

RÉSULTATS

EN HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES

La grille d'évaluation se compose de 4 références déclinées en 38 critères.

Chaque hôpital possède le détail de ses résultats et nous ne présentons, dans ce document, qu'une sélection des résultats globaux de l'AP-HP.

Il s'agit des résultats des 4 références et d'une sélection de 7 critères correspondant à l'évaluation des actions prioritaires du projet de soins AP-HP.

Cette évaluation a été réalisée par l'ensemble des cadres infirmiers et infirmier(e)s des hôpitaux, managée par les directeurs (trices) des soins et plus particulièrement les cadres infirmiers auditeurs externes des services et les chargés de mission dossier de soins infirmiers.

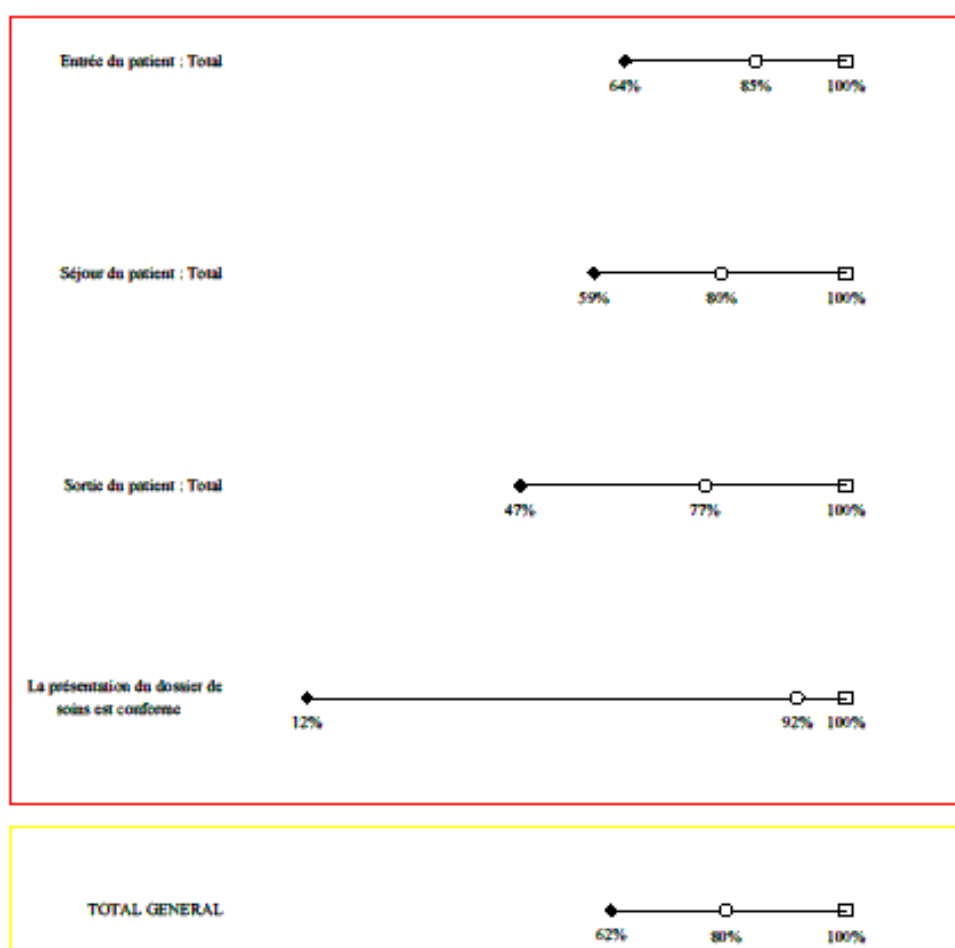
La réalisation d'une évaluation annuelle permet aux équipes soignantes de s'interroger, au regard des résultats de chaque critère, dans chaque unité de soins, sur les actions à mettre en œuvre pour réorganiser les équipes, transmettre l'information et améliorer la qualité de la prestation fournie aux malades.

HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES

◆ Taux le plus faible

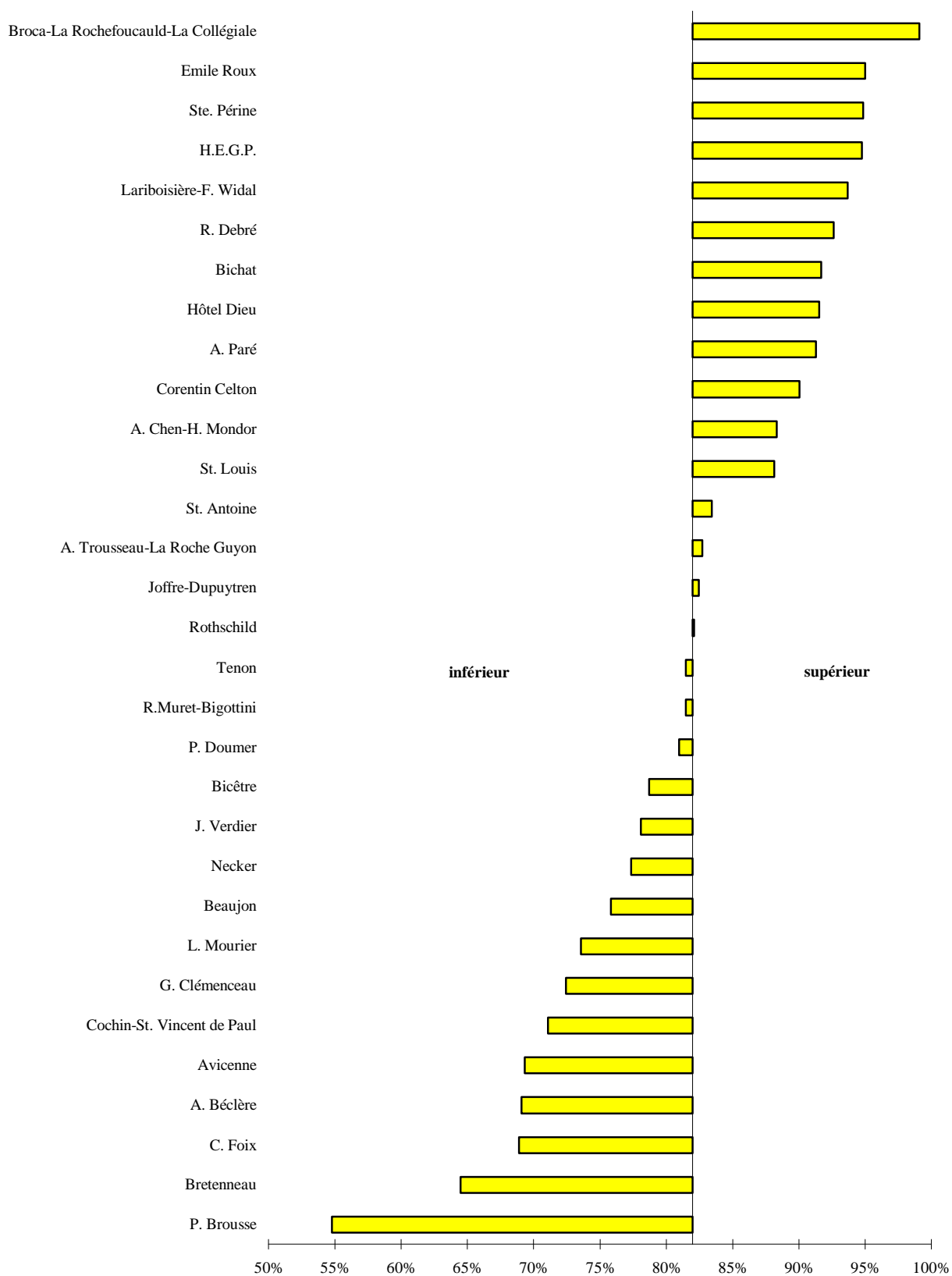
○ Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



Le résultat global montre un taux de 80% pour l'ensemble des hôpitaux évalués, soit une augmentation de 6 points par rapport à l'année 2006 (taux le plus faible 62%, taux le plus élevé 100%).

POSITIONNEMENT PAR HOPITAL AUTOUR DU TAUX AP-HP



Taux AP-HP : 82%

15 hôpitaux ou groupes hospitaliers ont un taux inférieur au taux AP-HP, 16 présentent un taux supérieur ou égal à celui-ci.

HOSPITALISATION DE MOINS DE 24 HEURES

↳ Résultats détaillés :

Comme pour l'hospitalisation de plus de 24 heures, les résultats de chaque référence sont présentés sous deux formes :

1°) selon l'échelle : taux le plus faible / taux AP-HP / taux de le plus élevé ;

2°) selon le positionnement des hôpitaux par rapport au taux AP-HP observé sur la référence ou la sous référence.

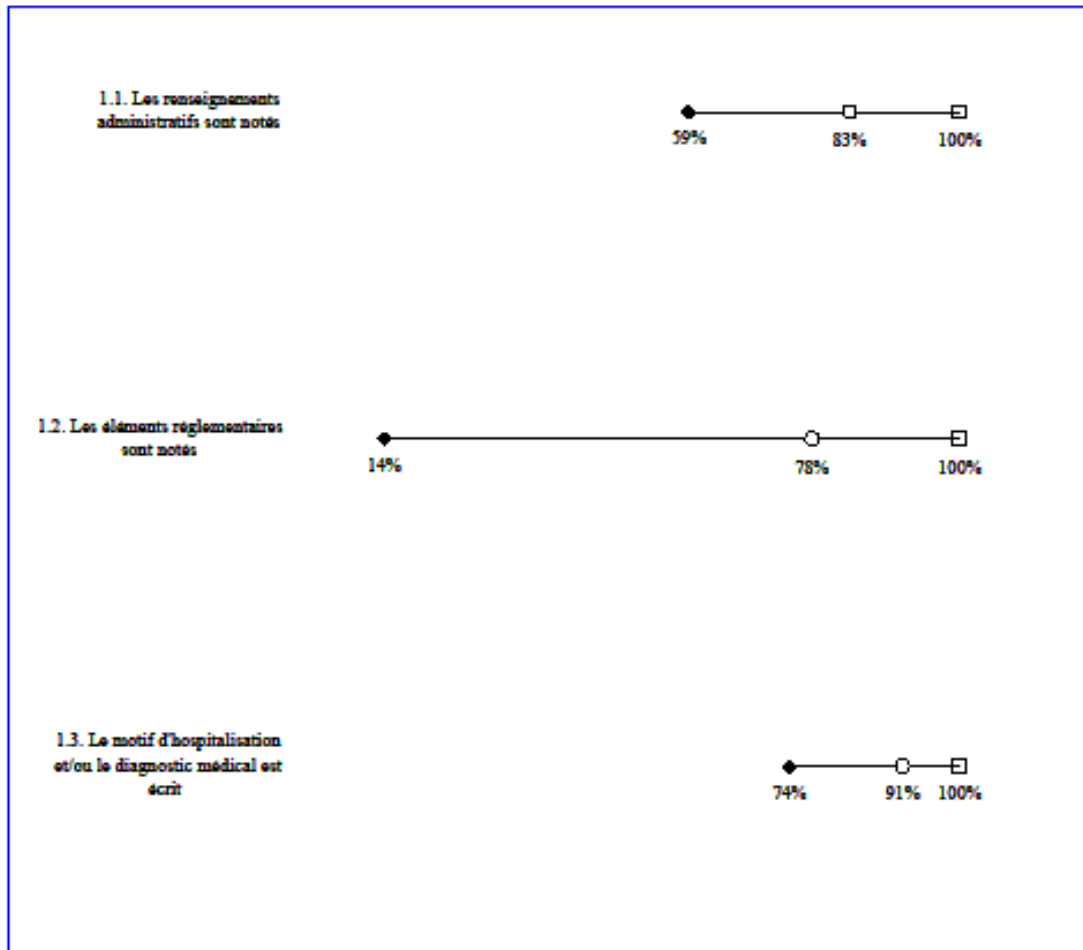
- Nous avons choisi de présenter dans ce document les résultats détaillés des critères qui concernent :
- l'exécution de la prescription médicale (3 critères) ;
 - l'information donnée au patient (3 critères) ;
 - l'évaluation du risque d'escarres (1 critère).

1 - ENTREE DU PATIENT

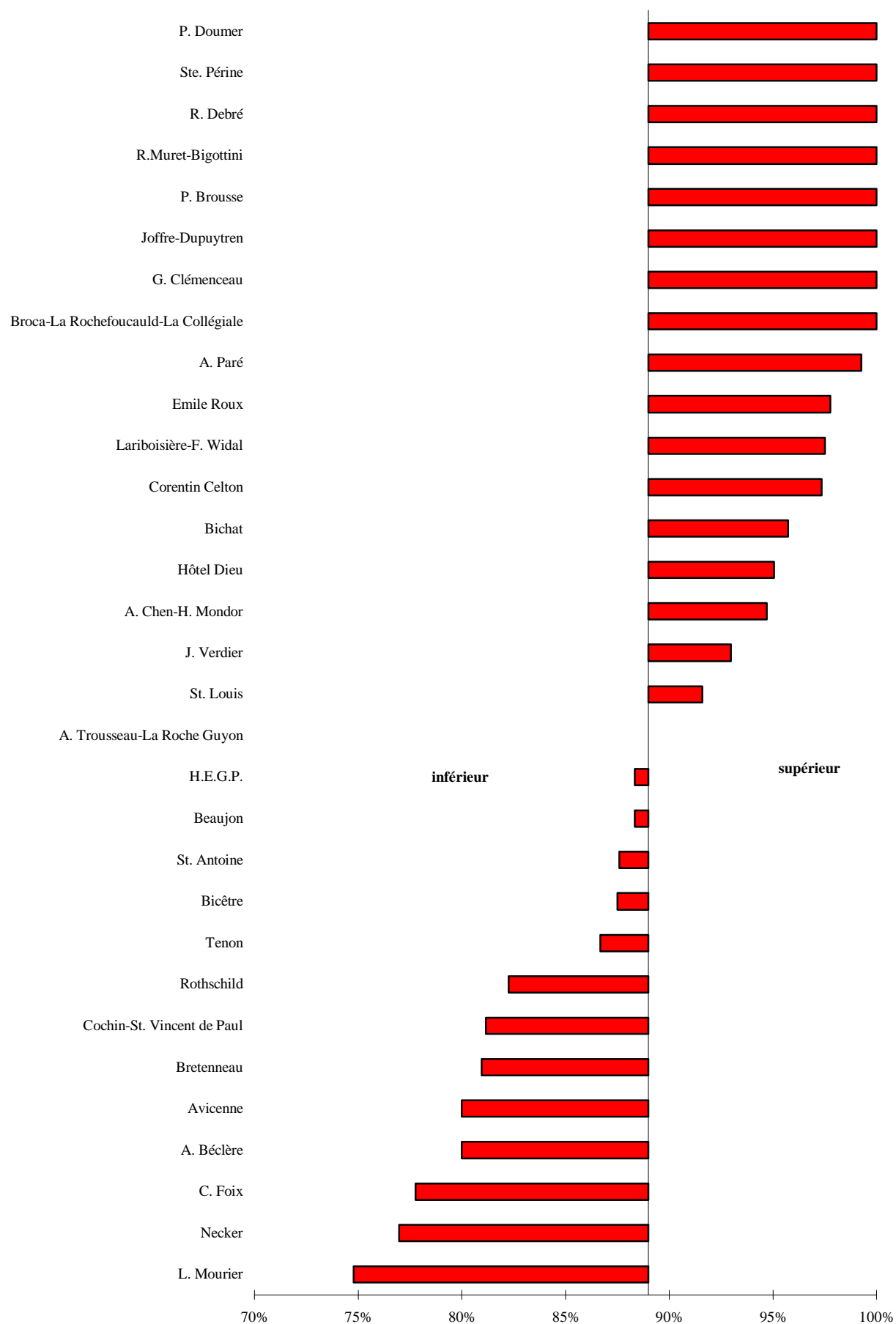
◆ Taux le plus faible

● Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



ENTREE DU PATIENT : Total



Taux AP-HP : 89%

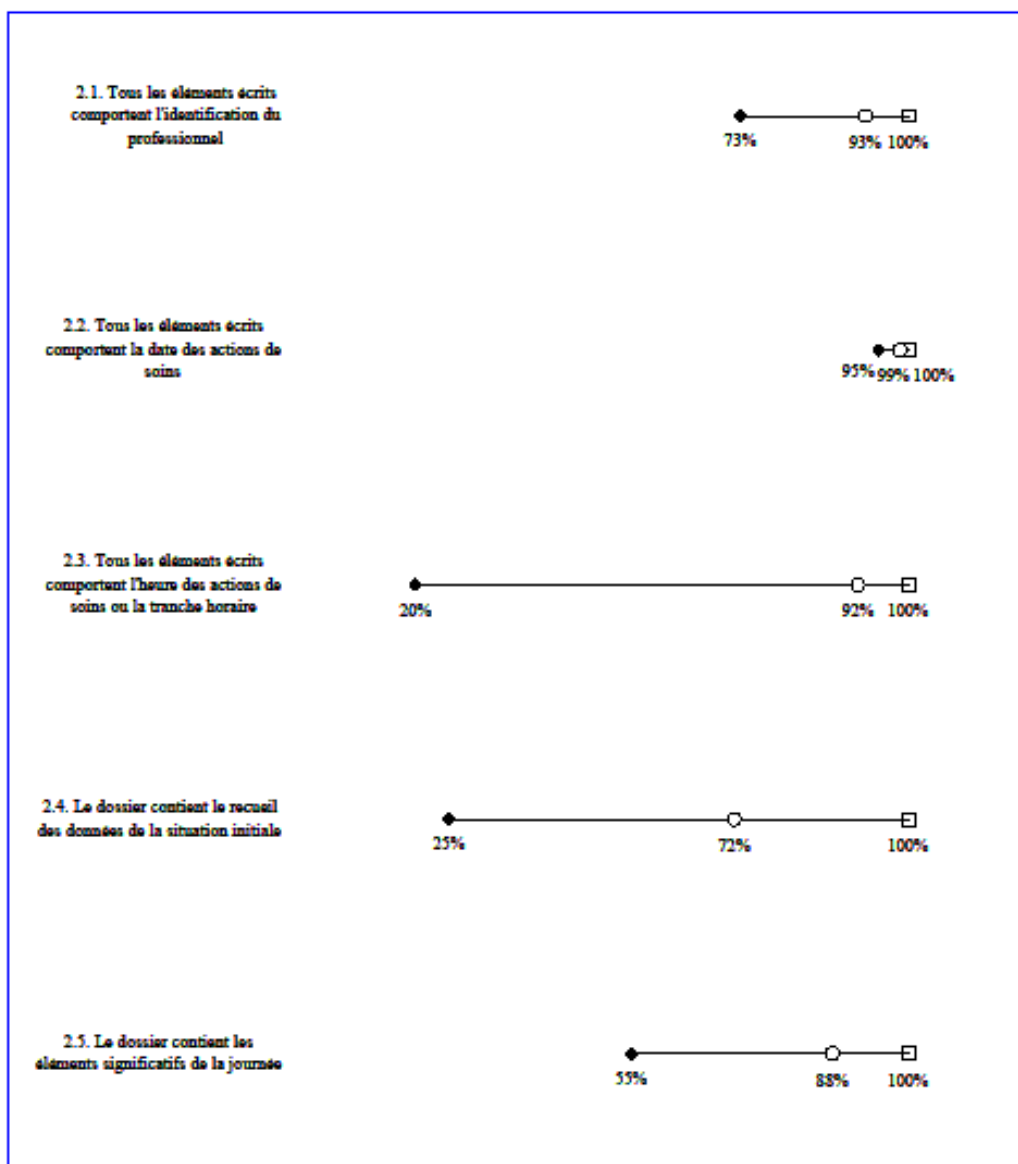
2 - SEJOUR DU PATIENT

Interventions de soins infirmiers

◆ Taux le plus faible

○ Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



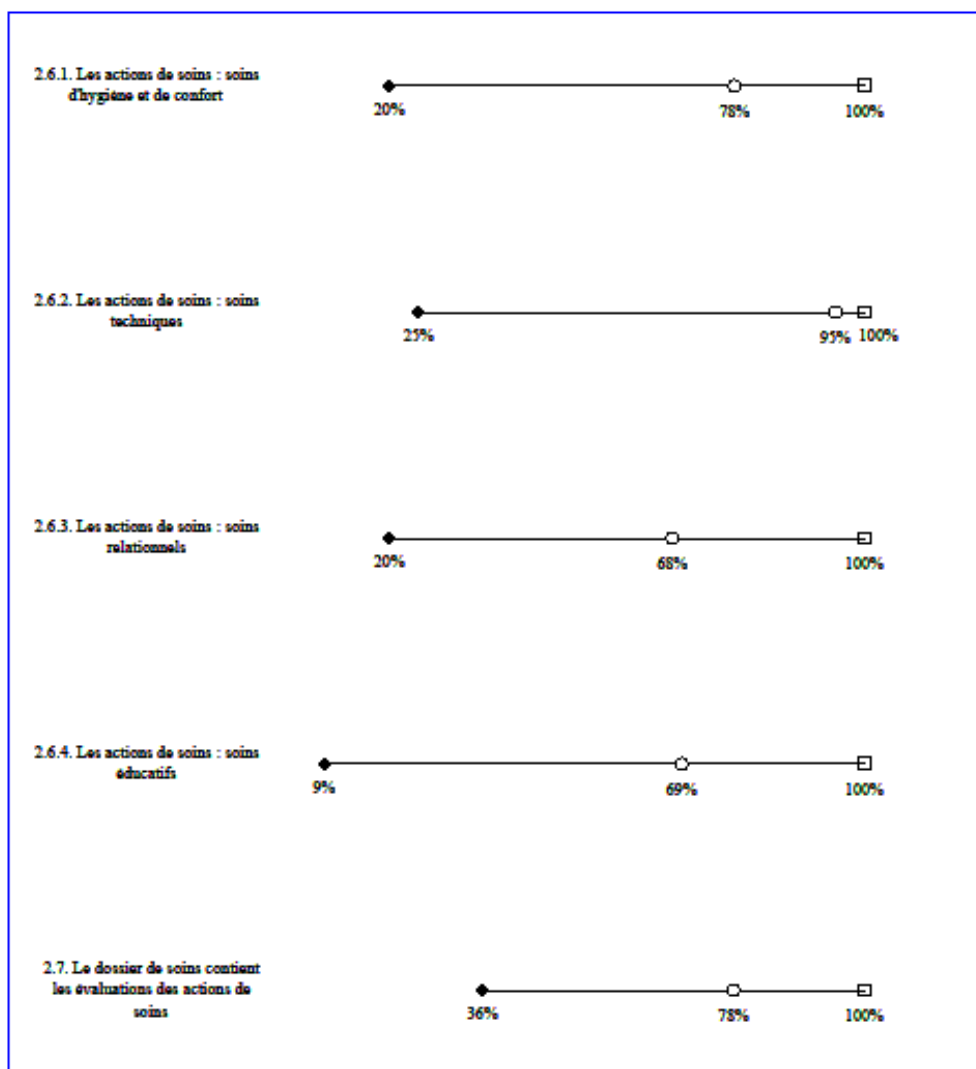
2 - SEJOUR DU PATIENT

Interventions de soins infirmiers (suite)

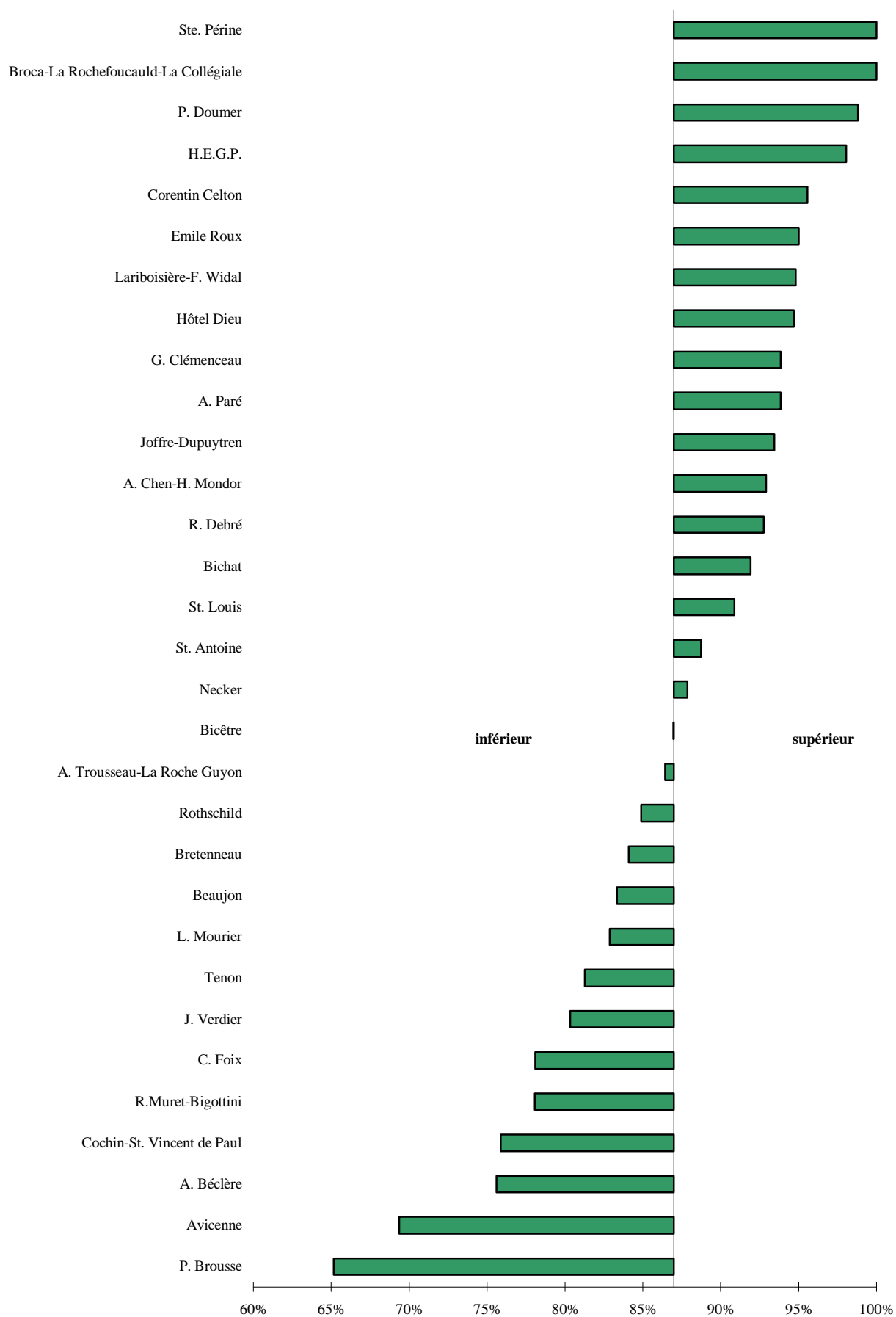
◆ Taux le plus faible

○ Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



SEJOUR DU PATIENT : Interventions de soins infirmiers



Taux AP-HP : 87%

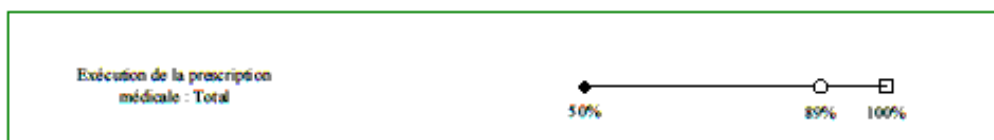
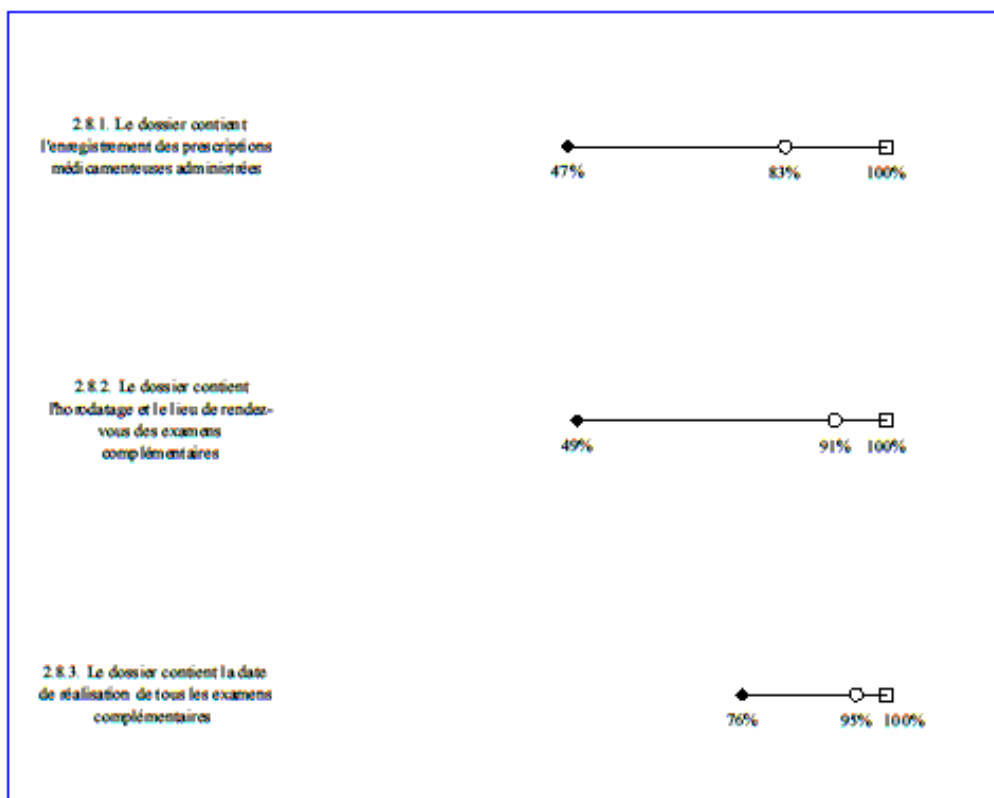
2 - SEJOUR DU PATIENT

Exécution de la prescription médicale

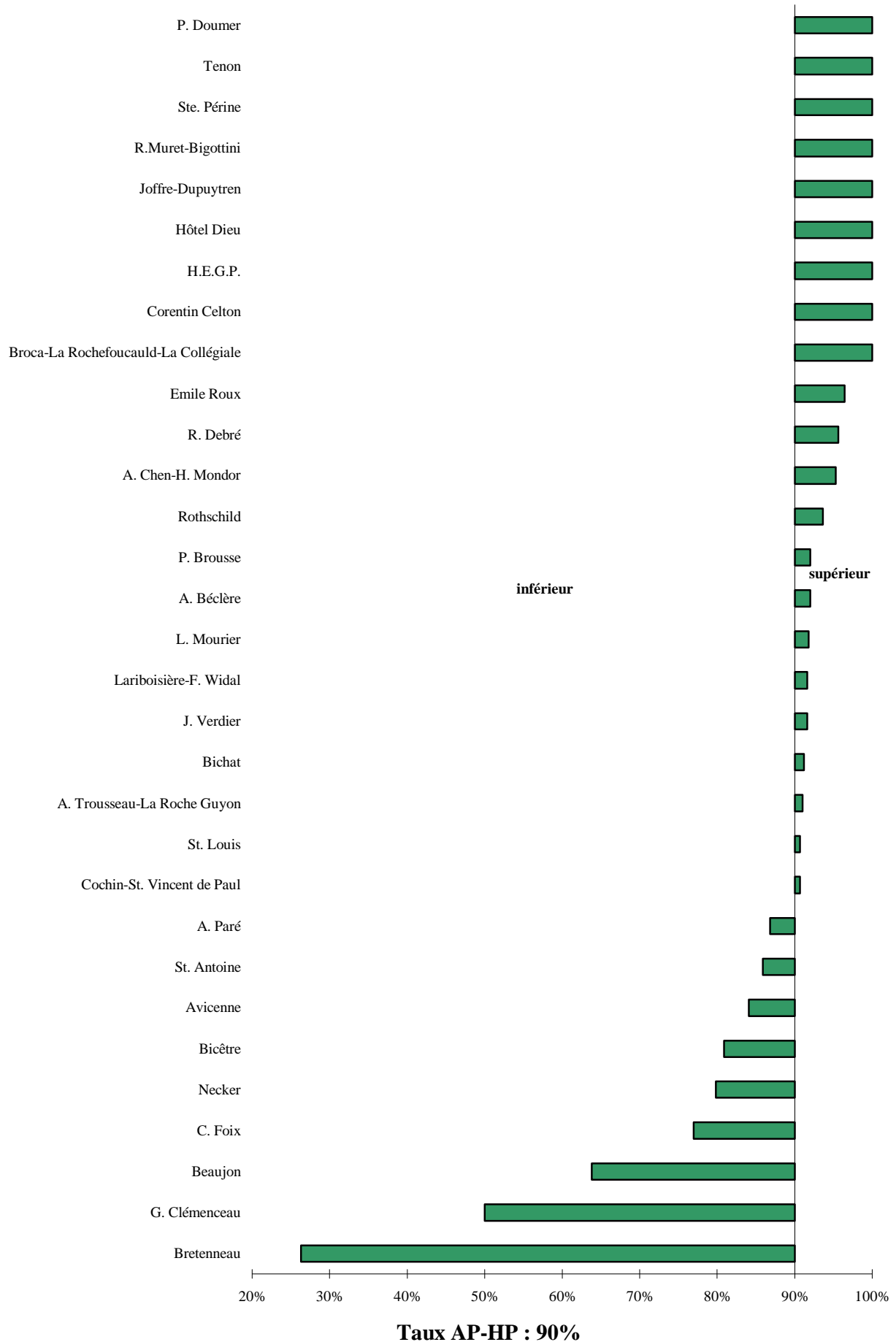
◆ Taux le plus faible

● Taux AP-HP

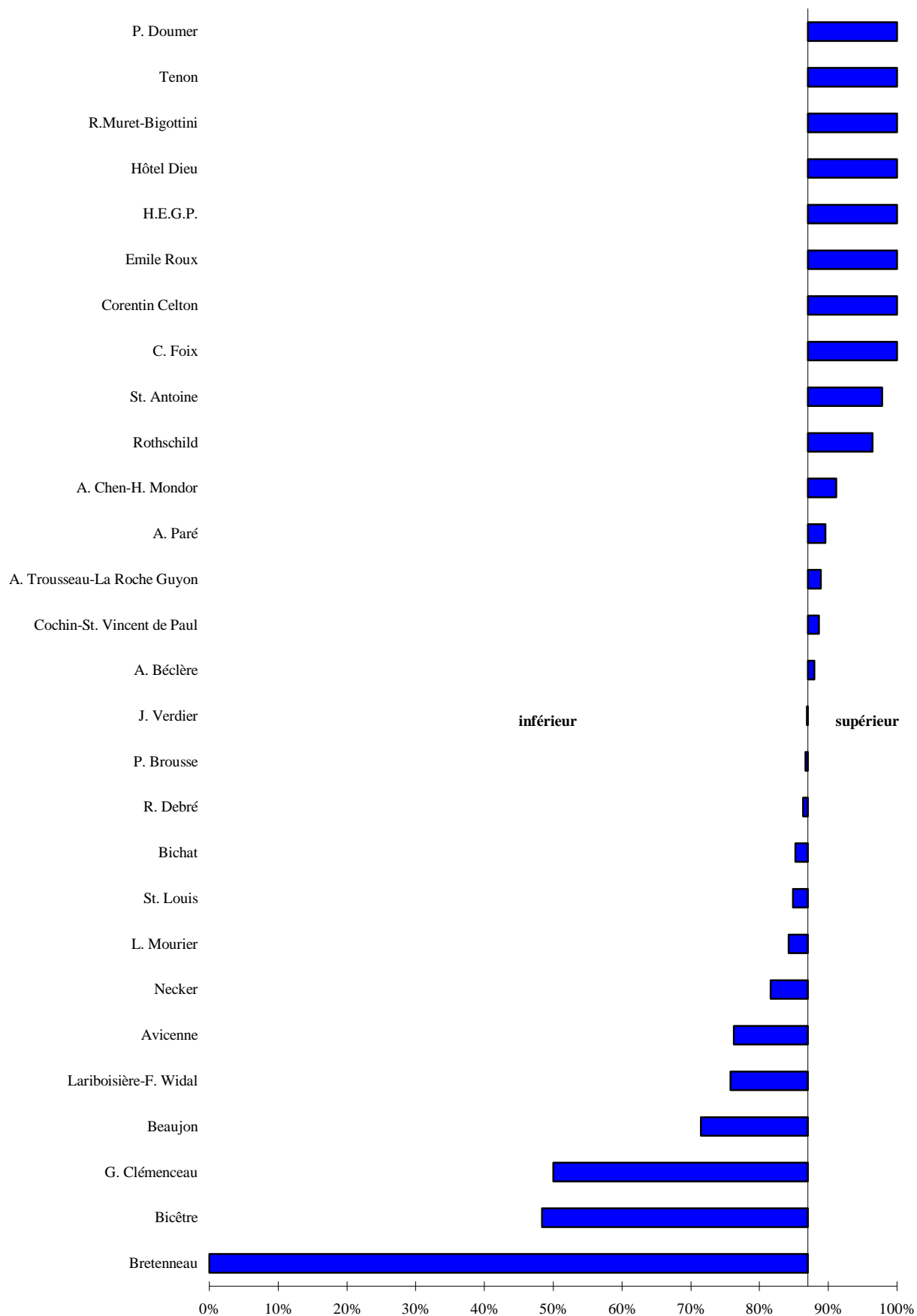
□ Taux le plus élevé



**SEJOUR DU PATIENT :
Exécution de la prescription médicale : Total**

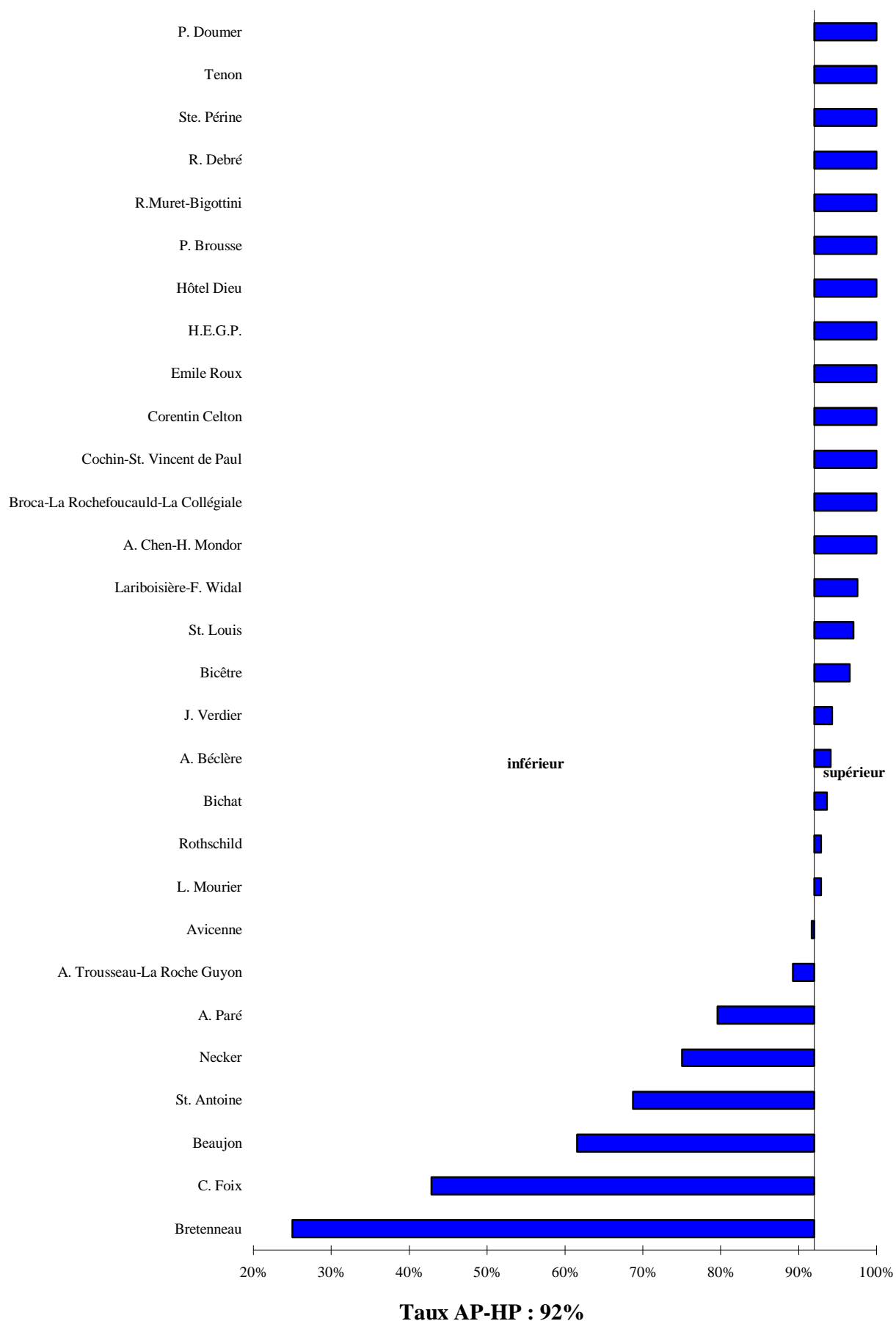


**SEJOUR DU PATIENT :
Exécution de la prescription médicale
L'enregistrement des prescriptions médicamenteuses administrées**

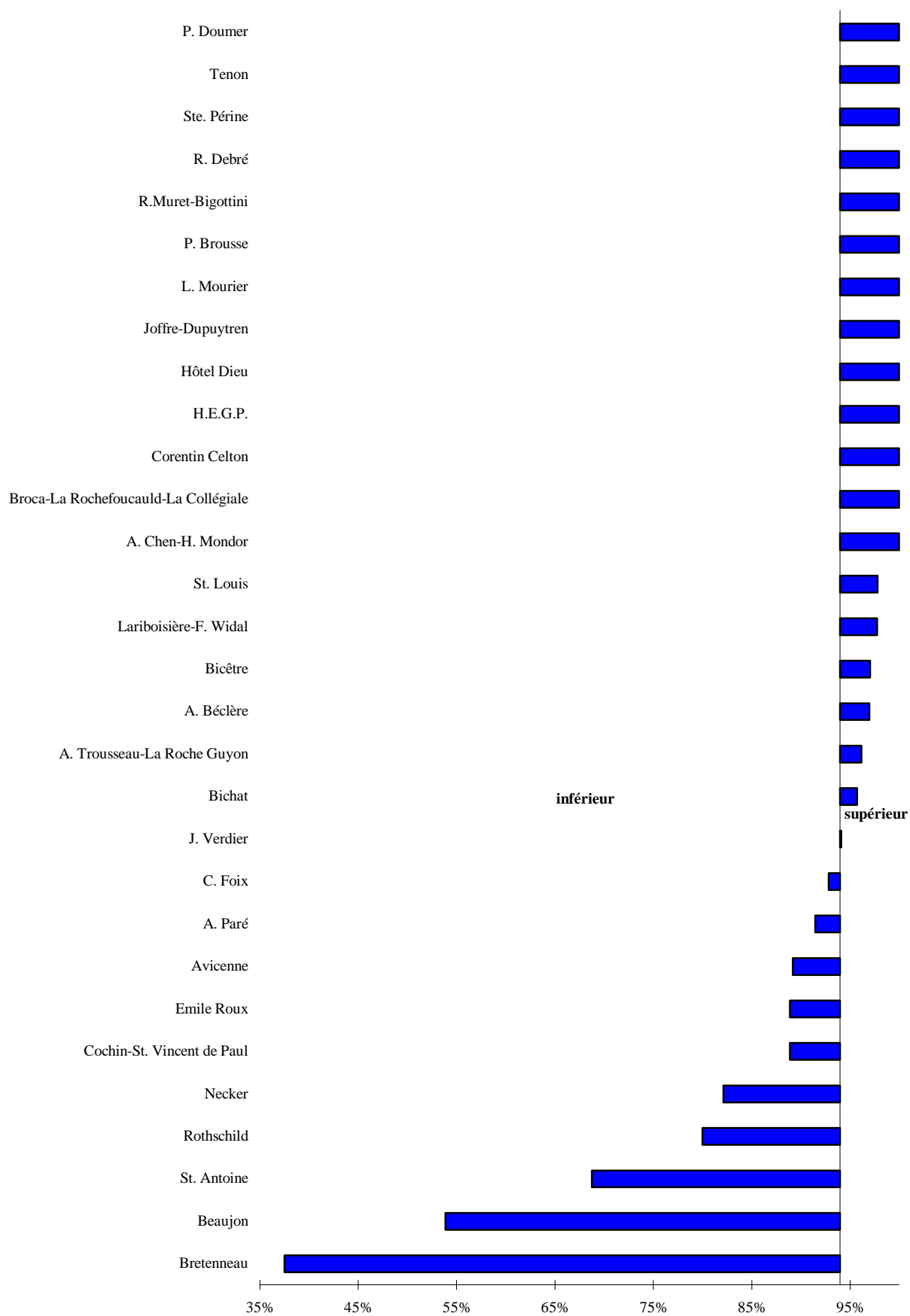


Taux AP-HP : 87%

SEJOUR DU PATIENT :
Exécution de la prescription médicale
L'horodatage et le lieu de rendez-vous des examens complémentaires



**SEJOUR DU PATIENT :
Exécution de la prescription médicale
La date de réalisation de tous les examens complémentaires**

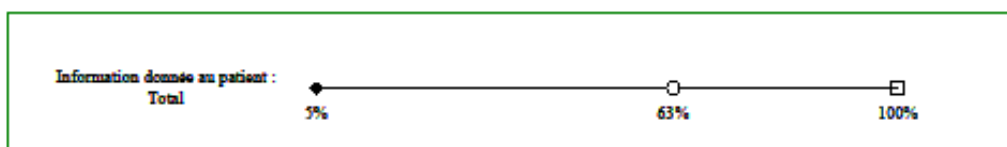
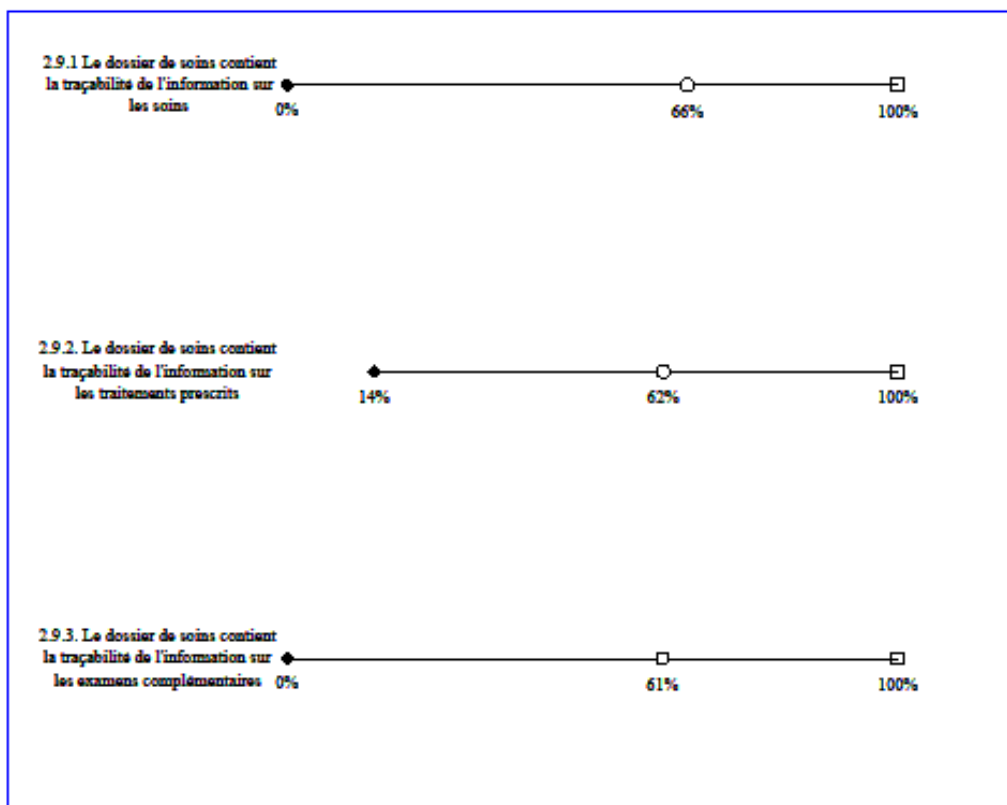


Taux AP-HP : 94%

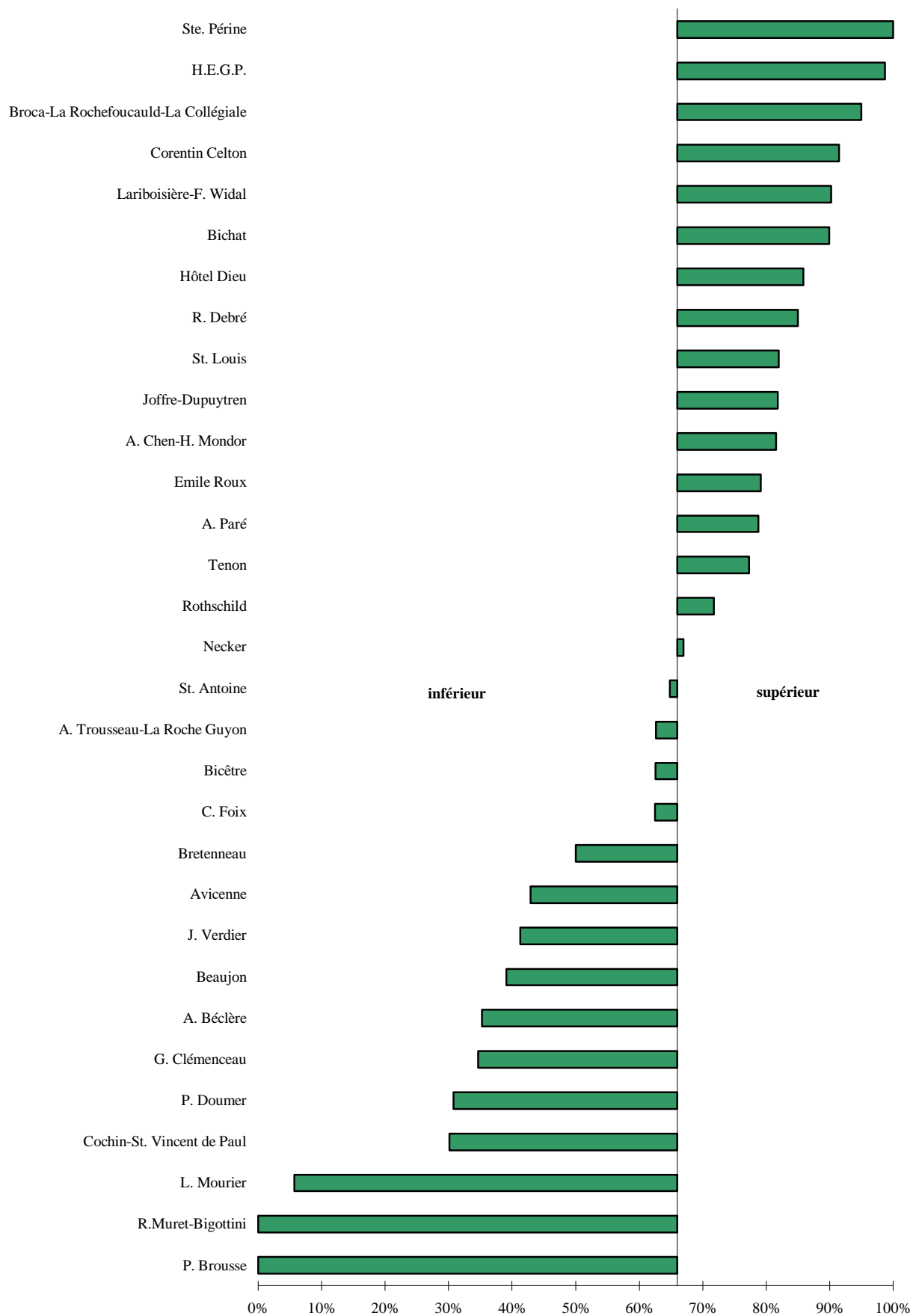
2 - SEJOUR DU PATIENT

Information donnée au patient

◆ Taux le plus faible ○ Taux AP-HP □ Taux le plus élevé



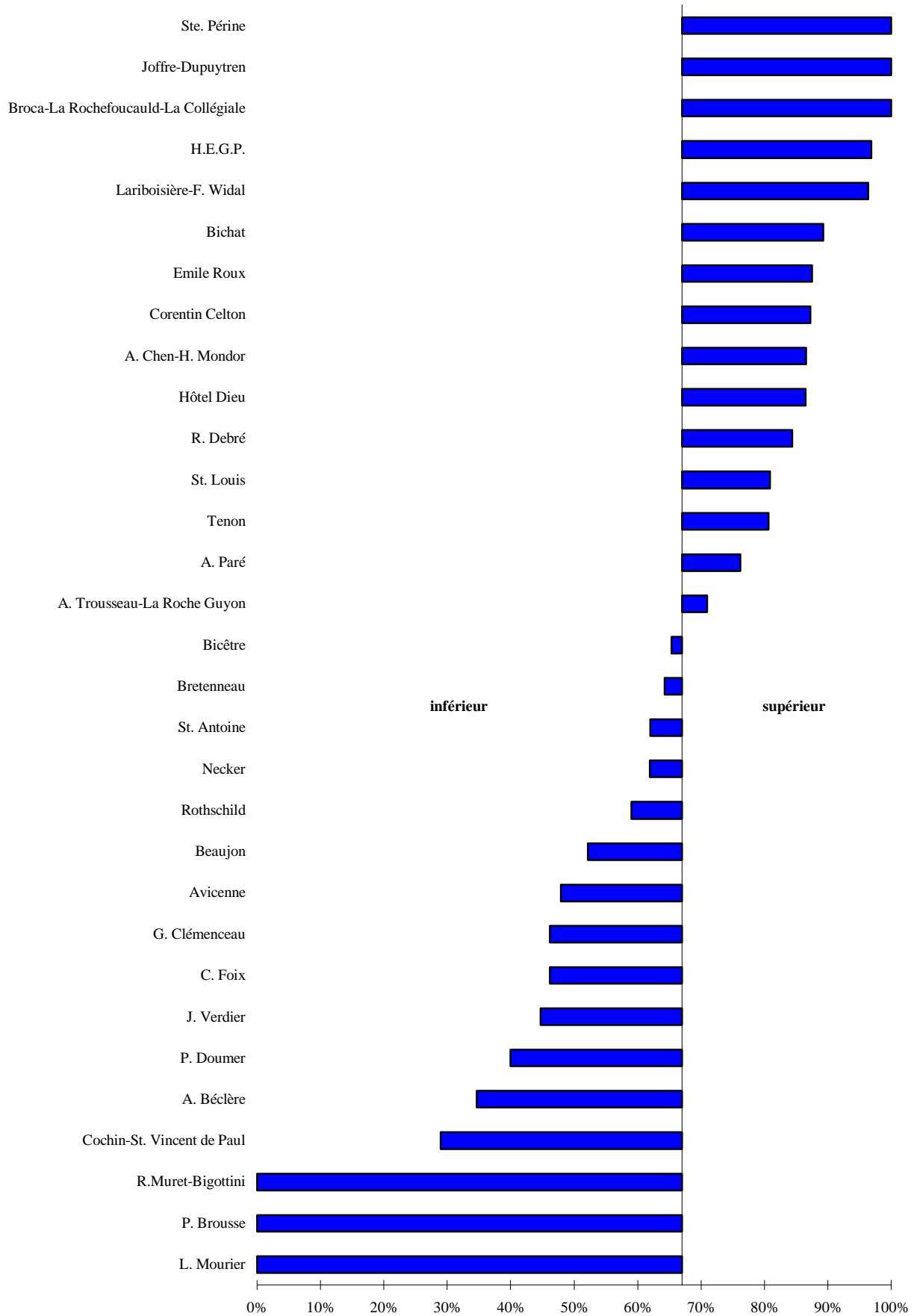
SEJOUR DU PATIENT Information donnée au patient



Taux AP-HP : 66%

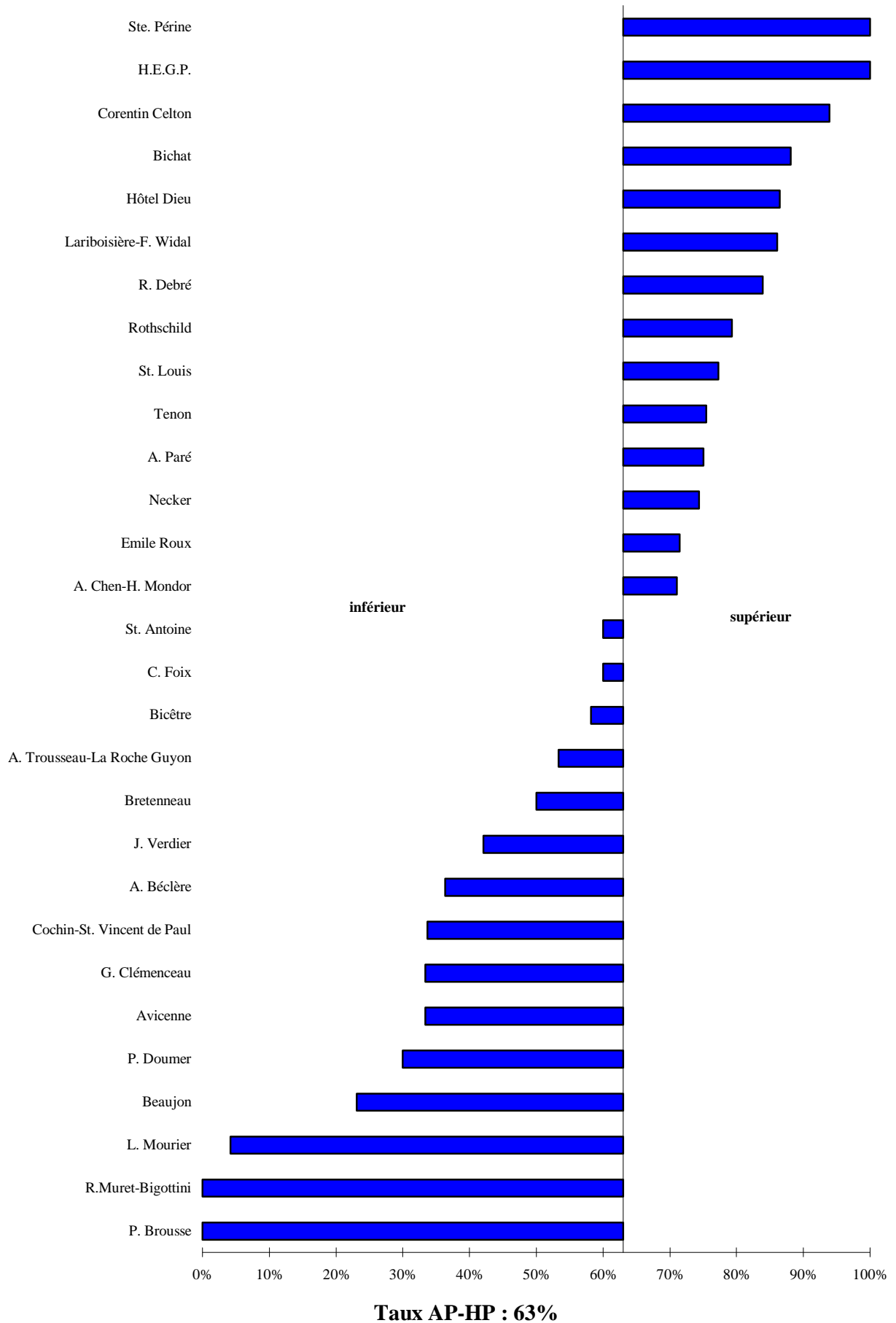
SEJOUR DU PATIENT

Information donnée au patient sur les soins

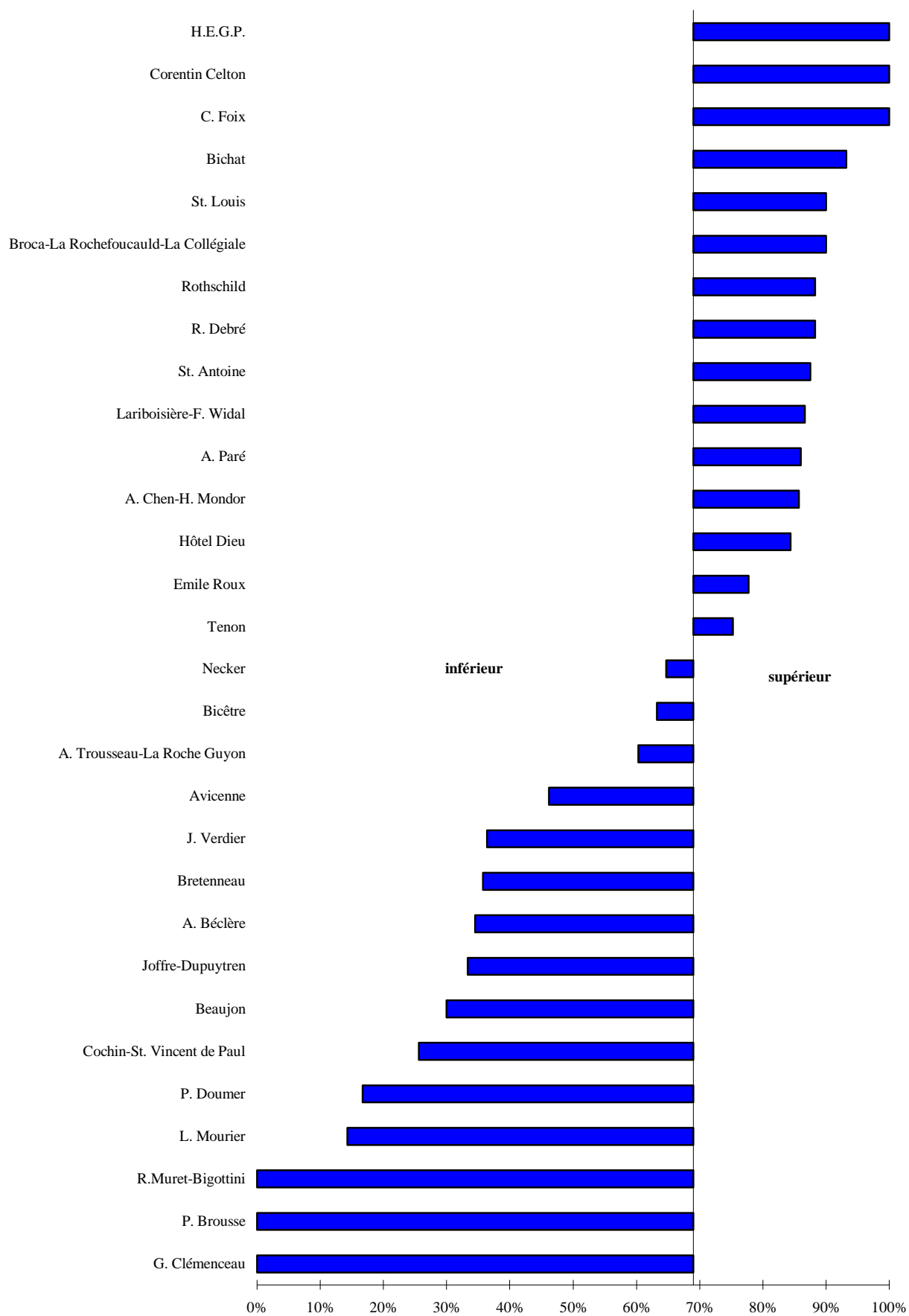


Taux AP-HP : 67%

SEJOUR DU PATIENT
Information donnée au patient sur les traitements prescrits



SEJOUR DU PATIENT
Information donnée au patient sur les examens complémentaires

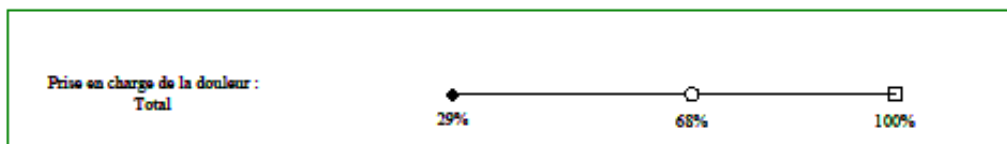
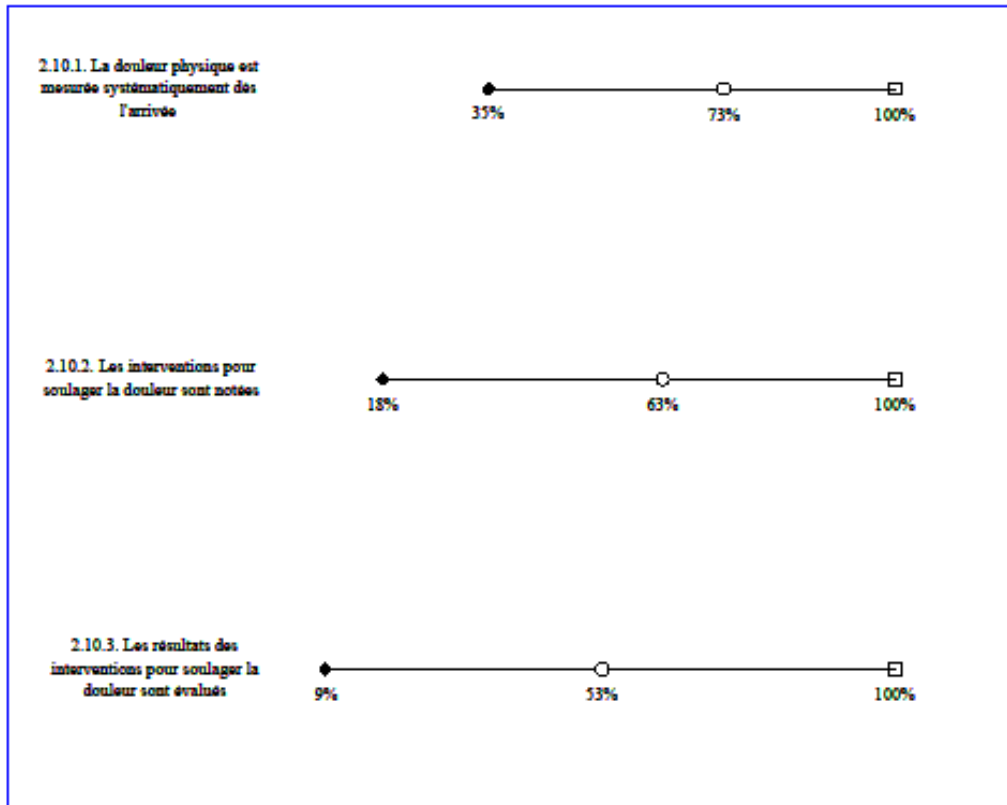


Taux AP-HP : 69%

2 - SEJOUR DU PATIENT

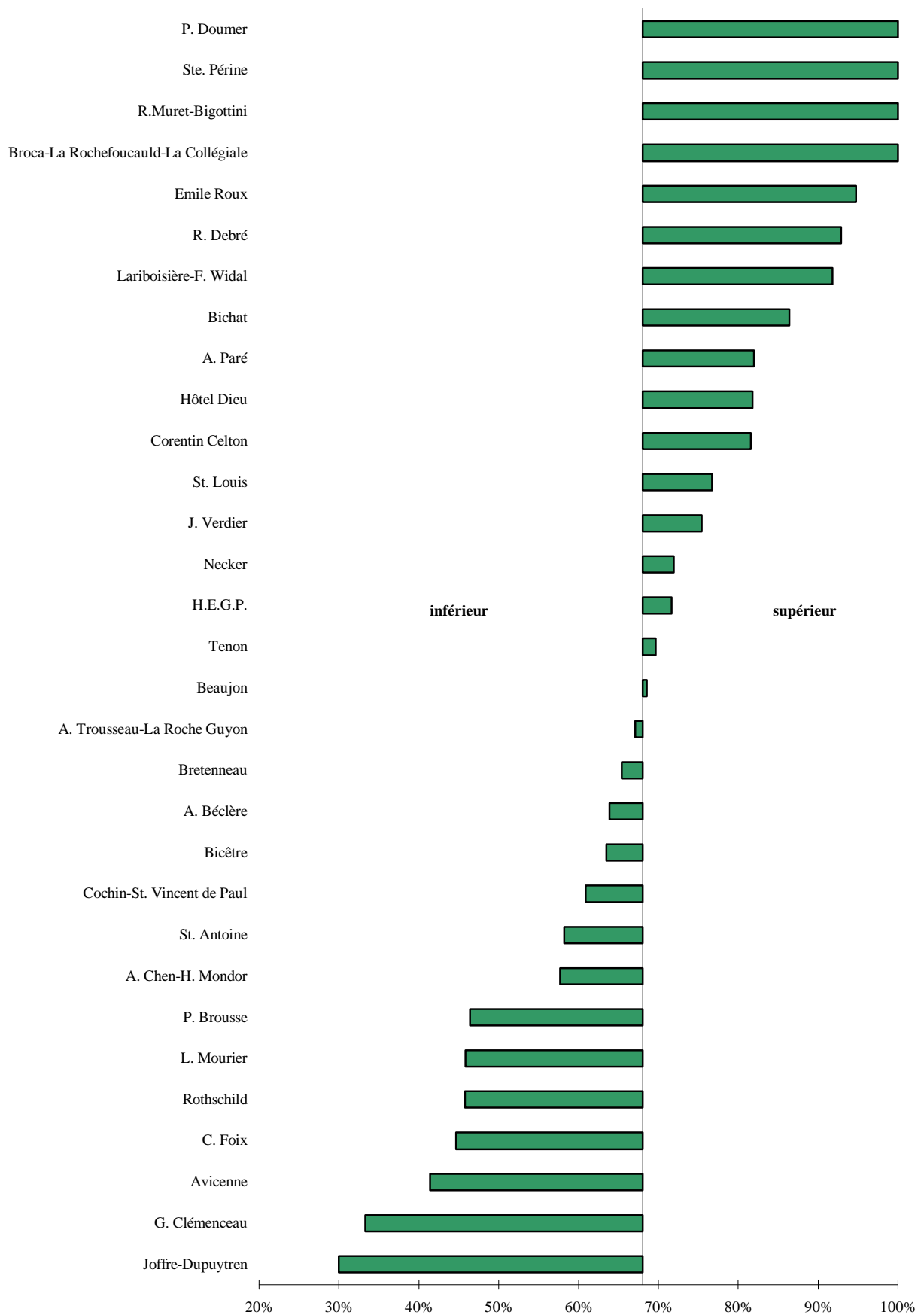
Tracabilité de la prise en charge de la douleur

◆ Taux le plus faible ○ Taux AP-HP □ Taux le plus élevé



SEJOUR DU PATIENT

Tracabilité de la prise en charge de la douleur



Taux AP-HP : 68%

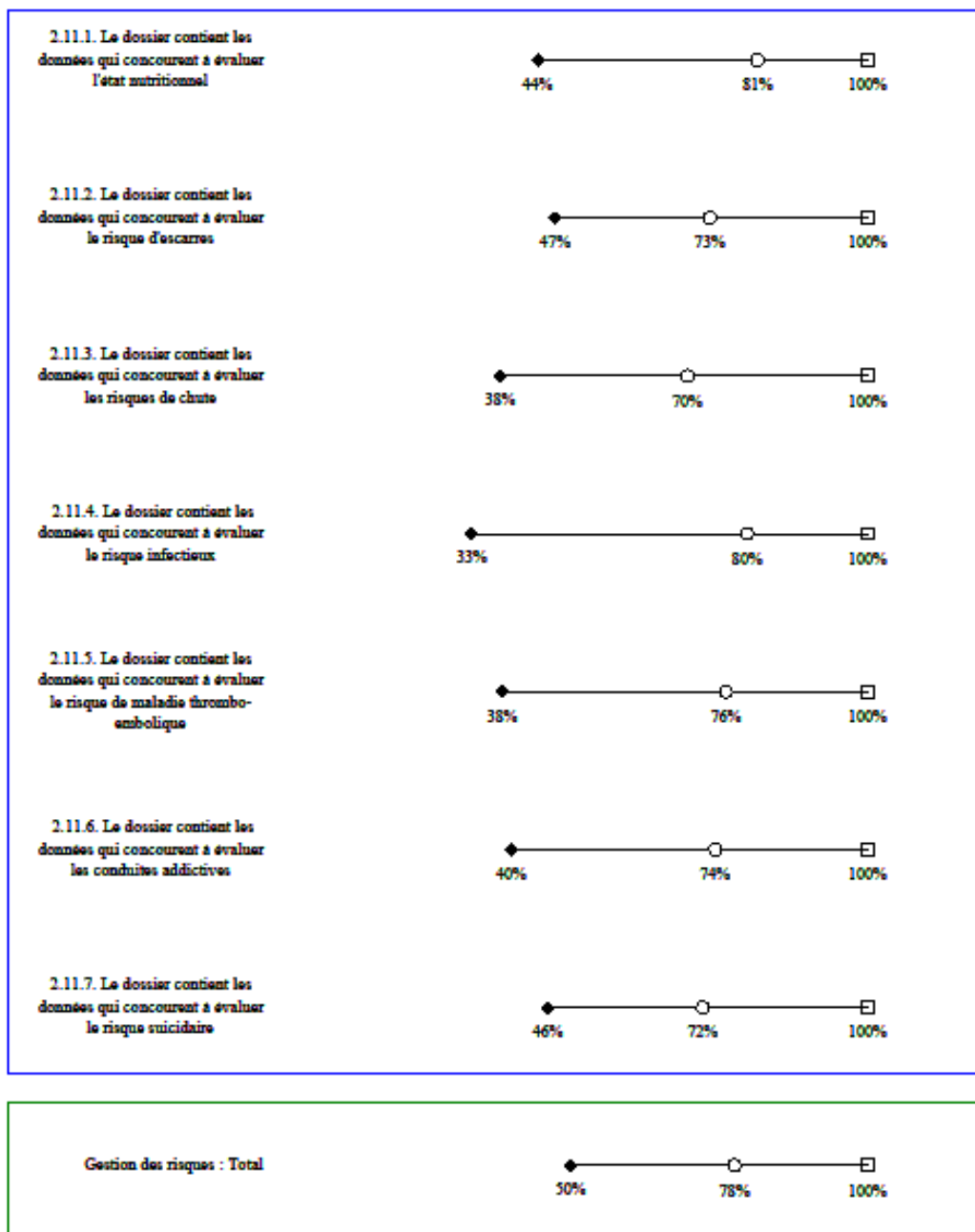
2 - SEJOUR DU PATIENT

Tracabilité de la gestion des risques

◆ Taux le plus faible

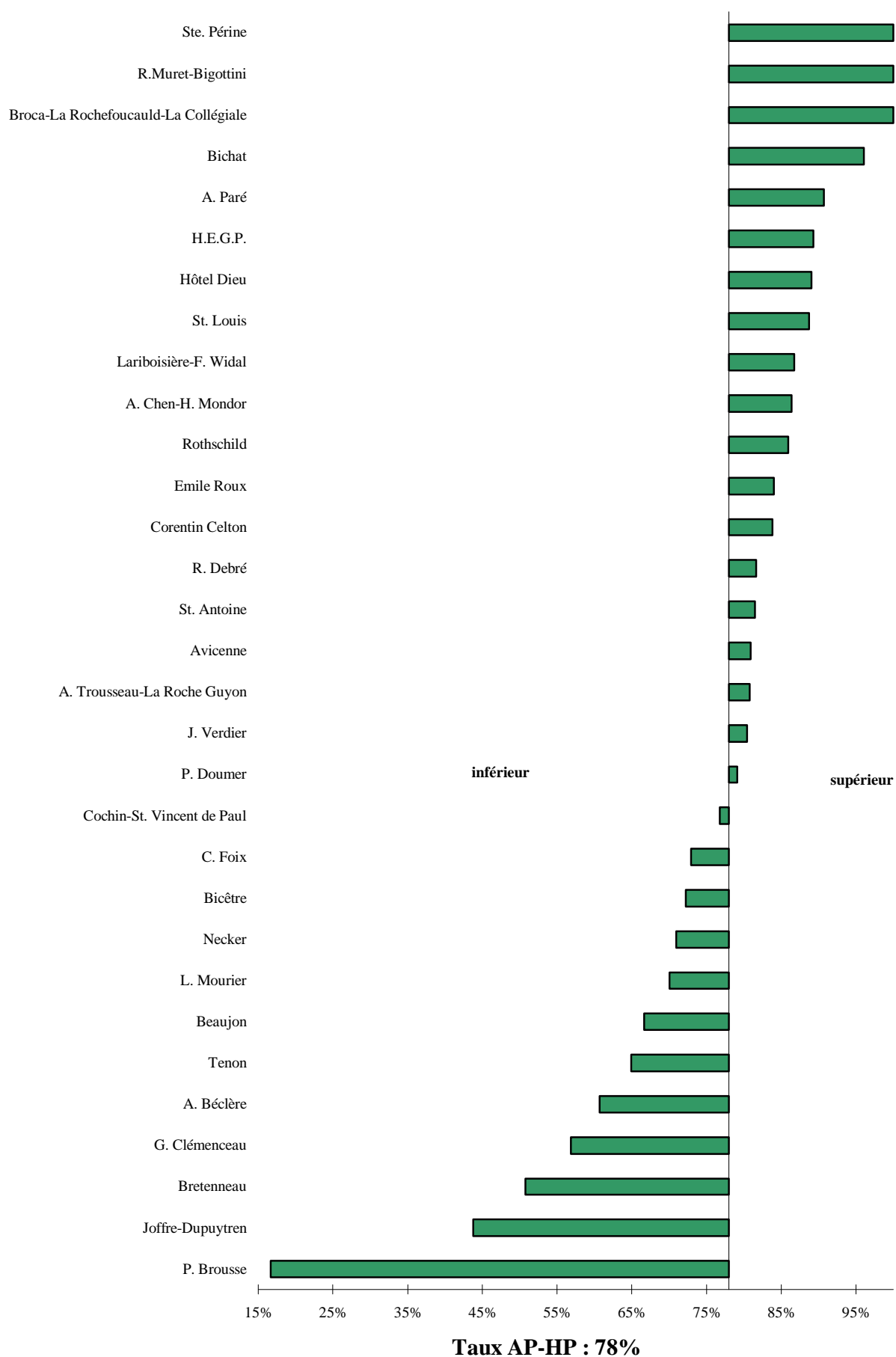
○ Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé

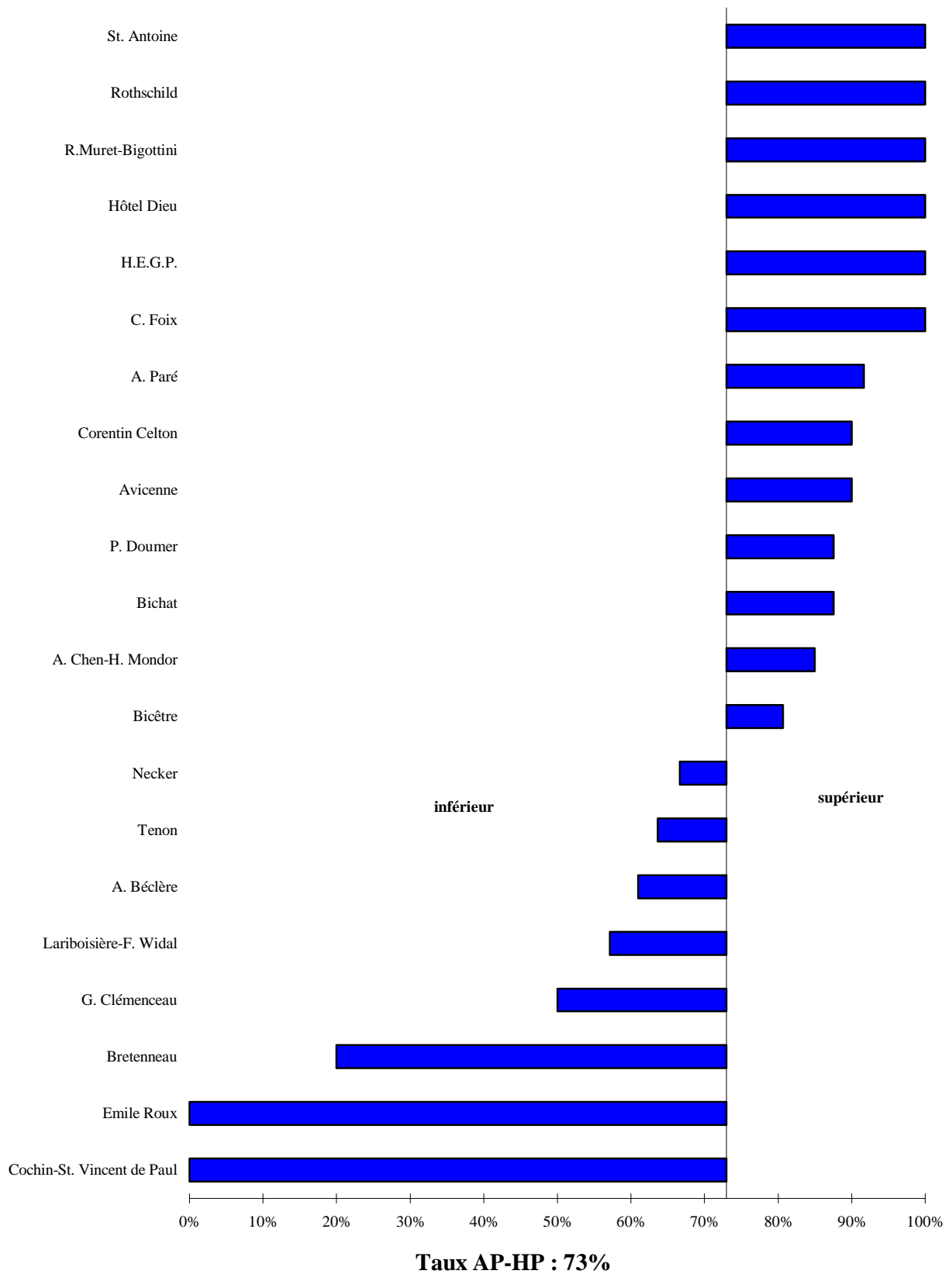


SEJOUR DU PATIENT

Tracabilité des situations à risque



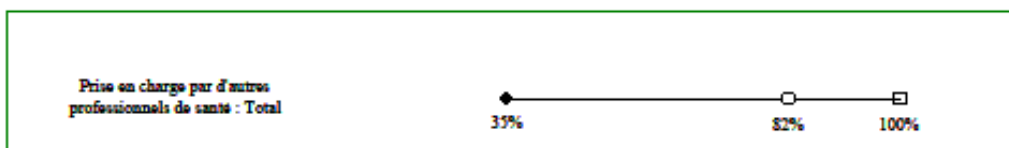
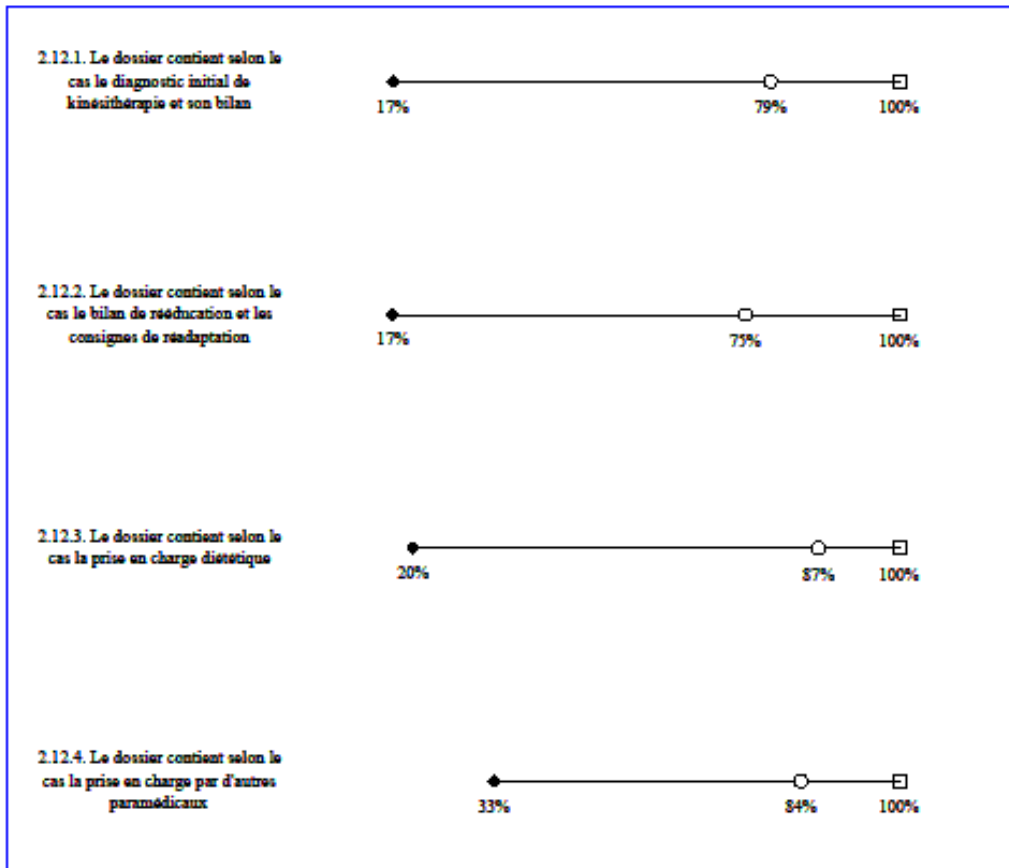
SEJOUR DU PATIENT Evaluation du risque d'escarres



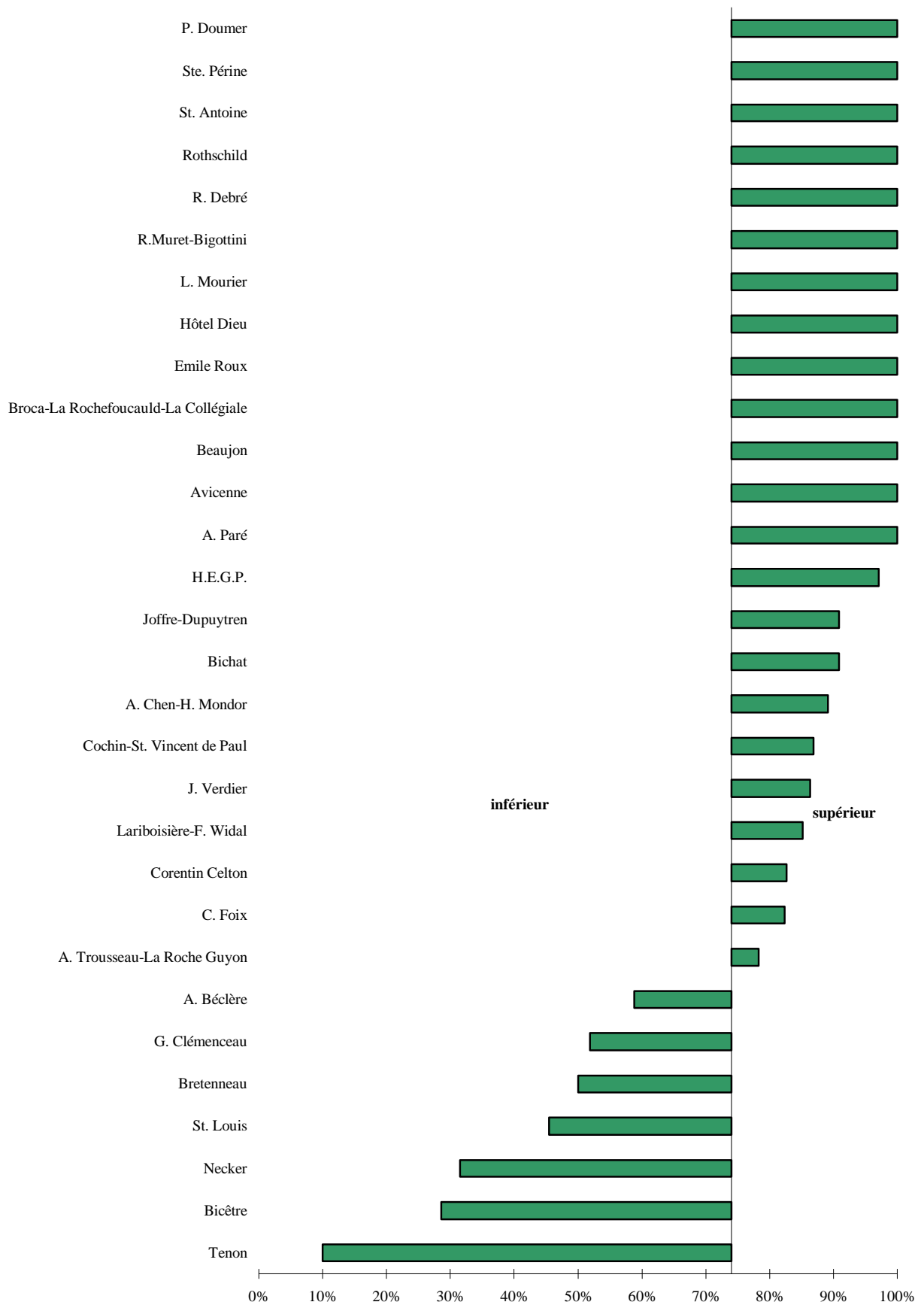
2 - SEJOUR DU PATIENT

Tracabilité de la prise en charge par d'autres professionnels de santé

◆ Taux le plus faible ○ Taux AP-HP □ Taux le plus élevé



SEJOUR DU PATIENT
Traçabilité de la prise en charge par d'autres professionnels de santé



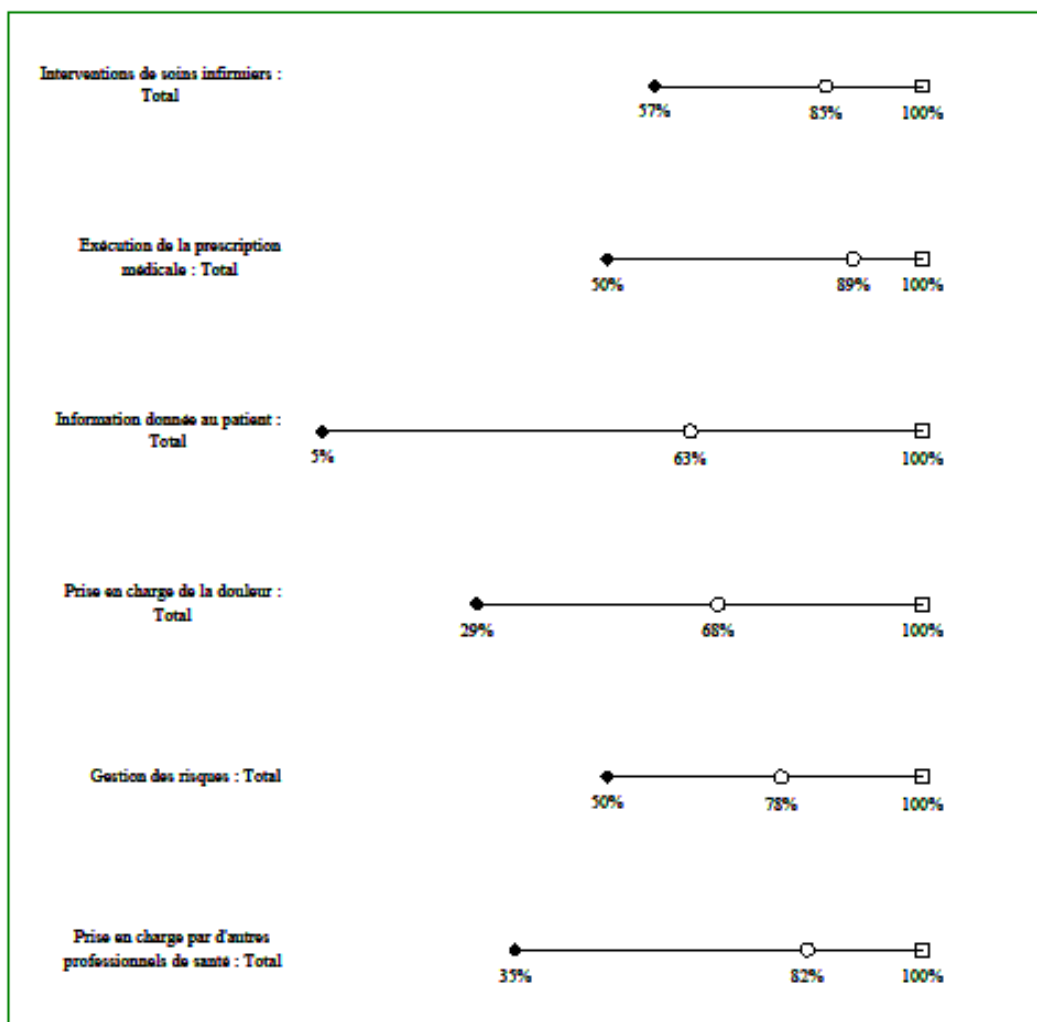
Taux AP-HP : 74%

2 - SEJOUR DU PATIENT

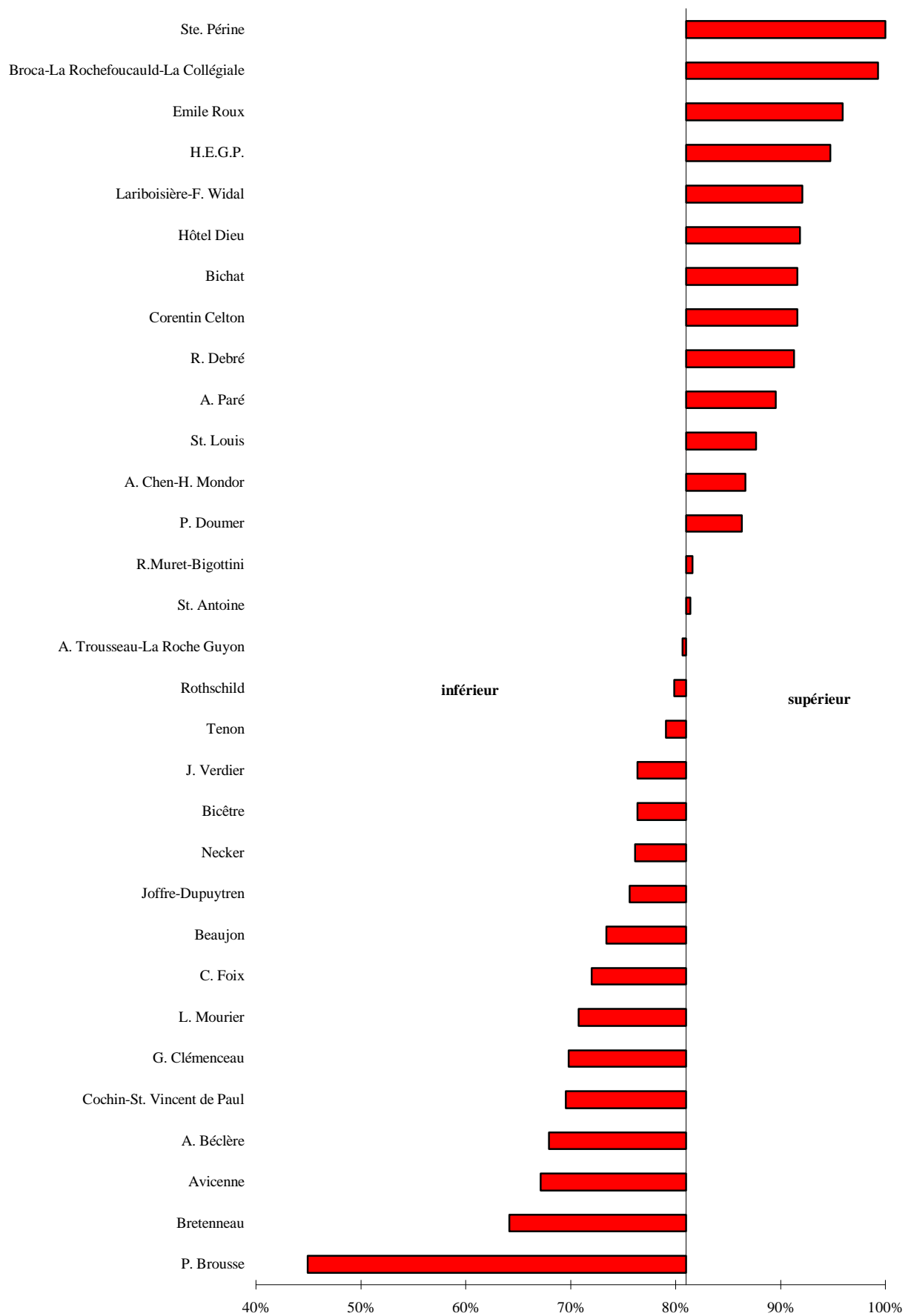
◆ Taux le plus faible

● Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



SEJOUR DU PATIENT : Total



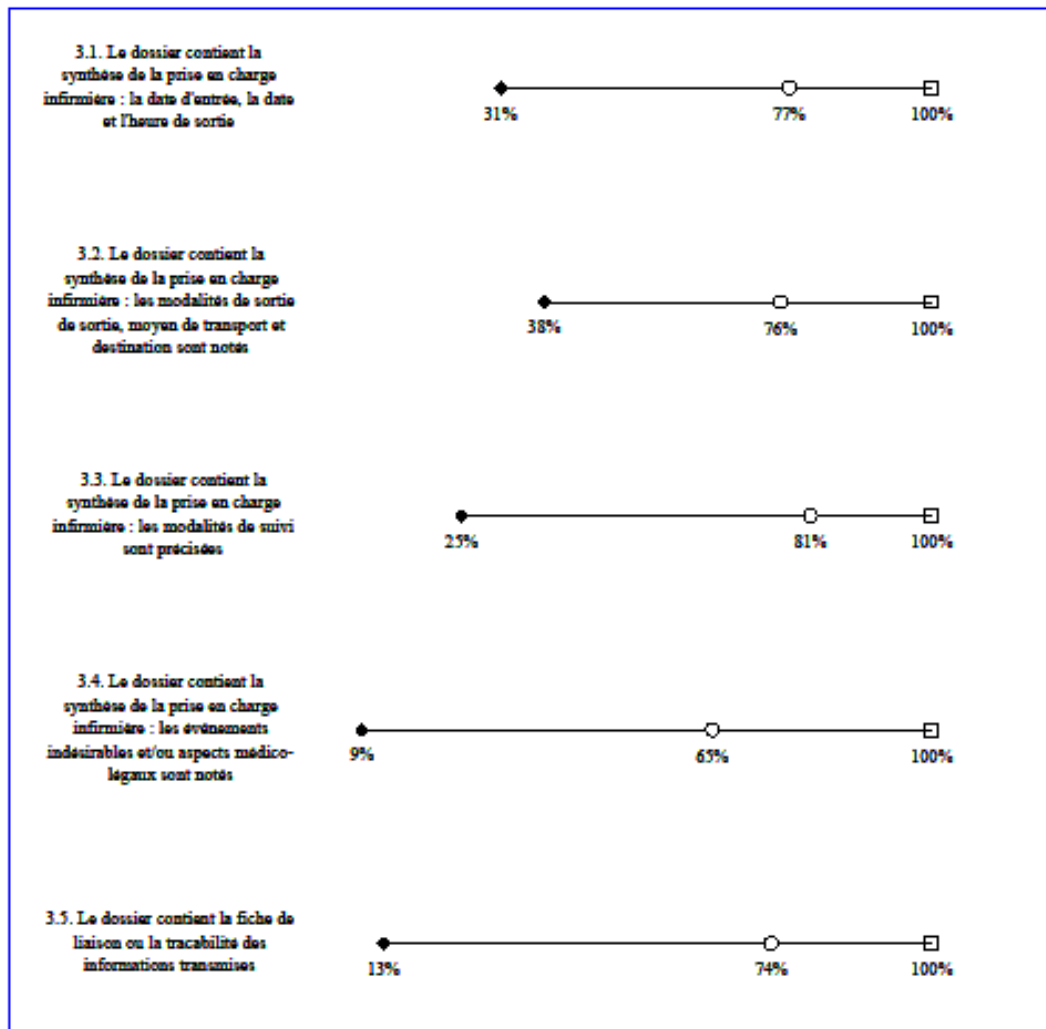
Taux AP-HP : 81%

3 - SORTIE DU PATIENT

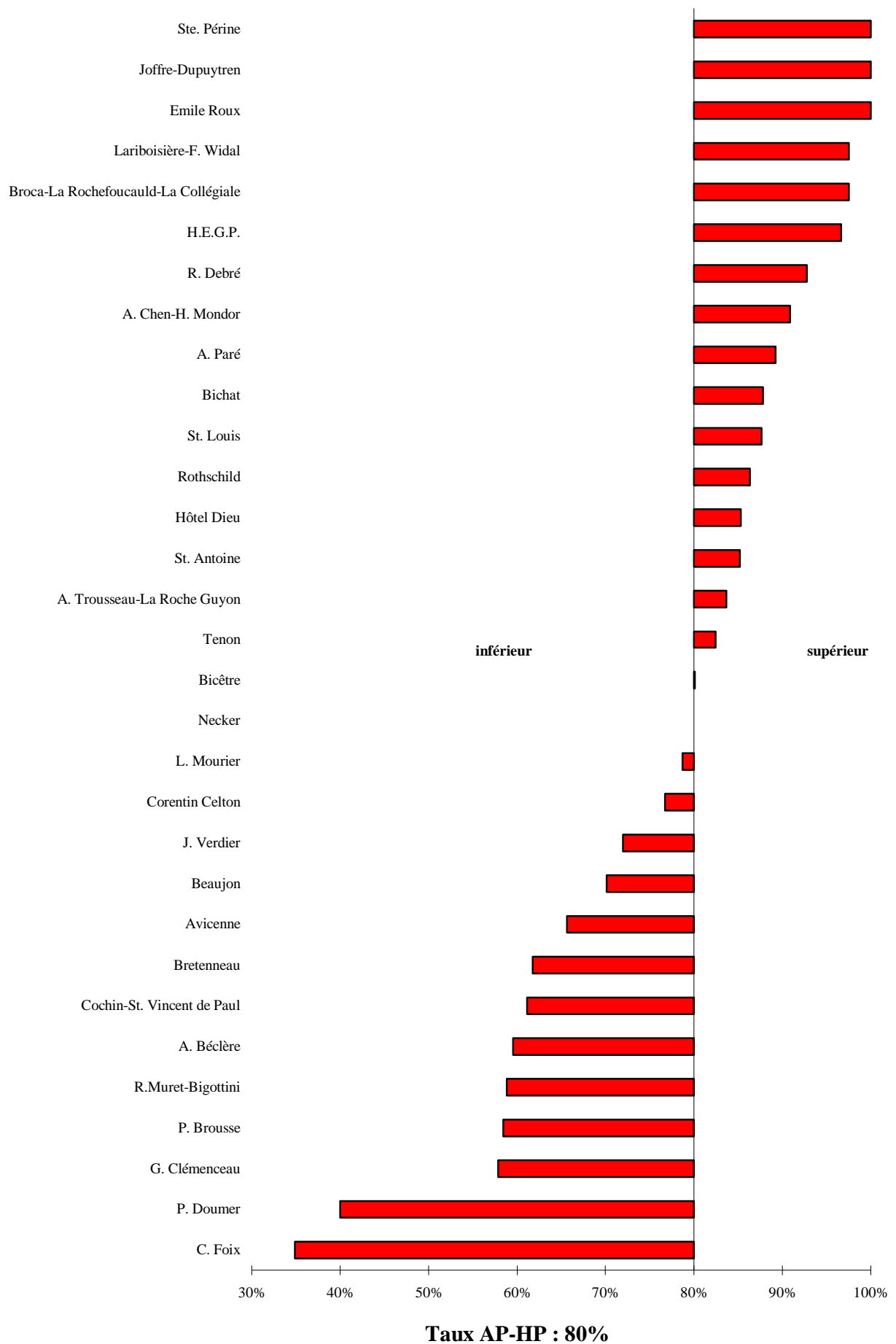
◆ Taux le plus faible

○ Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



SORTIE DU PATIENT : Total
Le dossier contient la synthèse de la prise en charge infirmière

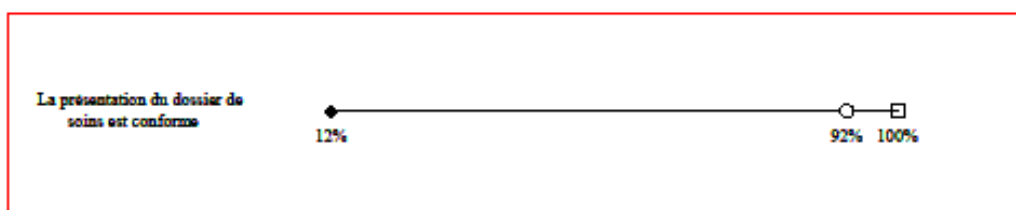


4 - PRESENTATION DU DOSSIER DE SOINS

◆ Taux le plus faible

● Taux AP-HP

□ Taux le plus élevé



La présentation du dossier de soins est conforme



Taux AP-HP : 96%

ANNEXES

METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée reste inchangée de 1994 à 1997. En 1998, les référentiels ont été actualisés pour tenir compte de l'évolution des pratiques et des supports. En 1999, un nouveau mode de calcul a été appliqué pour une exploitation des résultats plus fiable. Depuis 2006, le référentiel s'est adapté aux exigences de la Version 2 du référentiel de la Haute Autorité de Santé.

↳ Les outils :

1°) Les 2 référentiels d'évaluation du dossier de soins infirmiers :

- un pour l'hospitalisation de plus de 24 heures,
- un pour l'hospitalisation de moins de 24 heures.

2°) Les 2 grilles d'évaluation (en annexe) :

- une pour l'hospitalisation de plus de 24 heures,
- une pour l'hospitalisation de moins de 24 heures.

3°) Un questionnaire "dossier de soins" :

adressé aux hôpitaux, il permet :

- de préciser le nombre d'unités de soins de l'hôpital utilisant un dossier de soins infirmiers individualisé par malade en hospitalisation de plus de 24 heures et en hospitalisation de moins de 24 heures,
- de mettre à jour les listes des chargés de mission "dossier de soins infirmiers" des Directions des Soins des hôpitaux,
- de recenser les souhaits de formation des chargés de mission.

↳ Les hôpitaux évalués :

Tous les hôpitaux ou groupes hospitaliers qui constituent l'AP-HP sont concernés par l'évaluation.

↳ L'échantillonnage :

Les dossiers de soins infirmiers évalués sont tirés au sort selon les modalités préconisées par le guide d'utilisation des référentiels.

Il s'agit :

- pour les unités de soins de suite, de réadaptation et de soins de longue durée, des dossiers de soins infirmiers **de malades présents**,
- pour les unités de soins aigus et d'hospitalisation de moins de 24 heures, des dossiers de soins infirmiers **de malades sortis**.

↳ La date de réalisation de l'évaluation :

L'enquête a été réalisée d'Octobre 2008 à Janvier 2009.

↳ Les évaluateurs :

L'évaluation est coordonnée par la Direction des Soins de chaque hôpital. Elle est réalisée conjointement par les équipes de soins et les auditeurs.

Le nombre des auditeurs ne doit pas être supérieur à quatre dans un même hôpital afin d'assurer l'homogénéité des résultats.

↳ Exploitation des données :

La synthèse des résultats par hôpital a été transmise à la Direction Centrale des Soins

- soit par mail,
- soit sur papier.

L'exploitation a été réalisée à la Direction Centrale des Soins sur tableur Excel par le Directeur des Soins et le Cadre Supérieur Infirmier expert chargé du dossier.

EVALUATION DU DOSSIER DE SOINS : HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES : 2008

SYNTHESE HÔPITAL

HOPITAL :

NOMBRE DE DOSSIERS EVALUES : /_/_/_/

1 Entrée du patient

	TOTAL REPNSES POSITIVES	TOTAL NON ADAPTEES
1.1. Les renseignements administratifs sont notés		
1.2. Les éléments réglementaires sont notés		
1.3. Le motif d'hospitalisation et/ou le diagnostic médical est écrit		

2 Séjour du patient

Tous les éléments écrits comportent

2.1. L'identification du professionnel	
2.2. La date des actions de soins	
2.3. L'heure des actions de soins ou la tranche horaire	

Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient par les infirmier(e)s

2.4. Le recueil infirmier des données de la situation initiale	
2.5. Les problèmes de santé et/ou diagnostics infirmiers identifiés, et/ou cibles	
2.6. L'énoncé des objectifs de soins	

2.7. Les actions de soins peuvent relever de tous les domaines de soins

2.7.1. Soins d'hygiène et de confort		
2.7.2. Soins techniques		
2.7.3. Soins relationnels		
2.7.4. Soins éducatifs		
2.8. Le dossier de soins contient les évaluations des actions de soins		

2.9. Les notes d'observations renseignent sur l'évolution du patient et permettent d'évaluer

2.9.1. L'état physique		
2.9.2. L'état psychologique		
2.9.3. Les paramètres cliniques		
2.9.4. Les effets observables des thérapeutiques symptomatiques		

2.10. Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment

2.10.1. L'enregistrement des prescriptions médicamenteuses administrées		
2.10.2. L'horodatage et le lieu de rendez-vous des examens complémentaires		
2.10.3. La date de réalisation de tous les examens complémentaires		

2.11. Le dossier de soins contient la traçabilité de l'information donnée au patient, à sa personne de confiance et/ou à ses proches sur

2.11.1 Les soins		
2.11.2. Les traitements prescrits		
2.11.3. Les examens complémentaires		

TOTAL REPNSES POSITIVES	TOTAL NON ADAPTEES
-------------------------------	--------------------------

2.12. Le dossier de soins contient la traçabilité de la prise en charge de la douleur

2.12.1. La douleur physique est mesurée systématiquement dès l'arrivée		
2.12.2. Les interventions pour soulager la douleur sont notées		
2.12.3. Les résultats des interventions pour soulager la douleur sont évalués		

2.13. Le dossier contient les données qui concourent à évaluer les situations suivantes

2.13.1. L'état nutritionnel		
2.13.2. Le risque d'escarres		
2.13.3. Les risques de chute		
2.13.4. Le risque infectieux		
2.13.5. Le risque de maladie thrombo-embolique		
2.13.6. Les conduites addictives		
2.13.7. Le risque suicidaire		

2.14. La prise en charge par d'autres professionnels de santé

Le dossier contient selon le cas

2.14.1. Le diagnostic initial de kinésithérapie et son bilan		
2.14.2. Le bilan de rééducation et les consignes de réadaptation		
2.14.3. La prise en charge diététique		
2.14.4. La prise en charge par d'autres paramédicaux		

2.15. Le dossier contient la synthèse infirmière intermédiaire

2.15.1. La date de début et de fin de période est notée		
2.15.2. Les éléments significatifs de la période sont notés		
2.15.3. Les événements indésirables et/ou aspects médico-légaux sont notés		
2.15.4. les interventions infirmières sont notées		
2.15.5. L'évaluation des résultats de soins est notée		
2.15.6. Le recueil actualisé des données		

3 Sortie du patient

Le dossier contient la synthèse de la prise en charge infirmière

3.1. La date d'entrée, la date et l'heure de sortie		
3.2. Le mode de sortie est noté		
3.3. La destination est notée		
3.4. Les modalités de suivi sont précisées		
3.5. Les éléments significatifs du séjour sont notés		
3.6. Les interventions infirmières sont notées		
3.7. L'évaluation des résultats de soins est notée		
3.8. Les événements indésirables et/ou aspects médico-légaux sont notés		

3.9. Le dossier contient la fiche de liaison infirmière		
3.10. Le dossier contient les fiches de liaison paramédicale		

4 La présentation du dossier de soins est conforme

SYNTHESE HÔPITAL

HOPITAL :

NOMBRE DE DOSSIERS EVALUES : /_/_/_/_

1 Entrée du patient

	TOTAL REPONSES POSITIVES	TOTAL NON ADAPTEES
1.1. Les renseignements administratifs sont notés		
1.2. Les éléments réglementaires sont notés		
1.3. Le motif d'hospitalisation et/ou le diagnostic médical est écrit		

2- Séjour du patient

Tous les éléments écrits comportent

2.1. L'identification du professionnel	
2.2. La date des actions de soins	
2.3. L'heure des actions de soins ou la tranche horaire	

Le dossier contient les informations relatives à la prise en charge globalisée du patient

2.4. Le recueil des données de la situation initiale	
2.5. Les éléments significatifs de la journée	

2.6. Les actions de soins peuvent relever de tous les domaines de soins

2.6.1. Soins d'hygiène et de confort		
2.6.2. Soins techniques		
2.6.3. Soins relationnels		
2.6.4. Soins éducatifs		
2.7. Le dossier de soins contient les évaluations des actions de soins		

2.8. Le dossier contient les éléments relatifs à l'exécution de la prescription médicale et notamment

2.8.1. L'enregistrement des prescriptions médicamenteuses administrées		
2.8.2. L'horodatage et le lieu de rendez-vous des examens complémentaires		
2.8.3. La date de réalisation de tous les examens complémentaires		

2.9. Le dossier de soins contient la traçabilité de l'information donnée au patient, à sa personne de confiance et/ou à ses proches sur

2.9.1 Les soins		
2.9.2. Les traitements prescrits		
2.9.3. Les examens complémentaires		

2.10. Le dossier de soins contient la traçabilité de la prise en charge de la douleur

2.10.1. La douleur physique est mesurée systématiquement dès l'arrivée		
2.10.2. Les interventions pour soulager la douleur sont notées		
2.10.3. Les résultats des interventions pour soulager la douleur sont évalués		

TOTAL REPONSES POSITIVES	TOTAL NON ADAPTEES
--------------------------------	--------------------------

2.11. Le dossier contient les données qui concourent à évaluer les situations suivantes

2.11.1. L'état nutritionnel		
2.11.2. Le risque d'escarres		
2.11.3. Les risques de chute		
2.11.4. Le risque infectieux		
2.11.5. Le risque de maladie thrombo-embolique		
2.11.6. Les conduites addictives		
2.11.7. Le risque suicidaire		

2.12. La prise en charge par d'autres professionnels de santé

Le dossier contient selon le cas

2.12.1. Le diagnostic initial de kinésithérapie et son bilan		
2.12.2. Le bilan de rééducation et les consignes de réadaptation		
2.12.3. La prise en charge diététique		
2.12.4. La prise en charge par d'autres paramédicaux		

3 Sortie du patient

Le dossier contient la synthèse de la prise en charge infirmière

3.1. La date d'entrée, la date et l'heure de sortie		
3.2. Les modalités de sortie de sortie, moyen de transport et destination sont notés		
3.3. Les modalités de suivi sont précisées		
3.4. Les événements indésirables et/ou aspects médico-légaux sont notés		
3.5. Le dossier contient la fiche de liaison ou la traçabilité des informations transmises		

4 La présentation du dossier de soins est conforme

--