/ePA-ACe LEPWAUU relié à NANDA-I relié à AIR-Z relié à LEP 3 (v. Ill. 45, p. 136 et Ill. 46, p. 138).

Au moment de la rédaction de l'édition actuelle de la documentation LEP, le développement de nouveaux liens avec de nouveaux systèmes de classement continue, comme les liens entre LEP Nursing 3 et Diagnostics infirmiers POP 2.0, ePA-Kids 2.0 « dès la naissance »), les diagnostics infirmiers de la classification internationale de la pratique infirmière (ICNP) ou la « liste des problèmes des soins » selon la nomenclature SNOMED CT.

10.2.1.1 Processus des soins LEP LTC

Pour la documentation des patients longue durée, LEP Nursing 3 a été relié à ePA-LTC (Long-TermCare ; soins longue durée) (v. Ill. 47).



Ill. 47 : Les trois combinaisons pour l'utilisation de Processus des soins LEP LTC

La licence d'utilisation du produit Processus des soins LEP LTC permet deux autres combinaisons, par exemple ePA-LTC relié à NANDA-I et LEP Nursing 3. Trois experts des soins ont maintenant

systématiquement réparti, en fonction de l'article 7 sec. 2 lit. a–c KLV³³, les interventions de soins LEP Nursing 3 en « Prestations obligatoires » (prestations avec obligation LAMal³⁴) et « Prestations facultatives » (prise en charge, hôtellerie) (v. Tableau 12, p. 43). Il est ainsi possible d'utiliser directement les données de prestations de la documentation des patients pour un financement des soins longue durée transparent {Baumberger 2015 #982}.

10.3 Le groupe de produits « Produits spéciaux et autonomes LEP »

Le troisième et dernier groupes de produits LEP matériel est composé des « Produits spéciaux et autonomes LEP » (v. Tableau 32, p. 131). Ce groupe de produits est composé de produits autonomes s'associant aux autres groupes de produits pour augmenter la liberté d'utilisation pour les statistiques, la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées. Chaque produit autonome LEP a sa licence. La génération des produits spéciaux LEP est commandée par les établissements de santé et reste leur propriété.

10.3.1 PCAP Suisse

Le module d'évaluation PCAP Suisse (voir 4.3.3, p. 57) est un produit autonome nécessitant une licence propre.

10.3.2 Produits spéciaux LEP

Outre ses propres produits, LEP génère sur commande des produits spécifique pour des établissements de santé. Par exemple, LEP a créé pour certains hôpitaux des listes de diagnostics infirmiers propres à l'établissement ou des liens entre certaines évaluations.

10.4 Produits antérieurs de LEP

À côté de ses produits actuels, LEP garde à dispositions des produits plus anciens pouvant être encore utilisés dans des établissements de santé. Ceci concerne en particulier les anciennes versions de LEP Nursing 2 et LEP Physiothérapie 1. Ce manuel n'en parle pas, mais vous trouverez des références de littérature et de documentation complète (voir Bibliographie sous 11.2, p. 143).

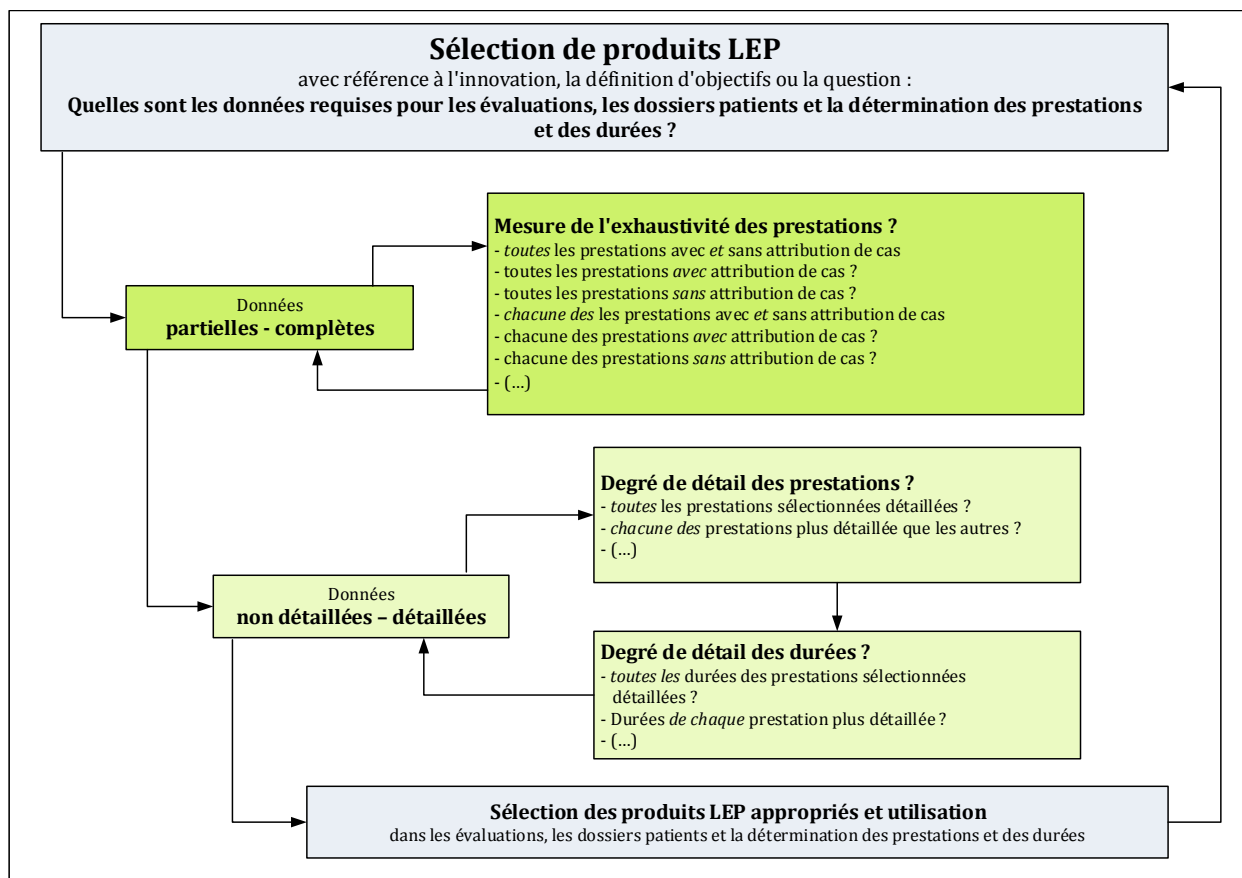
10.5 La sélection de produits de LEP

La sélection de produits de LEP est déterminée par les exigences diverses des établissements de santé envers l'utilisation de LEP, ce qui signifie que l'évaluation souhaitée, la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées sont décisives.

³³ Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (Suisse)

³⁴ Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Suisse)

La sélection de produits de l'établissement de santé est tout d'abord déterminée par l'« Utilisation obligatoire » de LEP. Elle est le résultat des prescriptions légales spécifiques au pays d'utilisation, aux conditions cadres du financement, par exemple les prescriptions des lois sur l'assurance maladie ou les lois sur la santé, mais aussi en fonction des réglementations légales relatives à la protection des données. Pour l'« Utilisation obligatoire », la sélection de produits est guidée par les données requises pour les évaluations, la documentation des patients et la saisie des prestations et des durées. Il s'agit donc de savoir quelles données doivent être fournies, en quelles quantités et avec quel degré de précision (v. Ill. 48).



Ill. 48 : Questions relatives à la sélection de produits de LEP

La sélection de produits de l'établissement de santé est tout d'abord déterminée par l'« Utilisation potentielle » de LEP. Elle est guidée par les prescriptions propres à l'établissement, les innovations, les définitions d'objectif et les problématiques des groupes d'utilisateurs.

Les utilisations, « Obligatoire » et « Potentielle » nécessitent une certaine quantité de données de prestations, un degré de précision déterminé et la possibilité de pouvoir compresser et agréger les données, mais aussi une procédure homogène et transparente (Ill. 48).

La sélection de produits de LEP, aussi bien pour l'« Utilisation obligatoire » que l'« Utilisation potentielle » est influencée par le point de vue des acteurs et reflète de ce fait un potentiel conflictuel, s'il n'y a pas d'explications préalables ou si elles sont insuffisantes.

10.5.1 La matrice LEP

La classification LEP peut être organisée schématiquement dans un tableau pour expliquer la sélection de produits et pour appréhender la compréhension et les connaissances spécialisées relatives à l'utilisation de LEP. Ce tableau est a une structure de matrice. L'organisation de la matrice présentée dans le Tableau 35 (ci-dessous) montre les modules de LEP significatif pour la classification des prestations (2.2, p. 19), les classifications auxiliaires de LEP (2.3, p. 34), les classifications complémentaires LEP, les instruments, les normes (3, Classifications, instruments et normes d'extension de LEP, p. 39) et les modules d'évaluation LEP (4.3, p. 51).

Modules	Groupes professionnels						
	Soins infirmiers	Sages-femmes	Ergothérapie	Orthophonie	Physiothérapie	Service social	Consultation diététique
Doc. LEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Groupes de prestations LEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prestations avec attribution de cas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prestation sans affectation de cas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Données complètes à partielles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Données agrégées à détaillées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ajouts spéc. à l'établissement	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Données des cas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Classification des métiers LEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Temps de travail du personnel et absences	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CHOP 99.C1	✓						
PKMS	✓						
Estimation subjective de la charge de travail	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Les évaluations standards LEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Comparaison des données LEP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PCAP Suisse	✓						
Processus de soins LEP	✓						
Processus de soins LEP LTC	✓						

Tableau 35: Matrice des produits LEP

Pour présenter de façon simplifiée les relations nécessaires à la sélection de produits et à la compréhension de l'utilisation de LEP pour plusieurs groupes professionnels, on génère des relations entre les différentes cellules de la matrice.

11 Développement et gestion des versions de LEP

Le département Recherche et Développement de LEP AG est responsable, en continu, de la maintenance, de l'assurance qualité, du développement et de l'édition des classifications LEP, de leurs liens avec d'autres systèmes de classement et de leur harmonisation avec les normes internationales (voir 3, Classifications, instruments et normes d'extension de LEP, p. 39). L'objectif du développement et de la gestion des versions³⁵ de LEP est de construire et de garder à jour de façon précise et professionnelle les prestations des établissements de santé pour les patients à l'intérieur des conditions cadres du secteur de la santé. Le point central d'une utilisation réussie est son potentiel d'application et l'adéquation de LEP par rapport aux exigences changeant constamment.

La garantie et la responsabilité du maintien et de l'assurance du développement permanent des classifications LEP sont clairement réglées et sont le domaine de compétences du département Recherche et Développement de LEP AG. Ce dernier travaille étroitement en réseau avec les acteurs essentiels pour le développement.

11.1 LEP en tant que système à capacité d'apprentissage

Les classifications LEP, leurs modalités d'utilisation et les utilisateurs de LEP sont compris comme un système commun à capacité d'apprentissage. Les exigences changeantes dans le secteur de la santé sont conséquemment anticipées pour y orienter de façon ciblée le développement de LEP. Les résultats d'études actuelles, les expériences pratiques d'utilisation en établissements de santé et les propositions professionnelles d'amélioration des utilisateurs LEP sont utilisées de façon ciblée en tant qu'options stimulant l'innovation dans le développement et la gestion des versions (voir 11.6, p. 151). Dans chaque nouvelle version de LEP, les classifications sont plus ou moins fortement améliorées, sachant qu'il faut tenir compte des modifications et de leurs effets possibles, par exemple sur la cohérence de la classification, l'implémentation logicielle ou les modalités de facturation.

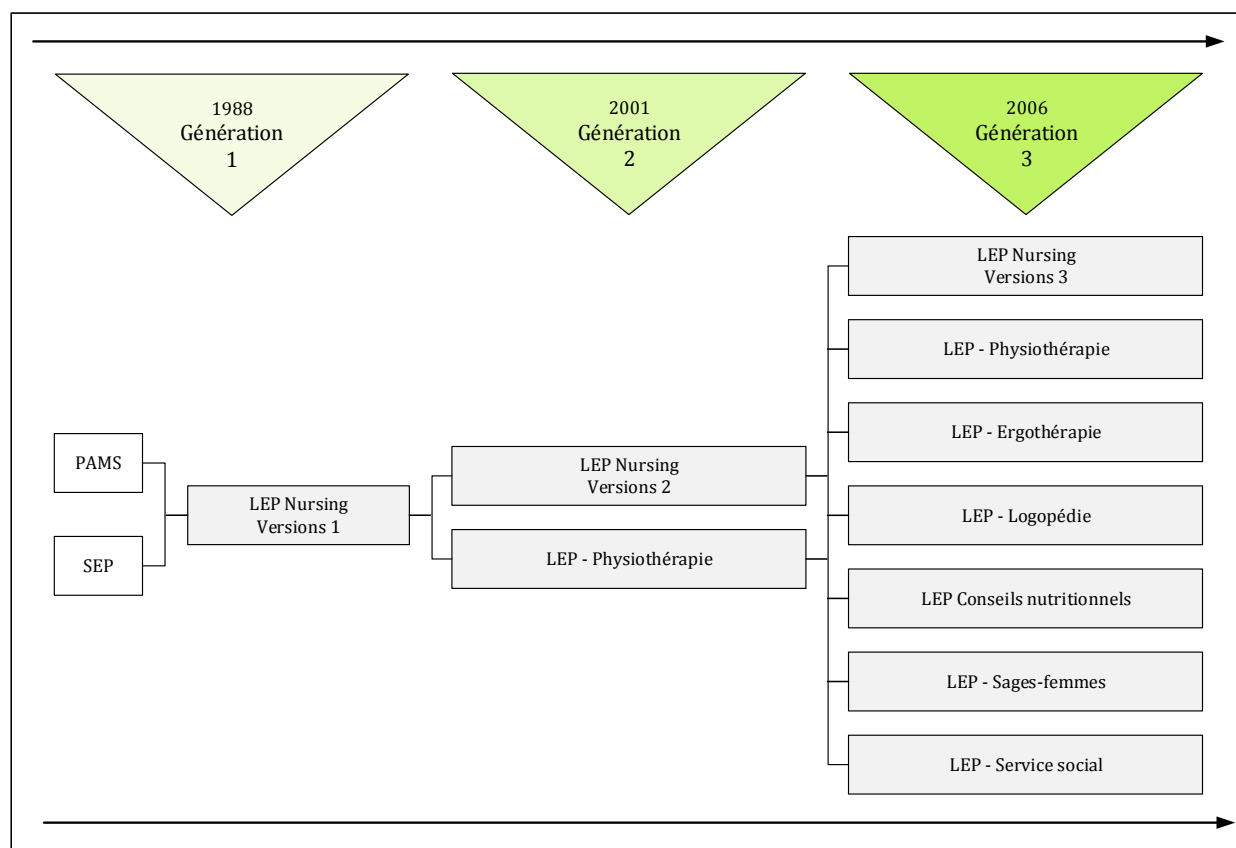
Anticiper les exigences du secteur de la santé est une position de base et guide les procédures de travail de LEP. Cela permet d'élaborer des étapes de développement innovatrices mais aussi d'intégrer les nouvelles connaissances dans la systématique de LEP et dans l'extension de compétences professionnelles des utilisateurs et collaborateurs de LEP. LEP participe activement avec ces propositions innovatrices aux développements du secteur de la santé et contribue à ce qu'ils soient mis en pratique.

³⁵ Gestion des versions

11.2 La première et la deuxième génération de LEP

L'abréviation LEP reflète l'objectif d'utilisation des deux premières générations LEP et signifie « Leistungserfassung in der Pflege », saisie des prestations des soins infirmiers (v. Ill. 49). La génération 3 de 2006 intègre LEP directement dans le processus de traitement et dans la documentation des patients. Même si LEP reste utilisé comme nom de marque (*brand name*), l'utilisation de la classification des prestations LEP dans les établissements de santé dépasse le niveau de la « simple » saisie des prestations et des durées.

La première génération de LEP (v. Ill. 49) a été développée de 1988 à 1992 avec des méthodes d'observation participative, des interviews des groupes cibles et la sémantique ethnographique des constructions linguistiques dans deux hôpitaux suisses {Maeder 1997 #996}{Maeder 1998 #1007}{Maeder 1999 #348}{Maeder 2000 #995}. L'hôpital cantonal de St-Gall a travaillé étroitement avec le système de mesure des coûts des soins PAMS³⁶ {Maeder 1994 #1008} et l'USZ avec SEP-USZ³⁷ {Güntert 1994 #655}. Avec la réunion en 1996 des deux systèmes est née le nom de marque LEP {Fischer 1997 #1018: 138}.



³⁶ Système de mesure des coûts des soins

³⁷ Système de saisie des coûts des soins dans l'USZ

Ill. 49 : Les trois générations de LEP

Dans la deuxième génération de LEP, les prestations et les valeurs temporelles ont été raffinées {Bamert 2003 #814}{Brosziewski 2001 #341}{Brügger 2001 #343}{Brügger 2002 #994}. Outre les prestations des soins infirmiers (Nursing) un nouveau catalogue des prestations a été développé pour la physiothérapie {Maeder 2006 #342}.

L'objectif d'utilisation et la construction des deux premières générations LEP sont alignés sur l'utilisation d'une saisie des prestations et des durées. Elle est effectuée séparément de la documentation des patients (voir 8.2 à partir de p. 113).

Dans les établissements de santé utilisant déjà la deuxième génération, celle-ci est en générale peu à peu remplacée par la troisième génération (v. Ill. 49, ci-dessus). Cette procédure est dans certains établissements de santé toujours en cours. Ce n'est pas toujours facile de séparer les objectifs d'utilisation différents des deux générations de LEP et leurs potentiels de faisabilité (v. Ill. 35, p. 111).

11.3 La troisième et actuelle génération de LEP

Dans la troisième et actuelle génération de LEP, malgré la conservation du nom LEP, l'objectif d'utilisation est modifié par l'influence contextuelle de l'extension des possibilités d'utilisation logicielles, les nouvelles tarifications et l'orientation de la politique de la santé sur eHealth. L'objectif d'utilisation est maintenant orienté sur une utilisation dans la documentation électronique des patients. Grâce à la construction de la classification des prestations LEP, ceci n'exclut cependant pas de fait une saisie des prestations et des durées séparée (voir 8.2, à partir de p. 113).

Le nouvel objectif d'utilisation influence et modifie la construction et la sélection des informations pour la classification LEP, comme cela serait le cas dans d'autres systèmes de classement (voir 2.1, p. en page 18, {Straub 2009 #526: 63-68}). Une utilisation dans la documentation électronique des patients influence par exemple la sélection du type de prestations, de son organisation structurelle et de ses degrés de précision.

Les objectifs d'utilisation de la classification de la génération LEP actuelle responsables principaux de la détermination de la structure et de la sélection sont, outre la documentation électronique des patients :

- la capacité d'échange de données sémantique et structurelle (interopérabilité),
- la prévention des données redondantes et de la saisie en double,
- l'utilisation multiple des données de prestations,
- l'intégration dans le processus de traitement,
- l'intégration dans la chaîne des soins de santé,
- l'utilité pour d'autres professions spécialisées de la santé,

- l'extension des évaluations par des variables supplémentaires comme les états de santé et les indicateurs de qualité

{Baumberger 2006 #1005}{Baumberger 2007 #1004}{Baumberger 2008 #998}{Baumberger 4. September 2014 #1000}{Baumberger 2015 #1003}{Maeder 2006 #342}.

Pour conserver la modernité des objectifs d'utilisation LEP, la construction structurelle et sémantique de la classification des prestations de troisième génération est méthodologiquement et conséquemment orientée sur les normes et classifications internationales ({Baumberger 2005 #461}{Baumberger Juli 2006 #783}; voir 2.2.5 à partir de p. 30 et 3.1 à partir de p. 39).

11.4 Extensions dans le cadre de la troisième génération LEP

Simultanément à la première utilisation productive de la génération LEP actuelle 2006{Steuer 2006 #535}, on a créé systématiquement, pour assurer l'intégration dans les processus de traitement, des liens avec les états de santé (voir 3.2, p. 41 et Ill. 45, p. 136). Le premier lien a été créé dans le cadre d'un projet de mise en œuvre de LEP Nursing 3 avec ePA-AC {Baumberger 2009 #25}{Steuer 2006 #535}. D'autres liens avec les diagnostics NANDA-I ou les objectifs AIR suivent et sont constamment complétés {Baumberger 2009 #25}{Baumberger 14. Mai 2010 #456}{Baumberger 2011 #223}{Chopard 16. März 2010 #1026}{Gilles 16. März 2010 #938}{Hieber 24. Januar 2014 #1014}{Kessler 15.05.2012 #1013}{Kuster 2008 #1010}{Kuster 25. August 2009 #234}{LEP AG 2012 #1073}{Schiefelbein 16. März 2010 #1011}.

Dans la génération actuelle, les prestations des soins infirmiers (Nursing) et de physiothérapie sont complétées par la classification des prestations de l'ergothérapie, de la consultation diététique, des sages-femmes, de la logopédie et des services sociaux. (v. Tableau 33, p. 132 et Tableau 35, p. 141).

Autre nouveauté, la classification des prestations *sans* lien avec le patient de tous les groupes professionnels (v. Ill. 9, p. 25 et Tableau 33, p. 132). Elles peuvent être intéressantes, en complément des prestations liées au patient, pour les coûts en temps des prestations, les temps de travail (nets) et l'analyse du contenu des processus de travail (v. Ill. 31). Les temps d'intervention pour les prestations sans lien avec le patient ne doivent cependant pas être sans réflexion préalable identifiés à la notion « Valeur C », utilisée pour les deux premières générations LEP, désignant la différence entre le « Temps de travail » et les « Coûts des soins attribuables au patient » {Blankart 2010 #815}{Brügger 2002 #994: 16-17}.

11.5 Réseau de développement

Le développement de la troisième génération LEP se fait en collaboration étroite avec des experts désignés, comme des professionnels de la santé de la pratique clinique, des gestionnaires et des scientifiques, avec les partenaires tarifaires, les associations professionnelles, l'administration, les

assureurs ou les éditeurs de logiciels et, notamment, les équipes de développeurs d'autres systèmes de classement (par exemple {Baltzer 2006 #999}{Baumberger 10. Juni 2008 #813}{Baumberger 2009 #25}{Baumberger 14. Mai 2010 #456}{Baumberger 2011 #223}{Bürki Sabbioni 24. August 2011 #585}{Chopard 16. März 2010 #1026}{Güttler 4. Mai 2007 #188}{ICN 2015 #985}{Ranegger 28. September 2015 #983}{Walzl 2008 #966}).

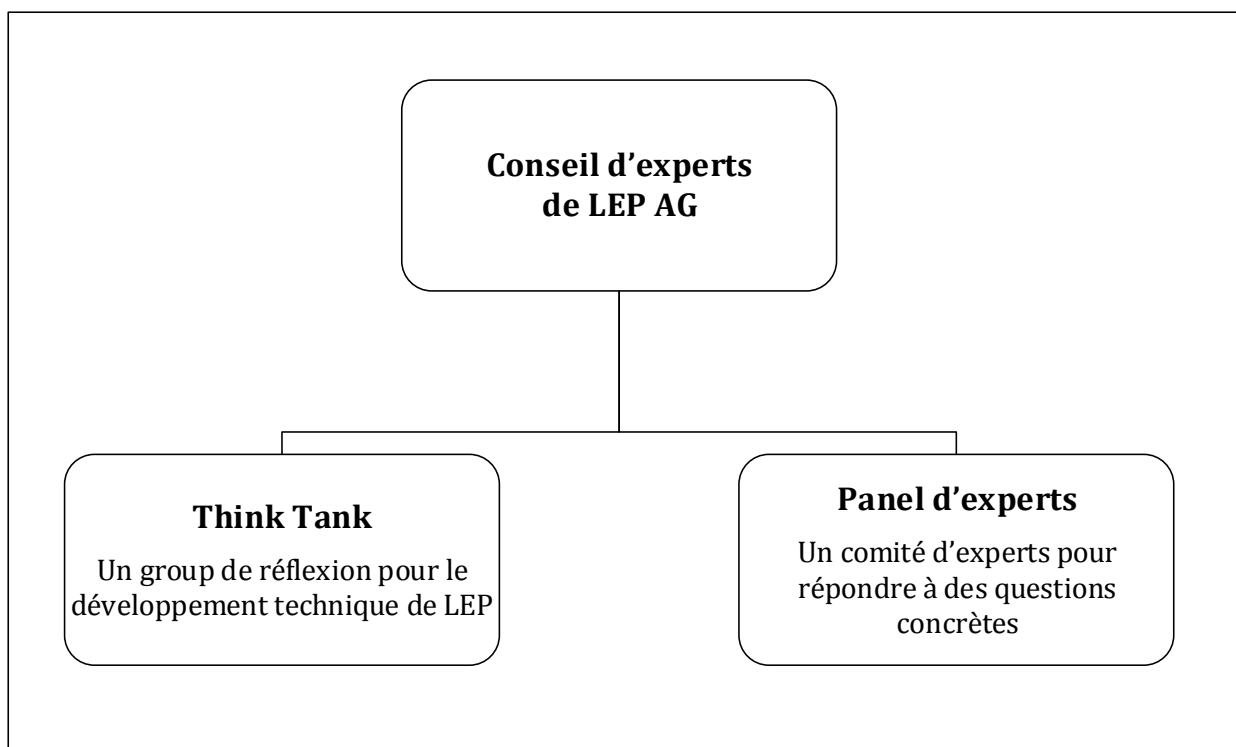
Principaux éléments responsables des contenus spécialisés dans le développement de la troisième génération LEP :

- Les suggestions, avis, critiques et feedback
 - des utilisateurs de premier rang et des établissements de référence EP,
 - des experts de certains groupes professionnels, associations, services spécialisés et d'états cliniques essentiels (sages-femmes, pédiatrie et traitement des plaies),
 - des experts d'autres systèmes de classement,
 - des experts de systèmes de tarification,
 - des experts de la recherche et de la formation,
- Les résultats des divers mappages sémantiques et liens cliniques entre LEP et autres systèmes de classement,
- Les résultats d'études de conception de prestations de santé et de mesure des coûts,
- Les contributions professionnelles et études sur l'harmonisation des classifications dans le secteur de la santé,
- Les ateliers spécialisés et orientés sur la pratique de LEP,
- Les groupes d'intérêt LEP régionaux,
- Les visions du conseil d'experts LEP.

Derrière le développement, on trouve donc un réseau d'innombrables personnalités qui, avec leur expertise et leurs expériences cliniques ont contribué à la poursuite de l'actuelle génération LEP.

11.5.1 Le conseil d'experts LEP

Le conseil d'experts LEP regroupe des experts renommés. Il a deux objectifs : « think tank » (groupe de réflexion) et panel d'experts (v. Ill. 50).



Ill. 50 : Le conseil d'experts LEP

La priorité du think tank est de détecter les besoins en développement de LEP AG et de proposer les premières approches de solution. La priorité du panel d'experts est, elle, de répondre aux questions concrètes de la mise en œuvre (Ill. 50).

Le think tank réunit différents points de vue et est le moteur de la croissance et de l'innovation de LEP AG. Il est indépendant et participe en tant que « groupe de réflexion » au développement de LEP. Il se préoccupe des modifications et développements professionnels, politiques et scientifiques importants pour LEP AG. Dans ce contexte, le think tank définit les besoins d'action et les propositions de solutions significatifs pour l'avenir de LEP. Cette tâche impose, en particulier, l'exigence de faisabilité compréhensible et proche de la pratique dans l'élaboration de propositions de solutions, sans pour cela entrer dans les détails. Le think tank est le lieu de rencontre des spécialistes des institutions scientifiques et de la pratique de LEP, par exemple des sciences de la santé, de l'économie de la santé et des domaines voisins.

Le think tank accueille de cinq à huit membres, invités et rémunérés par LEP AG sans que cela n'influence leur indépendance. Ils se réunissent une journée complète une fois par an.

Le panel d'experts met à contribution ses connaissances spécialisées pour répondre aux problématiques concrètes auxquelles le département Recherche et Développement de LEP AG fait face en ce qui concerne le développement ciblé de LEP. Il peut s'agir de questions conceptuelles, méthodologiques et de technologie de l'information. Le groupe réunit des experts de premier plan des do-

maines Systèmes de classement (terminologies, classifications, par exemple) et Systèmes d'informations cliniques (documentation électronique des patients, évaluations, par exemple).

Le panel d'experts réunit de trois à cinq membres, invités et rémunérés par LEP AG en fonction des problématiques soulevées. Les réponses des membres sont directement liées aux problématiques. Ils se réunissent une journée complète deux fois par an.

11.5.2 Conférences scientifiques LEP

Du point de vue de LEP AG, il existe encore des manques et des desiderata relatifs à l'utilisation de LEP, dont la signification augmente à mesure de l'évolution des conditions cadres dans le secteur de la santé (eHealth, besoin de données de qualité de traitement et d'intérêt du patient, nouvelles structures de tarification basées sur DRG).

Jusqu'à maintenant, trois conférences ont été organisées en présence de référents renommés ayant pour sujet les problématiques principales « De quelle recherche a besoin LEP ? », « Le chantier Documentation des soins électronique ? » et « Prestation et Qualité ». Pour LEP AG; ces événements ont pour but de renforcer et faire avancer le processus de réflexion scientifique sur LEP Ils étudient les problématiques selon diverses perspectives, par exemple selon les points de vue de la pratique clinique, de l'économie de la santé, des sciences et des scientifique. Les questions de validité et de fiabilité de LEP, mais aussi celles relatives au contexte d'utilisation de LEP ou à la mesure de la qualité des prestations des soins sont alors discutées.

Les conférences schématisent le calendrier de recherche de LEP et s'intègrent aux travaux de développement de LEP.

11.5.3 Fondements de la validité des contenus

Une priorité du développement actuel est orientée sur la validité des contenus des interventions de santé LEP {Burns 2010 #357: 334-335}{Polit 2012 #358: 336-342}.

11.5.3.1 Système de feedback de la pratique clinique

Pour améliorer à temps et en continu la validité des contenus et l'exhaustivité de la classification, nous avons mis en place un système de feedback pour les acteurs de la pratique clinique. Dans ce système, les « Prestations à spécification différenciée » pour la sécurisation de la validité des contenus des prestations LEP ont un rôle essentiel (voir 2.2.4.5.1, p. 28). Grâce à cette méthode, plus de 50 propositions ont été intégrées à la structure et la classification de nouvelles interventions de santé et utilisées pour préciser et différencier les interventions existantes, par exemple pour les découper en sous-interventions.

Les propositions viennent en général directement des utilisateurs de LEP dans la pratique. Ceux-ci confirment la capacité d'adaptation à la pratique de LEP dans les 250 établissements de santé et

contribuent à faire avancer le développement des contenus avec leurs propositions d'amélioration au contenu différencié et étroitement liées au contexte d'utilisation. Ce « principe quasi Open-Source » contribue à l'acceptation élevée du système par ses utilisateurs et intègre le savoir-faire clinique actuel. Bien évidemment, les propositions ne sont pas reprises sur appel dans la classification LEP mais systématiquement contrôlées et retravaillées. Elles sont normalisées sur la base des normes structurelles et sémantiques (voir 3.1, p. 39) et, parallèlement, organisées dans la classification LEP en vérifiant de façon critique que la cohérence de la classification est bien conservée.

11.5.3.2 Conformité avec les normes et les autres systèmes de classement

Outre les systèmes de feedback, le fait que LEP se réfère aux normes internationales et, du point de vue de l'interopérabilité, le mappage sémantique sur ICNP {Baumberger 29. September 2015 #928} et SNOMED CT {Baumberger 21. Januar 2016 #929} sont significatifs pour la validité des contenus. Le mappage de LEP sur ICNP montre que LEP utilise un grand nombre de notions similaires ou de même signification qu'ICNP pour la description des interventions de soins. 523 des 536 (97,6%) interventions LEP Nursing ont pu être mappées sur ICNP {Baumberger 2015 #927}. Les interventions ICNP de leur côté, sont déjà mappées sur SNOMED CT {ICN 2015 #1028}, laissant prévoir un degré de couverture élevé entre les interventions LEP et SNOMED CT {Baumberger 21. Januar 2016 #929}.

Le fait que la construction de LEP se réfère à la norme ISO 18104 est significatif pour la structure des notions sémantiques (voir 2.2.3; p. 23; {ISO 2014 #808: 10}). ICNP est aussi construit en conséquence {ICN 2008 #1027}. De ce fait, LEP et ICNP représentent une structure de classification pré-combinée au niveau des interventions de soins. Le mappage permet de contrôler, en plus de la conformité sémantique, la validité des contenus de la structure (ISO) et de la composition des notions et concepts des interventions LEP par rapport à la description des interventions de soins des normes internationales (ISO). Ceci est particulièrement vrai. Les deux éléments de structure « Action » et « Orientation de l'action », devant être obligatoirement définis selon ISO-RTM pour intervention de soins, sont respectés par les interventions de soins LEP-Nursing-3, avec une exception « Durée de trajet pour clarification externe » {Baumberger 2012 #232}. Cette exception a été retirée des nouvelles versions de LEP.

Grâce aux résultats présentés ci-dessus et ceux d'autres mappages LEP {Güttler 4. Mai 2007 #188}{Müller 2006 #634}{Ranegger 28. September 2015 #983}{Walzl 2008 #966}, la validité des contenus de la classification des prestations LEP est renforcée en continu.

Il faut ajouter que le traitement des liens de LEP avec Évaluations et Diagnostics par des groupes d'experts a permis d'identifier des manques de la classification des prestations LEP et de les combler de façon ciblée en se concentrant sur l'état de santé.

11.5.3.3 Groupes d'experts

L'élaboration et le développement des parties de la classification des prestations LEP sont conceptualisés par des groupes d'experts. Ils élaborent aussi les liens LEP et les mappages avec d'autres systèmes de classement. Ainsi, les produits LEP se basent toujours sur la validation par experts, un composant important de la validité des contenus {Burns 2010 #357: 334–335}{Polit 2012 #358: 336-342}. Dans les groupes d'experts, on retrouve le « Groupe de travail PCAP Suisse » (voir 10.3.1, p. 139) avec ses membres venus des établissements de santé et de LEP AG, ou l'ancien « Groupe de projet LEPWAUU » {Kuster 27. Januar 2009 #1009}{Kuster 25. August 2009 #234}, intégré aujourd'hui dans le « Groupe de travail Processus de traitement LEP » et responsable de la création de liens entre les systèmes de classement (voir 3.2, p. 41 ou Ill. 45 p. 136). Un autre exemple, le « Groupe de travail GROG avec MTT » du canton de St-Gal, composé de membres de professions de santé diverses et de LEP AG. Ce groupe a élaboré la classification des prestations LEP pour la physiothérapie, l'orthophonie et l'ergothérapie {AG DRG et MTT Kanton St. Gallen 24. August 2010 #1033}. La classification des prestations LEP pour les sages-femmes, elle, a été développée par un autre groupe de travail en collaboration avec LEP AG {Stadler 6. November 2012 #1034}. Le département Santé de la Berner Fachhochschule (Haute École Spécialisée Bernoise), a ultérieurement affiné certaines de ces interventions.

11.5.3.4 Ateliers avec groupes d'utilisateurs

Les ateliers LEP sont des interventions pendant lesquelles les utilisateurs de LEP se retrouvent sur une période limitée pour discuter de façon intensive et spécialisée d'un sujet relatif à LEP. Les groupes d'utilisateurs de LEP se retrouvent dans le but de développer activement et de façon innovatrice LEP et de réussir à le mettre en œuvre le plus possible dans la pratique. Ils sont composés d'utilisateurs de LEP expérimentés des établissements de santé et de collaborateurs des départements LEP Recherche et Développement. Les membres d'un atelier se retrouvent régulièrement chaque année pour discuter les uns avec les autres des utilisations et contenus spécialisés spécifiques, analyser les problèmes liés à l'utilisation, présenter les approches de solution dont l'application pratique a réussi (Best Practice) et d'identifier les propositions et innovations concrètes pour l'amélioration des classifications LEP. Ces ateliers sont basés sur des présentations concises de chaque participant, par exemple sur les défis actuels et les solutions à succès liés au contexte d'utilisation.

11.5.4 Congrès professionnels et formation postgraduée

Les collaborateurs de LEP AG sont régulièrement présents dans les congrès spécialisés pour présenter des exposés et cultiver leurs contacts et réseaux professionnels, par exemple dans les congrès sur les systèmes de classement et les terminologies, les forums de gestion, les rencontres sur

l'informatique de la santé, les conférences de groupes professionnels, les forums et conférences DRG dans le cadre de l'eHealth.

11.6 Gestion des versions

La gestion des versions³⁸ de LEP AG est responsable de l'organisation du développement et de l'édition des versions des divers produits LEP. Elle couvre un large panel d'activités, de la planification à la publication définitive des nouvelles versions en passant par le processus d'approbation, la traduction en langues étrangères et les tests.

- La classification des prestations LEP (v. Tableau 36 e. a. Nursing 3, Sages-femmes, Services sociaux),
- le processus de traitement e. a. les liens de type ePA AC–LEP Nursing 3 dans le processus de traitement LEP, les mappages de LEP sur d'autres systèmes significatifs (voir Tab. 37 p. 153).

Classification des prestations LEP	2017												2018												2019																	
	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.						
Remise, vérification, réception	Yellow												Yellow												Yellow																	
Fin de réception Demandes de modification LEP																									Red																	
Création Version Beta 1	Green																																									
Traduction Version Beta 1				Green																																						
Création Version Beta 2													Green																													
Test logiciel Version Beta 2													Grey																													
Traduction Version Beta 2																Green																										
Création Version Beta 3																			Green																							
Mappage nouvelle version LEP sur versions précédentes																			Green																							
Test logiciel Version Beta 3																			Grey																							
Finalisation et validation nouvelle version LEP																			Green																							
Création compte-rendu de modifications, avec traductions																						Red																				
Création documentation pour nouvelle version, avec traductions																									Red																	
Création documentation de marketing pour nouvelle version, avec traductions																									Red																	
Envoi nouvelle version, dans toutes les versions linguistiques LEP																																					Red					

Tableau 36: Gestion des versions LEP à partir de l'exemple de la classification des prestations

La gestion des versions LEP a pour objectif de gérer les versions, d'en assurer le suivi et de garantir une planification en toute sécurité pour les établissements des soins et les éditeurs de logiciels travaillant en collaboration avec LEP. Elle assure le développement et la livraison dans les temps des nouvelles versions LEP. Parallèlement aux dates de publication définies des nouvelles versions, les échéances propres à l'achat et aux tests des systèmes partenaires comme ePA AC ou NANDA-I sont

³⁸ Son équivalent anglais est appelé « Release Management », de *release* (partager, éditer, publier) et *manage* (appliquer, finir, gérer, régir).

également précisées de façon contraignante pour les liens définitifs avec LEP Nursing 3 dans le cadre du processus des soins.

À chaque changement de version LEP, les modifications apportées, comme l'adaptation, la création ou la suspension d'interventions LEP, sont systématiquement codées et consignées de façon exhaustive. L'objectif est de suivre précisément quelles modifications ont été apportées, quand et comment. En cas de besoin, lorsqu'il est par exemple nécessaire de comparer des évaluations sur 10 ans, il est possible de consulter des versions antérieures.

Le cycle de publication des versions s'étend systématiquement sur trois années (voir Illustration 1). Le prochain ira du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019. Lors du processus de développement des versions, la nouvelle version à mettre au point suit un certain nombre d'étapes. Selon l'ampleur et la portée de la nouvelle version, des tâches sont supprimées ou regroupées. Au moment de sa publication, la nouvelle version a atteint pour ainsi dire son état final. Le cycle de publication des versions recommence sans interruption du début par la reprise du travail effectué sur les nouvelles versions LEP. Le processus de contrôle et d'application des modifications propres aux produits LEP existants à un nouveau package de version LEP se poursuit.

Des tests des versions bêta (non terminées) sont effectués au cours du cycle de publication des versions. La validation définitive d'une version à intégrer au logiciel intervient généralement 6 mois avant sa publication (voir l'exemple de l'illustration 1 : juin 2019).

Les mappages de LEP avec les systèmes tarifaires constituent une exception au cycle chronologique de publication des versions. Dans ce cas, la gestion des versions intervient chaque année, de nouvelles versions significatif pour les revenus étant également publiées une fois par an dans les systèmes SwissDRG et G-DRG (voir Tab. 37, p. 153).

Intégration annuelle LEP dans les systèmes de tarification	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Finalisation annuelle des nouvelles version OPS et CHOP																																				
Mappage LEP sur CHOP/Traitement complexe des soins Nouvelle version																																				
Mappage LEP sur OPS/PKMS Version actuelle																																				
Test logiciel Versions Beta 1																																				
Création Versions Beta 2																																				
Test logiciel Versions Beta 2																																				
Finalisation et validation nouvelle versions																																				
Création compte-rendu de modifications, avec traductions																																				
Création documentation pour nouvelle version, avec traductions																																				
Création documentation de marketing pour nouvelle version, avec traductions																																				
Envoi nouvelle version, dans toutes les versions linguistiques LEP																																				

Tableau 37: Gestion des versions LEP à partir de l'exemple du mappage de LEP avec les critères de codage OPS et CHOP

Parmi les nouvelles évolutions figurent notamment de nouveaux produits LEP, comme la « Classification des métiers LEP » ou le lien entre les diagnostics infirmiers POP ou ePA-Kids et LEP Nursing 3. Le développement d'un produit LEP est considéré comme terminé lorsque sa première version (version 1) voit le jour. Cette version est alors intégrée au cycle de publication des versions

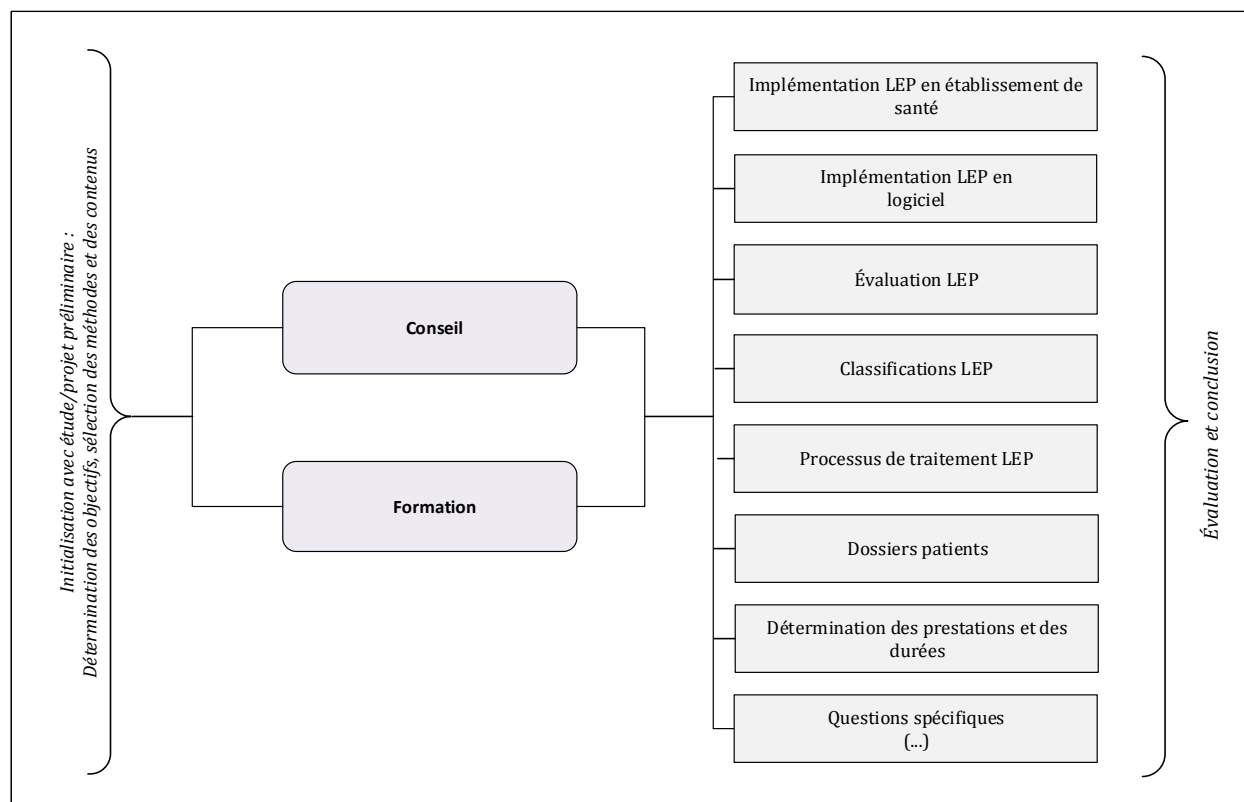
12 Formation continue, Conseil et Contact

Les prestations de service comme le Conseil ou la Formation continue, des produits LEP immatériels, sont destinés à transmettre grâce à une connexion étroite avec la pratique le savoir-faire théorique nécessaire et les connaissances d'orientation d'action relatives à l'application et l'utilisation efficace de LEP. La palette des thèmes prioritaires pour les activités de formation continue ou de conseil LEP comprend les prestations de service suivantes (v. Ill. 51, ci-dessous) :

- Assistance aux utilisateurs lors de l'implémentation et l'utilisation pratique de LEP dans les établissements de santé,
- Assistance pour l'implémentation correcte de LEP dans une application logicielle et pour la mise en concordance avec les exigences de l'établissement de santé, par exemple la mise en œuvre dans la documentation des patients ou dans la saisie des prestations et des durées (voir 5.12, p. 80),
- Assistance pour la gestion des données LEP dans le système d'exploitation, par exemple la prise en charge des interfaces dans les systèmes d'exploitation entre la documentation des patients, les systèmes de financement et de facturation, les systèmes de gestion du personnel et les évaluations (v. Ill. 25, p. 79),
- Le savoir-faire et les connaissances spécialisées relatifs aux évaluations, classifications et processus de traitement LEP, ainsi que leurs interactions,

- Le savoir-faire et les connaissances spécialisées relatifs à la documentation des patients, la saisie des prestations et des durées, par exemple la mise en œuvre liée à l'établissement des lignes directrices (voir 7.4, p. 105 et 8.4, p. 119),
- Assistance pour la planification et l'exécution des évaluations LEP : statistiques, collecte des données, analyse et interprétation, par exemple pour les problématiques relatives à la qualité de traitement, l'économie d'entreprise ou scientifiques (v. 4, p. 47),
- Assistance pour la création de comptes-rendus d'évaluations LEP spécifiques à l'établissement, par exemple pour les directions des services spécialisés ou des stations, les services financiers et les directions (voir 4.2, p. 58).

La diversité des opportunités de formation continue et de conseil est aisée à comprendre au regard de la flexibilité d'utilisation de LEP. C'est pourquoi LEP effectue avec l'établissement de santé un examen préalable systématique et différencié de la définition de l'objectif. En fonction de l'objectif défini, l'approche adaptée, le conseil ou la formation continue, les méthodes et les contenus correspondants sont déterminés, comme le montre les exemples de l'aperçu ci-dessous dans l'ill. 51.



Ill. 51 : Aperçu des activités Formation continue et Conseil de LEP AG

L'exemple ci-dessous présente l'offre de formation continue et de conseil de LEP AG pour la mise en œuvre de LEP et des trois modules Évaluations, Documentation des soins et Saisie des prestations et des durées (comp. Ill. 2, p. 8 et Ill. 3, p. 9).

12.1 Offre de formation continue et de conseil LEP pour l'implémentation de LEP

Dans les projets de mise en œuvre, LEP est adapté aux exigences de l'établissement de santé et intégré dans l'application logicielle elle-même hébergée par le système d'exploitation informatique existant (v. Ill. 51, ci-dessus; v. Ill. 25, p. 79). La priorité est ici donnée aux évaluations souhaitées par l'établissement de santé et aux exigences correspondantes relatives à la documentation des patients et à la saisie des prestations et des durées. La procédure est itérative, c'est-à-dire qu'au cours des cycles de travail, LEP est par étape adapté aux exigences et à la solution logicielle de l'établissement de santé. Dans l'idéal, une réunion de lancement est organisée avec l'établissement de santé, l'éditeur du logiciel et LEP AG comme conseiller Contenu. Les thèmes peuvent en être par exemple l'évaluation avec LEP, la documentation des patients, la saisie des prestations et des durées, la mise en œuvre et l'implémentation dans le logiciel ou les questions de gestion des interfaces. De même, ces réunions sont l'occasion de discuter de la planification et du contenu de séquences de formation. Une offre de formation continue et de conseil pour les projets de mise en œuvre, peut, par exemple, avoir les thèmes principaux suivants :

- Dans un préprojet (v. Ill. 51, ci-dessus) : Potentiels d'utilité d'une utilisation de LEP, limites de cette utilisation, définition d'objectif de l'utilisation de LEP, spécification de l'application LEP, programme de formation
- Dans le projet : Intégration de LEP dans le logiciel, assistance pour la mise en service, formation pour utilisateurs (Direction du projet, Utilisateur principal, Utilisateur final, etc.)
- Suivi, rappels et approfondissements : Adaptation de l'assistance, formations spécifiques relatives à l'utilisation

12.2 Offre de formation continue et de conseil pour le processus de traitement LEP

L'objectif de ces activités de formation ou de conseil est l'intégration de l'utilisation du processus de traitement LEP dans le quotidien de la direction et du traitement d'un établissement de santé. Elles sont adaptées aux évaluations souhaitées et à l'éventuelle saisie des prestations et des durées avec LEP.

Dans un préprojet (v. Ill. 51, p. 154), le traitement des facteurs suivant peut aider à l'analyse des besoins :

- Détermination et définition des objectifs de la documentation électronique des patients
- Ajustement affiné sur la saisie des prestations et des durées et les évaluations
- État de la mise en œuvre de la documentation électronique des patients
- État des connaissances et de la mise en œuvre pratique du processus de traitement
- État des connaissances et de la mise en œuvre pratique des différents modules comme Évaluation, Diagnostics, Objectifs, Mesures ou Effets

- Intégration des interventions de santé de la classification des prestations LEP dans le back-end/front-end d'une documentation des patients, par exemple les interventions Sages-femmes ou LEP-Nursing
- Exigences spécifiques à l'établissement relatives à la classification des prestations LEP, à l'utilisation des prestations agrégées (voir 8.3) et/ou la réorganisation des prestations LEP (voir 7.3.3, p. 102)
- Exigences relatives aux liens des prestations LEP au sein et à l'extérieur du processus de traitement, par exemple aux états de santé ou aux systèmes de tarification
- Exigences relatives à la qualité des données et de la documentation au regard des évaluations souhaitées (voir 6, p. 82 et Tableau 29, p. 109)
- Ressources personnelles de l'établissement, en particulier des experts spécifiques aux groupes professionnels et/ou informaticiens

Dans un projet, en fonction de l'analyse des besoins dans le préprojet, l'objectif d'une formation continue ou d'un conseil peut être de permettre aux utilisateurs de comprendre l'importance de la documentation du processus de traitement et d'acquérir le savoir-faire et les connaissances spécialisées (Jäckle 2009 #1035)(Kruse 2004 #1037)(Wiater 2007 #1036) pour chaque étape du processus comme Évaluations, Diagnostic, Objectif, Interventions de santé LEP et Effets. Un autre objectif peut être d'obtenir une saisie des prestations et des durées correcte sur la base des lignes directrices adaptées à l'établissement de santé (voir 8.4, p. 119) si elle doit être exécutée séparément ou en complément de la documentation électronique des patients.

Les étapes de processus spécifiques aux groupes professionnels, par exemple dans le processus des soins ou des sages-femmes sont des sujets de formations spéciales. Contenus spécialisés possibles d'une formation continue pour, par exemple, l'utilisation du processus des soins LEP :

- Évaluations, par exemple ePA – CC
- Diagnostics infirmiers, par exemple NANDA-I
- Objectifs des soins, par exemple les objectifs AIR
- LEP Nursing 3 dans la documentation des patients
- LEP Nursing 3 dans la saisie des prestations et des durées complémentaires de la documentation des patients
- Types de prestation LEP particuliers (spécifiques à l'établissement, Prestations à spécification différenciée)
- Valeur temporelles par défaut LEP
- Degré de précision et exhaustivité des interventions
- Liens avec le processus de traitement

La réunion de suivi, destinée à organiser la détermination de site, regroupe les personnes impliquées dans l'utilisation du processus de traitement LEP et issues de la direction, de l'assistance et des processus de traitement. Exemples de problématiques pouvant être évaluées systématiquement :

- Comment la documentation des patients avec processus de traitement LEP s'est-elle intégrée aux processus de traitement ?
- Comment fonctionne le système de compte-rendu par rapport à l'étendue et le degré de précision des données LEP dans la documentation des patients ?
- Où apparaissent les défauts de la documentation des patients dus à l'analyse des données ?
- Comment résoudre ces problèmes de documentation des patients ?

12.3 Offre de formation continue et de conseil pour la saisie des prestations et des durées

Ces activités de formation continue et de conseil visent l'intégration de l'utilisation de la saisie des prestations et des durées dans les processus de l'établissement en coordination avec les évaluations souhaitées et la documentation électronique des patients avec LEP.

Dans un préprojet (v. Ill. 51, p. 154), le traitement des facteurs suivant peut aider à l'analyse des besoins :

- Détermination et définition des objectifs de la saisie des prestations et des durées
- Ajustement affiné à la documentation électronique des patients et aux évaluations
- État de la mise en œuvre de la saisie des prestations et des durées
- État des connaissances et de la mise en œuvre pratique de la saisie des prestations et des durées
- Exigences spécifiques à l'établissement relatives à la saisie des prestations et des durées au regard des temps de travail du personnel (voir 6.3, p. 89)
- Exigences spécifiques à l'établissement relatives au degré de précision des prestations et à la saisie des prestations et valeurs temporelles avec et/ou sans lien avec le patient (voir 6.2 Partition des données requises pour l'évaluation, p. 88)
- Exigences relatives à la qualité des données et de la saisie des prestations et des durées au regard des évaluations souhaitées (voir 6, L'utilisation des évaluations avec LEP p. 82 et Tableau 30, p. 124)
- Ressources en personnel de l'établissement, en particulier au regard des experts des soins et/ou des informaticiens des soins présents.

À la suite de l'analyse des besoins réalisée au cours du préprojet, l'objectif des activités de formation continue et de conseil peut être de permettre aux utilisateurs de comprendre l'importance de

la saisie des prestations et des durées et d'acquérir les connaissances spécialisées relatives aux possibilités de saisie sur différents niveaux d'agrégation, au types de prestation et au valeurs temporelles par défaut.

Un autre objectif peut être la documentation des patients même (voir 7.4, p. 105) si la saisie des prestations et des durées lui est complémentaire.

Les contenus spécialisés suivants peuvent être thématiques dans une formation continue sur la saisie des prestations et des durées ;

- Interventions de santé dans la saisie des prestations et des durées complémentaires de la documentation des patients
- Types de prestation LEP particuliers (spécifiques à l'établissement, Prestations à spécification différenciée)
- Valeur temporelles par défaut LEP
- Degré de précision et exhaustivité des prestations
- Contrôle croisé des temps de travail du personnel

La réunion de suivi, destinée à organiser la détermination de site, regroupe les personnes impliquées dans la saisie des prestations et des durées LEP et issues de la direction, de l'assistance et des processus de traitement et pendant laquelle les problématiques des exemples suivants peuvent être évalués systématiquement :

- Comment s'est intégrée la saisie des prestations et des durées dans les processus de l'établissement ?
- Comment fonctionne le système de compte-rendu par rapport à l'étendue et le degré de précision des données LEP dans la saisie des prestations et des durées ?
- Où apparaissent les défauts de la saisie des prestations et des durées dus à l'analyse des données ?
- Comment résoudre ces problèmes de saisie des prestations et des durées ?

12.4 Offre de formation continue et de conseil pour les évaluations LEP

Ces activités de formation continue et de conseil visent l'intégration des évaluations LEP dans les processus de l'établissement en coordination avec la saisie des prestations et des durées et la documentation électronique des patients avec LEP.

L'offre de formation continue et de conseil pour les évaluations LEP (v. Ill. 51, p. 154) se concentre sur la collecte des données, leur analyse, les résultats et leur interprétation, ainsi que l'implémentation sur base de ces données de mesures de la gestion des modifications. Elle est basée sur les données de base LEP et les trois modules d'évaluation LEP (v. Ill. 17, p. 51). Thèmes pouvant être spécialement traités :

- Détermination et définition des objectifs des évaluations
- Ajustement affiné à la documentation électronique des patients et à la saisie des prestations et des durées
- Collecte des données à partir de la documentation des patients, de la saisie des prestations et des durées et de combinaisons
- Analyse des données, par exemple variables explicatives et cibles, sélection de méthode, agrégation, mesures de dispersion, tableaux et graphiques
- Résultats et leur interprétation, par exemple anomalies, aberrations, feedback et comptes-rendus
- Gestion des modifications, par exemple aide à la décision sur base de données, prédéfinition d'objectifs, implémentation, mesures de contrôle, communication, finalisation

12.4.1 Activités de conseil pour les évaluations spéciales avec LEP

LEP propose aux établissements de santé des conseils en statistiques sur mesure pour les problématiques complexes et spécifiques à l'établissement (v. Ill. 51, p. 154). Exemples de sujets traités :

- Explication de commande sur la base de l'échange d'informations pour la compréhension et le but de l'évaluation prévue
- Adéquation les données de base LEP standardisées pour répondre à la problématique particulière
- Sélection d'une méthode statistique appropriée
- Sélection d'un logiciel approprié
- Sélection de la méthode d'analyse des données
- Interprétation des résultats et indicateurs
- Reprise d'évaluations limitées

Ces conseils présupposent l'exposition d'une problématique clairement définie et l'étude antérieure des données de l'établissement. Le personnel de LEP ne pourra conseiller l'établissement si la qualité des données ne correspond pas aux spécifications relatives aux modules d'évaluation LEP ou si la problématique spécifique à l'établissement requiert des liens trop complexes avec d'autres sources de données. Nous vous conseillons donc de déjà nous contacter pour la planification des évaluations spéciales.

12.5 Offre de formation continue et de conseil pour les problématiques spécifiques

Comme le nom l'indique, les problématiques spécifiques sont au centre de ces activités. L'objectif est de répondre à la question en se référant le plus possible à l'utilisation LEP de l'établissement de santé. Les problématiques spécifiques peuvent requérir des évaluations spéciales (comme ci-dessus dans 12.4.1) ou intégrer ces dernières au traitement.

Exemples de thèmes traités :

- L'utilisation de LEP pour les meilleures pratiques
- La productivité standard concernant les coûts des prestations liées au patient
- Le lien entre documentation des patients et gestion de connaissances
- La définition des indicateurs de qualité liés aux actions
- L'ajustement affiné entre évaluations propres à l'établissement ou systèmes de classement avec LEP dans le cadre des processus de traitement
- La résolution de facteurs de revenus spécifiques à l'établissement dans le cadre des systèmes DRG
- La satisfaction au travail du personnel dans le cadre de la gestion de la santé
- La gestion des heures non travaillées et des absences
- L'affectation du personnel optimale dans l'équipe de traitement
- La préparation et la présentation de thématiques concrètes

Ces activités de formation continue et de conseil présupposent l'exposition d'une problématique clairement définie. Il peut aussi être utile de définir auparavant le cadre (durée, coûts) de l'offre de formation continue et de conseil. Pour certaines problématiques déterminées, LEP AG peut recourir à des experts de son réseau.

12.6 Réponses aux questions récurrentes relatives à LEP

La FAQ (foire aux questions) du site Web de LEP est destinée à répondre aux questions les plus souvent posées et assiste les établissements de santé ayant implémenté LEP dans la conception et l'utilisation pratique de LEP. La rubrique « News » du site Web et la newsletter informent les partenaires si la FAQ et des questions ont changé, ou si de nouvelles questions sont apparues.

Chaque réponse est précédée d'une indication sur la version LEP à laquelle elle se réfère. Sans indication, la réponse est indépendante des versions.

LEP présente parfois dans un historique les évolutions de la FAQ, autrement dit la mise à jour des réponses en fonction des versions de classifications. Ceci n'est cependant requis que si le code primaire LEP sujet de la FAQ est modifié d'une version à l'autre. Il y a alors plusieurs réponses dans la FAQ : la réponse actuellement valide est présentée en premier et est suivie de ses versions précédentes.

12.7 Conférences des utilisateurs de LEP

Les rencontres annuelles des utilisateurs sont des forums d'échange spécialisé et social entre LEP AG et ses clients. La communauté LEP est le cadre d'un échange productif entre ses membres. Sous le signe du dialogue, les thèmes LEP actuellement importants sont discutés pendant toute une jour-

née. Informations sur les projets LEP les plus actuels, l'état actuel des travaux d'éditions de version (voir 11.6, p. 151) et les tendances susceptibles d'influencer l'utilisation et le développement de LEP font partie des activités de ces forums. Les questions et propositions relatives au besoin et à l'utilisation des produits LEP y sont présentées et discutées. Le calendrier de ces événements est détaillé sur la page d'accueil du site Web.

12.8 Conférences Logiciel LEP

Tous les ans, des rencontres sont organisées entre LEP AG et ses éditeurs de logiciels, pour discuter des contenus et méthodes en regard des thèmes des conférences des utilisateurs de LEP. Outre l'échange d'informations et d'expériences, ces rencontres présentent et discutent les exigences de mise en œuvre des produits LEP dans les logiciels. Le calendrier de ces événements est détaillé sur la page d'accueil du site Web.

12.9 Conférences régionales des utilisateurs de LEP

Les utilisateurs de LEP de divers établissements de santé se retrouvent indépendamment de LEP AG plusieurs fois par an dans les groupes d'intérêt régionaux. Des utilisateurs intéressés ont appelé de leurs vœux et fondé ces rencontres dans le but de maintenir échange, contacts et réseaux. Ces rencontres, qui traitent aussi des questions posées par les utilisateurs, organisent des exposés sur les thèmes actuels et sont le cadre d'une assistance mutuelle.

12.10 Contacts et renseignements

Vous trouverez des informations de fond et des informations essentielles relatives aux produits LEP valides sur le site www.lep.ch/fr/pourquoi-lep.html

LEP publie à chaque nouveauté LEP une circulaire sous forme de newsletter. Si vous désirez être informé des publications de LEP, envoyez un message à l'adresse : info@lep.ch

Vous pouvez recevoir sur demande d'autres informations sur les produits LEP et des prestations de service de LEP AG.

Nous sommes à votre disposition à tout moment.

LEP AG

Blarerstrasse 7

CH-9000 Saint-Gall

Téléphone : +41 71 246 37 57

info@lep.ch

www.lep.ch/fr/contact.html

Glossaire

Dans la Documentation LEP, les notions suivantes correspondent aux définitions données.	
Nom	Définition
Agrégation	Résumé de variables ou données définies comme détaillées sous forme de variables ou données définies comme complètes, par exemple des interventions de santé LEP aux groupes de prestations LEP (voir aussi : Classification).
Critères d'exigence appliqués aux solutions logicielles	LEP n'est pas une application logicielle. L'utilisation de LEP dans le logiciel de telle façon que le processus de traitement et les processus d'assistance et de gestion soient assistés de manière conviviale dans toutes les phases et que les coûts de saisie ou de documentation restent minimales. Pour juger de cet état, des critères d'exigence, désignés comme « critères, obligatoires ou facultatifs » ont été définis. La mise en œuvre de LEP dans le logiciel, les critères d'exigence et la procédure d'évaluation sont détaillés dans une documentation séparée {Ammenwerth 2003 #936}.
Temps de travail, brut	La période mise à disposition d'un professionnel de la santé pour exécuter les prestations, y compris les temps de pause définis par le contrat de travail et les absences rémunérées (voir aussi : Temps de travail, net)
Temps de travail, net	La période mise à disposition d'un professionnel de la santé pour exécuter les prestations, hors temps de pause définis par le contrat de travail et absences rémunérées (Offre de prestations nette). Le temps de travail net, sachant que l'activité a commencé à 8h et s'est terminée à 16h30, avec une pause de 45 minutes, est de 7h45. L'important est d'intégrer au calcul les heures supplémentaires et les heures en moins. Le temps de travail net des professionnels de la santé est souvent, dans les évaluations, mis en relation avec les coûts en temps des prestations avec ou sans lien avec le patient (voir aussi : Productivité standard, liée au cas et temps de répartition) (v. {Frodl 2011 #1053: 67}{Ganz 2014 #1051}{Naegler 2015 #1052}{Wabro 2010 #1050: VII /pageromanuc}{Wipp 2012 #1054: 10}).

<p>Traitement</p>	<p>Prestations d'un professionnel de la santé destinées à guérir ou soigner un patient ou à prévenir, détecter de façon précoce, diagnostiquer ou soulager une maladie et ses effets (voir aussi : Prestation, liée au patient) {BAG 19. Juni 2015 #1031: 2}.</p>
<p>Ajouts spécifiques à l'établissement</p>	<p>Avec la classification auxiliaire LEP pour ajouts spécifiques à l'établissement, un établissement peut, en fonction de ses besoins spécifiques, documenter, saisir, enregistrer et évaluer des informations et prestations propres définies et formalisées spécifiquement à un établissement de santé. Par exemple, les prestations « Fermer les portes » ou « Relever les barrières de lit » dans le contexte légal ou, en raison d'instructions d'actions et de consignes de comportement comme « Écoute active », « Proposer un entretien » ou « Montrer son intérêt pour la patiente ». Les prestations ou informations spécifiques à l'établissement ne devraient être, après concertation avec LEP AG, utilisées que pour compenser les prestations absentes de la classification LEP. Attention : Elles ne doivent pas être confondues avec les prestations à spécification différenciée (voir aussi : Prestation, à spécification différenciée).</p>
<p>Environnement de formation, structuré</p>	<p>Représente le cadre des prestations exécutées en corrélation avec l'encadrement et l'apprentissage pendant les activités d'enseignement (cours, séminaires). En général, il s'agit de prestations sans lien avec le patient, par exemple « Organiser/Diriger une formation postgraduée interne » ou « Participer à une formation continue interne » (v. {Besson 2013 #788: 65, 227-228}).</p>
<p>Environnement de formation, non structuré</p>	<p>Représente le cadre des prestations exécutées en corrélation avec l'encadrement et l'apprentissage pendant le processus de travail. Il peut s'agir de prestations avec ou sans lien avec le patient, par exemple « Instruire/Informer le collaborateur » ou « Exécuter une situation d'apprentissage », au contact direct avec un patient (voir aussi : prestation, prestations associées) (v. {Besson 2013 #788: 65, 227-228}).</p>

Codage	Le codage des données (LEP). Le codage assigne tous les signes d'une chaîne, par exemple de notions de prestations LEP (« Effectuer l'entraînement au mouvement ») à une autre chaîne de signes, par exemple les numéros de contenu LEP (IID, « I_22521 »). Un autre exemple de codage : les numéros de contenu LEP en numéros de structure LEP (SID, « 1.3.1.2 »).
Valeur temporelle par défaut	Une valeur prescrite standard pour une valeur temporelle basée sur les évaluations de données d'une prestation LEP, par exemple 5 minutes pour « Installer en position latérale ». Elle est, pour la documentation et la saisie, la « valeur de départ » prescrite appropriée, pouvant être modifiée en fonction de la situation et avec ou sans modification, reprise dans les évaluations. La différence par rapport à une valeur temporelle normative classique ou à une valeur temporelle de référence est sa flexibilité, laquelle peut aussi être réglementée par l'établissement de santé.
eHealth	Service de santé électronique intégrant l'utilisation des technologies de communication et d'informations pour la conception, l'assistance et la mise en réseau de tous les processus et acteurs du secteur de la santé (v. {EDI 27. Juni 2007 #822: 2; 12-13}{EU #824: 3}{WHO 16.-25. Mai 2005 #823: 109}).
Estimation de la charge de travail, subjective (ESCT)	Notation sur une échelle de 1 à 7 de la charge de travail estimée dans la période de travail correspondante (par ex. service, temps de travail en heures).
Données de cas LEP	Données relatives au patient et au contexte du déroulement des prestations, par exemple, âge, type de séjour, mutation. Pour leur systématisation, on utilise la classification auxiliaire LEP « Données de cas ».
Professions de santé	Les professions du système de santé assurant les soins de santé de la population. Les professions de santé sont organisées dans la classification LEP des métiers suivant le service spécialisé et le niveau de formation (v. {BAG 2016 #1062}).
Établissements de santé	Institutions, organisations et organes sanitaires.

Professionnels de la santé	Membres des professions de santé, par exemple médecins, sages-femmes, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, infirmiers spécialisés, agents des services sociaux exécutant ou organisant leurs prestations au sein de la chaîne de traitement.
Intervention de soins	Une action exécutée sur la commande d'une personne ou d'une population pour estimer, modifier ou améliorer la santé, les fonctions ou les états de santé {WHO-FIC Family Development Committee 2012 #495: 6}. On appelle Interventions de santé les prestations liées au patient du 4 ^e niveau d'agrégation de la classification des prestations LEP exécutées « avec », « sur » ou « pour » une personne dans le cadre des processus de traitement et des soins. Elles sont subdivisées en interventions de santé directes ou indirectes. Les interventions indirectes ne doivent pas être confondues avec les prestations individuelles sans lien avec le patient du niveau d'agrégation 4.
Intervention de santé, directe	Une action « avec » ou « sur » une personne nécessitant des interventions de santé dans le cadre du processus des soins et de traitement, par exemple « Donner à boire », « Donner une consultation prénatale » ou « Administrer une injection intraveineuse » (v. {Dussault 2011 #457}{Morris 2007 #45}{Sovie 1986 #623}).
Intervention de santé, indirecte	Une action « pour » une personne nécessitant des interventions de santé dans le cadre du processus des soins et de traitement, par exemple « Compléter la documentation des patients », « Organiser un rendez-vous pour un patient » ou « Générer la documentation pour les instances chargées du remboursement des prestations ». (v. {Dussault 2011 #457}{Morris 2007 #45}{Sovie 1986 #623}).
État de santé	L'état (niveau, degré) de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une population évalué et défini, subjectivement par cette personne ou par des mesures objectives exécutées par des professionnels de la santé, de type évaluations, diagnostics ou résultats pour les patients {NLM 2016 #728}{WHO 1946 #732}. C'est aussi une notions générique pour les activités, participations, comportements, structures et fonctionnalités corporelles, facteurs contextuels en relation avec la santé {WHO 2010 #544}.

Interopérabilité	La possibilité donnée aux systèmes (informatiques) et aux produits (logiciels) de communiquer les uns avec les autres. Elle tient compte, en particulier, des possibilités d'échanges de données entre systèmes, et de l'utilisation commune par différents programmes de leurs protocoles et formats de données. Le but étant un échange d'informations minimisant le plus possible la perte d'informations et les coûts (v. {Bointner #841: 5}).
Interopérabilité, sémantique	L'interopérabilité des contenus garantit la compréhension de la signification des informations échangées. Elle conditionne la définition des notions échangées, de façon à ce qu'elles puissent être interprétées correctement et de façon unique {eHealth Suisse 2016 #1063}.
Interopérabilité, structurelle	L'interopérabilité syntactique garantit que les données à échanger sont compatibles, de façon à être correctement traitées au niveau technique par les systèmes. L'objet de l'interopérabilité syntactique est la structure de l'information, par exemple la structure d'une notion de prestation ou d'un compte-rendu de sortie électronique {eHealth Suisse 2016 #1063}{ISO 2014 #808}.

Indicateur	<p>Valeur numérique caractéristique et absolue ou un rapport caractéristique, donnant aux acteurs du secteur de la santé un point de départ pour évaluer où l'efficacité et l'efficience des prestations et les structures et processus de prestations des établissements de santé sont avantageuses et où des modifications sont souhaitables. Exemple : Un indicateur souple est le résultat d'une estimation subjective de la charge de travail, un indicateur dur la productivité standard d'un établissement de santé.</p> <p>L'interprétation de combinaisons d'indicateurs donne une base de décision complète relative à la question du succès du déroulement des prestations d'un établissement de santé. Les données LEP pour indicateurs devraient pouvoir être, dans l'idéal, (1) collectées à un coût acceptable, (2) claires et simples à interpréter et (3) influencées par des mesures concrètes. Intelligemment, les données existant dans d'autres systèmes, comme les systèmes de financement et de facturation, d'administration ou de gestion du personnel ne seront pas de nouveau récoltées.</p>
Processus clé, processus primaire	<p>Les procédures des prestations ayant une relation avec les buts d'entreprise primaires contribuant directement à la création de valeur de l'établissement de santé. Il s'agit, dans la chaîne des soins de santé, des procédures des fournitures de prestations liées au cas (voir aussi : Processus d'assistance et de gestion) {Wirnitzer 2009 #867}.</p>
Classification	<p>L'organisation de notions spécialisées exclusives mais adaptées les unes aux autres pour les prestations, sur des niveaux de précision et d'agrégation différents (groupes, sous-groupes, prestations individuelles) permettant d'évaluer les prestations pour certaines définitions d'objectif (voir aussi : Agrégation et statistiques de prestations) (v. {ISO 2007 #837}).</p>

<p>Classification, classification auxiliaire</p>	<p>Une classification pouvant être utilisée parallèlement à la classification des prestations LEP. Chaque classification auxiliaire LEP a une structure compatible avec la classification de prestation LEP. Si d'autres systèmes de l'établissement, comme les systèmes de financement et de facturation, d'administration ou de gestion du personnel, contiennent déjà ces informations, les unités correspondantes de la classification auxiliaire LEP peuvent être remplacées par des composantes équivalentes dans leur environnement d'utilisation. Classifications auxiliaires LEP : (1) Ajouts spécifiques à l'établissement, (2) Données de cas, (3) Classification des métiers et (4) Temps de travail du personnel et absences.</p>
<p>Classification, structure</p>	<p>La classification des prestations est monohiérarchique selon le critère de hiérarchie avec des niveaux. Les quatre niveaux hiérarchiques, croissants sont appelés niveaux d'agrégation. Le niveau le plus haut est toujours un regroupement du niveau suivant : plusieurs interventions sont regroupées dans un groupe de prestations ou plusieurs sous-groupes de prestations forment un groupe de prestations. Dans le sens descendant, les quatre niveaux hiérarchiques sont qualifiés de niveaux de précision. Au niveau 1, le degré d'agrégation est le plus important ; au niveau 4, c'est le degré de précision. Les niveaux 1 à 4, décroissants sont des classes définies comme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe de prestations principal (une position, 1), • Groupe de prestations (deux positions, 1.1), • Sous-groupe de prestations (trois positions, 1.1.1) et • Intervention de santé, prestation individuelle (quatre positions 1.1.1.1).
<p>Compatible</p>	<p>Allant ensemble, unifiable, pouvant être combiné, pouvant être réuni dans un système. LEP est par exemple compatible avec les normes internationales ISO-18104 et ICNP, garantissant une structure des données et une sémantique (langage spécialisé) homogènes, pour que les données de santé significatives pour les systèmes puissent être échangées de façon cohérente au-delà des limites des établissements et des pays.</p>

Contexte, contextualisation	Le cadre substantiel de compréhensions et d'idées au sein duquel une prestation est effectuée, aussi le cadre factuel et situationnel par lequel elle peut être comprise. La contextualisation permet la transmission de notions, faits et conceptions dans un contexte autre que le contexte d'origine, par exemple de LEP dans le cadre propre de l'établissement. Dans cette transmission, les différences culturelles, sociologiques, historiques ou sémantiques peuvent jouer un rôle essentiel.
Prestation	L'action (processus) et le résultat (effet). Du point de vue comportemental, une action, effectuée d'une certaine façon et dans un but déterminé (v. Intervention de santé). Du point de vue des résultats, le résultat d'actions évalué par rapport à l'amélioration et la conservation de l'état de santé ou au soulagement des douleurs. La classification des prestations LEP des professionnels de la santé systématise les actions (v. Classification). Le résultat des actions est évalué avec d'autres systèmes de classement et instruments, par exemple avec des indicateurs de qualité ou des évaluations et diagnostics gradués. Considérer une prestation sans prendre en compte la qualité n'a guère de sens, cela entraînant un risque de désordre (u. a. {Krempkow 2005 #850: 17-18}{Schedler #849}).
Prestations (avec et sans) lien avec le patient	Le type de prestation est subdivisé en prestations avec et sans lien avec le patient.

Prestation à spécification différenciée	Chaque groupe contient une « Classe complémentaire » pour les prestations à spécification différenciée. Sont appelées « Prestations à spécification différenciée », par exemple « Mouvement À spécification différenciée » ou « Formation À spécification différenciée », les prestations manquantes ou non incluses dans la classification LEP au moment de leur saisie. La particularité de ces prestations est liée à leur objectif d'utilisation. Elles servent (1) à identifier et parer sur le court terme les contenus manquants de la classification, c'est-à-dire à améliorer la validité des contenus et (2) à identifier et éliminer les problèmes de compréhension et d'utilisation avec la classification. Attention : Elles ne doivent pas être confondues avec les « Ajouts spécifiques à l'établissement » (voir aussi : Ajouts spécifiques à l'établissement).
Prestation, commande et donneur d'ordre (de la)	Type de bénéficiaire des prestations spécifique L'établissement utilisateur peut définir librement la désignation et le numéro d'identification de la commande, par ex. pour un projet, un audit ou une étude relative à un médicament pour le cœur ainsi que le numéro d'identification du donneur d'ordre, par ex. une université, une personne morale ou physique, une institution ou une entreprise pharmaceutique. La commande peut par exemple servir, en coopération avec le donneur d'ordre, de support de coûts.
Prestation, efficacité (de la)	Sélection, planification et exécution adaptées et basées sur les faits des prestations touchant les états de santé {Gray 2009 #1048}.
Prestation, efficience (de la)	Exécution correcte, rapide et avec une utilisation optimale des ressources de la prestation sélectionnée et planifiée {Gray 2009 #1048}.
Prestation, fournie	Action effectuée (voir aussi : Prestataire).
Prestation, nécessaire, requise	Action devant être exécutée en raison et selon les besoins des patients, lignes directrices d'actions, directives et normes de qualité.
Prestation, reçue	Action dont a bénéficié une personne (voir aussi : Bénéficiaire des prestations).

Prestation, planifiée	Action définie dans le plan de traitement de la documentation des patients.
Prestation, prestations associées	Prestations d'enseignement et de recherche et/ou prestation dans le processus de traitement exécutées simultanément. Exemple : Une prestation est saisie comme prestation liée au patient (« Administrer une injection sous-cutanée »), l'autre comme prestation sans lien avec le patient (« Effectuer une situation d'apprentissage »).
Prestation, liée au patient	Actions exécutées « avec », « sur » ou « pour » une personne. Ces prestations sont fournies en fonction de différentes approches thérapeutiques (concepts, méthodes, normes, lignes directrices). Elles sont planifiées et fournies en corrélation avec l'état de santé (évaluations, diagnostics, objectifs, effets) (voir aussi : Intervention de soins).
Prestation, sans lien avec le patient	Actions effectuées pour assister, garantir ou développer les processus de traitement et les processus de l'établissement.
Prestation, sécurité (de la)	Prévention des dommages, effets secondaires non souhaités, erreurs ou complications lors de l'exécution des prestations.
Prestation, coût en temps, coûts des prestations	Le temps passé, par exemple en heures ou minutes pour exécuter les prestations avec ou sans lien avec le patient.
Bénéficiaire des prestations	La personne profitant de la prestation exécutée. Dans les processus clés des établissements de santé, il s'agit en général des patients, par exemple pour « Positionner le patient en décubitus dorsal ». Les bénéficiaires des prestations peuvent, en fonction du déroulement de la prestation, être aussi des proches et d'autres personnes touchées, des professionnels de la santé, des étudiants, des donneurs d'ordre, des centres de coûts ou des établissements de santé.

Prestataire	La personne exécutant la prestation. Dans les processus clés des établissements de santé, il s'agit en général des professionnels de la santé, par exemple pour « Positionner le patient en décubitus dorsal ». Les prestataires peuvent, en fonction du déroulement de la prestation, être aussi des professionnels de la santé différents, sages-femmes, ergothérapeutes, spécialistes des soins ou des centres de coûts et d'autres établissements de santé.
Statistiques de prestations, évaluations	La documentation, saisie, analyse et mise à disposition de données relatives aux prestations : déroulement, type, coût, efficacité, intérêt du patient, efficience, mais aussi des recettes/coûts des prestations réalisées dans les établissements de santé. Trois modules d'évaluation LEP pour les statistiques de prestations : (1) Évaluation standards LEP, (2) Comparaison des données LEP et (3) Comparaison des données PCAP Suisse. Elles sont détaillées dans leur propre documentation.
Processus d'assistance et de gestion (processus d'assistance et de direction)	Procédures des prestations destinées à pérenniser les processus clés. Ces procédures ne créent pas directement de la valeur, mais sont nécessaires pour pouvoir exécuter les processus clés (voir aussi : Processus clés) {Wirnitzer 2009 #867}.
Mappage	Passage de la représentation d'une notion spécialisée dans un système de classement à la notion similaire dans un autre système de classement. Les systèmes de classement se basent ici sur les mêmes entités théoriques et, par ex., les notions relatives aux interventions de santé ou celles relatives aux états de santé sont mises en relation les unes aux autres dans un contexte sémantique. Les mappages LEP servent à régulariser les transformations des notions LEP à partir et vers d'autres systèmes de classement. Par exemple, un mappage existe entre les interventions LEP (« Exécuter un entraînement d'orientation ») et les interventions ICNP (« Exécuter une thérapie d'orientation de réalité ») (voir aussi : Lien) (v. {Aronson 2006 #1047}{IHE 2015 #1046}{ISO 2013 #931: 7}{Mayr 25. September 2008 #613}.
Module	Composant identifiable d'un système plus grand, par exemple le module d'évaluation LEP « PCAP Suisse » ou la classification des prestations LEP.

Partition	La répartition ou le découpage en composants identifiables, par exemple pour prévenir la collecte de données redondantes ou pour les statistiques de prestations sur le temps de travail du personnel, les données LE sont réparties dans des zones de prestations définies, par exemple prestations liées au patient ou temps de répartition.
Documentation des soins, électronique	Documentation locale, liée à l'établissement et au cas des données de santé significatives pour le traitement et pouvant être traitée par ordinateur. La documentation électronique des patients peut contenir des composants d'un dossier électronique du patient (DEP), d'une fiche électronique du patient (FEP), d'un dossier de cas électronique ou un dossier médical personnel (<i>Electronic Health Record, EHR</i>) abdecken (v. {ISO 2005 #797: 2}{NLM 2016 #1021}{Semler 2007 #821: 3}).
Dossier du patient, électronique	Dossier virtuel permettant de mettre à disposition, au cours d'une procédure de récupération liée à un cas de traitement concret, les données décentralisées significatives pour le traitement d'un patient ou celles saisies personnellement (v. {BAG 19. Juni 2015 #1031: 4865}).
Terminologie de référence	Langage spécialisé utilisé pour mettre en relation différents systèmes de classement. De cette façon, SNOMED CT ou ICNP sont des terminologies de référence servant à mettre en relation différents systèmes de classement dans la documentation des patients {eHealth Suisse 2016 #1063}.
Productivité standard, orientée sur les cas	Relation entre les coûts des prestations liées au patient et les ressources mises œuvre par unité de temps. Exemple : Si les coûts des prestations liées au patient sont de 6 heures et le temps de travail net (« Productivité de base ») 8 heures, la productivité standard est de 75%{Fitterer 2009 #1022}.

Lien	Liaison entre la notion spécialisée d'un système de classement et la notion spécialisée d'un autre système de classement, la logique clinique étant prioritaire. Les systèmes de classement se basent ici sur des entités théoriques différentes et, par ex., les notions relatives aux interventions de santé ou celles relatives aux états de santé sont mises en relation les unes aux autres dans un contexte clinique. Par exemple, dans le processus de traitement LEP les diagnostics infirmiers (par exemple « Défaut d'orientation ») sont reliés à des interventions de santé (« Exécuter un entraînement d'orientation ») (voir aussi : Mappage).
Temps de répartition	Les parties du temps de travail nécessaires pour couvrir les imperfections d'organisation ou pour satisfaire les besoins liés aux personnes, par exemple, repos, alimentation, boisson, affaires personnelles. Le temps de répartition est compris dans le temps de travail net. Si le temps de travail net du personnel est mis en relation avec les coûts en temps des prestations, il faut examiner la prise en compte du temps de répartition lors de la saisie, l'analyse et l'interprétation. Les temps de répartition peuvent, au besoin, être saisis comme « Types de prestation particuliers » sans lien avec le patient, dans les sous-groupes de prestations « Temps d'attente » ou « Interruption de travail » (voir aussi : Temps de travail, Net et Productivité standard, liée au cas).

Bibliographie

- Abderhalden, C. (2006). Der Pflegeprozess im interdisziplinären Kontext. In: Fischer, W. (Hrsg.), Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik (4., korrigierte Auflage, S. 22). Wolfertswil: ZIM-Verlag Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- AG DRG und MTT Kanton St.Gallen (2010, 24. August). DRG und MTT - eine spannende Allianz! Am Beispiel des Kantons St.Gallen. Gesundheitsdepartement St. Gallen. Kantonsspital, St. Gallen.
- Ahrens, A. (2012). PKMS-Einführung: Kein Mehraufwand nötig. Erfahrungsbericht. Die Schwester Der Pfleger, 51 (4), S. 394–397.
- ALIS-Connect, eHealth Suisse, VGIch. (2011). eHealth in der Praxis. <http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00203/index.html?lang=de> [20.11.2014].
- Ammenwerth, E. (2003). Die Bewertung von Informationssystemen des Gesundheitswesens. Beiträge für ein umfassendes Informationsmanagement. Private Universität für Medizinische Informatik und Technik Tirol (UMIT). Informationssysteme des Gesundheitswesens. <http://www.elske-ammenwerth.de/Publikationen/r17.pdf> [04.12.2015].
- Appenzeller, C. (2002). Terminologiarbeit in der Praxis. Version III.1.3 - Juni 2006.
- Aronson, A. (2006). MetaMap: Mapping Text to the UMLS Metathesaurus. <http://skr.nlm.nih.gov/papers/references/metamap06.pdf> [21.07.2016].
- BAG. (1994, Stand 2014). 832.10 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). BAG - Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html> [22.07.2014].
- BAG. (2005). Glossar von Evaluationsbegriffen. BAG - Bundesamt für Gesundheit, Sektion Forschungspolitik, E. u. B. (Hrsg.). Bern, Schweiz. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/02357/02603/index.html> [24.04.2016].
- BAG. (2007). Strategie „eHealth“ Schweiz. EDI- Eidgenössisches Departement des Innern, BAG - Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). <http://www.e-health-suisse.ch/grundlagen/00086/index.html?lang=de> [07.10.2014].
- BAG. (2015). Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier. BAG - Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). Bern, Schweiz. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de> [09.04.2016].
- BAG. (2016). Gesundheitsberufe. BAG - Bundesamt für Gesundheit. <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/index.html?lang=de> [26.04.2016].
- Baker, J. J. (Hrsg.). (1998). Activity-based costing and activity-based management for health care. Gaithersburg, Md: Aspen.
- Balmer, H. (2011). Klare Basis, klare Struktur, klare Information. Stiftung Amalie Widmer, Horgen, setzt auf prozessorientierte und leistungsstarke Informatik. Clinicum, (1), S. 55–57. http://www.clinicum.ch/images/getFile?t=ausgabe_artikel&f=dokument&id=202.
- Baltzer, M., Baumberger, D., Wieteck, P. (2006). Pilotprojekt LEP Nursing 3 / ENP. Abschlussbericht. http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf [11.12.2014].
- Bamert, U. (2003). Methode LEP Nursing: Leistungserfassung in der Pflege. In: Lauterbach, A. (Hrsg.), *Books on Demand*. Pflegeinformatik in Europa. European nursing informatics (1st ed., S. 227–232). Zürich: Printernet.
- BaRos. (2011). Überlegungen und Konzepte eines Produktivitätsindex für Krankenhäuser. BaRoS – Bayreuth Reports on Strategy (Hrsg.).
- Bartholomeyczik, S. (2007, 11. Mai). Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung des Beziehungsprozesses. Wil, Schweiz. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe2007-3Bartho.pdf> [04.05.2016].

- Bartholomeyczik, S. (2008). Entwicklung eines Indikatorensets zur Erklärung des pflegerischen Ressourcenverbrauchs im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. DPR - Deutscher Pflegerat (Hrsg.). Witten-Herdecke, Berlin. http://www.lep.ch/files/content/download/db/Bartholomeyczik_2008_kurz.pdf [01.07.2016].
- Bartholomeyczik, S., Hunstein, D. (2001). Die Messung von Pflegezeiten - methodische und inhaltliche Probleme. *Pflege*, 14 (4), S. 259–266.
- Baumberger, D. (2001). Pflegediagnosen als Indikator der Streuung des Pflegeaufwandes in DRGs (Master Thesis. ID Nr.: 983759). Universität Maastricht. Maastricht NL, Aarau CH. Fakultät der Gesundheitswissenschaften Master of Nursing Science, Studiengang 3. http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Pflegediagnosen_als_Indikator_Masterthesis_Baumberger_807_1.pdf [21.07.2016].
- Baumberger, D. (2002). Erklärung des unterschiedlichen Pflegeaufwandes pro DRG: Was Pflegediagnosen leisten können. *Pflege Zeitschrift*, 55 (7), S. 493–496.
- Baumberger, D. (2005a). Entwicklung LEP Nursing 3. Entwicklungspapier der LEP AG. Stand: 1. September 2005. LEP AG (Hrsg.). St. Gallen.
- Baumberger, D. (2005b). Forschungsprojekt zu Pflegediagnosen und Pflegeaufwand in der Spitex Schaffhausen. *Schauplatz Spitex*, Februar 2005 (1), S. 20–21.
- Baumberger, D. (2008). LEP® Nursing 3 als monohierarchisches Ordnungssystem. In: Stadler, M. (Hrsg.), *Pflegepädagogik - Pflegeinformatik. Medienkompetenz. Handbuch zur Wissensverarbeitung für Pflegenden und Hebammen* (1st ed., S. 91–94). Bern: Huber.
- Baumberger, D. (2013a). Mehr Leistungstransparenz für Qualität: LEP-Daten gemappt auf ICNP. Wesentliche Leistungsdaten der Pflege werden international austauschbar. *Clinicum*, (4), S. 20–22.
- Baumberger, D. (2013b, 3. September). Mapping LEP Nursing 3 auf die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP). Swiss eHealth Summit. Swiss Nursing Information Day. Swiss eHealth Summit. Bern. http://www.ehealthsummit.ch/sites/default/files/Baumberger_2013-Mapping-LEP-ICNP_20130903.pdf [14.01.2016].
- Baumberger, D. (2014a). Homogenitätsprüfung der Pflegeleistungen in DRGs (Dissertation). Universität. Witten/ Herdecke. Fakultät für Gesundheit. Departement für Pflegewissenschaft. http://www.lep.ch/de/detail/dissertation-von-dieter-baumberger-verfuegbar.html?file=files/content/de/Informationen/Diverses/Baumberger_20140203_Diss-Belegexemplar.pdf [15.06.2014].
- Baumberger, D. (2014b). LEP Nursing 3 für die Patientendokumentation und Auswertung. Tagung "Aufgeräumte Pflege - Klassifikationssysteme im deutschsprachigen Raum". *Pflegenetz* (Hrsg.). Wien. http://www.pflegenetz.at/fileadmin/templates/redaktion_bilduploads/2014_09_04_Tagung_14.pdf [19.03.2015].
- Baumberger, D. (2015a). ICNP Projects. Mapping ICNP and LEP Nursing. ICN - International Council of Nurses (Hrsg.). Geneva, Switzerland. <http://www.icn.ch/details/2/154.html> [06.04.2016].
- Baumberger, D. (2015b). Messung von Pflegeaufwand - aus Routinedaten oder extra erheben? *Pflege* (Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe), 28 (3), S. 183.
- Baumberger, D. (2016, 21. Januar). Die Bedeutung von SNOMED CT in der Pflegedokumentation am Beispiel von LEP und ICNP. SNOMED CT - aktuelle Nutzung und Potential in der Schweiz" (eHealth Suisse). eHealth Suisse. Bern.
- Baumberger, D., Dubach, A. (2006). Dokumentation LEP Nursing 3. Version 1. LEP AG (Hrsg.). St. Gallen.
- Baumberger, D., Kühne, G. (2006). LEP® Nursing 3 steht bereit. *PrInterNet*, (6), S. 381.
- Baumberger, D., Kühne, G. (2007). LEP Nursing 3 for the linkage of electronic patient record and nursing workload measurement. In: Oud, N.; Sheerin, F.; Ehnfors, M.; Sermeus, W. (Hrsg.), Pro-

- ceedings of the 6th European Conference of ACENDIO. Nursing Communication in Multidisciplinary Practice (S. 161). Amsterdam: Oud Consultancy.
- Baumberger, D., Kühne, G. (2008, 10. Juni). Mapping between NIC and LEP for automated Nursing Workload Measurement. 8th Institute on Nursing Informatics & Classification. University of Iowa, College of Nursing, Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. Iowa City.
- Baumberger, D., Hunstein, D. (2009). The linkage of nursing assessment and nursing workload. *Studies in health technology and informatics*, 146, S. 36–40.
- Baumberger, D., Buchmann, D., Gilles, A., Kuster, B., Lehmann, T. (2010, 14. Mai). The linkage of NANDA-I and nursing workload measurement. International Congress AENDTDE/NANDA-I. Madrid.
- Baumberger, D., Kuster, B. (2011). Nursing Documentation with Integrated Nursing Workload Measurement. In: Sheerin, F.; Sermeus, W.; Saranto, K.; Jesus, E. (Hrsg.), ACENDIO 2011 8th European Conference of ACENDIO E-Health and Nursing – How Can E-Health Promote Patient Safety? (S. 149–151). Dublin: Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.
- Baumberger, D., Stadler, M., Buchmann, D. (2012). Mapping von LEP Nursing 3 auf das ISO Referenzterminologiemodell für Pflegeinterventionen. *Swiss Medical Informatics*, (Vol 28), S. 47–48. 10.4414/smi.28.14.
- Baumberger, D., Jucker, T., Hertzog, H., Oggier, C. (2013). Nursing care data from patient records for DRG data comparisons between hospitals. In: Sheerin, F.; Sermeus, W.; Ehrenberg, A. (Hrsg.), ACENDIO 2013. 9th European Conference of ACENDIO. E-Health and Nursing - Innovating for the Future (S. 250–253). Dublin: ACENDIO - Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.
- Baumberger, D., Portenier, L. (2013). Die Pflege findet Eingang in die DRG. *SwissDRG: CHOP-Kodes für Pflege-Komplexbehandlungen. Krankenpflege*, 106 (10), S. 24–25.
- Baumberger, D., Bürgin, R., Bartholomeyczik, S. (2014). Variabilität des Pflegeaufwands in SwissDRG-Fallgruppen. *Pflege (Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe)*, 27 (2), S. 105–115.
- Baumberger, D., Jansen, K., Hardiker, N. R., Studer, M., Tackenberg, P., König, P. (2015, 29. September). Mapping der Pflegeinterventionsklassifikation LEP Nursing 3 auf die internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP). ENI-Kongress 2015. 8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. Hall in Tirol, Österreich. http://www.kongress-eni.eu/prs/modules/request.php?module=oc_program&action=summary.php&id=432 [15.09.2015].
- Baumberger, D., Raeburn, S. (2015). LEP Nursing 3 für die Pflegedokumentation und die Sekundärnutzung von Pflegedaten. *NOVAcura*, 46 (10), S. 17–19.
- Baumberger, D., Bürgin, R. (2016). Identifying Outliers in Data from Patient Record. *Studies in health technology and informatics*, 225, S. 402–406.
- Berthou, A. (Hrsg.). (1995). Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitälern. Aarau: IfG.
- Besson, P. (2013). REKOLE. Betriebliches Rechnungswesen im Spital. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.
- BFS. (2008). Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2012. ("Schnittstellenkonzept"). Letzte Aktualisierung: Juli 2011. BFS - Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Neuchâtel. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html [21.07.2016].

- BFS. (2012). Schweizer Berufsnomenklatur 2000 (SBN 2000). BFS - Bundesamt für Statistik (Hrsg.). http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/sbn_2000/01.html [26.04.2016].
- BFS. (2014a). Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz. Version 2015. Statistik der Schweiz. BFS - Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Neuchâtel. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5702> [06.01.2015].
- BFS. (2014b). Nomenklaturen – International Standard Classification of Occupations (ISCO-08). BFS - Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Neuchâtel. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/isco08/01.html> [16.10.2014].
- Blankart, J. (2010). Objektivierung des C-Wertes in LEP durch eine Selbsteinschätzung von Stationsleitungen. *Pflegewissenschaft*, (9), S. 482–489.
- BMG. (2015). Gesundheitsberufe in Österreich 2016. BMG-Bundesministerium für Gesundheit, Ö. (Hrsg.). Wien. <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/9/2/CH1002/CMS1286285894833/gesundheitsberufe.pdf> [26.04.2016].
- Bointner, K. (2008). Semantische Interoperabilität im elektronischen Gesundheitsdatenaustausch mittels Dualer Modellierung: Der HL7 Template Ansatz (Master Thesis). Technische Universität Wien. Institut für Medizinische Informations- und Auswertesysteme. <http://www.meduniwien.ac.at/msi/mias/studarbeiten/2008-DA-Bointner.pdf> [25.04.2016].
- Brosziewski, A., Brügger, U. (2001). Zur Wissenschaftlichkeit von Messinstrumenten im Gesundheitswesen: Am Beispiel der Methode LEP. *Pflege*, 14 (1), S. 59–66.
- Brügger, U., Odermatt, R. (2001). LEP® - Leistungserfassung in der Pflege. *Pflege aktuell*, 55 (10), S. 534–536.
- Brügger, U., Bamert, U., Maeder, C., Odermatt, R. (2002a). Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege. LEP AG. (Hrsg.). St. Gallen.
- Brügger, U., Bamert, U., Maeder, C., Odermatt, R. (2002b). Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege. LEP AG. (Hrsg.). St. Gallen.
- Brügger, U., Maeder, C. (2002c). Vergleichbarkeit der Methoden LEP und PRN. Methodix AG, Insel-spital Bern.
- Buchmann, D. (2012). Das Pflegeassessment als Prädiktor des Pflegeaufwandes (Unveröffentlichte Master Thesis). Kaleidos FH. Zürich. Master by Applied Research.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1994; Stand: 2015). Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BpflV). Anhang 1 zur LKA: Bettenführende Fachabteilungen. https://www.gkv-tausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/krankenhaeuser/archiv/technische_anlage_2/20120229_aktuell_Anlage_2.pdf [09.12.2015].
- Bürki, S., Kuster, B., Baumberger, D. (2010). eHealth aus der Sicht der Pflege. *Swiss Medical Informatics*, (68), S. 24–30.
- Bürki Sabbioni, S., Althaus, U., Hunstein, D., Baumberger, D. (2011, 24. August). Optimierung der DRG Codierung mittels Pflegedaten. Swiss eHealth Summit. Bern.
- Burns, N., Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research. Building an evidence-based practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Chopard, L. (2010, 16. März). Klinikinformationssystem (KIS): Der Pflegeprozess LiDia© mit LEP© in PORaBo & INES. Elektronische Pflegedokumentation in der Praxis – Bleibt alles anders? Aarau. http://www.careum-weiterbildung.ch/angebot/pdf/16Mar10_Chopard.pdf [06.04.2016].

- Cicchetti, D. V., Feinstein, A. R. (1990). High agreement but low kappa: II. Resolving the paradoxes. *Journal of clinical epidemiology*, 43 (6), S. 551–558.
- Collins, S., Currie, L., Patel, V., Bakken, S., Cimino, J. J. (2007). Multitasking by clinicians in the context of CPOE and CIS use. *Studies in health technology and informatics*, 129 (Pt 2), S. 958–962.
- Dal Poz, M., Gupta, N., Quain, E. (2009). *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health. With Special Applications for Low- and Middle-income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- DIMDI. (2010). *OID-Verzeichnis. DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.)*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/oid/verzeichnis.html> [01.09.2014].
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 44 (3), S. 166–203.
- Dorner, C. (2012). LEP lässt Managerherzen höher schlagen. *kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, 17 (6), S. 54–55.
- Dudek, M., Radtke-Limberg, V., Kroge, S. von. (2004). LEP als Personalbemessungsinstrument in der ambulanten Pflege im Bereich des SGB V und SGB XI. *Evangelische Fachhochschule Hannover.*
- Dussault, J. (2011). *Mesure de la charge de travail aux soins intensifs. Comparaison NEMS et PRN. Mémoire N° 158 (Master)*. Université de Lausanne. <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/89589.pdf> [05.03.2014].
- Dykes, P. C., Dadamio, R. R., Kim, H.-E. (2012). A framework for harmonizing terminologies to support representation of nursing practice in electronic records. *Nursing informatics*, 2012, S. 103.
- Dykes, P. C., Kim, H.-e., Goldsmith, D. M., Choi, J., Esumi, K., Goldberg, H. S. (2009). The Adequacy of ICNP Version 1.0 as a Representational Model for Electronic Nursing Assessment Documentation. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16 (2), S. 238–246.
- Eberl, I., Bartholomeyczik, S., Donath, E. (2005). Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie. *Pflege*, 18 (6), S. 364–372.
- EDI. (2015). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)*. 832.112.31. <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html> [12.09.2015].
- eHealth Suisse. (2013). *Semantik und Metadaten Empfehlungen I. Ausgangslage und erste Schritte*. Schweizerische Eidgenossenschaft, GDK - Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Hrsg.). Bern. <http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/> [04.08.2016].
- eHealth Suisse. (2014). *Kriterien für die Evaluation von semantischen Standards. Verabschiedet vom Steuerungsausschuss. Koordinationsorgan Bund Kantone (Hrsg.)*. Bern. <http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00146/00148/00238/index.html?lang=de> [15.10.2014].
- eHealth Suisse. (2016). *Glossar*. <http://www.e-health-suisse.ch/glossar/index.html?action=character&character=all&descr=true> [26.04.2016].
- EU. (2012). *eHealth Action Plan 2012-2020: Innovative healthcare for the 21st century*. 736 final. European Commission (Hrsg.). Brussels. <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/ehealth-action-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century> [07.10.2014].
- Fagerström, L., Lonning, K., Andersen, M. H. (2014). The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing management (Harrow, London, England : 1994)*, 21 (2), S. 30–36.
- Fiebig, M. (2007). *Zum Zusammenhang von Patientenzuständen und Pflegeaufwand - Vorschläge für empirisch abgesicherte (Patienten-) Fallgruppen*. (Diplomarbeit). Evang. Fachhochschule. Darmstadt. *Pflege- und Gesundheitswissenschaft*. http://www.epa-online.info/Fiebig_2007_Zus_Patzust_Pflegeaufw.pdf [20.07.2010].

- Fischer, W. (1997). Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Prinzipien und Beispiele. Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.). Bern.
- Fischer, W. (2002). Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- Fitterer, R., Mettler, T., Rohner, P. (2009). Was ist der Nutzen von eHealth? Eine Studie zur Nutzevaluation von eHealth in der Schweiz. Erstellt im Auftrag des Koordinationsorgans eHealth Bund-Kantone. Universität Gallen, Institut für Wirtschaftsinformatik (IWI-HSG) (Hrsg.). <http://www.e-health-suisse.ch/nutzen/> [06.04.2016].
- Frick, Y., Baumberger, D. (2015, 29. September). Sekundärnutzung von LEP-Daten. Best Practice-Projekt. Automatisierte Ableitung der CHOP-Codes 99.C1 Pflege-Komplexbehandlung. ENI-Kongress 2015. UMIT, Hall in Tirol, Österreich [24.02.2015].
- Frodl, A. (2011). Personalmanagement im Gesundheitsbetrieb. Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen. Wiesbaden: Gabler.
- Ganz, W. (2014). Strategisches Dienstplanmanagement. Wirtschaftliche Dienstplanung verlässlich gestalten. Hannover: Vincentz Network.
- Gärtner, R. (2008). Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik. Pflegewissenschaft, 10 (6), S. 368–373.
- Gaus, W. (2005). Dokumentations- und Ordnungslehre. Theorie und Praxis des Information-Retrieval. Berlin: Springer.
- Gelderblom, M., Halbauer, C., Nareike-Sossong, G., Nieberle, A., Pruss, H. (2003). Die alten Masseinheiten sind überholt. Die Pflege-Personalregelung (PPR) und die Leistungserfassung in der Pflege (LEP) an der Praxismesslatte der onkologischen Pflege. Pflege aktuell, S. 78–81.
- Giesel, T. (2010). Leistungen: Vergleich der Erfassungssysteme Pflegepersonalregelung (PPR) und der Methode "Leistungserfassung in der Pflege (LEP) auf Grundlage quantitativer Daten (Diplomarbeit). Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen. Jena.
- Gilles, A. (2010, 16. März). Pflegeprozess LEPWAUU am Kantonsspital Aarau in der Software nexus/medicare. Careum. Aarau. http://www.careum-weiterbildung.ch/angebot/pdf/16Mar10_Gilles.pdf [23.04.2016].
- Gray, J. A. M., Shepperd, S., Ison, E., Lees, R., Pearce-Smith, N. (2009). Evidence-based healthcare and public health. How to make decisions about health services and public health. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- GuKG. (2009). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. § 13 GuKG Tätigkeitsbereiche. Republik Österreich (Hrsg.). https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00143/index.shtml [04.08.2016].
- Güntert, B., Maeder, C. (1994). Ein System zur Erfassung des Pflegeaufwandes. Darstellung der Methode SEP des Universitätsspitals Zürich. Schriftenreihe SGGP, (37).
- Güttler, K. (2007, 4. Mai). apenio – LEP 3.0.0 Mapping. ENI 2007: Pflegedaten nutzen – für Management, Forschung, Ausbildung und Praxis. Innsbruck. <http://www.atacama.de/de/pressestimme/items/apenio-lep-300-mapping.html> [17.03.2016].
- Gutzwiller, F. S., Biller-Andorno, N., Harnacke, C., Bollhalder, L., Szucs, T. D., Gutzwiller, F., Schwenkglens, M. (2012). Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen und deren Anwendung in der Schweiz und ausgewählten europäischen Ländern. Akademien der Wissenschaften Schweiz (Hrsg.). Bern. <http://www.akademien-schweiz.ch/index/Aktuell/News/News-Archiv/News-2012.html> [25.04.2016].
- H+ (2014, 18. November). Die Kostenstellenrechnung. Seminar REK-142: Betriebliches Rechnungswesen der Spitäler REKOLE, Modul 5. H+ Bildung. Aarau.
- Haasenritter, J., Wieteck, P., Bartholomeyczik, S. (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. Pflegewissenschaft, 12, S. 669–687.

- Hackl, W., Baumberger, D., Jucker, T. (2016, 27. Juni). Intelligent Re-use of Nursing Routine Data: Opportunities and Challenges. Workshop. 13th International Congress in Nursing Informatics. Geneva.
- Hardiker, N. R., Sermeus, W., Jansen, K. (2014). Challenges associated with the secondary use of nursing data. *Studies in health technology and informatics*, 201, S. 290–297.
- Hermetinger, C. (2010). Doppel- und Mehrfachstätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege Eine empirische Erhebung zu Tätigkeiten, die Pflegepersonen gleichzeitig durchführen (Magistra der Philosophie). Universität Wien. Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft. http://othes.univie.ac.at/12666/1/2010-12-21_0527703.pdf [11.02.2016].
- Hieber, S. (2014, 24. Januar). Elektronische Dokumentation - am Pflegebedarf orientiert. Deutscher Pfleretag 2014. DPR - Deutscher Pflergerat. Berlin. http://www.heilberufe-online.de/kongress/rueckblick/berlin2014/Hieber-Stefan_Elektronische-Dokumentation---am-Pflegebedarf-orientiert.pdf [30.03.2016].
- Holler, T., Schmid, K., Müller, H. P., Reemts, C., Bissat, K., Rieben, E. (2002). Praktische Pfadarbeit - Konstruktion, Implementierung, Controlling von Patientenpfaden. In: Hellmann, W. (Hrsg.), *Krankenhaus-Management professionell. Klinische Pfade. Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen* (S. 38-129). Landsberg/Lech: Ecomed.
- Holzinger, R. (2008). Analyse des Pflegeaufwands der Palliativstation am Krankenhaus St.Josef in Schweinfurt und Handlungsempfehlungen für das Pflegemanagement (Diplomarbeit). Hamburger Fern-Hochschule,
- Homburg, J., Baumberger, D., Abderhalden, C. (2006). Wie valide sind die mit der Methode Leistungserfassung in der Pflege LEP® erhobenen Pflegezeiten auf psychiatrischen Erwachsenenstationen? 3. Internationaler Kongress für angewandte Pflegeforschung. Hall im Tirol, Österreich.
- Horbach, A., Behrens, J. (2003). Leistungserfassung Intensivpflege Deutschland. Abschlußbericht. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin- Luther- Universität Halle- Wittenberg (Hrsg.). http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020301_24_abschlussbericht.pdf [30.03.2016].
- Horbach, A., Behrens, J. (2004). LEP auf dem Prüfstein für die deutsche Intensivpflege. *PrInterNet*, 7 (10), S. 536–543.
- Huber, E. Ω. (2003). Behandlungspfade (T-Pathways) – das Führungsinstrument der Zukunft? *Physiotherapie*, (3), S. 14–19.
- Hug, S. (2012). LEP und die Kostenträgerrechnung. *LEP Informationen*, (3), S. 5–6.
- Hunstein, D., Fiebig, M., Sippel, B., Dintelmann, Y. (2007). Clinical testing of ePA-AC®, a screening instrument to assess relevant signs and symptoms of nursing care dependency in acute care clinics. In: Oud, N.; Sheerin, F.; Ehnfors, M.; Sermeus, W. (Hrsg.), *Proceedings of the 6th European Conference of ACENDIO. Nursing Communication in Multidisciplinary Practice* (S. 190–196). Amsterdam: Oud Consultancy.
- IBES. (2014). Instrumente zur Personalbemessung und - finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/Veranstaltungen/IBES_2014_nr204.pdf [08.09.2014].
- ICN. (2002). Definition of Nursing 2 (short version). ICN- International Council of Nurses (Hrsg.). Geneva, Switzerland. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> [22.04.2016].
- ICN. (2008). Guidelines for ICNP® Catalogue Development [20.07.2011].
- ICN. (2013). International Classification for Nursing Practice (ICNP®). <http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/> [30.01.2016].

- ICN. (2015a). ICNP to SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) Equivalency Table for Intervention Statements. Terminology Cross-mapping. ICN – International Council of Nurses (Hrsg.).
- ICN. (2015b). Mapping ICNP and LEP. eHealth Terminology Harmonisation Activities. ICN - eHealth Bulletin, (December), S. 2.
- IHE. (2015). Clinical Mapping (CMAP). Trial Implementation. IHE Patient Care Coordination. Technical Framework Supplement. Rev. 1.1 – 2015-08-05. IHE - Integrating the Healthcare Enterprise (Hrsg.).
- IHTSDO. (2014). SNOMED CT Starter Guide. IHTSDO - International Health Terminology Standards Development Organisation (Hrsg.).
http://ihtsdo.org/fileadmin/user_upload/doc/download/doc_StarterGuide_Current-en-US_INT_20140222.pdf [26.04.2016].
- Imhoff-Hasse, S. (2010). Mobiler Zugriff auf Patientendaten. Deutsches Ärzteblatt, 107 (49), B 2137.
- InEK. (2007). Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Düsseldorf. http://www.g-drg.de/cms/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch [01.06.2014].
- ISCO. (2012). International standard classification of occupations. Structure, group definitions and correspondence tables. Geneva: International Labour Office.
- Isfort, M. (2002). Leistungserfassung in der Pflege (LEP). Denn sie wissen, was sie tun. Pflegezeitschrift, 55 (7), S. 497–500.
- Isfort, M. (2008). Patientenklassifikation & Personalbemessung in der Pflege. Grundlagen und Studienergebnisse. Münster: Verl.-Haus Monsenstein und Vannerdat.
- Isfort, M., Klug, E., Weidner, F. (2002). Pflegequalität und Pflegeleistungen 2. Zweiter Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes: Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen. Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.). Freiburg, Köln.
<http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht-pflegeleistung2.pdf> [30.04.2016].
- Isfort, M., Weidner, F., Brühl, A., Zinn, W. (2004). Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). Eine empirische Grundlegung ; Abschlussbericht zum Projekt "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen" im Auftrag des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V. (KKVD). Hannover: Schlüter.
- Isfort, M., Brühl, A. (2007). Patientenklassifikationssysteme. Leistungsdaten im Blickfeld angewandter Forschung (Teil 1). Pflege Zeitschrift, 60 (12), S. 671–675.
- ISO. (2005). ISO/TR 20514. Health informatics — Electronic health record — Definition, scope, and context. ISO TC 215/WG 1 Secretariat: CIHI (Hrsg.). Geneva, Switzerland.
http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=39525 [09.04.2016].
- ISO. (2007). ISO 17115:2007. Health informatics - Vocabulary for terminological systems. ISO - International Organization for Standardization (Hrsg.). Genf.
http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=32881.
- ISO. (2013). ISO 25964-2:2013. Information and documentation -- Thesauri and interoperability with other vocabularies -- Part 2: Interoperability with other vocabularies.
http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=53658 [10.08.2015].
- ISO. (2014). Health informatics - Integration of a reference terminology model for nursing. International Standard. ISO 18104. ISO - International Organization for Standardization (Hrsg.). Geneva, Switzerland. http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=33309 [30.01.2016].
- Jäckle, M. (2009). Schule M(m)acht Geschlechter. Eine Auseinandersetzung mit Schule und Geschlecht unter diskurstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage, Wiesbaden.

- Jansen, I. (2013). Identifikation relevanter Einflussfaktoren auf die LEP-Datenqualität im Hinblick auf die Gegenüberstellung von LEP-Pflegeaufwand und Personalzeit im Spital Uster. Donau-Universität Krems. Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen, Informationstechnologien (IT) im Gesundheitswesen.
- Jucker, T., Tobler, R. (2011). LEP Management Cockpit. Monatsberichte September 2010 - März 2011. Supportbereich Leistungserfassung & Controlling (Hrsg.). Universitätsspital Zürich.
- Kaenel, L. von. (2008). Introduction of the LEP methode in Riviera Hospital: strategies for organisational changes. Swiss Medical Informatics, (63).
- Kaiser, B. (2004). Pflegemessinstrumente in der stationären Altenpflege. Von der Pflegebedarfsermittlung durch PLAISIR und der Leistungserfassung durch LEP zum Personalbedarf (Abschlussarbeit). DAA Hannover. Hannover.
- Kalisch, B. J., Aebersold, M. (2010). Interruptions and multitasking in nursing care. Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources, 36 (3), S. 126–132.
- KDA. (2005). Bürokratie in der Pflege - Inhalt und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe. KDA-Kuratorium Deutsche Altershilfe. Bundesministerium für Familie, S. F. u. J. (Hrsg.). Köln. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/buerokratie-in-der-pflege,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [26.08.2014].
- Kessler, U. (2012, 15. Mai). Erfahrungsbericht aus der Geriatrie über die Einführung der e-Pflegedokumentation (iNKA-- Care) mit der LEPWAUU Struktur. Netzwerk Pflegediagnosen. Careum. Aarau. http://www.netzwerk-pflegediagnosen.ch/default/assets/File/Amalie_Widmer_Mai%202012_Urs_Kessler.pdf [30.03.2016].
- Klauber, J. (Hrsg.). (2004). Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Mit 72 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.
- KLDB. (2011). Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Bundesagentur für Arbeit, D. (Hrsg.). Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikation-der-Berufe/Kldb2010/Printausgabe-Kldb-2010/Generische-Publikationen/Kldb2010-Printversion-Band1.pdf> [18.12.2014].
- Krempkow, R. (2005). Leistungsbewertung und Leistungsanreize in der Hochschullehre. Eine Untersuchung von Konzepten, Leistungskriterien und Bedingungen erfolgreicher Institutionalisierung. Technischen Universität Dresden. Philosophischen Fakultät. <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/1376/1129208825969-5586.pdf> [24.11.2014].
- Krüger, S. (2002). Initialisierung eines Projektes zur Einführung der Methode LEP.
- Kruse, J. (2004). Arbeit und Ambivalenz. Die Professionalisierung sozialer und informatisierter Arbeit. Bielefeld: Transcript.
- Kuster, B. (2009a, 27. Januar). Das LEPWAUU Projekt. Netzwerk Pflegediagnosen. Careum. Aarau.
- Kuster, B. (2009b, 25. August). Entwicklung eines Pflege-KIS aus Sicht einer Pflegewissenschaftlerin. Swiss eHealth Summit. Konferenztrack: Swiss Nursing Informatis Day. Stade de Suisse, Bern.
- Kuster, B., Gilles, A., Buchmann, D., Baumberger, D., Lehmann, T., Studer, M. (2008). Handbuch zur Anwendung der Kataloge (Starterkit) Projekt LEPWAUU. St. Gallen.
- Kuster, B., Bamert, U. (2013). Gesamtbericht Messung SAMS 2012. Kanton St. Gallen und Kanton Zürich. Messung von Leistung und Betreuungsaufwand bei Lernenden/Studierenden Pflege FH, Hebammen FH, Pflege HF und Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit. Gesundheitsdepartement Kanton St.Gallen und Institutionen Kanton Zürich (Hrsg.). Winterthur. <http://www.lep.ch/de/sams.html> [12.08.2014].
- Lee, T., Mills, M. E. (2000). Analysis of patient profile in predicting home care resource utilization and outcomes. The Journal of nursing administration, 30 (2), S. 67–75.

- LEP AG. (2012). LEP in der elektronischen Dokumentation. Heilberufe / Das Pflegemagazin, (Supplement zu Ausgabe 10: IT in der Pflege), S. 18.
- LEP AG. (2016). Überzeugte Anwender. Referenzlisten der LEP Anwenderbetriebe. <http://www.lep.ch/de/referenzen.html> [15.05.2016].
- Maeder, C. (2000). Brauchbare Artefakte. Statistiksoftware für das Pflegemanagement im Spital als das Produkt ethnographischer Arbeit. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 26 (2), S. 685–703.
- Maeder, C., Bamert, U. (1994). Pflegeaufwand Mess-System PAMS. Ein Handbuch für die Leistungserfassung in der Krankenpflege im Akutspital. Kantonsspital St. Gallen (Hrsg.). St. Gallen.
- Maeder, C., Brosziewski, A. (1997). Ethnographische Semantik: Ein Weg zum Verstehen von Zugehörigkeit. In: Hitzler, R. & Honer, A. (Hrsg.), Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung (S. 335–362). Ophaden: Leske + Budrich.
- Maeder, C., Bamert, U., Brügger, U. (1998). Beschreibung der Methode LEP. Leistungserfassung in der Gesundheits- und Krankenpflege für Erwachsene und Kinder im Spital: Anwendungsbereich Intensivpflege. Kantonsspital St. Gallen und Universitätsspital Zürich. (Hrsg.). St. Gallen und Zürich.
- Maeder, C., Brügger, U., Bamert, U. (1999). Beschreibung der Methode LEP: Grundmodul Psychiatriebereich. Version 1.0. St. Gallen, Zürich.
- Maeder, C., Bamert, U., Baumberger, D., Dubach, A., Kühne Gabriela. (2006). Short Description of the LEP® Method. Nursing 2, Physiotherapy and Nursing 3 (Kurzbeschreibung der Methode LEP®. Nursing 2. Physiotherapie. Nursing 3). St. Gallen.
- Mai, T., Henneberger, D., Löffler, S., Flerchinger, C. (2014). Kontinuierlicher Verstehensprozess. Pflegemaßnahmenplanung mit LEP® Nursing 3 - eine kritische Reflexion. Pflegezeitschrift, 67 (4), S. 202–205.
- Malloch, K., Conovaloff, A. (1999). Patient classification systems, Part 1: The third generation. The Journal of nursing administration, 29 (7-8), S. 49–56.
- Marfurt, M. (2009). Auf dem Weg zur maßgeschneiderten Pflege. Klinikinformationssystem (KIS) und Pflegeleistung. Netzzeitung des SNB, (Juli), S. 12–13.
- Mayr, P., Petras, V. (2008, 25. September). Building a Terminology Network for Search: The KoMoHe Project. International Conference on Dublin Core and Metadata Applications 2008. Berlin. <http://dc2008.de/wp-content/uploads/2008/09/mayr-petras.pdf> [28.08.2015].
- mipp. (2001). Neues Spitalfinanzierungsmodell auf der Basis von Behandlungsstandards. Evaluation der Phase 1.7.2000 bis 30.6.2001 des Pilotprojekts: Fallpreispauschalen nach dem Modell integrierter Patientenpfade »mipp«. Aargauischer Krankenkassenverband AKV, Gesundheitsdepartement Kanton Aargau, Kantonsspital Aarau Spital Zofingen (Hrsg.). Geschäftsstelle »mipp«, Kantonsspital Aarau.
- Mølgaard, E. (2000). Calculation of nursing costs in relation to the DRG-system. Viborg Amt (Hrsg.). Viborg. <https://perswww.kuleuven.be/~u0010801/downloads/drgnursingloadmvg.pdf> [19.09.2015].
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. Journal of advanced nursing, 57 (5), S. 463–471.
- Mösli, N. (1997). Pflegeaufwand bei ausgewählten Diagnosen. Schlussbericht zur Detailstudie. Projektnummer 96025. St. Gallen: Kantonsspital St. Gallen (unveröffentlicht).
- Mueller, M., Lohmann, S., Strobl, R., Boldt, C., Grill, E. (2010). Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: a multi-centre cohort study. BMC health services research, 10, S. 295.
- Müller, M., Luh, A., Schleifenbaum, L., Wosilat, D., Mader, R., Eckhardt, P., Röhrig, R. (2006). Abbildung von LEP® Version 3 mit einem Patienten-Daten-Management-System in der Intensivmedizin. Deutscher Interdisziplinärer Kongress für Intensivmedizin und Notfallmedizin. Hamburg.

- Muser, M. (2007, 14. März). Controlling und Verrechnungssätze. Fortbildungsveranstaltung SGfM / ICV Zürich. Universitätsspital Basel.
http://www.medizincontroller.ch/09_Muser_Martin_Controlling_und_Verrechnungssatze.pdf
 [19.08.2014].
- Naegler, H. (2015). Personalmanagement im Krankenhaus. Berlin: MWV - Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Näf, E. (2003). Interraterreliabilität der Leistungserfassung mit dem Instrument LEP Nursing 2.1 (Masterthesis). Universität Maastricht. Maastricht NL, Aarau CH. Fakultät der Gesundheitswissenschaften Master of Nursing Science.
http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Interraterreliabilitaet_LEP_Thesis_512_1.pdf
 [30.08.2015].
- NHCI, eHGI. (2013). Information Paper: Making use of SNOMED CT: Key Questions and Status as of September 2013. NHCI - The Ministry of Health of the Slovak Republic National Health Information Center, eHGI - eHealth Governance Initiative (Hrsg.).
http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/ev_20131119_co5_3_en.pdf [22.04.2016].
- NLM. (2016a). Electronic Health Records. Medical Subject Headings. MeSH Descriptor Data.
https://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2016/MB_cgi?mode=&index=25930&field=all&HM=&II=&PA=&form=&input= [20.05.2016].
- NLM. (2016b). Health Status. Medical Subject Headings. MeSH Descriptor Data.
https://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2016/MB_cgi [20.05.2016].
- O'Brien-Pallas, L., Cockerill, R., Leatt, P. (1992). Different systems, different costs? An examination of the comparability of workload measurement systems. *The Journal of nursing administration*, 22 (12), S. 17–22.
- OECD. (2009). Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management. Glossar entwicklungspolitischer Schlüsselbegriffe aus den Bereichen Evaluierung und ergebnisorientiertes Management. OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (Hrsg.). Paris.
<https://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/43184177.pdf>.
- Oemig, F. (2011). Entwicklung einer ontologiebasierten Architektur zur Sicherung semantischer Interoperabilität zwischen Kommunikationsstandards im Gesundheitswesen. (Dissertation). Universität Regensburg. Fakultät für Medizin. <http://epub.uni-regensburg.de/20076/>
 [30.08.2015].
- Oertle, M., Baumgartner, A. (2010). Ausmass der vollständigen Automatisierung von Pflegeleistungserfassungen basierend auf der elektronischen Patientenakte. *Swiss Medical Informatics*, (69), S. 37–40.
- Opitz, E. (2004). Zur Notwendigkeit, Einführung und dauerhaften Nutzung klinischer Pfade. *Pflege & Gesellschaft*, 9 (3), S. 91–99.
- Ostermann, R. (2016). Pflegemessung und -klassifikation -- Sinn, Zweck und Aufbau (Teil 6). Unterrichtsmaterialien. FH Münster, FB Gesundheit.
- Paxmann, E. (2015). Wissensmanagement: Qualitätsmotor im Gesundheitswesen. *Klinik-Wissensmanagement-Zeitschrift (KWM-Z)*, (Juli), S. 3. <http://docplayer.org/10101253-Wissensmanagement-qualitaetsmotor-im-gesundheitswesen-das-krankenhaus-als-lernende-organisation-hoehere-arzneimitteltherapiesicherheit.html>.
- Peters-Alt, J. (2005). DRGs aus Sicht der Pflege. Notwendigkeit und Grenzen eines Pflegefaktors. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pfaff, H. (2010, 20. September). Wissens-Update: Rahmenbedingung der Versorgung: der Kontext der Gesundheitsleistung. (Teil 1 und 2). BMC Fortbildungs-Workshop (Wissens-Update). Berlin.
http://www.imvr.uni-koeln.de/uploads/Vortr%C3%A4ge/Pfaff_H_2010_Wissens-Update1.pdf
 [26.11.2014].
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- PPN. (2016). PPN - Practical Procedures in Nursing / PPS - Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten. <https://www.cappelendammundervisning.no/undervisning/pps/en/index.action> [13.02.2016].
- Ranegger, R., Eberl, I., Baumberger, D. (2015, 28. September). Automatisierte Nutzung von Pflegeinformationsdaten für Nursing Minimum Data Sets. ENI - 8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. ENI. Hall in Tirol, Österreich. http://www.kongress-eni.eu/prs/modules/request.php?module=oc_program&action=summary.php&id=419 [21.09.2015].
- Rebscher, H., Kaufmann, S. (2014). Wissensmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Rieben, E., Müller, H. P., Holler, T., Ruffin, G. (2003). Pfadkostenrechnung als Kostenträgerrechnung. Kalkulation und Anwendung von Patientenpfaden. Landsberg/Lech: Ecomed.
- Ryser, C., Beer, S., Kesselring J. (2007). Der Pflegeaufwand in der Neurorehabilitation von Hirn-schlagpatienten. *Neurol. Rehabil.*, 13 (1), S. 37–43.
- SBK. (2014). Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege (11.418). Parlamentarische Initiative. Rudolf Joder (SVP, BE), eingereicht am 16. März 2011. http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/politik/docs/2014_08_04_Argumentarium_final_DE.pdf [08.12.2015].
- Schedler, B. H. (2005). Leistungsmessung in multinationalen Unternehmen (Dissertation). Universität St. Gallen, Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften (HSG). St. Gallen. [http://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/3057/\\$FILE/dis3057.pdf](http://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/3057/$FILE/dis3057.pdf) [24.05.2016].
- Schiefelbein, D. (2010, 16. März). Erfahrungen mit LEPWAUU und Softwarelösung PHOENIX-Parametrix. Elektronische Pflegedokumentation in der Praxis – Bleibt alles anders? Careum. Aarau. http://www.careum-weiterbildung.ch/angebot/pdf/16Mar10_Schiefelbein.pdf [30.03.2016].
- Schmid, B. (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in DRG-Fallgruppen. Erklärungsansatz zur Kosteninhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9 (9), S. 531–541.
- Schröder, C., Mundwiler, M. (2010). Optimierte Wissensmanagement im E-Health, Netzwoche (13), S. 34–36. https://www.namics.com/fileadmin/user_upload/pdf/Wissen/2010/Fachartikel/Optimiertes-Wissensmanagement-im-E-Health.pdf.
- Schroeter, K. R. (2005). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa-Verl.
- Schulz, S. (2011). Kontroversen in der Medizinischen Informatik. Wozu benötigen wir standardisierte Terminologien wie SNOMED CT? *Swiss Medical Informatics*, (73), S. 27–32.
- Sellemann, B. (2010, 18. November). Discovery of association rules in nursing data from the method LEP@ Nursing. Workshop "Große Datensätze in der medizinischen Forschung". Bremen.
- Sellemann, B., Stausberg, J., Hübner, U. (2012). Nursing routine data as a basis for association analysis in the domain of nursing knowledge. *Nursing informatics*, 2012, S. 366.
- Semler, S. C. (2007, 16. November). Elektronische Patientenakten. MEDICA. MEDICA. Düsseldorf.
- Sovie, M. D., Smith, T. C. (1986). Pricing the nursing product: charging for nursing care. *Nursing economic*, 4 (5), 216–26, 258.
- Stahel, W. (2015). Einführung in die Statistik-Umgebung R für angewandte Vorlesungen an der ETH Zürich. Seminar für Statistik (Hrsg.). ETH Zürich. <http://stat.ethz.ch/~stahel/courses/R/R-einf.pdf> [06.08.2015].

- Stark, S., Hölzer, S. (2005). Dokumentations- und Kodierprozesse im Spital: Herausforderungen und Massnahmen. Schweizerische Ärztezeitung, 86 (32/33), S. 1944–1946.
- Stausberg, J., Dahlmann, C., Maier I. (2006). Vergleich von Pflegekosten der DRG-Kalkulation mit Pflegeminuten bei Erfassung über das LEP®-System. <http://www.gmds2006.de/Abstracts/387.pdf> [03.05.2016].
- Steuer, B., Rosery, S. (2006). Der Weg eines elektronischen Informationssystems von der Idee bis zur Realisierung. PrInterNet, 8 (2), S. 102–108.
- Stocker, B., Stadler, M., Krähenbühl, K., Baumberger, D. (2012, 6. November). Hebammenarbeit klassifizieren – ein „Work in Progress“. 2. Zukunftswerkstatt 2012 in der Schweiz. Visionen für Forschung und Praxis in der Geburtshilfe. Schweizerischer Hebammenverband & Berner Fachhochschule. Inselspital Bern. https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/news_mitteilungen/Programm-ZWBE.pdf [24.04.2014].
- Straub, H. R. (2009). Das interpretierende System. Wortverständnis und Begriffsrepräsentation in Mensch und Maschine mit einem Beispiel zur Diagnose-Codierung. Wolfertswil: ZIM.
- Strauss, A. L. (1997). Social organization of medical work. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Studer, M., Bürgin, R., Baumberger, D. (2015). LEP Standardauswertungen 2015. Definition der Datenfelder (Variablen). LEP AG (Hrsg.). St. Gallen.
- SwissDRG AG. (2007). Regeln für die Berechnung der Relativgewichte. Teilprojekt 1.1. Überarbeitete Version des Papiers „Regeln für die Berechnung der Relativgewichte und Empfehlungen für die Berechnung des Basispreises“ vom 19. August 2005. SwissDRG AG (Hrsg.). Bern. <https://www.yumpu.com/de/document/view/21275187/regeln-fur-die-berechnung-der-relativgewichte-und-swissdrg> [04.08.2016].
- Tauschitz, M. (2011). Zuordnung LEP Nursing 3.1.0 zu den Tätigkeitsbereichen. KABEG, LKH Villach, Stabstelle Pflegedirektion.
- Tenckhoff, B. (2006, 1. Juni). LEP-Erfassung über Pflegebehandlungspfade mit ClinPath.de. IT-Messe & Dialog im Gesundheitswesen (ITeG). Frankfurt.
- Thibault, C. (1990). Les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers. Montréal: Association des hôpitaux du Québec.
- Uebersax, J. (2002). Raw Agreement Indices. <http://www.john-uebersax.com/stat/raw.htm> [04.05.2016].
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M., Hardiker, N. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane database of systematic reviews (Online), (1), CD002099.
- Vitt, G. (2002). Pflegequalität ist messbar. Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege. Hannover: Schlüter.
- Vojnovic, J. (2010). Diagnosis Related Groups (DRG) und die Pflege. Unter Berücksichtigung der Rationalisierungs- und Rationierungsdiskussion (Magistra). Universität Wien. Wien. IDS Pflegewissenschaften. http://othes.univie.ac.at/11941/1/2010-11-03_0403062.pdf [29.07.2016].
- VPU. (2009). Integrierte elektronische Dokumentation: Pflege-Assessment, Planung, Durchführungsnachweis und PKMS am Universitätsklinikum Essen. VPU Newsletter - Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken, (4), S. 4. http://www.epa-cc.de/files/content/Downloads/VPU_Newsletter_04-09_Auszug.pdf.
- Wabro, M., Matousek, P., Aistleithner, R. (2010). Handbuch für die Personalplanung. Bundesgesundheitsagentur (BGA), G. Ö. G. / G. B. (Hrsg.). Wien. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/handbuch_personalplanung_2010.pdf [23.04.2016].

- Walzl, B. (2008). *Transparenz von Pflegeleistungen* (Masterthesis). Medizinische Universität. Graz. Universitätslehrgang Public Health.
- Weber, P., Bamert, U., Steuer, B., Spani, S. (2003). Easy tool to collect Swiss nursing workload classification LEP. In: Heimar, M. (Hrsg.), *Proceeding of 8^o International Congress in Nursing Informatics*. Washington: IMIA/NI.
- Weimann, E., Weimann, P. (2012). *High performance im Krankenhausmanagement. Die 10 wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Klinik*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- WHO. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948. Stand am 25. Juni 2009. WHO - World Health Organization. (Hrsg.). <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf> [20.05.2016].
- WHO. (2005). *The Fifty-eighth World Health Assembly. Resolution WHA58.28*. Geneva, Switzerland. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf [07.10.2014].
- WHO. (2007a). *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose*. WHO - World Health Organization. (Hrsg.). <http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf> [29.08.2015].
- WHO. (2007b). *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose*. WHO - World Health Organization. (Hrsg.). <http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf> [29.08.2015].
- WHO. (2010). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI.
- WHO-FIC Family Development Committee. (2012). *ICHI alpha. International Classification of Health Interventions*. WHO - World Health Organization (Hrsg.).
- Wiater, W. (2007). *Wissensmanagement. Eine Einführung für Pädagogen*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Wieteck, P. (Hrsg.). (2015). *Handbuch 2015 PKMS. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten*. Kassel: RECOM.
- Willems, Y. (2009). *Developing an electronic nursing record based on a philosophy of care and management tool: the EOC experience*. *Swiss Medical Informatics*, (66), S. 33–35.
- Wipp, M., Sausen, P., Lorscheider, D. (2012). *Der Regelkreis der Einsatzplanung. Dienstpläne sicher und effizient erstellen*. Hannover: Vincentz Network.
- Wirnitzer, B. (2009). *Prozessorientierung braucht Führung. Vernetzte Abläufe statt starrer Strukturen*. 19. Münchner Qualitätsforum. http://www.klinikum-muenchen.de/fileadmin/01-Unternehmen/03-Qualitaet/Forum-2009/Vortraege/02_Wirnitzer_P-Orientierung%20braucht%20F%FChrung.pdf [06.01.2015].
- Zaiss, A., Graubner, B., Ingenerf, J., Leiner, F., Lochmann, U., Schopen, M., Schrader, U., Schulz, S. (2005). *Medizinische Dokumentation, Terminologie und Linguistik*. In: Lehmann, T. M. (Hrsg.), *Handbuch der medizinischen Informatik* (2nd ed., S. 89–143). München: Hanser.
- Zimmermann, Y. (2013). *Quantitative Analyse der ökonomischen Homogenität innerhalb einer SwissDRG in der Einführungszeit. Die Bedeutung des Pflegeaufwandes in Bezug auf die Aufenthaltsdauer und das Alter*. (Unveröffentlichte Bachelor Thesis). FHS, Hochschule für angewandte Wissenschaften. St. Gallen.