

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins

Coordination de la prise en charge en HAD

Définition	Cet indicateur évalue la coordination au moment de la prise en charge en HAD. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la coordination est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 4 critères au maximum. 1 - Protocole de soins renseigné, daté et transmis au médecin traitant (critère 1) 2- Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (si applicable) (critère 2) 3 - Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur (critère 3) 4 - Évaluation des moyens logistiques (critère 4)
Justification	L'objectif de la coordination est de garantir la continuité des soins. L'analyse des textes a été conduite par la FNEHAD.
Utilisations	▪ Objectif de performance à atteindre fixé à 80 % (8 dossiers sur 10) ▪ Pilotage interne dans les établissements de santé ▪ Procédure de certification en établissement de santé ▪ Incitation financière à la qualité (se référer à l'arrêté)
Type d'indicateur	▪ Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. ▪ Indicateur de type taux ▪ Pas d'ajustement sur le risque
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Échantillon	Le score global est calculé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers.
Critères d'inclusion	L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes, hospitalisés au moins 8 jours en HAD, séjours non précédés d'un autre séjour en HAD dans le mois précédent et non suivis d'un séjour en HAD dans le mois suivant.
Critères d'exclusion	Sont exclus, les séjours : - inférieurs ou égaux à 7 jours ; - des patients ayant moins de 18 ans au moment du séjour - précédés et/ou suivi par un autre séjour sur une période d'un mois - avec un GHPC erreur ;

Mode d'évaluation de l'indicateur	L'indicateur est calculé à partir de 4 critères : 1. Protocole de soins renseigné, daté et information du médecin traitant (critère 1) Le critère est satisfait si on retrouve les éléments suivants : - Protocole de soins daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission (entre la préadmission et les 7 jours suivant l'admission) ET - La trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins est retrouvée <u>Remarque:</u> Non applicable si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant ET - Les intervenants HAD ou libéral (IDE, kiné, ..) sont tracés dans le protocole avec leurs coordonnées (adresse et/ou téléphone) ET - Pour chaque intervenant identifié, il est précisé : ▪ Le type d'intervention (type de soins fourni par le professionnel : pansement, rééducation respiratoire, ...) ET ▪ La fréquence/le rythme ou le nombre d'interventions 2. Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (Critère 2) (si applicable) Le critère est satisfait si l'organisation du traitement médicamenteux au plus tard dans les 48h suivant l'admission contient les deux éléments suivants : ▪ Nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments ▪ Nom/fonction ou entité du responsable de l'administration des médicaments <u>Remarque:</u> Non applicable s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à l'admission. 3. Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur (Critère 3) Le critère est satisfait si la trace d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle est retrouvée dans le dossier du patient au moins une fois au cours du séjour (réunion pluri-professionnelle, réunion de synthèse, staff, ...) ET Si on retrouve la trace de la participation du médecin coordinateur de l'HAD à au moins une réunion ET Pour les séjours > 1 mois, on retrouve la trace d'une deuxième réunion pluri-professionnelle 4. Évaluation des moyens logistiques (critère 4) Le critère est satisfait si on retrouve la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques déjà en place (moyens déjà présents chez le patient) ET la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques à mettre en place au domicile, OU la trace de l'absence de nécessité de moyens logistiques.
---	---

Algorithmes de calcul de l'indicateur Coordination de la prise en charge* en HAD

Variable	Algorithme	
Critère 1 : Protocole de soins renseigné, daté et information du médecin traitant		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 1}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 1}]$	Dossier i : [num CRIT 1]	Si [TDP_6] = 1 ET [TDP_7] = 1 ET ([TDP_7_1] = 1 OU [TDP_7_1] = vide) ET [TDP_8] = 1 ET [TDP_9_3] = 1 ET [TDP_9_1] = 1 ET [TDP_9_2] = 1 Alors [num CRIT 1] = 1 Sinon [num CRIT 1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 1]	Si [TDP_6] = 1 OU [TDP_6] = 0 Alors [den CRIT 1] = 1 FinSi
Critère 2 : Organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux (si applicable)		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 2}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 2}]$	Dossier i : [num CRIT 2]	Si [TDP_13_1] = 1 ET [TDP_13_2] = 1 Alors [num CRIT 2] = 1 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 2]	Si [TDP_10] = 1 OU ([TDP_10] = 0 ET [TDP_11] = 0) Alors [den CRIT 2] = 1 FinSi
Critère 3 : Réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 3}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 3}]$	Dossier i : [num CRIT 3]	Si ([DureeSej] ≤ 30 ET [TDP_15] = 1 ET [COORD_2] = 1) OU ([DureeSej] > 30 ET [TDP_15] = 1 ET [COORD_2] = 1 ET [COORD_1] = 1) Alors [num CRIT 3] = 1 Sinon [num CRIT 3] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 3]	Si [TDP_15] = 1 OU [TDP_15] = 0 Alors [den CRIT 3] = 1 FinSi

Critère 4 : Evaluation des moyens logistiques		
Pourcentage de dossiers $= \sum_{i=1}^{60} [\text{num CRIT 4}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den CRIT 4}]$	Dossier i : [num CRIT 4]	Si [COORD_3_1] = 1 ET [COORD_3_2] = 1 Alors [num CRIT 4] = 1 Sinon [num CRIT 4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 4]	Si [COORD_3_1] = 1 OU [COORD_3_1] = 0 Alors [den CRIT 4] = 1 FinSi

Score de qualité de la coordination de la prise en charge en HAD		
1ère étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i. Il correspond à la somme des critères satisfaits divisée par la somme des critères applicables.	Dossier i [IND_COORD_i]	IND COORD i] = $\frac{([\text{num CRIT 1 i}] + [\text{num CRIT 2 i}] + [\text{num CRIT 3 i}] + [\text{num CRIT 4 i}])}{([\text{den CRIT 1 i}] + [\text{den CRIT 2 i}] + [\text{den CRIT 3 i}] + [\text{den CRIT 4 i}])}$
2ème étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.	Score de qualité de la coordination de la prise en charge en HAD	$\sum_{i=1}^{60} [\text{IND_TDP_i}] / \text{nbredossierinclus}$

* L'acronyme de l'indicateur « Coordination de la prise en charge » est COORD.

Historique de l'indicateur « Coordination de la prise en charge »
Rappel sur le développement de l'indicateur
L'objectif de la coordination est de garantir la continuité des soins. L'analyse des textes a été conduite par la FNEHAD. L'indicateur « Coordination de la prise en charge en HAD » est recueilli pour la première fois en 2018. Puis il a été recueilli en 2019 et 2022. Pas de recueil en 2020 et 202 du fait de la crise COVID.
Modifications de l'indicateur en 2024
Pas de modifications en 2024