

Bloc opératoire, salle de réveil et DI-RHM: la collaboration infirmière



DORN JOSÉE SYMPOSIUM AFISO LIÈGE
11 OCTOBRE 2014

Plan

2

- Préambule
- Cadre de la présentation
 - Quelques dates
 - Dossier infirmier/dossier patient
 - DI- RHM
- Importance dans le financement
- Exigences de l'écriture professionnelle
- Exemples
- Conclusions

Préambule

3

Objectifs de l'exposé:

- Comprendre la philosophie et l'importance de l'enregistrement des données infirmières.
- Penser qualité et continuité des soins AVANT de parler DI-RHM.
- Obtenir votre collaboration infirmière.

Définition

4

D.I. - R.H.M.



Quelques dates

5

- **1988**: obligation pour les hôpitaux d'enregistrer un minimum d'activités infirmières selon un listing de 23 facteurs sélectionnés.
« Le R.I.M. » : enregistrement **quantitatif**.
- **1994** : financement effectif, sous forme d'attribution de sommes complémentaires dans le budget alloué aux hôpitaux, en fonction de l'activité transmise.
- **2005**: décision de revoir l'enregistrement des données infirmières avec un regard toujours **quantitatif** mais aussi **qualitatif**

Naissance du ...DI-RHM

Quelques dates

6

Avant 2007,

- R.I.M. : résumé infirmier minimum: 23 facteurs
- R.C.M. : résumé clinique minimum

Depuis 2008

R.H.M.: Résumé Hospitalier Minimum,

- D.M. - RHM = données médicales
- D.I. - RHM = données infirmières: 78 items,
91 possibilités de score: beaucoup plus complexe ...
mais une source de données beaucoup plus riche.

Quelques dates

7

- **2005**: début de la révision de l'enregistrement des données infirmières.
- **2011**: manuel de codage version 1.6, officielle, utilisée actuellement: la référence.
- **2014**: intégration d'une partie des données 2011 dans le calcul du financement attribué à chaque hôpital.



Processus long, novateur, qui doit encore évoluer et être évalué.

Florence Nightingale 1863

8

*“Dans un effort d'aboutir à la vérité, j'ai cherché partout de l'information, mais il était quasi impossible d'acquérir des **données hospitalières** qui me permettent de les comparer entre elles. S'il était possible de les obtenir, elles montreraient aux **actionnaires** comment leur **argent** est utilisé, quel **bien** est fait, ou si l'investissement ne servait uniquement à ne pas nuire...”³*

³Nightingale F: *Notes on Hospitals*. London: Longman, Roberts & Green, 1863

1990...

9

*“Si nous ne pouvons pas **nommer** les soins, nous ne pouvons ni les **contrôler**, ni les **financer**, ni les enseigner, ni en faire de la recherche, ni même les faire **accepter** par la **législation**, par la **politique...**”⁴*

⁴ Clark J, Lang NM: *Nursings Next Advance: an International Classification for Nursing Practice*. *Int Nurs Rev*. 1990; 39(4),109-12.

2014

10

Visibilité des soins infirmiers en Belgique est possible et réglementée, notamment à la demande du milieu infirmier.

Loi sur les hôpitaux 23 décembre 1963

Dossier infirmier : A.R. 28 décembre 2006

Envoi de statistiques au SPF: A.R. 6 décembre 1994 et 27 avril 2007

...

Bloc opératoire, salle de réveil et DI-RHM: la collaboration infirmière

11

**EN QUOI ETES VOUS
CONCERNÉ(E)S?**

DI-RHM et bloc opératoire

12

- Les **infirmières du bloc opératoire** sont concernées dans la transmission de données facilitant la **continuité** des soins et donc aussi par l'écriture de qualité, base de l'enregistrement des DI-RHM.
- Le passage du patient en **salle de réveil** constitue un épisode de soins au cours duquel l'enregistrement des données infirmières est exigé.

Notions importantes

13

- **Etapes de l'envoi de données au SPF**
- Dossier infirmier
- Episode de soins infirmiers
- DI-RHM et Financement
- Justification des soins

Etapes de l'envoi des données au SPF

14

- **Base incontournable:**
 - **Ecriture professionnelle** de la **démarche infirmière** dans le dossier infirmier.
 - Ecriture correcte en **permanence**, du 01/01 au 31/12
- **Périodes** d'enregistrement : les 15 premiers jours de mars, juin, septembre, décembre : du 1^{er} à 0 h au 15 à 23h59'
- L'enregistrement continu est envisagé.

Etapes de l'envoi des données au SPF

15

- **Codification** de nombreuses données infirmières, selon un manuel de codage, édité par le SPF, 2011 v 1.6: donner un code aux soins infirmiers.

Exemples : soins de plaies L100, L200...

prévention des escarres V100, V200

Codification centralisée

Codification décentralisée

Extraction automatique

- **Enregistrement** des codes dans un programme spécifique.
- **Envoi** cumulé des données médicales et infirmières deux fois par an, à des dates déterminées par le SPF.

Notions importantes

16

- Etapes de l'envoi de données au SPF
- **Dossier infirmier**
- Episode de soins infirmiers
- DI-RHM et Financement
- Justification des soins

D'où proviennent les données? Dossier infirmier

17

- Un dossier infirmier est ouvert pour chaque patient hospitalisé.
- Il est le reflet de la démarche en soins infirmiers et permet la continuité des soins.
- La gestion des informations est attribuée à l'infirmière.
- Il est la base de l'enregistrement des DI-RHM.

Dossier infirmier

18

- Identité du patient
- Anamnèse infirmière
- Information médicale et paramédicale
- Plan de soins
- Traitements médicaux prescrits
- Programmation des soins
- Notes d'observation structurées
- Copie du rapport de sortie

Informatisation du dossier infirmier/patient

19

Apport indéniable de l'informatisation du dossier du patient, du dossier infirmier bien pensé et conçu pour être un véritable outil de travail utile à l'infirmière dans sa pratique quotidienne, allégeant la charge administrative.

Notions importantes

20

- Etapes de l'envoi de données au SPF
- Dossier infirmier
- Episode de soins infirmiers
- DI-RHM et Financement
- Justification des soins

Episode de soins infirmiers

21

- Période de maximum 24 heures du séjour d'un patient à l'hôpital
 - Episodes longs: 24heures, de 0 à 23h59'
 - Episodes courts : – de 24heures
- Période pendant laquelle des soins infirmiers sont réalisés et doivent donc être tracés.

Exemple

22

Le 10 octobre 2014:

- 8 h à 10h : *Admission* dans une unité de soins épisode 1
- 10h à 12h: Intervention au *bloc opératoire* épisode 2
- 12h à 13h: Surveillance en *salle de réveil* épisode 3
- 13h à 19h: Retour en salle d'hospitalisation épisode 4

- 19h à 23h59': Patient instable et transfert en USI épisode 5



5 épisodes courts - de 24 heures,
Enregistrement obligatoire des DI-RHM
durant les épisodes 1 3 4 5

Fin de l'épisode 5 à 23h59', nouvel épisode à oh

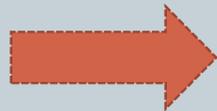
Exemple

23

Le 11 octobre 2014

- De 0 h à 14h USI = épisode 1
- 14h : transfert de USI vers hospitalisation
- De 14h à 23h59' Unité hospitalisation = épisode 2

2 épisodes courts, - de 24 heures



Enregistrement obligatoire des DI-RHM
durant les épisodes 1 2

Exemple

24

Du 12 octobre au 14 octobre 2014

- De 0h à 23h59: Hospitalisation en chirurgie
 - 3 épisodes de 24 heures ou épisodes longs
 - Enregistrement obligatoire des DI-RHM

Le 15 octobre 2014

- Sortie du patient à 15h
 - 1 épisode court
 - Enregistrement obligatoire des DI-RHM

Notions importantes

25

- Etapes de l'envoi de données au SPF
- Dossier infirmier
- Episode de soins infirmiers
- **DI-RHM et Financement**
- Justification des soins

DI-RHM et financement

26

- Le SPF, en collaboration avec des chercheurs universitaires et des professionnels de terrain a établi une liste de profils de soins, les NRG, Nursing Related Group, valables à l'échelon national.

Exemples : NRG 29: soins à l'admission

NRG 24: soins en salle de réveil

NRG 12: soins chirurgicaux

NRG 1 : soins intensifs chirurgicaux

- A chaque épisode de chaque séjour de chaque patient est attribué un NRG prédéfini, selon une méthodologie et des calculs statistiques précis.

DI-RHM et financement

27

- A chaque NRG est associé un poids relatif tenant compte de notions de temps de soins et de compétence infirmière.
- Chaque hôpital peut prétendre à une part de marché, en fonction du volume et de la lourdeur des soins infirmiers qu'il aura transmis pour le calcul.
- Les points complémentaires obtenus permettent de financer du personnel infirmier supplémentaire, en plus de normes.

Notions importantes

28

- Etapes de l'envoi de données au SPF
- Dossier infirmier
- Episode de soins infirmiers
- DI-RHM et Financement
- **Justification des soins**

Justification des soins

29

« L'infirmière, comme tout autre professionnel, a la responsabilité de démontrer par un enregistrement systématique, la qualité, l'efficacité de ses services et prestations de soins. »

Patrick Van Gele, « La standardisation et la classification des composantes des soins infirmiers: essentielles? », <http://www.isesuisse.ch/fr/publications/pcs23/vangele.htm>

Justification des soins

30

- Le SPF est prêt à financer autrement les soins infirmiers à condition qu'ils soient **justifiés**.
- Importance de la documentation des soins, de la sémantique, du langage commun, des classifications, des échelles de mesure, d'une nomenclature rigoureuse, de la terminologie...



Langage professionnel compris, reconnu et **utilisé** par tous

Justification des soins

31

- **Intervention infirmière** est un soin reposant sur le jugement clinique et sur le savoir infirmier pour aider un patient à atteindre un résultat escompté

Exemple: gestion de la douleur

- **Activité infirmière** est un comportement spécifique adopté par l'infirmière ou une action réalisée dans le cadre d'une intervention

Exemple: évaluer la douleur, appliquer de la glace, modifier la position, administrer un antalgique prescrit...

Justification des soins

32

- **Résultats**

Des résultats sont très souvent demandés

Exemples: paramètres, chiffres d'un bilan hydrique, appréciation des glycémies, etc, ...

- **L'évaluation** des soins fait partie de la démarche permanente de l'infirmière.

- **L'annotation** de l'évaluation dans le dossier infirmier est quelquefois moins rigoureuse

Justification des soins

33

Instruments de mesure

Certaines activités doivent être **justifiées** par l'**annotation** du résultat de l'utilisation d'un instrument de mesure/échelle

*Exemples : Gestion de la douleur, des nausées,
Evaluation du risque d'escarres,...*

Choix pertinent de l'échelle utilisée.

Que retenir de cela?

34

- Ecrire de façon exhaustive la réalité des soins infirmiers effectués.
- Un épisode au cours duquel **aucun** soin n'est noté est un épisode dit **vide**, non pris en compte dans le financement.
- Un épisode durant lequel moins de trois interventions infirmières ont été notifiées, ne se voit pas attribuer de NRG.

Votre écriture dans le dossier

35

Les **documents de liaison**, écrits ou informatisés, comportent tous des items concernant les soins, prédéfinis à confirmer /modifier ou à compléter:

- *Mise en place d'une sonde urinaire, de cathéters et drains divers*
- *Description des plaies opératoires*
- *Surveillance des voies d'accès IV , IA, PAC, péridurale,...*
- *Prévention des plaies de décubitus*
- *Communication, information et sensibilisation du patient,*
- ...

Exigences du Manuel de Codage 1.6

36

1. Signature ou paraphe du prestataire qui a réalisé un soin
2. Annotation du soin dans l'épisode adéquat
3. Conformité d'un item est respectée quand il répond à
 - un nom,
 - une définition,
 - des modalités de score,
 - des contrôles,
 - des remarques.

Exigences du Manuel de Codage 1.6

37

4. Aux définitions reprises au début du manuel.
5. A l'ensemble des règles de codage et d'enregistrement reprises dans les manuels et circulaires envoyés aux hôpitaux.

Des audits externes réalisés par le SPF sont en cours afin de vérifier la fiabilité des données envoyées.

Plaies: exigences qualité... et DI-RHM

38

1. Nature de la plaie et/ou du point d'insertion de matériel lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toute modification.
2. Description clinique initiale de la plaie: localisation, taille, couleur, matériel de suture, drainages,...
3. Activités réalisées, processus, matériel et produits utilisés lors de chaque prise en charge
4. Observations et description clinique lors de chaque prise en charge: évolution, cicatrisation, exsudation, ...

Plaies: du bloc opératoire en salle d'hospitalisation

39

- Qui peut mieux que l'infirmière de salle d'opération réaliser la **description correcte** et précise d'une plaie opératoire, avant la pose du pansement secondaire, dont le caractère hermétique est censé durer plusieurs jours, conformément aux règles de bonne pratique?
- Comment une infirmière de salle d'hospitalisation peut-elle décrire une plaie dont le pansement ne peut être refait pendant 48 à 72 heures?

Exemples

40

- Manuel de codage des données infirmières du RHM
Version officielle 1.6 Janvier 2011
- Compilation des situations pour l'enregistrement du
DI-RHM Janvier 2013

Les DI-RHM: base de données exceptionnelle

41

- Aide à la gestion interne d'allocation du personnel
- Indicateur de l'activité infirmière en termes de qualité des soins : nombreuses possibilités, par exemple:
 - *proportion de patients à risque escarres bénéficiant soins spécifiques*
 - *gestion de la douleur et des nausées post- opératoires*
 - *cohérence dans les soins dits de base,...*
- Aide à une remise en question des pratiques et à mettre en place des mesures d'amélioration.
- Financement d'une partie du personnel infirmier.

Conclusions

42

- Chaque institution a besoin de votre collaboration, avant tout pour permettre la **qualité** et la continuité des soins.
- La documentation des soins est **incontournable**.
- Le DI-RHM est un outil et non une finalité.

...

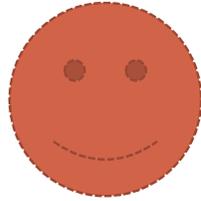
Conclusions

43

Ecrivons donc correctement

- au bénéfice du patient et de la qualité des soins
- en rapport avec nos obligations professionnelles
- au bénéfice de l'institution
- pour maintenir une image de marque de professionnalisme infirmier

**Et surtout, ne travaillons ni à moitié,
ni à l'envers...**



D.I. - R.H.M.



Bloc opératoire, salle de réveil et DI-RHM: la collaboration infirmière

45

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**