

L'utilisation d'indicateurs de qualité dans la gestion des EMS

Sélection de références

établie par le Centre de documentation en santé publique (CDSP)

à l'occasion de la demi-journée de réflexion organisée conjointement par les

Service de santé publique & Institut de santé et d'économie (ISE)

lundi 15 mars 2010, 13h30-17h30

au Bâtiment administratif de la Pontaise à Lausanne

Une référence vous intéresse? N'hésitez pas à nous contacter :

Centre de Documentation en Santé Publique
CHUV (BH-08), Rue du Bugnon 46, CH-1011 Lausanne
Tél. 021 314 73 90, Fax 021 314 74 04 cdsp@hospvd.ch
Adresse Internet : www.saphirdoc.ch/cdsp.htm
Base de données en ligne : www.saphirdoc.ch

Sources

Sélection de références extraites d'Internet et des catalogues & bases de données :

- SAPHIR (Swiss Automated Public Health Information Resources) www.saphirdoc.ch
- Medline/Pubmed ; Banque de Données Santé Publique (BDSP, F) ; RERO

Table des matières

1. Outils méthodologiques.....	2
1.1 Balanced Scorecard – Tableau de bord prospectif	2
1.2 Outil PLAISIR.....	4
2. Indicateurs de qualité dans la gestion des EMS	6
3. Benchmarking.....	14
4. Quelques sites internet.....	18

1. Outils méthodologiques

1.1 Balanced Scorecard – Tableau de bord prospectif

Aymard-Martinot N, Swinarski Huber Z, Morard B (2002). **Balanced scorecard : évaluation de la performance dans un établissement médico-social**. Genève: HEC Genève, 2002.

http://www.hec.unige.ch/recherches_publications/cahiers/2002/2002.21.pdf (accessed : 5-2-2010)

Abstract : La politique de santé des autorités publiques vise à rationaliser l'offre de prestations en matière d'accueil dans les EMS (établissements médico-sociaux). Cette rationalisation passe par l'établissement de normes de performance pour chaque établissement subventionné. Pour surveiller l'adéquation avec les normes, chaque établissement devrait définir quelle est sa performance réelle. Cette notion de performance s'applique à des catégories définies sur la base de prestations requises et standardisées (temps infirmier) et pour des critères de classification biologiques, psychologiques et sociaux. Bien évidemment, la réalité diffère des prestations standards, qui eux sont à la base du système de facturation et donc du financement de l'institution. Dans une première partie conceptuelle, nous reviendrons sur la notion de mesures de performance au travers d'un tableau de bord particulier appelé Balanced Scorecard. Nous discuterons ensuite du concept de Balanced Scorecard en l'adaptant au secteur social qui présente trois particularités : forte asymétrie informationnelle, inélasticité de l'offre et le rationnement des ressources par le biais d'une tarification rigide. Dans la seconde partie, nous centrerons la problématique sur le cas d'un EMS de grande dimension (106 lits) subventionné par l'Etat et géré par une fondation privée. Nous montrerons de quelle façon approcher la performance réelle et l'intégrer dans un Balanced Scorecard. L'analyse de performance peut mener à l'élaboration de la stratégie de cet EMS. En effet plusieurs questions de cet ordre émergent : quelle catégorie de patients (tant du point de vue humain que financier) doit-on accueillir pour coïncider au mieux avec les critères fixés par l'établissement ? , Quels indicateurs devrait-on inclure dans la Balanced Scorecard afin de maximiser le bien-être des pensionnaires tout en respectant les contraintes financières ? [Auteurs]

Kaplan RS, Norton DP (2002). **Comment utiliser le tableau de bord prospectif : pour créer une organisation orientée stratégie.** Paris: Ed. d'Organisation, 2002

Abstract : Le tableau de bord prospectif est une méthode permettant de faire face aux problèmes de gestion, de savoir comment formuler la stratégie ainsi que comment la mettre en pratique, selon cinq principes majeurs: traduire la stratégie en termes opérationnels, mettre l'organisation en adéquation avec la stratégie, faire que la stratégie soit l'affaire quotidienne de tous, transformer la stratégie en un processus continu et mobiliser les équipes face au changement

Kaplan RS, Norton DP, Sperry M (2002). **Le tableau de bord prospectif : pilotage stratégique : les 4 axes du succès.** 7e tirage 2002. Paris: Ed. d'Organisation, 2002

Abstract : Le tableau de bord prospectif est un système de mesure de la performance équilibré entre indicateurs financiers et non financiers, entre court et long terme, entre indicateurs intermédiaires et mesure des résultats. Ces indicateurs sont répartis sur 4 axes : financier, clients, processus internes et apprentissage organisationnel. Mais surtout ils sont reliés entre eux par des relations de cause à effet qui dessinent la stratégie et permettent d'articuler les initiatives des salariés, des départements et de l'entreprise et, par des simulations dynamiques, d'identifier de nouveaux processus pour répondre aux attentes des clients et des actionnaires. [Ed]

MOLL M-C, DECAVEL F, MERLET C (2009). **Tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé : un outil pédagogique.** *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS* 2009;(98):19-27.

Abstract : Depuis quelques années, les établissements de santé sont dans l'obligation de répondre à la certification et à la nécessité de mettre en place la nouvelle gouvernance. C'est avec l'accréditation version 2 (obtenue en 2005), l'élaboration du projet d'établissement (adopté en octobre 2006) et l'organisation en pôles depuis 2006 que le management par la qualité est devenu un axe prioritaire au Centre Hospitalier d'Angers. L'alignement stratégique sur la qualité conduit à faire évoluer le management hospitalier en particulier au niveau des pôles cliniques, médicotechniques et administratifs. Les éléments du projet d'établissement dont le volet qualité risque et évaluation, ont vocation à être déclinés par chaque pôle au niveau du projet de pôle. Cette figure imposée aux responsables de pôles nécessite un accompagnement pratique et pédagogique permettant à la fois de réaliser un diagnostic de l'avancement de la démarche qualité du pôle, une mesure d'impact de l'imprégnation globale de la démarche qualité risques évaluation au sein de l'établissement et une comparaison entre pôles. Un tableau de bord comportant huit axes avec des critères et un guide d'utilisation ont été conçus s'inspirant de la démarche de certification ISO 9001, du manuel EFQM et du manuel de certification version 2 de la Haute Autorité en Santé. Les critères sont reportés dans une grille Excel prête à l'emploi. Parvenir à évaluer son système qualité, c'est démontrer la maturité d'une démarche qualité. Les résultats de cette évaluation ont confirmé ceux de la certification. Le tableau de bord est un outil de management structurant au service de l'équipe pluridisciplinaire. Deux considérations se dégagent de ces résultats. En premier lieu pour le top management, les axes à améliorer se détachent de manière prioritaire afin d'alimenter et de cibler les prochains plans d'actions annuels. Les résultats obtenus permettent aussi d'étayer l'auto évaluation pour la certification version 2010 prévue en janvier de cette même année. C'est un outil pragmatique qui permet à chaque pôle de s'auto-évaluer mais aussi de se comparer en vue de mesurer sa performance. C'est un outil de pilotage stratégique, pour l'établissement, pour la cellule qualité et pour le pôle. Le tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé est un outil simple qui allie stratégie et performance pour une meilleure efficacité des actions à entreprendre dans le champ de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation au niveau des pôles, dans un établissement au service des usagers. (R.A.)

Morard B, Swinarski Huber Z, Stancu A, Jeannette C (2008). **De la modélisation d'un outil de performance : le concept du tableau de bord.** *Gestions hospitalières* 2008;(474):188-191.

Abstract : L'objectif de performance s'affiche désormais dans toutes les organisations à but lucratif ou sans but lucratif. Parmi les outils conduisant à une plus grande efficacité de l'organisation figure l'idée du

tableau de bord prospectif ou balanced scorecard (BSC). Une littérature foisonnante s'est d'ailleurs développée sans prendre en compte la réalité de l'organisation, en particulier celle des institutions de santé. Dans la majorité des cas, les applications du concept du tableau de bord n'ont fait l'objet que d'adaptations très marginales pour représenter le cas hospitalier. Cela soulève la question de l'efficacité sur de tels modèles et de l'utilité qu'il y aurait à utiliser de tels concepts sans un minimum de réflexion. Les auteurs ont donc repensé le concept d'un tel outil et l'ont rendu rationnel et flexible à tout type de secteur. A ce stade de leurs analyses, ils démontrent que cet outil de pilotage peut-être efficace, réaliste et dynamique pour une institution de santé. (R.A.)

Schalm C (2008). **Implementing a balanced scorecard as a strategic management tool in a long-term care organization.** *Journal of Health Services & Research Policy* 2008; 13(Suppl.1):8-14.
<http://dx.doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007013>

Abstract : BACKGROUND: The Capital Care Group, the largest public sector continuing care organization in Canada, had no ready access to information on its own performance and therefore was limited in its pursuit of evidence-informed decision-making. To remedy this, it was decided to introduce a balanced scorecard. ASSESSMENT OF PROBLEM: A literature review was conducted together with interviews with 10 other health care organizations which had implemented balanced scorecards. With this information, a workshop was held that resulted in a framework and about 120 potential indicators. Subsequently the number of indicators was reduced to 29, using pre-determined criteria. RESULTS: Development of a corporate balanced scorecard facilitated executive strategic thinking and clarified the organization's strategic direction. In parallel, scorecards were developed at the level of care centres. These had a common core of indicators, plus some site-specific ones. Development of the corporate scorecard took three years and an additional six months for the care centre scorecards. STRATEGIES FOR CHANGE: A formal implementation plan has been accepted by the executive team. Key to this is communicating to staff the role of scorecards for strategic management and not just performance measurement. Traditional thinking needs to change from a short-term operational focus to long-term strategy. In addition, champions need to be identified in each care centre and they need to be networked together. Finally, the scorecard is being integrated into existing operational management as a routine component together with resources to support its use. LESSONS AND MESSAGES: The balanced scorecard has focused on its role as a strategic management tool. The indicators and dimensions need to be customized to the organization. Senior management must be seen to be driving its introduction. It is worth spending sufficient time developing and implementing a scorecard rather than trying to rush its introduction. The scorecard needs to be integrated with existing management processes and sufficient resources must be assigned. However, success will ultimately depend on the culture of the organization being appropriate and receptive

1.2 Outil PLAISIR

Commission technique intercantonale PLAISIR [site web]

<http://www.isesuisse.ch/ct-plaisir> (accessed : 17-2-2010)

Abstract : La méthode PLAISIR© (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) est une méthode de mesure de la charge en soins requis spécialement développée pour les institutions de long séjours par EROS (Equipe de recherche opérationnelle en santé) au Québec. La convention intercantonale du 16 juin 1997 fixe les modalités nécessaires pour assurer la production, au moyen de la méthode PLAISIR©, de données comparables entre établissements et entre cantons. Elle institue dans ce but une Commission technique intercantonale. Les informations disponibles sur ce site internet sont regroupées sous les thèmes suivants: - Informations importantes - Méthode PLAISIR© - Rapports annuels - Traitement des données PLAISIR© - Indicateurs de qualité - Décisions de la commission technique - Questions

fréquemment posées / FAQ

EROS, Equipe de recherche opérationnelle en santé (Montréal) [site web].

<http://www.erosinfo.com> (accessed : 17-2-2010)

Abstract : Ce site contient une bibliographie (en français, anglais, allemand, italien, espagnol) des outils PRN (Projet de Recherche en Nursing), PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis), CTMSP (Classification par Type en Milieu de Soins Prolongés). Il présente plus particulièrement les outils PRN et PLAISIR (à l'aide de présentations Powerpoint accessibles sous la forme de documents pdf)

Commission technique intercantonale, PLAISIR. (2009). **Définition, méthode de saisie et protocoles d'évaluation d'indicateurs de qualité dans le cadre de la méthode plaisir.** [S. l.]: [s.n.], 2009: -5

Abstract : La Commission technique intercantonale PLAISIR® (ci-après CT) est un organe créé en 1998 par les cantons romands utilisateurs de la méthode PLAISIR® - Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud -, dans une convention intercantonale, afin de veiller à la qualité et la comparabilité des données saisies au moyen de PLAISIR® au niveau intra- et intercantonal. A cette fin, la CT règle les modalités d'application de la méthode en Suisse romande, qui ne sont pas réglées par la méthodologie elle-même. Elle le fait, en coordination avec le fournisseur de l'outil, l'Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS), à Montréal, notamment, par une surveillance régulière de l'utilisation de la méthode dans les établissements des cantons participants et par la publication de décisions, lesquelles sont publiées sur son site Internet : www.isesuisse.ch/ct-plaisir Dès lors, la CT n'a pas pour fonction ni de définir, ni de gérer une démarche qualité au niveau des établissements eux-mêmes. Cette fonction est du ressort des associations d'EMS, voire des cantons. Par contre, elle contribue, par la surveillance qu'elle exerce sur la démarche PLAISIR® à fournir des données fiables et comparables, afin d'alimenter les processus de production et d'évaluation de la qualité. [P.1]

Diserens M (1998). **Comment la mesure de la charge en soins requis dans les EMS par l'outil PLAISIR contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité des soins.** *Epistula Alass* 1998;(28):8-9.

Berthou A (1997). **Gérer les soins avec "PLAISIR".** *Das Schweizer Spital = L'hôpital suisse* 1997; 61(6):-37.

Institut de santé et d'économie Sàrl (Lausanne) (1997). **CHORUS, test de la méthode PLAISIR en Suisse romande : rapport final.** [Lausanne]: ISE (Institut de santé et d'économie), 1997

Jacques F (1996). **L'Outil PLAISIR : EMS et divisions C.** *La Tribune du GHRV* 1996;(26):-13.

Equipe de recherches opérationnelles en santé (Montréal) (1995). **PLAISIR 93, manuel de référence : profil bio-psycho-social des clients de soins prolongés et planification des soins infirmiers requis.** Révision pour le canton de Vaud. Montréal: EROS (Equipe de recherche opérationnelle en santé), 1995

Institut suisse de la santé publique (Lausanne), Tilquin C (1994). **Dossier sur PLAISIR (planification informatisée des soins infirmiers requis).** [Lausanne]: IfG (Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen), 1994

Tilquin, Charles (1994). **Description et analyse des outils rai, rugs et plaisir dans la perspective de leur utilisation dans un système d'information pour le secteur médico-social**. Montréal: EROS, 1994: -25

http://www.erosinfo.com/Produits/Doc/Plaisir/DESCRIPTION_ANALYSE_Outils_RAI_RUGs_PLAISIR.pdf (accessed : 17-2-2010)

[Note de février 2010] Ce document non publié a été initialement préparé par EROS à l'intention des autorités du Canton de Vaud, à l'occasion du tout premier test à large échelle (800 résidents) de PLAISIR en Suisse dans le cadre du projet de recherche CAREMS. Cette étude visait à choisir un système pour le Canton de Vaud. À la suite de l'opération CAREMS, le système PLAISIR fut implanté par ce Canton. Subséquemment, une étude plus large (CHORUS) fut conduite, et à la suite de celle-ci, l'utilisation de PLAISIR fut étendue aux Cantons de Genève, Neuchâtel et Jura. Ce texte a donc plus de 15 ans. Depuis, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts, mais le système PLAISIR est toujours utilisé dans tous les établissements des cantons romands précités et pour l'essentiel, ce que nous écrivions en 1994, est toujours valable aujourd'hui

2. Indicateurs de qualité dans la gestion des EMS

United States.Centers for Medicare (2009). **Nursing home data compendium : 2009 ed.** [Baltimore, Md]: Centers for Medicare & Medicaid Services, 2009.

http://www.cms.hhs.gov/certificationandcompliance/12_nhs.asp (accessed : 1-3-2010)

Abstract : Donne le résultat des analyses des années 2004-2008 des indicateurs de qualité de Medicare et Medicaid. Outil de base OSCAR.Contient de nombreux tableaux intéressants. Les indicateurs sont traités par année (voire trimestre), état, nombre de lits, et statut (établissement privé ou public). [AB]

Qualité et évaluation en secteur social et médico-social : [dossier] (2009). *Revue hospitalière de France* 2009;(527):40-55.

Abstract : Ce dossier contient : p. 40-44 : MobilQual : un programme national pour la qualité des soins aux personnes âgées / Sébastien Doutréline. - p. 46-49 : Grands chantiers 2009 de l'Anesm / Didier Charlanne. - p. 50-52 : Evaluation interne en EHPAD : développement d'un outil commun / Florence Bertault, Patrick Créton. - p. 54-55 : Evaluation interne associant les résidents : expérience d'un EHPAD / Mary Chantal

Baier R, Butterfield K, Patry G, Harris Y, Gravenstein S (2009). **Identifying star performers: the relationship between ambitious targets and nursing home quality improvement.** *Journal of the American Geriatrics Society* 2009; 57(8):1498-1503.

PM:19549019 (accessed : 15-9-2009)

Abstract : Setting Targets--Achieving Results (STAR) is a Web-based tool that helps nursing home leadership select annual performance goals, or targets, for a subset of publicly reported quality measures. Previous results demonstrate that nursing homes whose staff implement STAR targets demonstrate greater improvement on the related outcomes. In this analysis, the authors hypothesized that nursing homes whose staff select the most ambitious targets (reflecting large improvement over their current performance) may be more successful in their related quality improvement efforts than homes with less-ambitious targets (reflecting lesser improvement). The authors analyzed data from 7,091 Medicare- or Medicaid-certified nursing homes that set STAR targets in 2005 or 2006 for two quality measures: the proportion of residents who were physically restrained daily and the proportion of high-risk residents with pressure ulcers. Targets were classified as ambitious or less ambitious based on the 75th and 50th rank-ordered percentiles, respectively. Improvement was calculated using four-quarter averages for baseline (the year ending when the target was set) and remeasurement (the subsequent year). The results indicate

that nursing homes with ambitious targets demonstrate greater improvement than their peers selecting less-ambitious targets. With limited federal and local resources to assist providers with quality improvement, target values may be used as a "flag" to help agencies allocate scarce resources to nursing homes committed to quality improvement efforts and with the organizational capacity to improve

BERTAULT F, CRETINON P (2009). **Dossier. Personnes âgées. EHPAD. Un outil commun pour l'évaluation interne.** *GESTIONS HOSPITALIERES* 2009;(486):287-289.

Abstract : Présentation de l'outil commun d'aide à la conduite de l'évaluation interne, développé par la cellule qualité du département de l'Ain pour les établissements du secteur sanitaire et social

BERTAULT F, CRETINON P (2009). **Spécial Géroto Expo 2009. Qualité et évaluation en secteur social et médico-social. Évaluation interne en EHPAD. Développement d'un outil commun.** *LA REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE* 2009;(527):50-52.

Abstract : Présentation de la méthode d'autoévaluation (MAEVA) des établissements adhérents à la cellule d'amélioration de la qualité de l'Ain, développée dans le but d'aider les professionnels dans leur pratique de l'évaluation interne et dans la préparation des futures évaluations externes

BERTAULT F, CRETINON P (2009). **EHPAD. Un outil commun pour l'évaluation interne.** *Gestions hospitalières* 2009;(486):287-289.

Abstract : Présentation de l'outil commun d'aide à la conduite de l'évaluation interne, développé par la cellule qualité du département de l'Ain pour les établissements du secteur sanitaire et social. [BDSP. Notice produite par EHESP R0xEF9A9. Diffusion soumise à autorisation]

Bertrand A (2009). **Evaluation externe du projet de vie en Ehpac via le référentiel qualité EVA Soins Gerontologie** (77):37-9, 2009 May-Jun 2009;(77):37-39.

DOUTRELIGNE S (2009). **Spécial Géroto Expo 2009. Qualité et évaluation en secteur social et médico-social. MobiQual : un programme national pour la qualité des soins aux personnes âgées.** *LA REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE* 2009;(527):40-44.

Abstract : La Direction générale de la santé a confié à la Société française de gériatrie et de gérontologie la création et la diffusion d'outils de sensibilisation, de formation et d'aide à la décision, avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées. Quatre thématiques sont concernées : douleur, soins palliatifs, bientraitance, dépression. L'appropriation de ces thématiques s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles dénommée MobiQual (programme de mobilisation pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées). La Fédération hospitalière de France fait partie des principales fédérations et associations d'établissements qui soutiennent ce programme de santé publique depuis son lancement. L'article présente le programme et ses perspectives de développement pour 2009-2010

France.Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2009). **Enquête nationale 2008 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux : mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS.** Saint-Denis: ANESM, 2009: 33

Abstract : Dresse un état des lieux de l'avancement de la démarche d'évaluation interne. Vise à préciser les méthodes mises en oeuvre, les difficultés rencontrées et le cas échéant, les résultats obtenus

Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, Paulsen B, Seim A (2009). **Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature, policy and practice.** *INT J NURS STUD* 2009; 46(6):848-857.

PM:19117567 (accessed : 5-8-2009)

Abstract : **OBJECTIVES:** To review nursing sensitive indicators used for nursing home care across seven nations with similar elder care (USA, Australia, Norway, New Zealand, England, Sweden and Denmark), and to evaluate their validity. **DESIGN:** Systematic search in the literature and other sources to find descriptions of development and validity testing of national quality indicators. **DATA SOURCES:** Papers from scientific databases, relevant websites, additional papers and reports, and personal communication with experts in the field. The material was included if it contributed to the description of each country's processes in defining nursing sensitive quality indicators for nursing home care, and the main focus was use, developing and/or testing of quality. **REVIEW METHODS:** An overview of each country's utilization of nursing sensitive quality indicators was obtained. The evidence for the validity in development and testing procedures was analyzed using a set of evaluation criteria. **RESULTS:** All countries, except Sweden, have nationally standardized assessment of the patient before admission to the nursing home. There is large variation in the way these data collection tools were developed and how the data is used. Only the USA has systematically developed quality indicators on the basis of resident assessments. Twenty-three indicators used nationally in USA, thirteen in Australia, four in Norway, three in New Zealand and three in England were selected for review, and were evaluated for their validity as described in the literature. All selected indicators had satisfactory face validity, and for the twenty-three indicators used in the USA there was evidence for reliability testing. None of the quality indicators met all the criteria for validity. Evidence that the quality indicators can demonstrate meaningful differences in care and that the information can be extracted with minimal extra efforts was not found. Thresholds for high or low quality were determined only for the US quality indicators. **CONCLUSIONS:** There are concerns about the validity and reliability of nursing sensitive quality indicators for nursing home care. The indicator development is sparsely documented. It is recommended that the development of quality indicators follows a sound process and that extensive empirical testing of the indicators is done. [References: 58]

Tannen A, Dietz E, Dassen T, Halfens R (2009). **Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany--adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators.** *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009; 15(1):85-90.

Abstract : **BACKGROUND:** Pressure ulcers have a known impact on quality of life as well as on morbidity and mortality of the persons affected. Remarkable differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany have been found during the last 6 years. This study explores to what extent the individual risk of the population and quality indicators of the institutions can explain the variation in national prevalence. **METHODS:** Data of a binational multi-centred cross-sectional study in 103 hospitals (n = 21,378 patients) and 129 nursing homes (n = 15,579 residents) were analysed using random effects regression models to calculate the differences in national prevalences within the nursing homes and hospitals, adjusted for personal risk for pressure ulcer and quality indicators. **RESULTS:** The prevalence of pressure ulcers among the at-risk group (Bradenscore ≤ 20) in nursing homes was 30.8% in the Netherlands and 8.3% in Germany [OR: 4.9 (CI 95%: 4.2-5.7)]. In hospitals, the prevalence among the at-risk group was 26.1% in the Netherlands and 21.2% in Germany [OR: 1.3 (CI 95%: 1.2-1.5)]. After adjusting for individual risk factors (age, gender, Bradenscore) as well as for quality structures (use of prevention and treatment protocols, experts groups, information leaflets, nurses training, central pressure ulcer statistics and regular updating of protocols), the chance of developing a pressure ulcer was 6.05 times higher (CI 95%: 4.0-9.2) in a Dutch nursing home than in a German nursing home. Within the hospitals, the OR for Dutch patients was 2.03 (CI 95%: 1.4-3.0). **CONCLUSION:** A remarkable national variation exists in pressure ulcer prevalence and nursing practice. Neither the populations vulnerability for pressure ulcers nor pressure ulcer management as measured in this study could explain this national variation. Therefore, other risk factors should be taken into consideration. Additionally, it is possible that quality indicators are implemented in differing ways with varying levels of effectiveness. Therefore, further research is needed to examine prospectively and in more detail the reality of care within facilities in both countries

Alexander GL (2008). **An analysis of nursing home quality measures and staffing.** *QUAL MANAGE HEALTH CARE* 2008; 17(3):242-251.

Abstract : **PURPOSE:** The purpose of this retrospective study was to evaluate nursing home quality measures (QMs) available in a national database called Nursing Home Compare. The aim was to determine whether differences in QM scores occurred with changing staffing-level mix. **SUBJECTS:** All Missouri nursing home facilities were included for the analysis of the 14 QMs downloaded in February 2004. **METHODS:** Analyses of variance were used to examine differences in the dependent QM scores; the independent range of staffing levels for 3 disciplines, certified nurse assistant (CNA), licensed practical nurse (LPN), and registered nurse (RN), was analyzed on the basis of their number of hours per resident per day worked in the nursing home. Planned contrasts and post hoc Bonferroni adjustments were calculated to further evaluate significance levels. Finally, residents were used as a covariate to determine effects on significant analyses of variance. **RESULTS:** Care is proportionate to the percentage of CNA/LPN/RN staffing-level mix, with 2 long-stay QMs (percentage of residents who lose bowel or bladder control and percentage of residents whose need for help with activities of daily living has increased) and 2 short-stay measures (percentage of residents who had moderate to severe pain and percentage of residents with pressure ulcers) revealed differences in mean quality scores when staffing levels changed

Bui Quang H, Bui Quang M (2008). **Les coûts des maisons de retraite.** Paris: L'Harmattan, 2008
Abstract : [Table des matières] I. L'environnement juridique et réglementaire des structures médico-sociales : 1. L'évolution du cadre juridique régissant le fonctionnement des institutions pour personnes âgées. - 2. Le régime comptable et budgétaire. - II. L'approche descriptive et normative de la gestion des coûts : 3. La typologie des coûts ou l'approche descriptive. - 4. L'approche normative des coûts. - III. L'approche analytique de la gestion par les coûts : 5. La méthode des coûts complets. - 6. La méthode des coûts partiels. - IV. Vers la gestion pertinente des coûts et le Benchmarking : 7. La méthodologie des calculs de coûts journaliers. - 8. Le tableau de bord prospectif ou **Balanced Scorecard**

Compas C, Hopkins KA, Townsley E (2008). **Best practices in implementing and sustaining quality of care. A review of the quality improvement literature.** *Research in Gerontological Nursing* 2008; 1(3):209-216.

PM:20077965 (accessed : 5-2-2010)

Abstract : A literature review was undertaken to explore both published and unpublished quality improvement studies, projects, and initiatives that strove to develop more efficient systems to support an infrastructure for nursing home quality of care. The review included a search of all available, full-text published literature from 1997 to 2007 available from PubMed, CINAHL, and MEDLINE. The methods used by the researchers were varied, and this article identified several primary findings: the use of a specific, measurable mission or goal statement; the use of multidisciplinary and multidisciplinary involvement; the need for further education and resource materials; the use of a reward/incentive program; the need for internal and external stakeholders to be identified along with a project champion; and the process of feedback and outcome measurement. This article summarizes the findings from the review and offers key recommendations that are supported for improving quality of care and sustaining quality gains. Copyright 2009, SLACK Incorporated. [References: 25]

Castle NG (2008). **Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: A literature review.** *J Appl Gerontol* 2008; 27(4):375-405.

Abstract : In this research, the author reviewed 70 studies that had examined the relationship between staffing levels and quality in nursing homes (covering the years 1991 to 2006). The results of the review including all of this literature show that approximately 40% of the quality indicators examined show an association with nursing home staffing levels. Nevertheless, this finding is further interpreted in the context of the limitations of many of these prior studies. The author discusses the limitations of poor quality staffing data, small sample size, quality indicators used, methodological concerns, and underspecified models inherent to many prior studies. The author finds no study representing a "gold standard" exists in this area. Still, the few studies that seem methodologically most robust would seem to indicate that an

association between nursing home staffing levels and quality exists. However, the author concludes that studies in this area need to be further enhanced. (copyright) 2008 The Southern Gerontological Society

Kapoor A, Kader B, Cabral H, Ash AS, Berlowitz D (2008). **Using the case mix of pressure ulcer healing to evaluate nursing home performance.** *AM J MED QUAL* 2008; 23(5):342-349.

Abstract : Pressure ulcer healing is an important quality measure for nursing homes, but the factors that predict healing have not been well studied. Using the Minimum Data Set, the authors identified candidate variables for a logistic regression, risk-adjustment model to predict ulcer healing. The authors then assessed model discrimination and calibration. Finally, the authors compared unadjusted with risk-adjusted performance for the individual facilities within a nursing home chain. Significant predictors of healing included mobility in bed, presence of a stage 2 ulcer (compared with a stage 4 ulcer), absence of paraplegia and quadriplegia, and absence of end-stage illness. The model C statistic was 0.67, and the calibration was acceptable. Judgments about nursing performance varied in 2 cases depending upon whether unadjusted or risk-adjusted performance was used. The model that the authors developed contains credible predictors of healing. Pressure ulcer healing may be one of many indicators used to evaluate nursing home quality

Mukamel DB, Weimer DL, Spector WD, Ladd H, Zinn JS (2008). **Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes.** *Health Serv Res* 2008; 43(4):1244-1262. PM:18248401 (accessed : 23-9-2008)

Abstract : OBJECTIVE: To examine associations between nursing homes' quality and publication of the Nursing Home Compare quality report card. DATA SOURCES/STUDY SETTINGS: Primary and secondary data for 2001-2003: 701 survey responses of a random sample of nursing homes; the Minimum Data Set (MDS) with information about all residents in these facilities, and the Nursing Home Compare published quality measure (QM) scores. STUDY DESIGN: Survey responses provided information on 20 specific actions taken by nursing homes in response to publication of the report card. MDS data were used to calculate five QMs for each quarter, covering a period before and following publication of the report. Statistical regression techniques were used to determine if trends in these QMs have changed following publication of the report card in relation to actions undertaken by nursing homes. PRINCIPAL FINDINGS: Two of the five QMs show improvement following publication. Several specific actions were associated with these improvements. CONCLUSIONS: Publication of the Nursing Home Compare report card was associated with improvement in some but not all reported dimensions of quality. This suggests that report cards may motivate providers to improve quality, but it also raises questions as to why it was not effective across the board

Rantz MJ, Aud MA, Zwygart-Stauffacher M, Mehr DR, Petroski GF, Owen SV et al. (2008). **Field testing, refinement, and psychometric evaluation of a new measure of quality of care for assisted living.** *Journal of Nursing Measurement* 2008; 16(1):16-30.

Abstract : Field test results are reported for the Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument-Assisted Living Version, an instrument designed to measure the quality of care in assisted living facilities after a brief 30-minute walk-through. The OIQ-AL was tested in 207 assisted-living facilities in two states using classical test theory, generalizability theory, and exploratory factor analysis. The 34-item scale has a coherent six-factor structure that conceptually describes the multidimensional concept of care quality in assisted living. The six factors can be logically clustered into process (Homelike and Caring, 21 items) and structure (Access and Choice; Lighting; Plants and Pets; Outdoor Spaces) subscales and for a total quality score. Classical test theory results indicate most subscales and the total quality score from the OIQ-AL have acceptable interrater, test-retest, and strong internal consistency reliabilities. Generalizability theory analyses reveal that dependability of scores from the instrument are strong, particularly by including a second observer who conducts a site visit and independently completes an instrument, or by a single observer conducting two site visits and completing instruments during each visit. Scoring guidelines based on the total sample of observations (N = 358) help guide those who want to use the measure to interpret both subscale and total scores. Content validity was supported by two expert

panels of people experienced in the assisted-living field, and a content validity index calculated for the first version of the scale is high (3.43 on a four-point scale). The OIQ-AL gives reliable and valid scores for researchers, and may be useful for consumers, providers, and others interested in measuring quality of care in assisted-living facilities

Zinn JS, Spector WD, Weimer DL, Mukamel DB (2008). **Strategic orientation and nursing home response to public reporting of quality measures: an application of the miles and snow typology.** *Health Serv Res* 2008; 43(2):598-615.

PM:18370969 (accessed : 3-6-2008)

Abstract : OBJECTIVE: To assess whether differences in strategic orientation of nursing homes as identified by the Miles and Snow typology are associated with differences in their response to the publication of quality measures on the Nursing Home Compare website. DATA SOURCES: Administrator survey of a national 10 percent random sample (1,502 nursing homes) of all facilities included in the first publication of the Nursing Home Compare report conducted in May-June 2004; 724 responded, yielding a response rate of 48.2 percent. STUDY DESIGN: The dependent variables are dichotomous, indicating whether or not action was taken and the type of action taken. Four indicator variables were created for each of the four strategic types: Defender, Analyzer, Prospector, and Reactor. Other variables were included in the seven logistic regression models to control for factors other than strategic type that could influence nursing home response to public disclosure of their quality of care. DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: Survey data were merged with data on quality measures and organizational characteristics from the first report (November 2002). PRINCIPAL FINDINGS: About 43 percent of surveyed administrators self-typed as Defenders, followed by Analyzers (33 percent), and Prospectors (19 percent). The least self-selected strategic type was the Reactor (6.6 percent). In general, results of the regression models indicate differences in response to quality measure publication by strategic type, with Prospectors and Analyzers more likely, and Reactors less likely, to respond than Defenders. CONCLUSIONS: While almost a third of administrators took no action at all, our results indicate that whether, when, and how nursing homes reacted to publication of federally reported quality measures is associated with strategic orientation

Australia.Department of Health and Ageing (2007). **Developing resident-centred quality indicators : to support the project for the evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian government subsidised residential aged care homes.** Canberra: [Department of Health and Ageing], 2007: -XII, 36

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-iar-dev-residential-aged-care.htm> (accessed : 26-2-2010)

Abstract : The development of a draft suite of resident-centred quality indicators appropriate to residential aged care has been undertaken as part of the broader project to "evaluate the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents of Australian Government subsidised aged care homes".

See particularly the chapters - 2. General principles of quality indicator development and use www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-iar-dev-residential-aged-care.htm~ageing-iar-dev-residential-aged-care-gen-princ.htm

- Developing resident-centred quality indicators in residential aged care (Indicators summary) www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-iar-dev-residential-aged-care.htm~ageing-iar-dev-residential-aged-care-ind-sum.htm (March 2008)

Courtney M, O'Reilly MT, Edwards H, Hassall S (2007). **Development of a systematic approach to assessing quality within Australian residential aged care facilities: the Clinical Care Indicators Tool.** *Australian Health Review* 2007; 31(4):582-591.

Abstract : Recent years have seen the introduction of formalised accreditation processes in both community and residential aged care, but these only partially address quality assessment within this sector. Residential aged care in Australia does not yet have a standardised system of resident

assessment related to clinical, rather than administrative, outcomes. This paper describes the development of a quality assessment tool aimed at addressing this gap. Utilising previous research and the results of nominal groups with experts in the field, the 21-item Clinical Care Indicators (CCI) Tool for residential aged care was developed and trialled nationally. The CCI Tool was found to be simple to use and an effective means of collecting data on the state of resident health and care, with potential benefits for resident care planning and continuous quality improvement within facilities and organisations. The CCI Tool was further refined through a small intervention study to assess its utility as a quality improvement instrument and to investigate its relationship with resident quality of life. The current version covers 23 clinical indicators, takes about 30 minutes to complete and is viewed favourably by nursing staff who use it. Current work focuses on psychometric analysis and benchmarking, which should enable the CCI Tool to make a positive contribution to the measurement of quality in aged care in Australia

Schweizerischer Seniorenrat (2007). **Rapport sur la qualité des soins de longue durée**. Berne: SSR-CSA, 2007: -11

http://www.seniorenrat.ch/f/data/254/Microsoft_Word_-_QS-Lpfl_Bericht_fr_20070424.pdf (accessed : 24-11-2008)

Abstract : [Sommaire] 1. Recommandations. 2. Définitions. 2.1. Soins de longue durée. 2.2. Qualité des soins. 3. Aspects statistiques. 4. Analyse et comparaison des systèmes d'évaluation des soins de longue durée en institutions. 4.1. BESA (Bewohner - Einstufungs- und Abrechnungssystem). 4.2. PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis). 4.3. RAI/RUG (RAI = Resident Assessment Instrument / RUG = Resource Utilization Group). 5. Evaluation qualitative "officielle". 6. Analyse et comparaison des évaluations faites dans le cadre des services d'aide et de soins à domicile (SPITEX). 7. Conclusions

Arling G, Lewis T, Mueller C, Kane RL 2006. **Nursing home quality indicators: Implications for residents with Alzheimer's and related disorders**. *Research and Practice in Alzheimer's Disease* 2006; 11:316-321.

Abstract : Over the last decade, researchers in the United States (US) have been developing and applying nursing home quality indicators (QIs), which have been used widely for nursing home regulation, quality improvement, and public reporting. Although QIs have been critiqued, insufficient attention has been directed towards applying them to nursing home residents with Alzheimer's disease or other forms of dementia. We discuss the reliability and validity of the QIs for nursing home residents with dementia; cognitive impairment as a QI or risk factor for other QIs; clinical interventions and quality improvement for residents with dementia; and public QI reporting systems for family members or caregivers of nursing home residents with dementia

Bostick JE, Rantz MJ, Flesner MK, Riggs CJ (2006). **Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes**. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7(6):366-376.

PM:16843237 (accessed : 15-9-2006)

Abstract : PURPOSE: To evaluate a range of staffing measures and data sources for long-term use in public reporting of staffing as a quality measure in nursing homes. METHOD: Eighty-seven research articles and government documents published from 1975 to 2003 were reviewed and summarized. Relevant content was extracted and organized around 3 themes: staffing measures, quality measures, and risk adjustment variables. Data sources for staffing information were also identified. RESULTS: There is a proven association between higher total staffing levels (especially licensed staff) and improved quality of care. Studies also indicate a significant relationship between high turnover and poor resident outcomes. Functional ability, pressure ulcers, and weight loss are the most sensitive quality indicators linked to staffing. The best national data sources for staffing and quality include the Minimum Data Set (MDS) and On-line Survey and Certification Automated Records (OSCAR). However, the accuracy of this self-reported information requires further reliability and validity testing. CONCLUSIONS: A nationwide instrument needs to be developed to accurately measure staff turnover. Large-scale studies using payroll data to measure staff retention and its impact on resident outcomes are recommended. Future research

should use the most nurse-sensitive quality indicators such as pressure ulcers, functional status, and weight loss. [References: 51]

Carter MW, Porell FW (2006). **Nursing home performance on select publicly reported quality indicators and resident risk of hospitalization: grappling with policy implications.** *J AGING SOC POLICY* 2006; 18(1):17-39.

Abstract : This study examines how resident risk of hospitalization varies in relation to facility performance on select quality indicators (QIs). Using a 15% sample, three years of Medicaid reimbursement data from over 525 nursing homes (NHs) were linked with four years of hospital claims data and facility-level data to investigate whether residents of NHs with worse (better) than expected performance on QIs experienced increased (decreased) risk of hospitalization. Logistic regression results indicate that variations in hospitalization risk among NH residents are explained in part by facility performance on QIs. Residents from NHs with more decubitus ulcers, with greater use of physical restraints, and with a higher than expected incidence of unexplained weight loss/gain experienced increased risk of hospitalization

Mor V (2006). **Defining and measuring quality outcomes in long-term care... includes discussion.** *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7(8):532-540.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009321684&lang=fr&site=ehost-live;Publisher URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2207&accno=2009321684>

Abstract : The US health care industry increasingly agrees that sharing information about quality of care is necessary to stimulate providers' efforts to improve the quality of health care. The availability of mandated, uniform clinical data in all nursing homes and home health agencies has facilitated the rapid adoption of public reporting of comparative quality data. This paper examines the conceptual and technical challenges underlying the application of information about long-term care provider quality to judge and compare the quality of care provided by nursing homes and home health agencies. In general, the impetus to apply the emerging set of quality "tools" based on mandated clinical assessments may have outstripped the evidence for their valid application in selecting top providers or for rewarding their superior performance

VILCOT C, LECLLET H (2006). **Indicateurs qualité en santé : certification et évaluation des pratiques professionnelles.** 2e éd. Paris: AFNOR, 2006

Abstract : Cet ouvrage vous aide à répondre aux questions suivantes : Comment définir et élaborer des indicateurs de qualité pertinents ? Comment positionner les indicateurs en tant qu'outil managérial ? Comment mettre en oeuvre et exploiter les indicateurs ? Quel est le rôle des professionnels de santé dans cette démarche ? L'ouvrage présente un grand nombre de ressources (grilles, matrices, fiches...) et de mises en application. Pragmatique, il fournit de nombreux exemples tirés de l'expérience. Il s'appuie sur le fascicule FD S 99-132, apportant les réponses théoriques et pratiques indispensables qu'attendent tous ceux qui ont la charge de conduire des démarches de qualité et notamment la démarche de certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé

Cerese-Feurra V (2001). **Le resident assessment instrument (RAI) : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée.** *Gérontologie et société* 2001;(99):161-177.

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=GS&ID_NUMPUBLIE=GS_099&ID_ARTICLE=GS_099_016_1 (accessed : 1-3-2010)

Abstract : Evaluer la qualité des soins est devenu une préoccupation majeure en milieu hospitalier, et les soins de longue durée ne sont pas épargnés. Dans ce secteur, nombreuses particularités ne facilitent pas la démarche de l'évaluation de la qualité et l'on ne reconnaît, à ce jour, aucun "outil de référence". Aux Etats-Unis, une évaluation multidimensionnelle des résidents âgés vivant en institution est réalisée de façon régulière et systématique à l'aide du Resident Assessment Instrument (dit démarche RAI). C'est à partir des données, essentielles et standardisées, produites par le RAI qu'une série de 24 Marqueurs ou Indicateurs de Qualité (IQ) a été définie. Les IQ représentent des événements indésirables dans 11 domaines d'intervention, pouvant refléter la qualité des soins promulgués aux personnes âgées. Ils sont

utilisés dans un système de contrôle et suivi de la qualité. [Auteure] Cet article reprend et développe en français les indicateurs de qualité développés par l'Université du Wisconsin et largement utilisés aux USA. [A.B.]

University of Wisconsin-Madison. Center for Health Systems Research and Analysis (1999). **Facility guide for the nursing home quality indicators : National Data System, September 28, 1999.**

Madison: Center for Health Systems Research and Analysis, University of Wisconsin-Madison, 1999
<http://www.cms.hhs.gov/MinimumDataSets20/Downloads/CHSRA%20QI%20Fact%20Sheet.pdf>

(accessed : 23-2-2010)

Abstract :] Manuel contenant la définition des principaux indicateurs de qualité des soins construits au moyen des données RAI et validés aux USA. Donne également des propositions de tableaux de bord et de tableaux de benchmarking.

Bölicke, Claus (non publié). **Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der häuslichen Pflege und krankenflegerischen Versorgung multimorbider Patienten.** [Berlin]: [Charité - Universitätsmedizin Berlin], sans date: -6

www.charite.de/gradmap/multimorb-boelike.pdf (accessed : 22-2-2010)

Abstract : Die Arbeit bezieht für die Prüfung und Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren des RAI Home Care zwei Ebenen ein, nämlich die professionelle, fachliche Qualitätssicht sowie die Sicht von Nutzern ambulanter Dienste. Das Vorgehen auf der professionellen, fachlichen Ebene umfasst: - die Berechnung der RAI Home Care Qualitätsindikatoren (interRAI HCQI) mit Original-Daten des Minimum Data Set, - die quantitative, statistische Validierung der Indikatoren, - die Risikoanpassung der Indikatoren. Auf der Ebene der Klientensicht gilt es, die Indikatoren der Qualitätssicht von Nutzern gegenüber zu stellen. Dazu wird die Qualitätssicht der Klienten über Fokusgruppen und Einzelinterviews beleuchtet werden. [Autor, S. 1-2]

3. Benchmarking

Ozcan YA (2009). **Health care benchmarking and performance evaluation : an assessment using data envelopment analysis (DEA).** New York, NY: Springer, 2009

Abstract : p. 143-[153]: Nursing Home applications

Hermel L, Achard P (2007). **Le benchmarking** La Plaine Saint-Denis: AFNOR (100 questions pour comprendre et agir), 2007

Abstract : Pouvoir se positionner par rapport à ses concurrents, se comparer aux " leaders", s'inspirer de leurs idées, de leurs pratiques, de leurs expériences afin d'améliorer les pratiques internes, tels sont les objectifs du benchmarking. A travers cet ouvrage, les auteurs présentent de manière très claire et concise cette technique, et répondent aux questions de tous ceux qui abordent ce nouveau domaine. [Ed.]

Arling G, Lewis T, Kane RL, Mueller C, Flood S (2007). **Improving quality assessment through multilevel modeling: the case of nursing home compare.** *Health Serv Res* 2007; 42(3 Pt 1):1177-1199.

PM:17489909 (accessed : 26-6-2007)

Abstract : OBJECTIVE: To demonstrate how multilevel modeling and empirical Bayes (EB) estimates can

improve Medicare's Nursing Home Compare quality measures (QMs). DATA SOURCES/STUDY SETTING: Secondary data from July 1 to September 30, 2004. Facility-level QMs were estimated from minimum data set (MDS) assessments for approximately 31,000 Minnesota nursing home residents in 393 facilities. STUDY DESIGN: Prevalence and incidence rates for 12 nursing facility QMs (e.g., use of physical restraints, pressure sores, and weight loss) were estimated with EB methods and risk adjustment using a hierarchical general linear model. Three sets of rates were developed: Nursing Home Compare's current method, unadjusted EB rates, and risk-adjusted EB rates. Bayesian 90 percent credibility intervals (CIs) were constructed around EB rates, and these were used to flag facilities for potential quality of care problems. DATA COLLECTION/EXTRACTION METHODS: MDS assessments were performed by nursing facility staff, transmitted electronically to the Minnesota Department of Health, and provided to the investigators. PRINCIPAL FINDINGS: Facility rates and rankings for the 12 QMs differed substantially using the multilevel models compared with current methods. The EB estimated rates shrank considerably toward the population mean. Risk adjustment had a large impact on some QM rates and a more modest impact on others. When EB CIs were used to flag problem facilities, there was wide variation across QMs in the percentage of facilities flagged. CONCLUSIONS: Multilevel modeling should be applied to Nursing Home Compare and more widely in other health care quality assessment systems

Dörzbach, Armin, Egli, Gustav, Köppel, Ruth, and Heim, Benchmarking Schweiz (2007). **Hebes - Heim Benchmarking Schweiz : ein Dutzend Heime erarbeiten ihr Kennzahlenprofil : [Zwischenbericht]**.

Bern: Heim Benchmarking Schweiz, 2007: -4

http://www.hebes.ch/files/070814RK1_Zwischenbericht%20Internet.pdf (accessed : 12-10-2007)

Abstract : Heim Benchmarking Schweiz (HeBeS) führt von Januar bis Oktober 2007 einen Laborversuch mit einer beschränkten Zahl von Heimen durch. Die Teilnehmenden haben folgenden Nutzen: -

Quantitatives Benchmarking: die Teilnehmenden können sich anhand der Kurzprofile sehen, wie sie sich gegenüber anderen Heimen positionieren. - Qualitatives Benchmarking: die Teilnehmenden lernen erfolgreiche Praktiken anderer kennen. Der erste Teil - das quantitative Benchmarking - ist erfolgreich abgeschlossen. Dieses wurde mit den Daten der bestehenden Kostenrechnung, der neuen Samed-Statistik, einiger Qualitätskennzahlen von RAI und BESA sowie der Werten aus der Gebäude- und der Mobiliarversicherung durchgeführt. [Weitere Informationen : <http://www.hebes.ch/laborversuch.html>]

Egli G, Schilling J, Dörzbach A (2006). **Gault Millau für Spitäler und Heime : vom Benchmarking und «Benchmarking»**. *Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung* 2006;(8):310-312.

http://www.saez.ch/pdf_f/2006/2006-08/2006-08-962.PDF (accessed : 27-2-2006)

Abstract : Points Gault et Millau pour les hôpitaux et les homes: du benchmarking au «benchmarking». Pratiquer le benchmarking, terme que l'on pourrait traduire par «étalonnage», consiste à comparer ses produits et ses prestations avec ceux de différentes entreprises, à en tirer les leçons qui s'imposent et à procéder aux améliorations nécessaires en s'inspirant des meilleurs. Un travail de diplôme effectué à l'institut d'économie d'entreprise (BWI) de l'EPFZ a permis de développer un système de mesure des prestations relativement peu coûteux, utilisable sur internet, et de le tester dans des homes-pilotes de la région de Zurich. Les temps ne sont toutefois pas encore mûrs pour établir un classement de type «Gault et Millau». L'étape suivante consistera à valider ce système de mesure. Pour ce faire, il faudra notamment examiner s'il remplit les exigences suivantes en matière de mesures scientifiques: validité (les différents indicateurs individuels mesurent-ils effectivement ce qu'ils sont censés mesurer?), compatibilité avec la réalité (reproductibilité), pertinence (les indicateurs individuels sont-ils significatifs pour les clients primaires?) ainsi que comparabilité (compare-t-on ce qui est véritablement comparable?). Pour répondre aux questions qui découleront de ce bilan, de nouvelles données seront ensuite prélevées. Lorsque le volume des données disponibles sera suffisant, l'on pourra procéder à une évaluation du système débouchant sur des améliorations ainsi qu'à une classification («rating»). Seul l'avenir permettra de savoir si ce système de mesure est approprié pour effectuer un benchmarking interne ou public et si les établissements pourront utiliser les données obtenues pour leur «benchmarking». Par ce dernier terme, on entend l'utilisation à des fins publicitaires des données et domaines où l'on obtient les meilleurs résultats. [Auteurs]

Beck C, Heacock P, Mercer SO, Doan R, O'Sullivan PS, Stevenson JG et al. (2005). **Sustaining a best-care practice in a nursing home.** *Journal for Healthcare Quality* 2005; 27(4):5-16.

PM:16201486 (accessed : 3-11-2005)

Abstract : This study tested whether an action research organizational intervention fostering participatory management practices would sustain a nursing best-care practice protocol in a nursing home. An experimental nursing home (EH) and a control nursing home (CH) with similar characteristics were studied over a 4-year period. A pretest/posttest quasi-experimental design was used. Baseline data were collected on residents, families, and the staffs at the EH and the CH. Staff turnover rates, demographics of participant groups, and surveys concerning job stress, nursing care, family involvement, and satisfaction of residents and family members served as proximal outcomes to indicate whether organizational changes had occurred in the EH. Sustaining best practices in a nursing home requires not only significant organizational change but also changes in regulatory support for quality care, sufficient staff resources to implement and monitor the practices, and a change coordinator with sufficient formal or informal influence

Frijters D, Gerritsen D, Steverink N (2003). **[Care quality: reliability and usefulness of observation data in bench marking nursing homes and homes for the aged in the Netherlands].** *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2003; 34(1):21-29.

PM:12629907 (accessed : 8-4-2003)

Abstract : Before including quality of care indicators in the Benchmark of Nursing Homes and Homes for the Aged in the Netherlands the reliability of the patient data collection, and usefulness had to be established. The patient data items were derived from the Resident Assessment Instruments (RAI) and a questionnaire on social interaction in elderly people. Three nursing homes and three homes for the aged participated in the test with 550 patients. 279 x 2 assessments were collected by independent raters for an inter rater reliability test; 259 x 2 by the same rater for a reliability test-retest; and 24 by a single rater. The scores on paired assessment forms were compared with the weighted Kappa agreement test. The test results allowed 10 of the 13 quality indicators from RAI to be retained. In addition new quality indicators could be defined on 'giving attention' and 'unrespectful addressing'. We estimate on the basis of a questionnaire for the raters that on average 9 to 12 minutes per patient are needed to collect and enter data for the resulting 12 quality indicators

Mor V, Angelelli J, Gifford D, Morris J, Moore T (2003). **Benchmarking and quality in residential and nursing homes: lessons from the US.** *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18(3):258-266.

PM:12642896 (accessed : 8-5-2003)

Abstract : BACKGROUND: Performance measurement and benchmarking are common concerns in the delivery of long term care. It is common to measure the performance of providers and to publicly report these data. This paper examines selected technical challenges facing those who design, implement and disseminate health care quality performance measures. METHOD: Review of the application of measures of performance in the US nursing home sector. RESULTS: Using examples drawn from the skilled nursing home arena, problems ranging from data reliability and validity, the multi-dimensional nature of quality measures and selection bias as well as differential measurement abilities are discussed. CONCLUSIONS: Benchmarking of performance is an inherently complex issue. However, to ensure that such comparisons are both fair and valid requires measures to be more technically sophisticated and sensitive to real changes attributable to changes in care. Copyright 2003 John Wiley & Sons, Ltd

Mor V, Angelelli J, Jones R, Roy J, Moore T, Morris J (2003). **Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S.** *BMC Health Services Research* 2003; 3(1):20, 2003.

PM:14596684 (accessed : 19-7-2004)

Abstract : BACKGROUND: In the US, Quality Indicators (QI's) profiling and comparing the performance of hospitals, health plans, nursing homes and physicians are routinely published for consumer review. We report the results of the largest study of inter-rater reliability done on nursing home assessments which generate the data used to derive publicly reported nursing home quality indicators. METHODS: We sampled nursing homes in 6 states, selecting up to 30 residents per facility who were observed and

assessed by research nurses on 100 clinical assessment elements contained in the Minimum Data Set (MDS) and compared these with the most recent assessment in the record done by facility nurses. Kappa statistics were generated for all data items and derived for 22 QI's over the entire sample and for each facility. Finally, facilities with many QI's with poor Kappa levels were compared to those with many QI's with excellent Kappa levels on selected characteristics. RESULTS: A total of 462 facilities in 6 states were approached and 219 agreed to participate, yielding a response rate of 47.4%. A total of 5758 residents were included in the inter-rater reliability analyses, around 27.5 per facility. Patients resembled the traditional nursing home resident, only 43.9% were continent of urine and only 25.2% were rated as likely to be discharged within the next 30 days. Results of resident level comparative analyses reveal high inter-rater reliability levels (most items $>.75$). Using the research nurses as the "gold standard", we compared composite quality indicators based on their ratings with those based on facility nurses. All but two QI's have adequate Kappa levels and 4 QI's have average Kappa values in excess of .80. We found that 16% of participating facilities performed poorly (Kappa $<.4$) on more than 6 of the 22 QI's while 18% of facilities performed well (Kappa $>.75$) on 12 or more QI's. No facility characteristics were related to reliability of the data on which Qis are based. CONCLUSION: While a few QI's being used for public reporting have limited reliability as measured in US nursing homes today, the vast majority of QI's are measured reliably across the majority of nursing facilities. Although information about the average facility is reliable, how the public can identify those facilities whose data can be trusted and whose cannot remains a challenge

Ossip-Klein DJ, Karuza J, Tweet A, Howard J, Obermiller-Powers M, Howard L et al. (2002).

Benchmarking implementation of a computerized system for long-term care. *AM J MED QUAL* 2002; 17(3):94-102.

PM:12073871 (accessed : 9-7-2002)

Abstract : The purpose of this study was to apply a benchmarking methodology to identify the most effective approaches used by long-term care facilities in implementing new computerized resident assessment instrument/minimum data set (RAI/MDS) systems and to develop implementation protocols based on these "best practices." Site visits were conducted with 3 long-term care facilities, selected on the basis of a national search. Facility directors, directors of nursing, information system managers, and frontline staff at each facility were targeted, and questionnaires were developed for each to assess factors viewed as important to successful implementation. A convergence was found in recommended action steps reported across sites to facilitate introduction and implementation of new RAI/MDS software. An example of how benchmarking results were used to develop an implementation plan is provided. Benchmarking provided a useful methodology for identifying best practices to guide implementation planning for adoption of a new computerized RAI/MDS system in the current trial. The benchmarking steps described are replicable and can be used to guide implementation of other new systems in the nursing home setting

BREULS DE TIEC (2001). **Benchmarking : se comparer, c'est s'améliorer.** *L'HOPITAL BELGE* 2001;(245):46-50.

<http://www.hospitals.be/francais/revue/hb245/breuls.html>

Abstract : Cet article présente la définition du benchmarking et son application dans l'administration hospitalière

Watson CJ, Mobarak AM, Stimson K (1999). **A collaborative effort to establish a long-term care benchmark process.** *Journal for Healthcare Quality* 1999; 21(2):19-23.

PM:10350980 (accessed : 5-5-1999)

Abstract : Several long-term care facilities in the Rochester, NY, area developed a benchmark process that was customer driven, analytical in its approach to problem-solving, measurable, and flexible enough to be applicable to any area of care within the facilities. The facilities benefited by gaining a process that improves their operations and has a positive impact on residents' quality of life

4. Quelques sites internet

SITES SUISSES

Commission technique intercantonale PLAISIR [site web]

<http://www.isesuisse.ch/ct-plaisir>

Les informations disponibles sur ce site internet sont regroupées sous les thèmes suivants: - Informations importantes - Méthode PLAISIR© - Rapports annuels - Traitement des données PLAISIR© - Indicateurs de qualité - Décisions de la commission technique - Questions fréquemment posées / FAQ

Hebes - Heim Benchmarking Schweiz [site Web]

<http://www.hebes.ch>

Das HeBeS-Kennzahlen-Modell basiert auf dem Modell von [Balanced Scorecard](#)

SITES ETRANGERS

EROS, Equipe de recherche opérationnelle en santé (Montréal) [site web].

<http://www.erosinfo.com> (accessed : 17-2-2010)

Abstract : Ce site contient une bibliographie (en français, anglais, allemand, italien, espagnol) des outils PRN (Projet de Recherche en Nursing), PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis), CTMSP (Classification par Type en Milieu de Soins Prolongés). Il présente plus particulièrement les outils PRN et PLAISIR (à l'aide de présentations Powerpoint accessibles sous la forme de documents pdf)

ANESM, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (France) [site web]

<http://www.anesm.sante.gouv.fr> (accessed : 18-2-2010)

Abstract : Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics français d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en oeuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002. Ce site donne des renseignements sur l'évaluation interne et externe des ESSMS, les recommandations (en cours ou publiées) de bonnes pratiques professionnelles, etc

Australian Council of Healthcare Standards Clinical indicators / ACHS [site web]

<http://www.achs.org.au/ClinicalIndicators>

GIP-REQUASS (Limoges). Groupement d'intérêt public. Réseau Qualité Sanitaire et Social

Méthode d'autoévaluation basée sur Angélique [site web].

http://www.requass.fr/index.asp?ID=347&id_sous_menu=4

Voir aussi l'article

DUBUISSON F, BRUNETIERE JR (2001). **Evaluer pour quoi faire ? Angélique : un outil pour s'évaluer.** *GERONTOLOGIE ET SOCIETE* 2001;179-186.

<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2001-4-page-179.htm>

InterRAI Corporation. **Quality indicators [site web]**.
<http://www.interrai.org/section/view/?fnode=29> (accessed : 1-3-2010)
Informations on nursing home Quality indicators

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Deutschland) **Pflegenoten [site web]**
<http://www.pflegenoten.de/Home.gkvnet>
Qualitätskriterien des GKV-Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen