

# Communauté de pratique du leadership des maillons santé

16 nov. 2016

Pratiques innovantes :

Transitions entre l'hôpital et la maison - 2<sup>e</sup> partie

# Ordre du jour

- Aperçu des pratiques innovantes pour les *Transitions entre l'hôpital et la maison*
- Exploration en profondeur des 4 pratiques innovantes finales et conférencières
- Discussion : mise en place de pratiques innovantes dans votre maillon santé
- Événements à venir

# Objectifs d'apprentissage du webinaire

- Mieux comprendre et en apprendre plus sur les pratiques innovantes pour les Transitions entre l'hôpital et la maison
- Réfléchir sur les répercussions sur les patients à mesure que ces pratiques sont mises en place
- Collaborer avec vos collègues et découvrir comment ces pratiques peuvent être mises en place dans vos maillons santé
- Comprendre le but et l'approche pour mesurer les répercussions des pratiques

# PARTICIPER AU WEBINAIRE

- Ce webinaire est enregistré.
- TOUS les participants sont mis en sourdine (pour réduire les bruits d'arrière-plan). Vous pouvez accéder aux options du webinaire à l'aide du bouton de flèche orange.
- Période de discussion après la présentation. Veuillez entrer vos questions pour l'animateur après chaque présentation.
- Si vous aimeriez soumettre une question ou un commentaire à tout moment, veuillez utiliser la case de Question.



# COMITÉ DU WEBINAIRE

**Susan Taylor**, *directrice, Réalisation du programme d'amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario*

**Caroline Buonocore**, *spécialiste en amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario*

**Monique LeBrun**, *spécialiste en amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario (modératrice de la discussion)*

## CONFÉRENCIÈRES

**Laurie French et Andrea Campbell**, région du RLISS du SE

**Tania Pinheiro et Emily Sheridan**, région du RLISS du SO

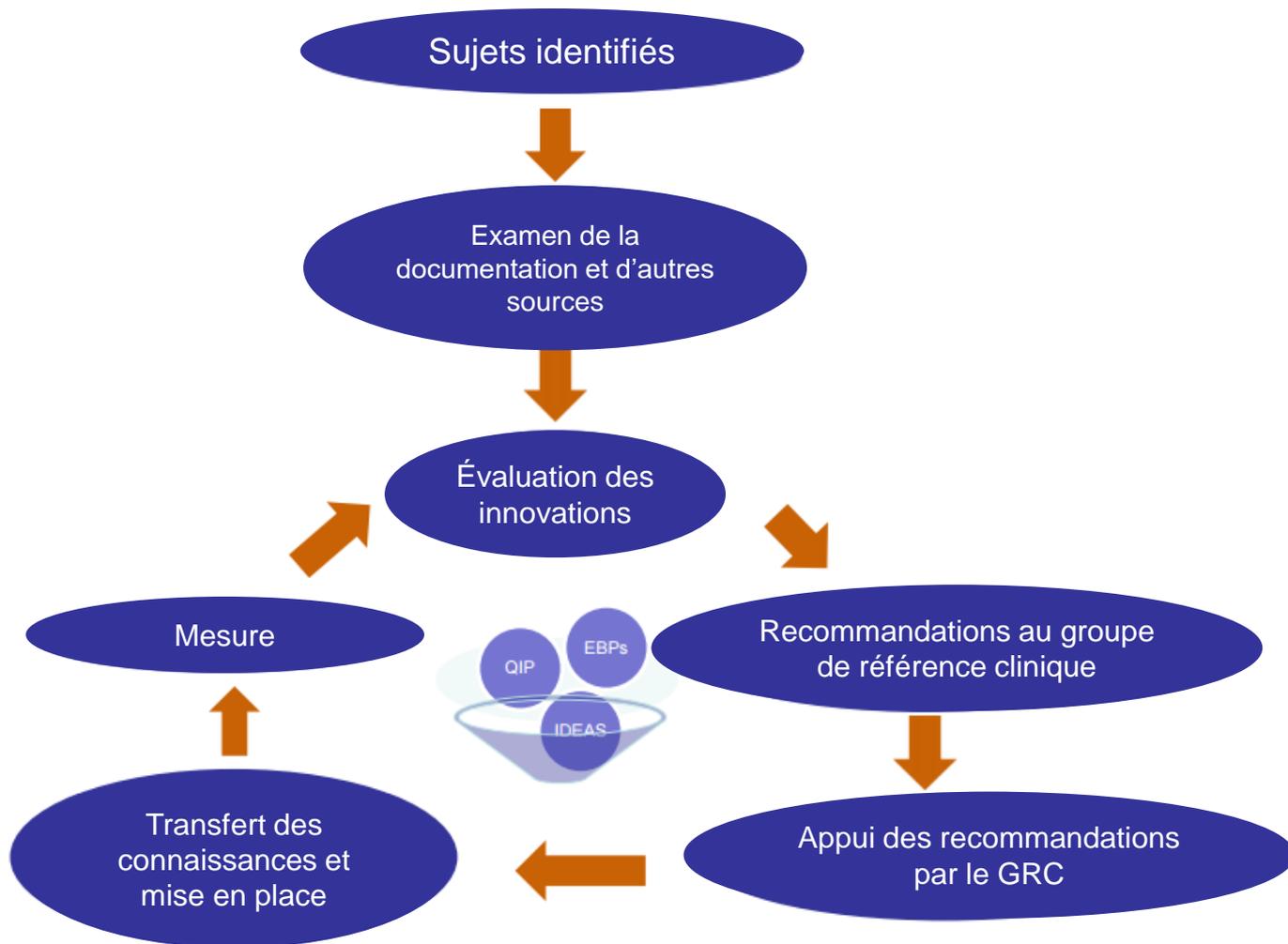
**Jane McKinnon**, région du RLISS WW

# COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DU LEADERSHIP DES MAILLONS SANTÉ



*« Les communautés de pratique se définissent comme étant des groupes de personnes ayant une préoccupation ou une passion commune pour leur vocation et qui apprennent comment s'améliorer à mesure qu'ils interagissent régulièrement »*

# PRATIQUES INNOVANTES





## Transitions entre l'hôpital et la maison

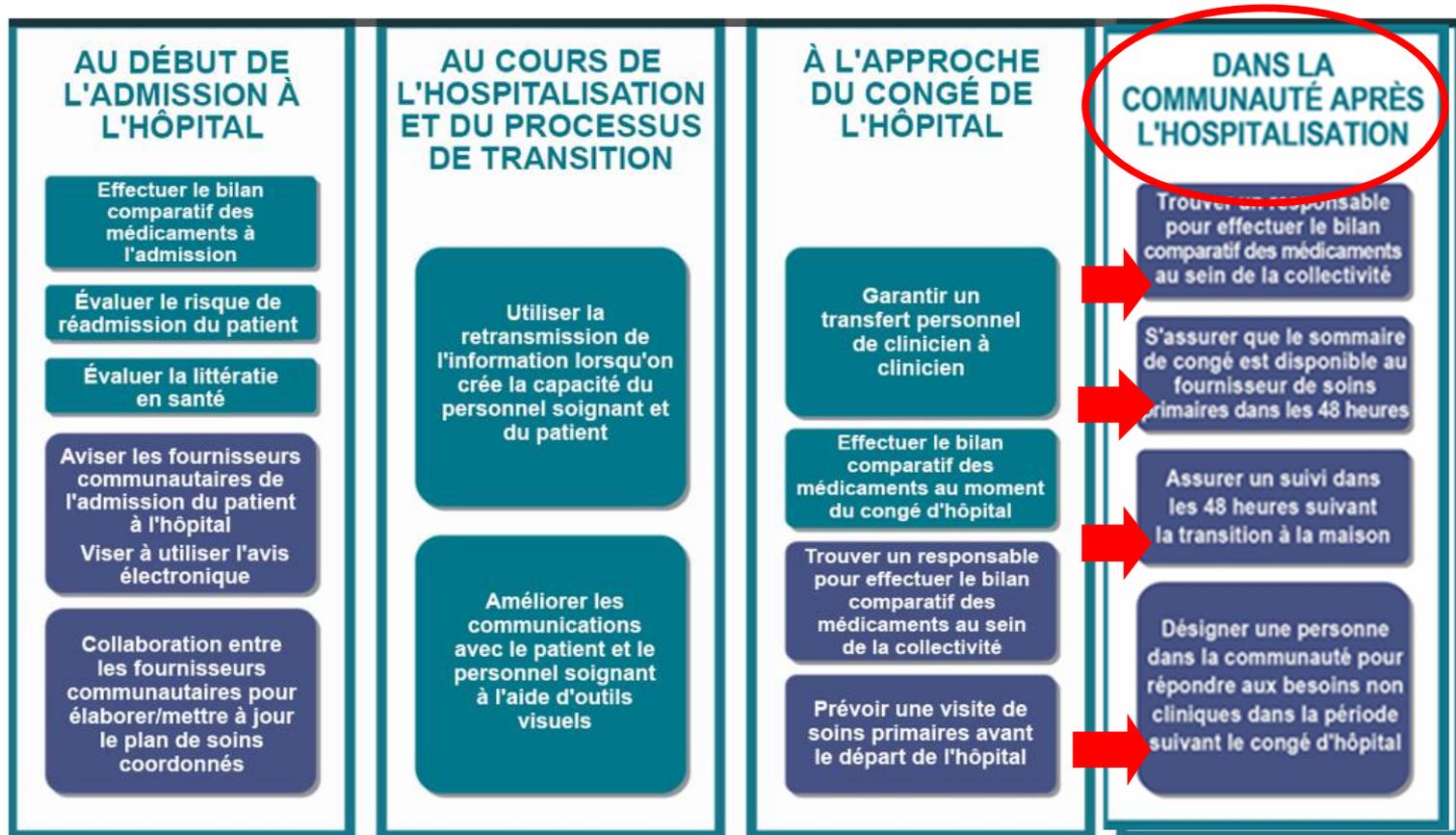
*Un élément important de la prestation des soins coordonnés aux patients est l'amélioration des transitions des patients au sein du système de santé afin de les aider à recevoir des soins plus efficaces répondant à leurs besoins particuliers.*

Meilleures pratiques fondées  
sur les données probantes

Pratiques innovantes

# APERÇU DES PRATIQUES INNOVANTES POUR LES TRANSITIONS ENTRE L'HÔPITAL ET LA MAISON

# Transitions entre l'hôpital et la maison



Meilleures pratiques fondées sur les données probantes



Pratiques innovantes

# Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Meilleure pratique fondée sur les données probantes (citée dans le Compas Qualité*)
<b>Au début de l'admission à l'hôpital</b>	Effectuer le bilan comparatif des médicaments à l'admission
	Évaluer le risque de réadmission du patient
	Évaluer la littératie en santé
<b>Au cours de l'hospitalisation et du processus de transition</b>	Utiliser la retransmission de l'information lorsqu'on crée la capacité du personnel soignant et du patient
	Améliorer les communications avec le patient et le personnel soignant à l'aide d'outils visuels
<b>À l'approche du congé de l'hôpital</b>	Garantir un transfert personnel de clinicien à clinicien
	Effectuer le bilan comparatif des médicaments au moment du congé d'hôpital

# Sommaire des pratiques innovantes

Étapes pour les transitions entre l'hôpital et la maison	Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante
<b>Au début de l'admission à l'hôpital</b>	Aviser les fournisseurs communautaires de l'admission du patient à l'hôpital Viser à utiliser l'avis électronique	PROMETTEUSE
	Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés	ÉMERGENTE
<b>À l'approche du congé de l'hôpital</b>	Prévoir une visite de soins primaires avant le départ de l'hôpital	PROMETTEUSE
<b>Dans la communauté après l'hospitalisation</b>	 Trouver un responsable pour effectuer le bilan comparatif des médicaments au sein de la collectivité	PROMETTEUSE
	 S'assurer que le sommaire de congé est disponible pour les fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé d'hôpital	PROMETTEUSE
	 Assurer un suivi dans les 48 heures suivant la transition à la maison	ÉMERGENTE
	 Désigner une personne dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période suivant le congé d'hôpital	ÉMERGENTE

Pratiques innovantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison

# EXPLORATION PLUS EN PROFONDEUR

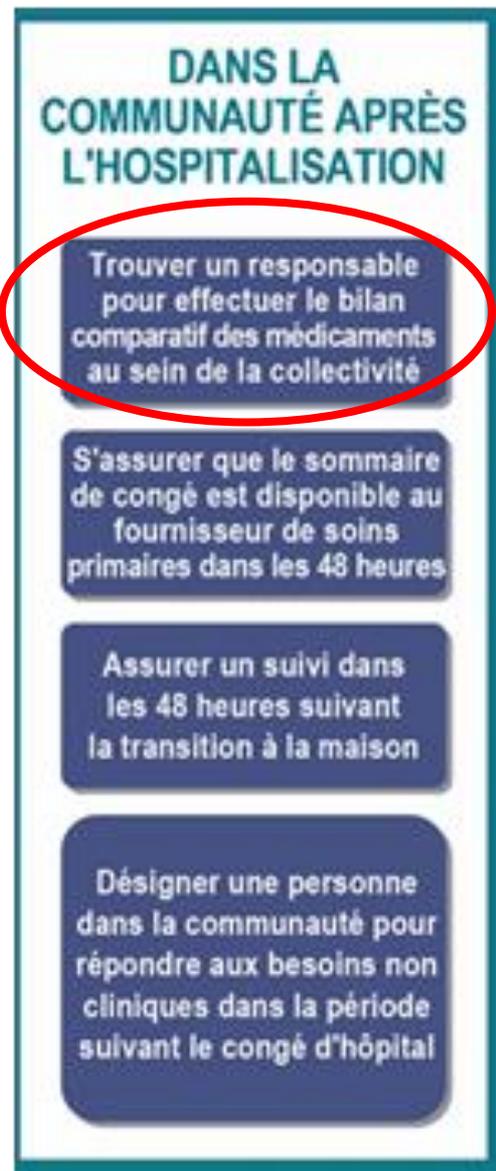
## Transitions entre l'hôpital et la maison

### Sommaire des meilleures pratiques fondées sur les données probantes Publié en septembre 2016

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, spécialistes, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi.

La **Figure 1** est un survol des **pratiques innovantes et des meilleures pratiques fondées sur des données probantes** qui sont conçues pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison.

L'utilisation de ces pratiques varie grandement dans la province. Les équipes sont incitées à prioriser la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes avant l'adoption des pratiques innovantes.



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes    ■ Pratiques innovantes

# Étapes et mesures suggérées

Trouver un responsable pour effectuer le bilan comparatif des médicaments au sein de la collectivité

1. Choisir un responsable du bilan comparatif des médicaments
2. Engagement du responsable du bilan comparatif des médicaments
3. Effectuer le bilan comparatif des médicaments et mettre à jour le plan de soins coordonnés
4. Partager le plan de soins coordonnés avec l'équipe de soins

## Mesures menant aux résultats désirés

Pourcentage des erreurs liées aux médicaments des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes et menant à une visite au service des urgences

Nombre d'écarts liés aux médicaments des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes (l'erreur n'a pas eu de répercussions sur le patient)

## Mesures suggérées pour les processus

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes pour lesquels un responsable du bilan comparatif des médicaments est nommé

Nombre de bilans comparatifs des médicaments effectués avec chaque patient ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes dans la collectivité après l'obtention de leur congé

Satisfaction du personnel liée au processus du bilan comparatif des médicaments

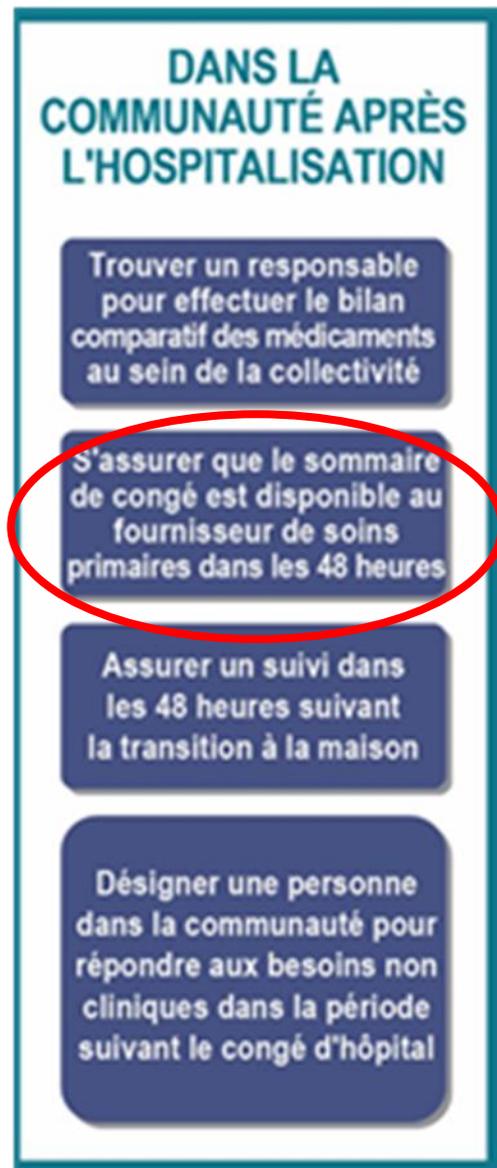
## Transitions entre l'hôpital et la maison

### Sommaire des meilleures pratiques fondées sur les données probantes Publié en septembre 2016

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, spécialistes, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi.

La **Figure 1** est un survol des **pratiques innovantes et des meilleures pratiques fondées sur des données probantes** qui sont conçues pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison.

L'utilisation de ces pratiques varie grandement dans la province. Les équipes sont incitées à prioriser la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes avant l'adoption des pratiques innovantes.



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes ■ Pratiques innovantes

# Étapes et mesures suggérées

S'assurer que le sommaire de congé est disponible dans les 48 heures

1. Créer des processus hospitaliers pour que le sommaire de congé soit rempli et envoyé dans les 48 heures
2. Fournisseur de soins primaires avisé de la disponibilité d'un sommaire de congé

## Mesures menant aux résultats désirés

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui se rendent au service des urgences dans les sept (7) jours suivant l'obtention de leur congé en raison d'un problème de santé similaire.

## Mesures suggérées pour les processus

Pourcentage des sommaires de congé pour les patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes rendus disponibles aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant l'obtention du congé d'hôpital.\*

\* Cette mesure suggérée est étroitement liée à l'indicateur des plans d'amélioration de la qualité (QIP).

# DANS LA COMMUNAUTÉ APRÈS L'HOSPITALISATION

Trouver un responsable pour effectuer le bilan comparatif des médicaments au sein de la collectivité

S'assurer que le sommaire de congé est disponible au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures

Assurer un suivi dans les 48 heures suivant la transition à la maison

Désigner une personne dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période suivant le congé d'hôpital

## Transitions entre l'hôpital et la maison

### Sommaire des meilleures pratiques fondées sur les données probantes Publié en septembre 2016

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, spécialistes, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi.

La **Figure 1** est un survol des **pratiques innovantes et des meilleures pratiques fondées sur des données probantes** qui sont conçues pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison.

L'utilisation de ces pratiques varie grandement dans la province. Les équipes sont incitées à prioriser la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes avant l'adoption des pratiques innovantes.



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes    ■ Pratiques innovantes

# Étapes et mesures suggérées

Assurer un suivi  
dans les 48 heures  
suivant la transition  
à la maison

1. Le fournisseur avec une relation existante doit faire l'appel de suivi dans les 48 heures suivant le congé d'hôpital
2. Utiliser une approche ou un script standard

## Mesures menant aux résultats désirés

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui se rendent au service des urgences dans les sept (7) jours suivant l'obtention de leur congé en raison

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes en réadmission imprévue à l'hôpital dans les trente (30) jours suivant leur congé.\*

\* Cette mesure suggérée est étroitement liée à l'indicateur des plans d'amélioration de la qualité (QIP).

## Mesures suggérées pour les processus

Temps écoulé entre le congé d'hôpital du patient et l'appel téléphonique de suivi

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes mentionnant de nouveaux problèmes lors de l'appel téléphonique de suivi dans les 48 heures qui n'étaient pas présents au moment du congé d'hôpital

Pourcentage de patients satisfaits avec l'appel téléphonique de suivi de 48 heures après le congé d'hôpital

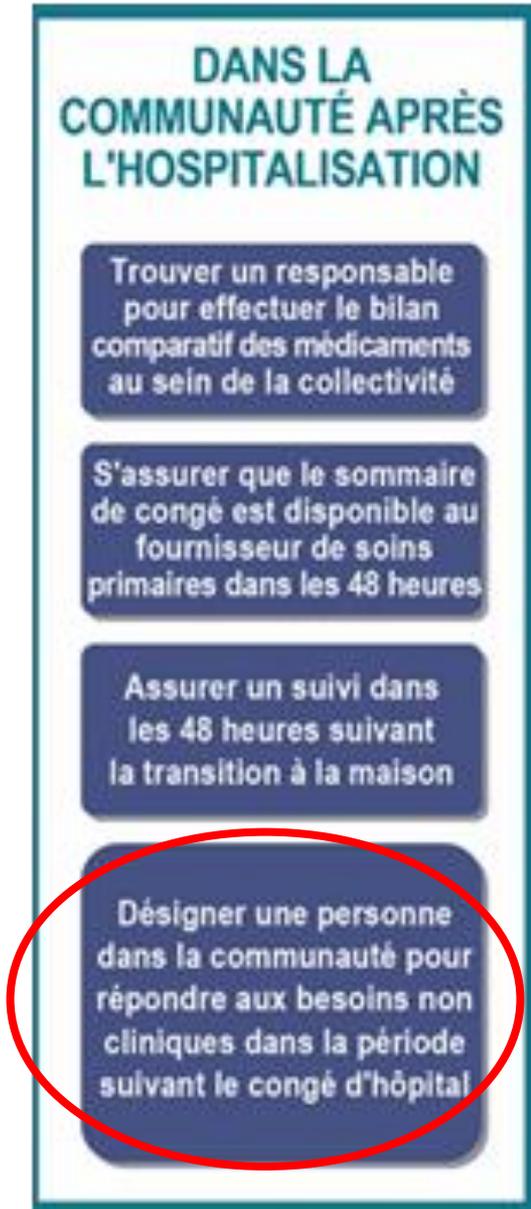
## Transitions entre l'hôpital et la maison

Sommaire des meilleures pratiques fondées sur les données probantes *Publié en septembre 2016*

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, spécialistes, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat ou des erreurs de prescription au moment de la transition peuvent être très dangereux et poser des risques importants et évitables pour les patients. De plus, les répercussions de ces risques peuvent être accrues par les patients et les familles se croyant mal préparés pour gérer leurs soins et qui croient ne pas être en mesure d'accéder aux fournisseurs de soins de santé appropriés pour le suivi.

La **Figure 1** est un survol des **pratiques innovantes et des meilleures pratiques fondées sur des données probantes** qui sont conçues pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison.

L'utilisation de ces pratiques varie grandement dans la province. Les équipes sont incitées à prioriser la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes avant l'adoption des pratiques innovantes.



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes ■ Pratiques innovantes

# Étapes et mesures suggérées

Désigner une personne dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période suivant le congé d'hôpital

1. Effectuer une analyse d'écart pour les éléments de soutien requis à la maison
2. Trouver un responsable ou une agence/organisation pouvant remplir le rôle
3. Communiquer avec le cercle de soins et mettre à jour le plan de soins coordonnés

## Mesures menant aux résultats désirés

La détresse des personnes soignantes en lien avec les besoins d'un patient ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes dans la période de quatorze (14) jours suivant le congé d'hôpital

## Mesures suggérées pour les processus

Le pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui bénéficient d'un soutien non clinique payé ou bénévole fourni gratuitement au patient au cours de la période de quatorze (14) jours suivant le congé d'hôpital.

La satisfaction du patient ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes avec la participation des personnes de soutien dans la communauté.

# Pratiques sur le terrain

## *Identification précoce des patients de maillons santé dans les hôpitaux pour une transition à la maison en douceur*



**Laurie French**

Gestionnaire principale, Soutien clinique et achalandage  
Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Est  
613 544-8200, poste 4269

[Laurie.French@se.ccac-ont.ca](mailto:Laurie.French@se.ccac-ont.ca)



**Andrea Campbell, IP**

Gestionnaire, Service cliniques  
Centre d'accès aux soins communautaires de l'Est  
613 345-5719, poste 5668

[Andrea.Campbell@se.ccac-ont.ca](mailto:Andrea.Campbell@se.ccac-ont.ca)

# Le personnel infirmier d'intervention rapide du CASC du Sud-Est et le bilan comparatif des médicaments : La collaboration à l'œuvre

*Diligence de pratique :*

*Pratiques innovantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison*

*Andrea Campbell, infirmière praticienne*

*Laurie French, gestionnaire principale*

16 novembre 2016

## Bilan comparatif des médicaments en tant que composant des soins directs

- Meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) : Un schéma thérapeutique à jour qui comprend tous les médicaments réguliers et « au besoin » (prn) consommés (prescrits ou non) à l'aide de différentes sources, notamment l'entrevue avec le client, la famille et le personnel soignant.
- Il s'agit d'une conversation, suivie d'une série d'étapes et de processus ordonnés menant au MSTP.



# Sommaire du projet pilote de personnel infirmier d'intervention rapide du maillon santé du CASC du SE

- Le maillon santé rural de Kingston a saisi une occasion d'amélioration avec le programme IDEAS en collaboration avec QSSO en 2016 et qui comprenait la participation du personnel infirmier d'intervention rapide et du gestionnaire dans cette région.
- Diligence dans la pratique – pour améliorer la communication sur la consommation des médicaments lors des transitions, tout en mettant l'accent sur les clients complexes.
- Intégration de lignes directrices cliniques/mesures de sécurité de pointe, compréhension, autonomie, autogestion de la santé et MSTP.
- Influence sur l'expansion des critères originaux pour le personnel infirmier d'intervention rapide au-delà des références d'hôpitaux afin d'inclure les patients complexes dans les maillons santé communautaires et contribuer à éviter les réadmissions à l'hôpital et améliorer les soins à la maison pour les clients/patients.
- Les résultats pour les patients, les familles, le personnel soignant et les fournisseurs de soins de santé ont été améliorés avec la communication et la collaboration.

# Que faisons-nous maintenant?

- Tout le personnel infirmier en soins directs dans les CASC effectue désormais le bilan comparatif des médicaments dès la première visite.
- Des formulaires normalisés sont utilisés et ils comprennent des changements spécifiques s'adaptant aux prescripteurs (IP) et non-prescripteurs (personnel infirmier en santé mentale et toxicomanies et intervention rapide).
- Les politiques s'appliquant à la gestion de l'éducation et aux médicaments standards pour tout le personnel lié à l'OACCAC/ISMP satisfaisant aux critères de sécurité pour les patients/clients, aux normes d'accréditation et elles sont basées sur les pratiques principales pour offrir à nos patients le meilleur service et la meilleure qualité de soins possibles.

## LES PATIENTS D'ABORD : AMÉLIORER LA COMMUNICATION SUR LA CONSOMMATION ACTUELLE DES MÉDICAMENTS LORS DES TRANSITIONS Maillon santé rural de Kingston

Annie Campbell (IA), clinique médicale Verona, Delanya\_Podgers (IA), hôpital général de Kingston, Kris Walker (IA), CASC du Sud-Est, Laurel Dempsey (méd.), clinique médicale Verona

### D'ici le 30 juin 2015, 75 % des patients complexes à la clinique médicale Verona auront le meilleur schéma thérapeutique possible documenté dans leur dossier de soins primaires

- Le fournisseur de soins primaires joue un rôle de coordination pour tous les soins d'un patient et la gestion des médicaments
- Bien adapté pour surmonter les défis liés aux médicaments des patients complexes présentant plusieurs points de contact dans le système

#### Objectifs

- Créer et maintenir une liste exacte des médicaments
- Créer les meilleures pratiques de communication entre les fournisseurs
- Réduire les occurrences d'évènements indésirables
- Engager les patients dans leurs soins

#### Idées de changement

- Identifier les patients complexes et créer des bases de données pour le suivi des rencontres
- Demander aux patients complexes d'apporter tous les médicaments aux rendez-vous
- Tous les patients complexes sont référés au personnel infirmier d'intervention rapide de CASC après la visite aux urgences ou l'admission à l'hôpital
- Rendez-vous de soins primaires pour les patients complexes dans les 7 jours suivant le congé ou la visite aux urgences
- Visites du personnel infirmier d'intervention rapide chez les patients complexes ne nécessitant pas de soins de courte durée et utilisant les services d'un CASC pour le bilan comparatif de leurs médicaments
- Création d'un livret d'éducation pour les patients afin de faire la promotion de l'engagement des patients

### Famille de mesures

#### MESURE DU RÉSULTAT :

- Pourcentage de patients avec un MSTP documenté dans leur dossier de soins primaires

#### MESURES DES PROCESSUS

- Patients avec un MSTP documenté 7 jours suivant le congé d'hôpital
- Patients avec un MSTP documenté après des visites de soins ambulatoires
- Patients visités par du personnel infirmier d'intervention rapide

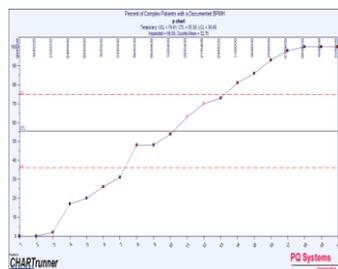
#### Résultats

#### 100 % des patients complexes décelés ont un MSTP documenté dans leur dossier de soins primaires.

- 74 % documentés par le fournisseur de soins primaires
- 18 % remplis par le personnel infirmier d'intervention rapide
- 8 % remplis à l'aide du sommaire de congé des soins de courte durée

#### Le personnel infirmier d'intervention rapide a visité 11 patients complexes

- 4 suivant une visite ou une admission aux urgences
- 7 pour des soins autres que des soins de courte durée



### Facteurs habilitants organisationnels

#### RESSOURCES :

- Temps du personnel de soutien de 4 organisations et du RLISS du Sud-Est
- Financement pour appuyer la participation au programme IDEAS

#### GENS :

- Participation des patients
- Participation des médecins
- Motivations du personnel de première ligne
- Création de connaissances et d'expertise en amélioration de la qualité

#### FACTEURS HABILITANTS ORGANISATIONNELS :

- Tous les partenaires organisationnels offrent une collaboration volontaire en temps opportun
- Culture appuyant les changements productifs
- Soutien du RLISS du Sud-Est

#### FACTEURS HABILITANTS DU SYSTÈME :

- Financement des maillons santé
- Environnement d'engagement envers les changements locaux et régionaux

### Durabilité

Il s'agit d'une initiative pratique et durable dans le milieu des soins primaires. Elle nécessite la normalisation pour la rendre moins chronophage. La durabilité du dossier médical électronique en ce qui concerne les soins primaires a été ralentie par l'introduction d'un nouveau logiciel clinique pendant le projet.

### Propagation

#### PRINCIPAUX PLANS POUR L'AVENIR :

- Initiative maintenue et conservée à la clinique médicale Verona
- Élargir le processus de MSTP au programme de santé mentale pour personnes âgées des maillons santé
- Faire appel à un plus grand nombre de médecins et de fournisseurs de soins infirmiers dans le maillon santé rural de Kingston à l'aide de présentations sur place dans six pratiques cliniques
- Collaborer avec Telus pour établir les capacités de DME en ce qui a trait à la réduction du fardeau de travail lié aux données
- Le CASC du Sud-Est crée un processus similaire pour le personnel infirmier d'intervention rapide avec les autres maillons santé

### Leçons tirées

Les facteurs suivants sont essentiels :

- Engagement des patients (une expérience très positive)
- Engagement des médecins et du personnel infirmier à toutes les étapes du projet
- Partenariats intersectoriels robustes
- Recueillir plus de données que ce que l'on croit nécessaire

### Personne-ressource

Nom : Lynn Wilson  
Titre : Responsable administrative  
Organisation : Maillon santé rural de Kingston  
Courriel : wilsonl1@kgh.kari.net  
Téléphone : 613 374-3311

# Pourquoi est-ce important?

- **Les transitions entre l'hôpital et la maison (y compris les soins de longue durée) présentent un risque plus élevé d'une réadmission à l'hôpital liée aux médicaments et de répercussions sur la sécurité et le bien-être général du patient.**

## *Les patients à risque d'une réadmission liée aux médicaments :*

- **Prenant 5 médicaments ou plus**
- **Plusieurs changements de médicaments à l'hôpital**
- **Prenant des médicaments à risque élevé (CRITÈRES BEERS)**
- **Hospitalisés précédemment pour une réaction indésirable à un médicament**
- **Âgés de plus de 75 ans**
- **Éléments de soutien limités pour les soins à la maison**
- **En cas de non-respect, cela pourrait causer un échec thérapeutique**

*Source :*

[https://www.ismp-canada.org/download/transitions/Hospital2home\\_poster201502.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/transitions/Hospital2home_poster201502.pdf)

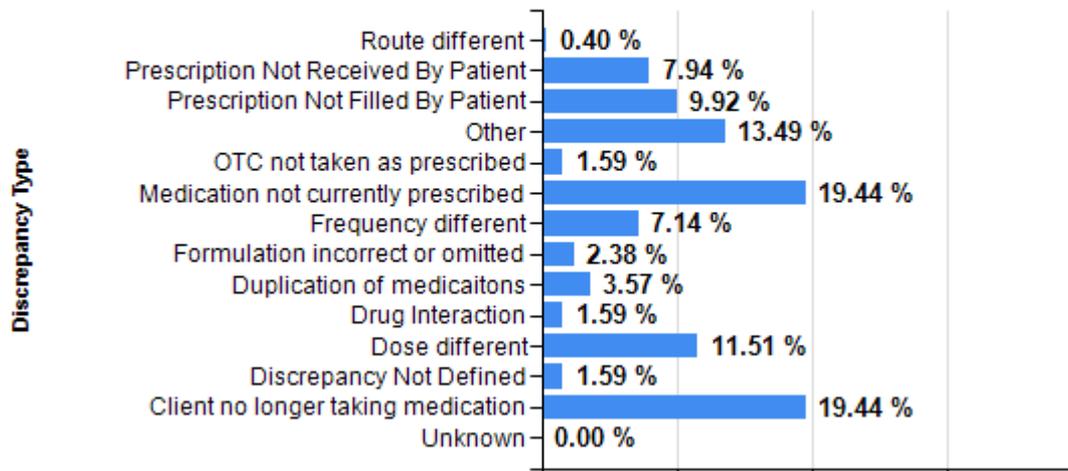
# La collaboration à son meilleur

- Utiliser l'expertise communautaire
- Engager les familles et les patients
- Communication avec les fournisseurs de soins primaires
- Normes de documentation (parler le même langage)
- Réduction des réadmissions et des visites aux urgences, moins de complications liées à une réadmission pour les personnes âgées fragiles ou les patients complexes aux affections chroniques
- Augmentation de la capacité, de la confiance et de l'autogestion de la santé pour les patients, le personnel soignant et les fournisseurs de soins de longue durée
- Éducation pour les fournisseurs de soins de santé
- Normaliser les formulaires de bilan comparatif des médicaments pour les prescripteurs et les non-prescripteurs afin de recueillir les éléments essentiels
- Communication et partenariats continus

## Du point de vue statistique : les résultats sont dans le bilan comparatif

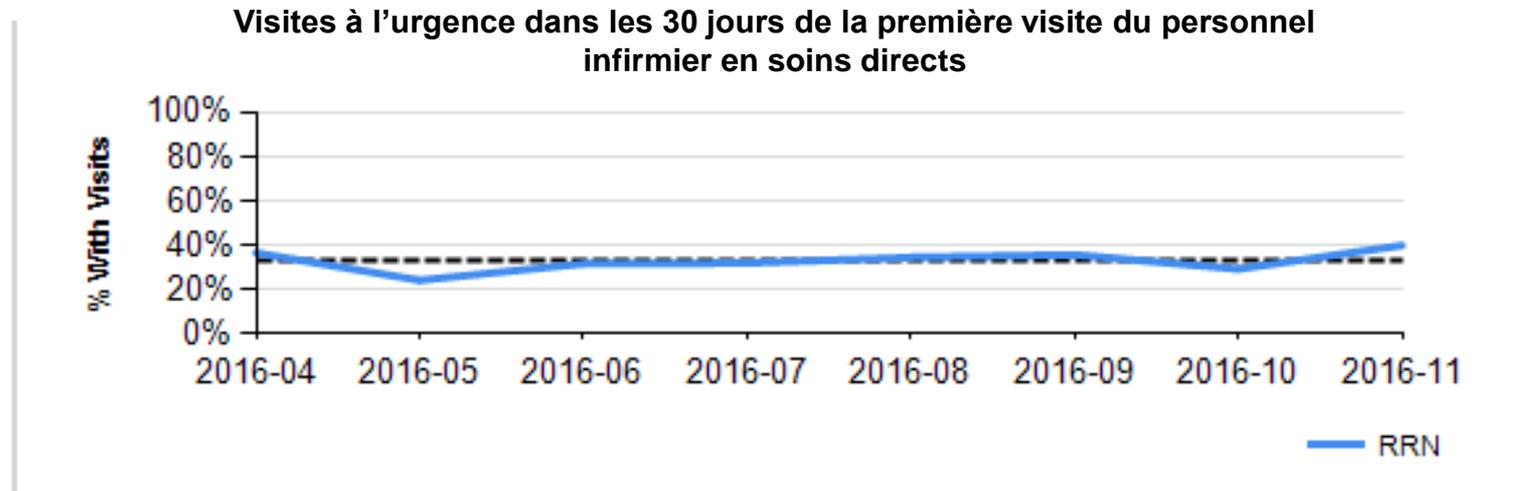
- **98,64 %** des patients reçoivent un bilan comparatif des médicaments complet lors de la visite du personnel infirmier d'intervention rapide (avril – octobre 2016)
- **32,8 %** des patients présentent un écart établi selon notre définition

**Type d'écart dans la réconciliation de médicaments par le personnel infirmier d'intervention rapide (en pourcentage du compte total)**



# Visites au service des urgences

- Dans les 30 jours suivant la visite du personnel infirmier en soins directs



## Emergency Department Visits within 30 days of first Direct Care Nursing Visit

- % of patients with at least one visit to the emergency department within 30 days of their first nursing visit
- The average # of visits for all programs combined within the selected period is represented by the dotted line

# Questions et discussions



[andrea.campbell@se.ccac-ont.ca](mailto:andrea.campbell@se.ccac-ont.ca)

[laurie.french@se.ccac-ont.ca](mailto:laurie.french@se.ccac-ont.ca)

# Optimiser les transitions de soins de l'hôpital à la collectivité



Tania Pinheiro  
Spécialiste en amélioration des processus  
Bureau de transformation des soins  
Hôpital général St. Thomas Elgin  
Courriel : [tpinheiro@stegh.on.ca](mailto:tpinheiro@stegh.on.ca)



Emily Sheridan (BScN), IA  
Service des urgences  
Hôpital général St. Thomas Elgin  
Courriel : [ESherida@stegh.on.ca](mailto:ESherida@stegh.on.ca)

# Notre énoncé de mission

**Mission de haut niveau (objectif) – Optimiser les transitions de soins pour les patients aux soins de courte durée (de l'hôpital aux soins communautaires après le congé)**

**Mission** – Augmenter la proportion de patients aux soins de courte durée de certains groupes clients (selon les besoins) recevant leur congé de l'hôpital général St. Thomas Elgin et rencontrant un fournisseur de soins primaires dans les 7 jours suivant leur congé d'hôpital d'env. 23 % à 30 % d'ici le 31 mars 2015

**But** – Augmenter la proportion de sommaires de congé envoyés dans les 48 heures par l'hôpital général St. Thomas au fournisseur de soins primaires ou au fournisseur communautaire pour les patients aux soins de courte durée de 41 % à 80 % d'ici mars 2015

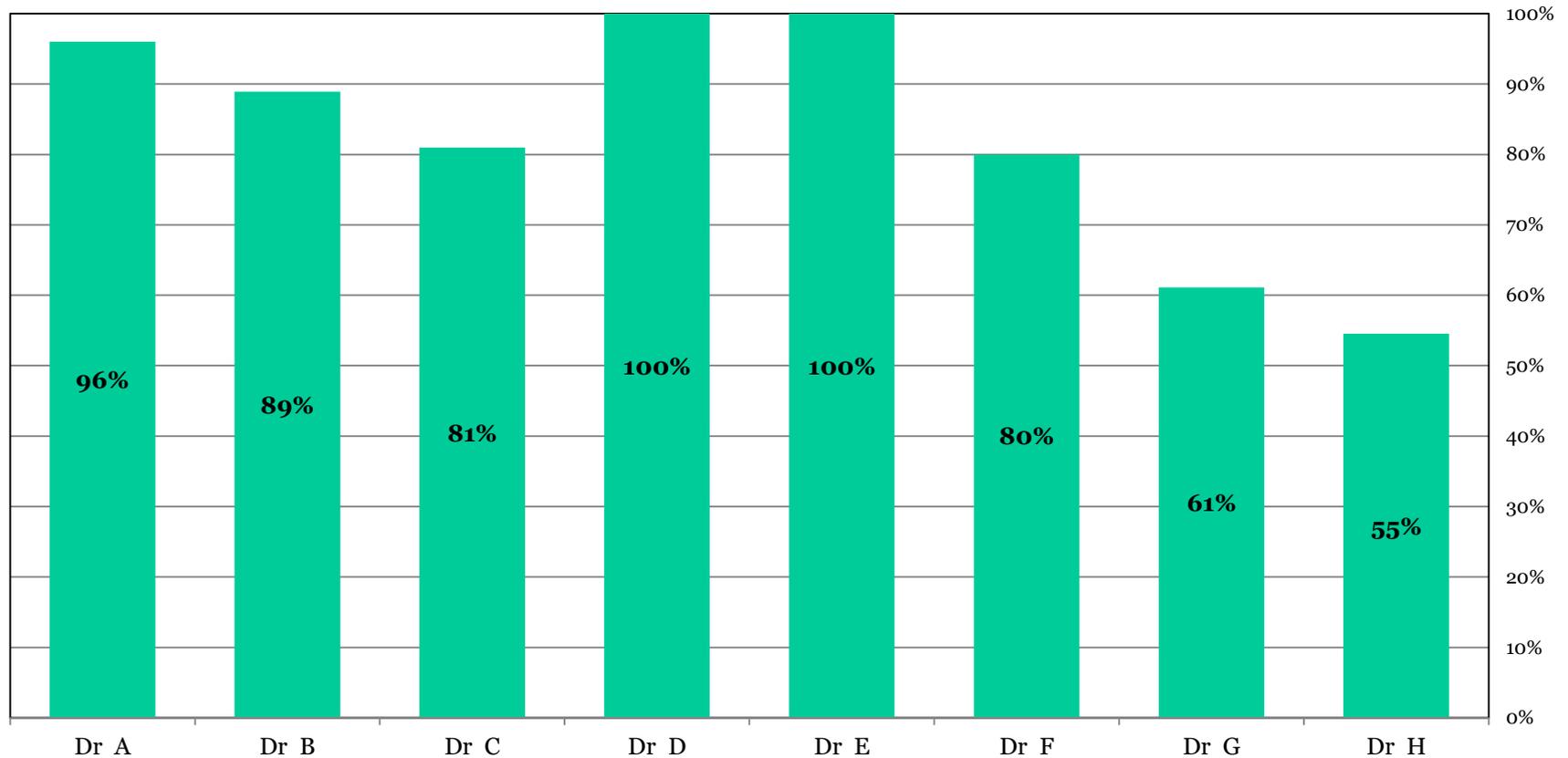
Réduire les  
réadmissions

Augmenter le  
pourcentage  
suivant après  
le congé  
d'hôpital avec  
un suivi

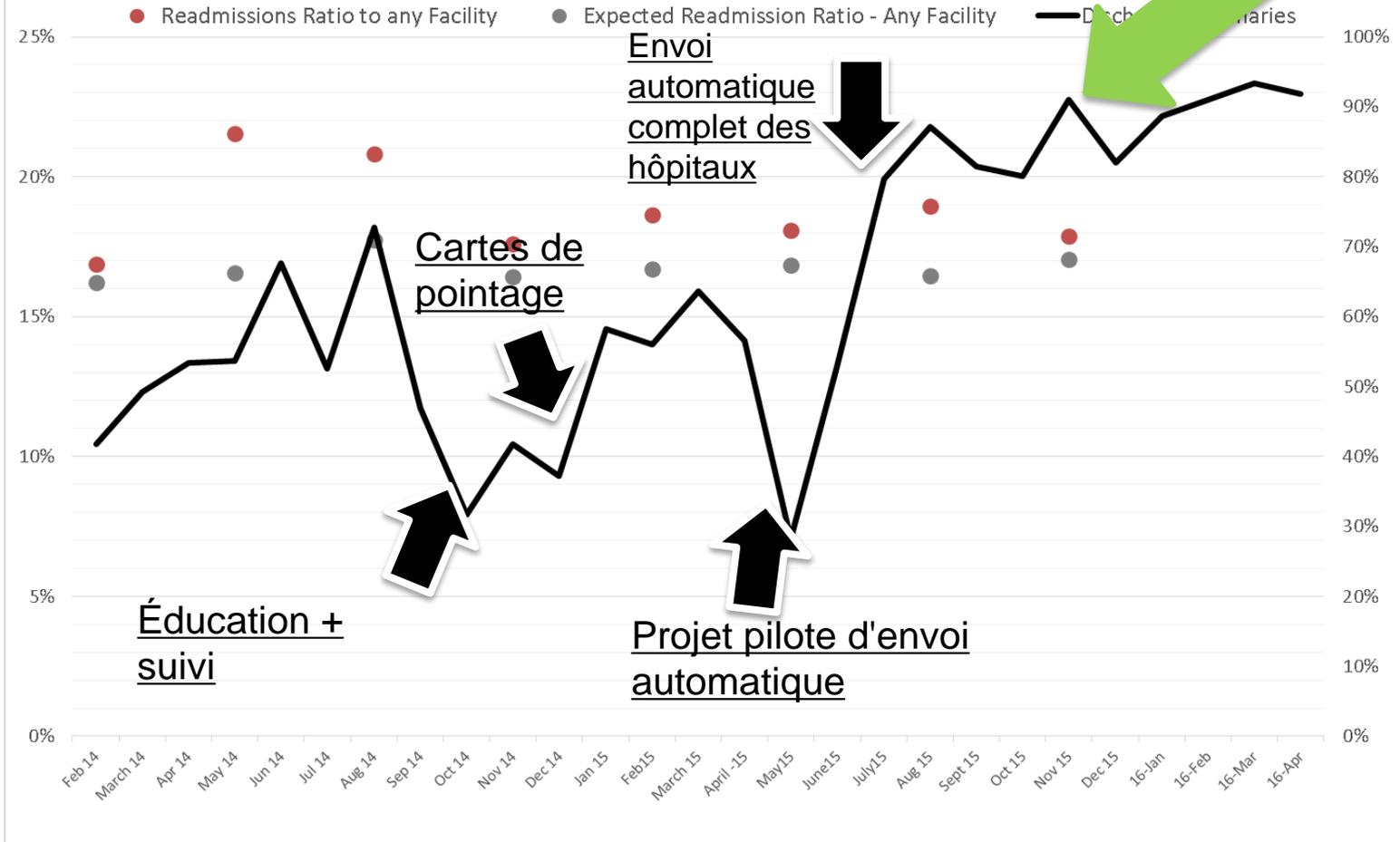
Rapidité des  
sommaires de  
congé

# Carte de pointage de performance des associés cliniques (AC) % des sommaires de congé dictés dans les 48 heures

**Tous les AC - décembre 2014**



# St. Thomas Elgin General Hospital Readmission Ratio (actual and expected) & Percent of Discharge Summaries sent from Hospital to Primary Care within 48 hours



# Durabilité - Carte de pointage de leadership



## Leadership Weekly Scorecard

May 23 2016 - May 29 2016



**Données révisées  
chaque semaine lors  
des rencontres de  
leadership**

# Procédure opérationnelle normalisée

AMU Ward Clerks (0700-1900)		STANDARD OPERATING PROCEDURE							Revision Date: Jan 26/15	
									Date of Issue:	
									Process Cycle Time:	
Key point	#	Steps in Process	M	T	W	T	F	S	S	
	1	Unit Assignment sheet-tool for organizing your day								
	2	Photocopier-fill machine and review incoming faxes								
	3	Housekeeping bed sheet-carry over unclean beds and date sheet								
	4	Water jugs-fill and deliver (to be reviewed)								
	5	Suction audit-refer to picture								
	6	Appointment book daily. Look for envelopes for current transports and ensure readiness								
	7	Stock Secondary Linen carts-(5th only)								
	8	Stock linen & bath warmers								
	9	Stock Isolation caddies as needed								
	10	Census book & White board-update as changes occur								
	11	Discharge phone calls within 48hrs-Standard on Steghnet								
	12	Admissions								
	13	Discharges, schedule appointments with family doctor								
	14	Assignment sheet-fill in patient names for next day assignment								
	15	Hand off report to evening ward clerk								
		<b>Weekly</b>								
		Eye Wash Station - Flush and audit (Sunday)								
		Audits								
		Paper stock								
		Home medications - call patients that have left without them								
		Schedule follow up appts for highlighted pts from the wknd								
		<b>Monthly</b>								
		Grand & Toy supply order - or as needed								
Department	Location	Position	Task Det	Reaction Plan:						
				notify Service						

**5 Suction Audit**  
Audit completeness as per picture. Correct errors and write matrix on huddle board. Done at time of water delivery.

**D/C Phone Calls - 11**  
1. STEGHnet  
2. Clinical Resources  
3. AMU discharge call list  
4. hit "ok" on top right  
To open right click & choose edit

**13 Admissions**  
1. Ensure patient appears on bed list in Cerner.  
2. Take package that arrives from emerge as well as one from floor and attach demographic stickers to admission package sheets, give appropriate ones to nurse and create patient chart with the rest.  
3. Check for allergies in Cerner and label chart if allergies are present.  
4. Ensure patient has allergy band.  
5. Photocopy face sheet, check for appointments and write on copied face sheet and file in appointment book.  
6. Ensure sure there are adequate labair

**14 Discharges**  
**Home-**Receive chart from Doctor. Photocopy script and mark as copy forward discharge profile. Print discharge patient summary. Page CC discharge. Attach patient survey. Fax any consults if needed. Book an appointment and appointment with family doctor within 7 days of d/out appointment card and attach to discharge paperwork, write appo sheet and input into Cerner under "follow up." Flag the paper work to chart, place in "discharge rack" and notify CRN paper work ready. On officially left the floor, discharge needs to be called to central registry book and add update housekeeping bed flow sheet. Disassemble cha health records basket/box.  
**LTC-**Fill out long term care checklist and print off any necessary tests Get transfer record for nurse and brown envelope for nursing home. Instruction from CRN on transport and PTAC as necessary.  
**CCC transfer-**put chart in black duotang  
**Weekend-**Photocopy the facesheet and place in the census book bef census sheet, highlight the patient's name on the census sheet so th monday knows to book the appointment  
**Monday-**Look at census sheet from weekend, use facesheet to call highlighed patient's family doctors to book an appointment for 7 days from date of discharge, and call patient at home to inform them of their appointment

**Daily Additional Tasks**

- Paper - refill/copy as needed
- Mail-Pick-up and delivery to and from unit
- Laundry-bag and tag restraints, lifts, slings etc.
- Call bell-answer and resolve or direct appropriately
- Lab-deliver of samples and pick up of blood products-order "pick up by ward" label when asked.
- Transport patients when no volunteer available
- Height/weights/allergies-MWF-audit completeness. Checked in Cerner and communicated to nurse.
- Consults-fax as requested and file to chart
- Maintenance requisitions-complete on STEGHnet as requested

Les procédures standard de travail des commis d'unité ont déjà été mises en place, nous avons simplement ajouté une tâche quotidienne et une tâche hebdomadaire pour eux. Leur charge de travail n'est pas excessive, donc ces tâches supplémentaires ne sont pas coûteuses et n'ont pas de répercussions sur leurs tâches quotidiennes.

# Aperçu du sommaire des répercussions

- Les délais de dictée ont été réduits de 24 heures à 5 heures environ (*plus efficace*)
- Processus de sommaire de congé normalisé pour éliminer l'authentification des rapports – envoi automatique!
- Pourcentage **global des sommaires de congé envoyés des hôpitaux aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures** – était 41 % (août 2014) et se maintient maintenant à **> 90 % (depuis octobre 2015)**
- **Augmentation du pourcentage de patients ayant un rendez-vous de suivi prévu à 82 %**
- **Variation réduite du taux réel par rapport au taux de réadmission prévu.**





Canadian Mental  
Health Association  
Waterloo Wellington

Association canadienne  
pour la santé mentale  
Waterloo Wellington

***Rôle et partenariats des travailleurs du secteur de soins intensifs gériatriques effectuant des transitions de soins réussies pour les personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité***

Webinaire de Qualité des services  
de santé Ontario

16 novembre 2016

Jane McKinnon Wilson

[jmckinnon@cmhaww.ca](mailto:jmckinnon@cmhaww.ca)



# « Voix du client »



# Transitions réussies

**Désigner une personne dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période suivant le congé d'hôpital**

*Travailleur du secteur des soins intensifs gériatriques (IGSW)*

# Rôles principaux : Travailleurs du secteur des soins intensifs gériatriques (IGSW)

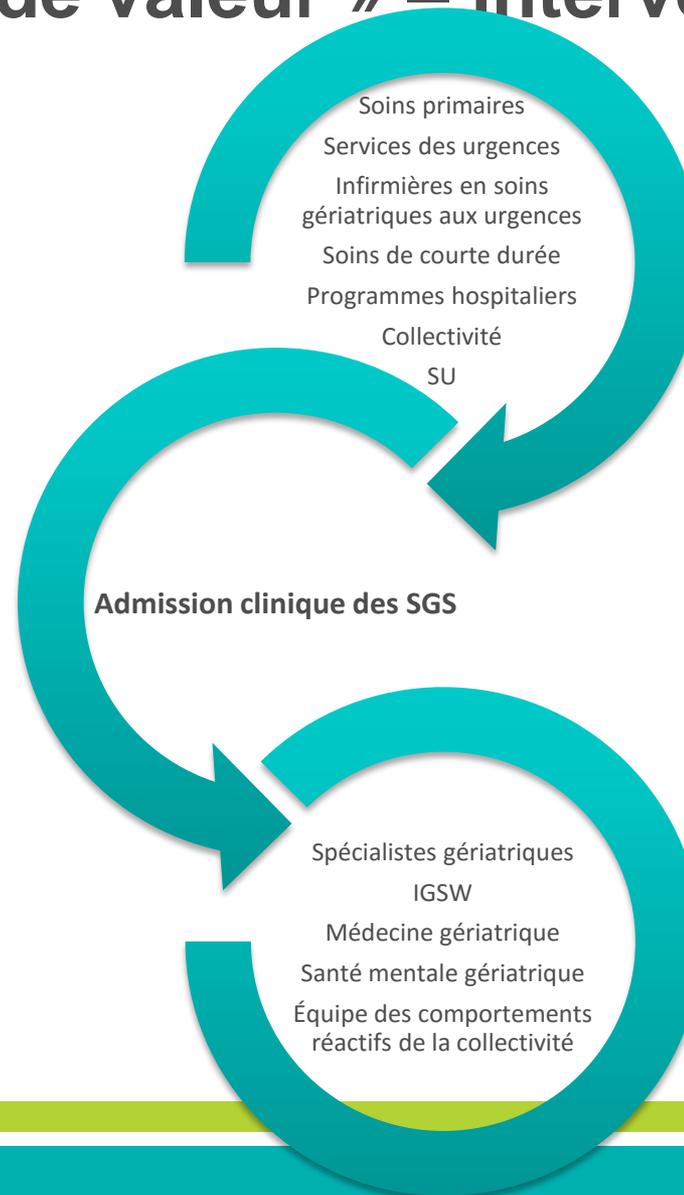
- Appuyer les transitions réussies; mettre en place les plans de soins : personnel infirmier des programmes de gestion en gériatrie, équipe de santé en soins de courte durée ou services gériatriques spécialisés; CASC est un partenaire clé dans la création du plan de soins – urgences et soins de courte durée
- Fournir du soutien, des transitions et des suivis en temps opportun avec les fournisseurs de soins primaires, de soins spécialisés et de soutien communautaire
- Offre des conseils et crée des partenariats : équipe « maillons santé »
- Appuie les soins autogérés et axés sur le patient (p. ex., formateur, éducateur; personnes âgées et personnel soignant)

Aucun temps d'attente; 72 heures

# Les IGSW représentent un service essentiel dans la « chaîne de valeur » – intervenants clés

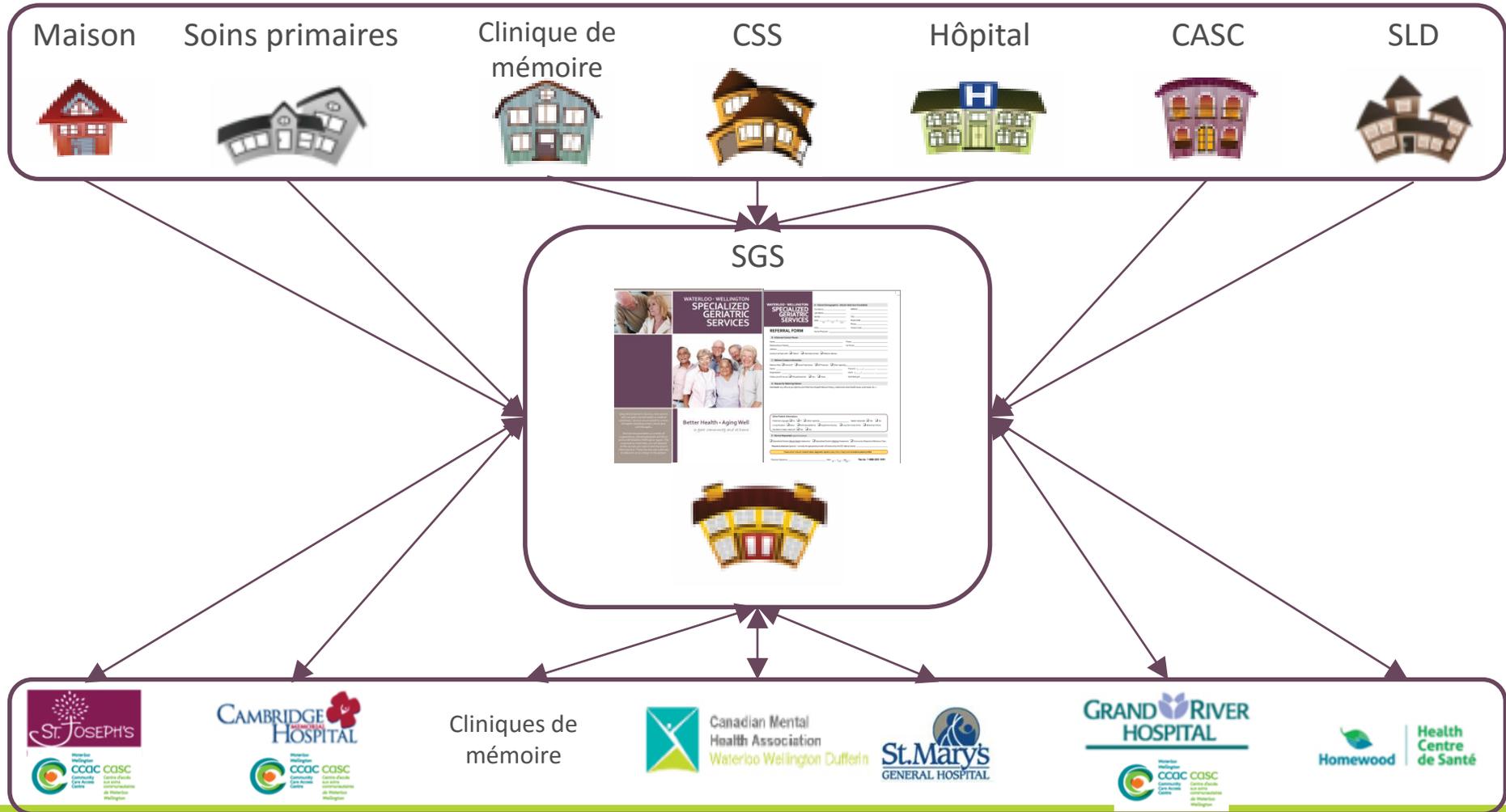
Les IGSW offrent une valeur ajoutée aux personnes âgées et à leurs familles et une constance tout au long des « nombreuses » transitions au sein de la « collectivité » des soins de santé.

Si l'on considère la démographie régionale, les IGSW faisant partie des soins gériatriques spécialisés devront répondre aux besoins d'une population croissante.



Personnes âgées et familles

# Admission clinique des SGS



---

## Bordereau de visite à domicile

---

To guide and connect you with supports and services to help you in your home, you have an appointment with an Intensive Geriatric Service Worker:

**IGSW Name:** [Sylvia DeSchiffart](#)

**Date:** Wednesday, September 22, 2010

**Time:** 11:00 AM

If you are unable to keep the appointment, or have any questions please call:

**(519) 772-8787 x 212 Waterloo - Community Support Connections**

Your health information will be shared with your family doctor and other health partners involved in your care.

(PHIPA; IPC Brochure [Circle of Care: Sharing Personal Health Information for Health-Care Purposes](#); [lpc.on.ca](#))

Close

# Heureux, en santé, en sécurité



« Je n'arrivais pas y croire et tout le monde était si gentil. J'aimerais que tout le monde puisse bénéficier du service qu'on m'a offert. »

# Transitions entre les systèmes et les régions géographiques

- Urgences - Personnel infirmier de GEM – Soins de courte durée – Maison x 4
- Soins de courte durée – Site spécialisé – À l'extérieur du RLISS
- Maison ayant fait l'objet d'une transition :
  - IGSW
  - Soins primaires
  - Médecine gériatrique spécialisée
  - Équipe des comportements réactifs de la collectivité - Toxicomanies
  - Spécialistes en toxicomanie - OTN



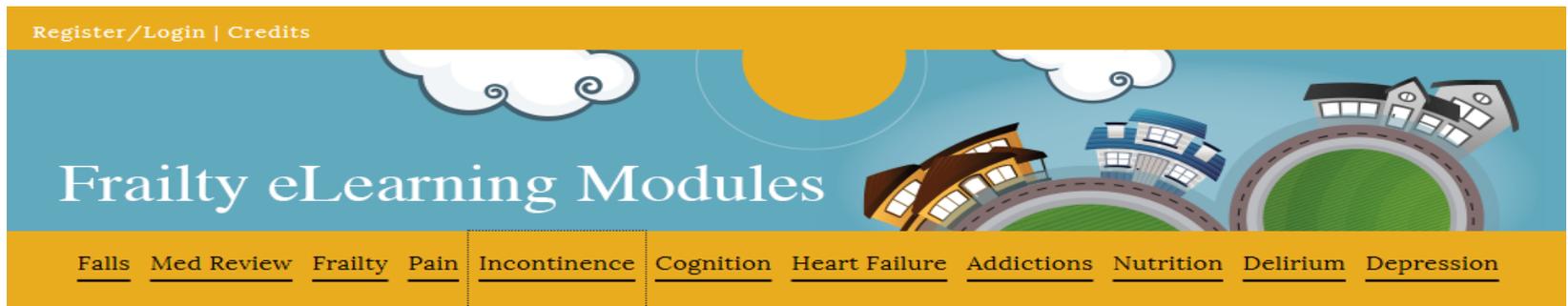
# « Il faut un village »

- La personne
- **IGSW - Une personne désignée dans la communauté pour répondre aux besoins non cliniques dans la période suivant le congé d'hôpital;**
- Personnel infirmier de GEM
- Soins de courte durée
- Soins primaires
- Médecine gériatrique/  
Santé mentale gériatrique



# Équipe de gestion des connaissances et création de capacités – Compétences clés

## Modules en ligne sur la fragilité



- <http://www.regionalhealthprogramsw.com/frailtymodules/register/>

# Intégration – cadre de soins intégrés complets

- Soins intégrés complets mettant l'accent sur la personne; transitions en soins en douceur au sein du système
- Les IGSW jouent un rôle clé dans ce modèle de soins; ils aident la personne âgée à chaque étape de son parcours, tout au long du processus
- L'intégration est appuyée par le Waterloo Wellington Geriatric Services Network (WWGSN) – Représentation du secteur et la « voix des personnes âgées »

<http://www.sjhs.ca/integrated-comprehensive-care-project.aspx>

***International Psychogeriatrics***: page 1 de 15 ©  
International Psychogeriatric Association 2016  
doi:10.1017/S1041610216001058

***« Améliorer la transition des personnes âgées de l'hôpital à la communauté : un cas pour les travailleurs du secteur des soins intensifs gériatriques »***

-----

# Acronymes

- CASC = Centre d'accès aux soins communautaires
- IGSW = Travailleur du secteur des soins intensifs gériatriques
- Personnel infirmier de GEM = Personnel infirmier des programmes de gestion en gériatrie
- SGS = Services gériatriques spécialisés
- OTN = Ontario Telemedicine Network

# MISE EN PLACE DE PRATIQUES INNOVANTES DANS VOTRE MAILLON SANTÉ



## Discussion :

*Veillez soumettre vos questions à l'aide de la case « Question ».*

# COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DU LEADERSHIP DES MAILLONS SANTÉ : RESSOURCES ET ÉVÉNEMENTS

- Rondes de Qualité Ontario  
**Le lundi 21 novembre 2016, 12 h – 13 h**  
*Aucune limite à l'amélioration : Améliorer la qualité à l'Hôpital St. Michael*
- Série de webinaires commençant en janvier pour la communauté de pratique des maillons santé, les invitations seront envoyées aux membres prochainement.
- La création d'une présence en ligne pour la communauté de pratique des maillons santé est en cours. Plus d'information à venir



En apprendre plus sur les dates des programmes à venir  
et les échéances à suivre :

[ideasontario.ca/programs/advanced-learning-program/](https://ideasontario.ca/programs/advanced-learning-program/)



Improving & Driving Excellence Across Sectors

[@IDEASOntario](https://twitter.com/IDEASOntario) | [ideasontario.ca](https://ideasontario.ca)

# Sondages



**Ontario**

Qualité des services  
de santé Ontario

[www.HQOntario.ca](http://www.HQOntario.ca)

SUIVEZ@QSSOntario 