

Sommet 2016 sur le leadership des maillons santé

Mercredi 28 septembre 2016

 #SommetMS2016

HealthLinks

 **Ontario**
Health Quality Ontario

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujet
8 h 00 – 8 h 30	Inscription et réseautage
8 h 30 – 8 h 50	Accueil et mot d'ouverture •D' Joshua Tepper (Qualité des services de santé Ontario) et Pau (RLISS du Sud-Ouest)
8 h 50 – 9 h 15	Pourquoi les maillons santé? Une histoire personnelle •Kirk Mason (personne soignante)
9 h 15 – 9 h 55	Les patients d'abord : L'harmonisation des maillons santé avec les soins primaires et la réforme des soins communautaires : imaginer le potentiel du futur •D' Bob Bell (ministère de la Santé et des Soins de longue durée)
9 h 55 – 10 h 30	Panel : Progrès des maillons santé •Lee Fairclough (Qualité des services de santé Ontario) •Phil Graham (ministère de la Santé et des Soins de longue durée) •Kelly Gillis (RLISS du Sud-Ouest)
10 h 30 – 10 h 50	Pause de réseautage
10 h 50 – 12 h 15 Salle 206	Séance concurrente A : Gestion des soins coordonnés •Modératrice : Lisa Bitonti-Bengert (RLISS de Waterloo Wellington) <ul style="list-style-type: none"> ○ Stacey Bar-Ziv (Qualité des services de santé Ontario) ○ Dan Harren (Maillon santé de Durham Nord-Est) ○ Chris Archer (Maillon santé de Simcoe Nord) ○ Kittie Pang (Maillon santé de Toronto Nord-Est)
10 h 50 – 12 h 15 Salle 205	Séance concurrente B : Transitions entre l'hôpital et la maison •Modératrice : Lee Fairclough (Qualité des services de santé Ontario) <ul style="list-style-type: none"> ○ Susan Taylor (Qualité des services de santé Ontario) ○ Aasif Khakoo (Maillon santé Toronto-Est) ○ Lori Richey (Maillon santé Peterborough) ○ Christine Thompson (IDÉES Alumni)
12:15 – 01:00	Dîner de réseautage
13 h 00 – 13 h 20	Partage des apprentissages des séances concurrentes du matin •Lee Fairclough et Lisa Bitonti-Bengert
1 h 20 – 2 h 25	Comité : Perspectives des leaders des maillons santé •Modérateur : D' Adalsteinn Brown (Institute for Health Policy, Management and Evaluation) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kirk Mason (chef du personnel soignant des maillons santé) ○ D' Jocelyn Charles (Maillon santé Toronto Nord) ○ D' Walter Wodchis (Université de Toronto) ○ D' Harry O'Halloran (Maillon santé South Georgian Bay)
2 h 25 – 2 h 45	Pause de réseautage
2 h 45 – 4 h 15	Panel : Comment l'approche des maillons santé est-elle adaptée aux plans futurs pour les soins primaires et les soins à la maison? •Modérateur : Bill MacLeod <ul style="list-style-type: none"> ○ Nancy Naylor (ministère de la Santé et des Soins de longue durée) ○ D' David Kaplan (Qualité des services de santé Ontario) ○ David Fry (CASC de Mississauga Halton) ○ Paul Huras (RLISS du Sud-Est)
4 h 15 – 4 h 30	Mot de la fin •Lee Fairclough et Paul Huras

MON HISTOIRE

Kirk Mason



L'harmonisation des maillons santé avec les soins primaires et la réforme des soins communautaires : imaginer le potentiel du futur



L'harmonisation des maillons santé avec les soins primaires et la réforme des soins communautaires : imaginer le potentiel du futur

D^r Bob Bell

PROGRÈS DES MAILLONS SANTÉ



Progrès des maillons santé

Panel

Lee Fairclough

Phil Graham

Kelly Gillis

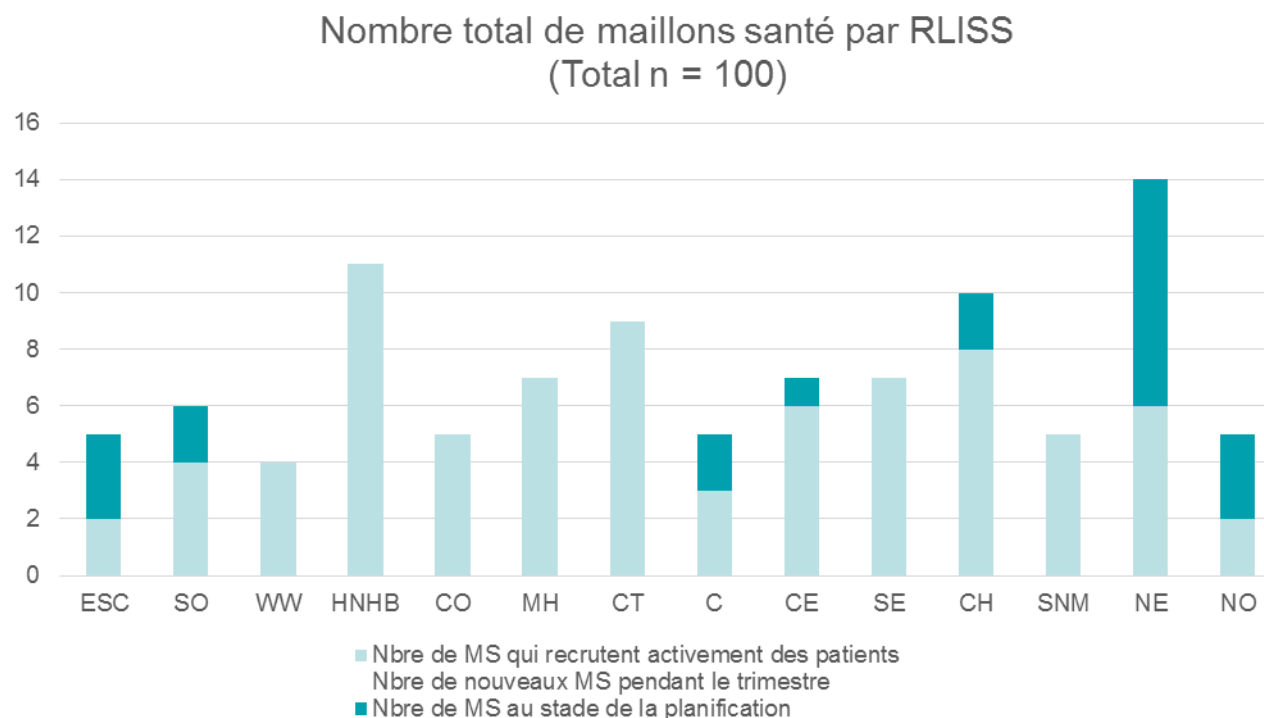
Maillons Santé - Améliorer l'intégration des soins prodigués aux personnes qui ont des affections multiples et des besoins complexes

Collaborer pour faire la promotion d'une approche des maillons santé

Maillons santé <i>Améliorent l'intégration des soins pour les patients ayant de multiples troubles de santé et des besoins complexes</i>	
MSSLD	RLISS
<ul style="list-style-type: none"> • Définit l'orientation stratégique des maillons santé • Offre du financement global aux RLISS • Supervise le rendement général de l'initiative des maillons santé afin d'orienter la stratégie • Facilite la réussite opérationnelle grâce à la mise en œuvre d'outils et de mécanismes de soutien au niveau provincial 	<ul style="list-style-type: none"> • Établit des priorités régionales pour les maillons santé et en assure l'harmonisation avec les priorités provinciales • Finance les maillons de santé selon les priorités • Assure la responsabilité globale du rendement des maillons santé, RLISS par RLISS • Oriente l'exploitation grâce à la mise en œuvre de plans et de mesures de soutien pour l'adoption d'outils provinciaux • Identifie et met en place les mesures de soutien et les outils régionaux au besoin
Qualité des services de santé Ontario	
<ul style="list-style-type: none"> • Soutient la production de rapports et les analyses tirés de la collecte de données en temps opportun • Est responsable de l'identification systématique des innovations émergentes et des pratiques exemplaires • Augmente le rythme des progrès par la normalisation des pratiques exemplaires dans l'ensemble des maillons santé • Soutient le partage de leçons apprises à l'échelle régionale ou provinciale entre les maillons santé • Relie les responsables des maillons santé des RLISS à d'autres initiatives provinciales d'amélioration de la qualité pertinentes 	

Pour commencer — Mise à jour du 1^{er} trimestre

Les maillons santé passent de la planification au recrutement de patients



- **100 maillons santé** sont prévus afin d'élargir la couverture pour inclure tous les secteurs géographiques
- **79 des 100** maillons santé ont participé activement au recrutement des patients à la fin du T1; les maillons santé ont poursuivi leur planification

Coup d'œil sur les maillons santé – Mise à jour du 1^{er} trimestre

	Nombre de MS qui recrutent activement des patients	Nombre de plans de soins coordonnés achevés	Nombre de patients ayant accès à un fournisseur de soins primaires
T4 2015-2016	80	4 549* (déclaré par 76 maillons santé sur 80)	5 711* (déclaré par 71 maillons santé sur 75)
T1 2016-2017	79**	3 782 (déclaré par 78 maillons santé sur 80)	3 668 (déclaré par 76 maillons santé sur 80)
Total cumulatif jusqu'à aujourd'hui	79**	22 707	33 614

**Remarque : Ce nombre a été ajusté au premier trimestre : Le nombre de PSC s'est déjà élevé à 4 622; le nombre de FSP s'est déjà élevé à 5 713. Ajustés en raison de la correction d'erreurs.*

***Remarque : Ce nombre a été ajusté afin de tenir compte des mises à jour du RLISS d'Érié St-Clair.*

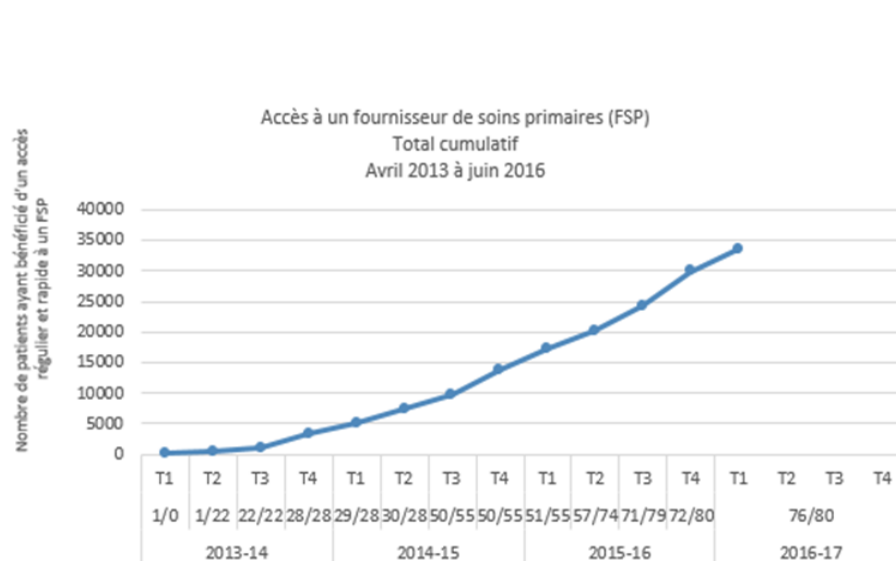
Coup d'œil sur les maillons santé – Mise à jour du 1^{er} trimestre

Plans de soins coordonnés



22 707 patients ayant des besoins complexes ont reçu des plans de soins coordonnés grâce aux maillons santé

Accès aux soins primaires



33 614 patients des maillons santé ont eu accès à des soins primaires de façon régulière et en temps opportun

À propos Rob

Rob est un homme de 54 ans présentant des antécédents d'hypertension, de diabète, de taux de cholestérol élevé ainsi que de crises cardiaques multiples, en plus d'être atteint d'un retard de développement. Il a vécu avec sa mère jusqu'à ce qu'elle décède, puis il a déménagé dans son propre appartement, car les autres membres de sa famille n'étaient pas en mesure de le soutenir. Rob reçoit un soutien financier pour personnes handicapées et utilise la banque alimentaire de sa région. Il prend l'autobus de transport en commun local d'environ 11 h à 13 h chaque jour. Un employé du réseau de transport en commun à la retraite aidait Rob avec ses finances, mais il n'est plus en mesure de lui offrir ce soutien.

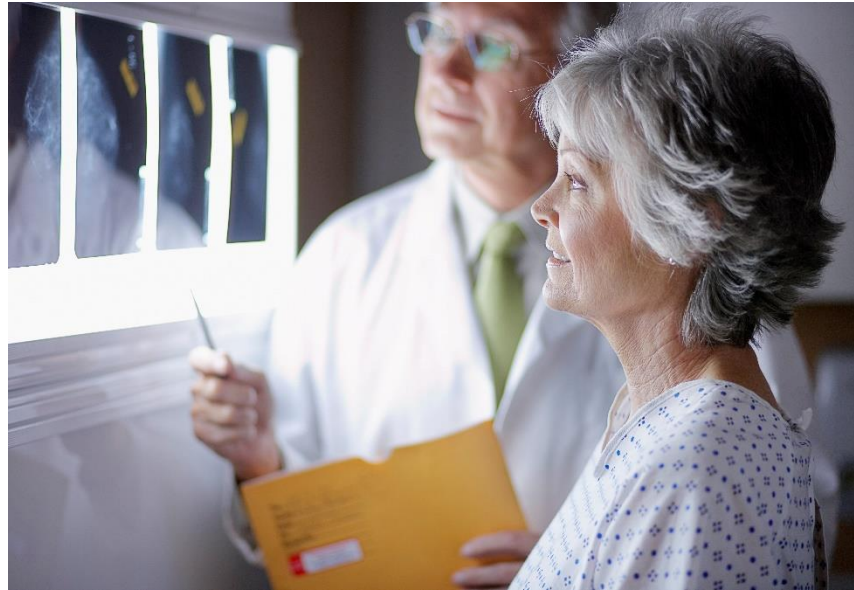
Entre le 21 juillet et le 24 octobre 2014, Rob s'est rendu au service des urgences 16 fois, ce qui a entraîné six admissions à l'hôpital. Sa dernière admission s'est déroulée du 25 octobre 2014 au 23 mars 2015 (13 jours de soins actifs + 137 jours d'attente pour d'autres niveaux de soins). Ce séjour prolongé à l'hôpital était en partie attribuable au fait que Rob ne prenait pas ses médicaments pour ses problèmes cardiaques et son diabète et qu'il ne surveillait pas sa glycémie.

L'équipe de l'hôpital a attendu que les Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle aident Rob, qui a été aiguillé vers le Maillon santé de Hamilton-Ouest en mars 2015, où l'élaboration d'un plan de soins coordonnés a été entreprise.

Qu'est-ce qui compte le plus pour Rob? « Je veux rester dans mon appartement. »

SUJET	Échange d'idées et de réussites	Discussion Topic	Comments from LHIN Health Link Leads
Expérience et (ou) participation des patients	Dans le RLISS de Champlain, un sondage sur l'expérience des patients des maillons santé a été mis au point par un groupe de travail composé de patients (et de représentants de patients), de personnes soignantes, de chefs de projet des maillons santé, du RLISS et de Qualité des services de santé Ontario. Le sondage a été mis à l'essai et il est maintenant entièrement mis en œuvre dans huit maillons santé actifs. Les résultats préliminaires rendent compte de commentaires positifs de la part des patients.	Is palliative/end of life care a focus of Health Links?	<ul style="list-style-type: none"> • 7 of 14 LHINs describe strong palliative care and Health Links ties; processes are in place to support palliative patients • 5 of 14 LHINs identified that palliative care work in Health Links is underway, or there are early discussions taking place • 2 of 14 LHINs identified that there was not currently a palliative focus and/or work underway is not tied to health links
Harmonisation donnant la priorité aux patients	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le RLISS de Mississauga Halton, le CASC a jumelé géographiquement les coordonnateurs de soins aux fournisseurs de soins primaires. • Dans le RLISS du Centre-Toronto, une transition visant à harmoniser les maillons santé aux sous-régions et à la stratégie en matière de soins primaires est en cours. Dans le RLISS du Centre-Ouest, il y a une augmentation des liens avec les fournisseurs de soins primaires grâce à huit coordonnateurs des ressources des maillons santé et au jumelage des coordonnateurs des soins spécialisés des CASC aux fournisseurs de soins primaires. 		<p>Interpretation: <i>Palliative care definitions and processes vary across the regions. There is consistency across LHINs that palliative patients are or will be eligible for Health Links (i.e., not excluded). More details will be available as regions continue exploring formal connections between Health Links and palliative care.</i></p>
Travaux relatifs aux solutions électroniques	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le RLISS du Centre-Ouest, les maillons santé utilisent le système de vidéoconférence pour ordinateur personnel du Réseau Télémedecine Ontario (RTO) pour participer à des conférences sur les soins au lieu de mener ces entretiens en personne. • Dans le RLISS du Sud-Est, le portail de l'information intégrée sur la santé du Sud-Est (SHIIP) continue d'être mis en place. <ul style="list-style-type: none"> ○ À la fin du premier trimestre, 14 établissements utilisaient activement ce système. ○ La participation de deux autres RLISS à l'exploration de l'utilisation de ce système est en cours. ○ De nouvelles fonctionnalités ont récemment été ajoutées afin de permettre aux maillons santé de créer ou d'ajouter un PSC dans le système, d'apporter des 		<p><i>Most LHINs have at least 1 Health Link working with Palliative Care patients. Some regions identified a palliative care commitment from the establishment of the Health Link through the business plan, while others introduced palliative care teams later on in the Health Link maturity, and have continued to engage providers and build capacity.</i></p>

Les pratiques innovantes Gestion coordonnée des soins



« Si tout le monde travaillait ensemble sur mes problèmes, les soins seraient meilleurs. Vous savez... en considérant toute la personne et tous les problèmes. Particulièrement lorsque je ne me sens pas assez bien pour tout gérer moi-même. »

Diane, patiente

Gestion des soins coordonnés

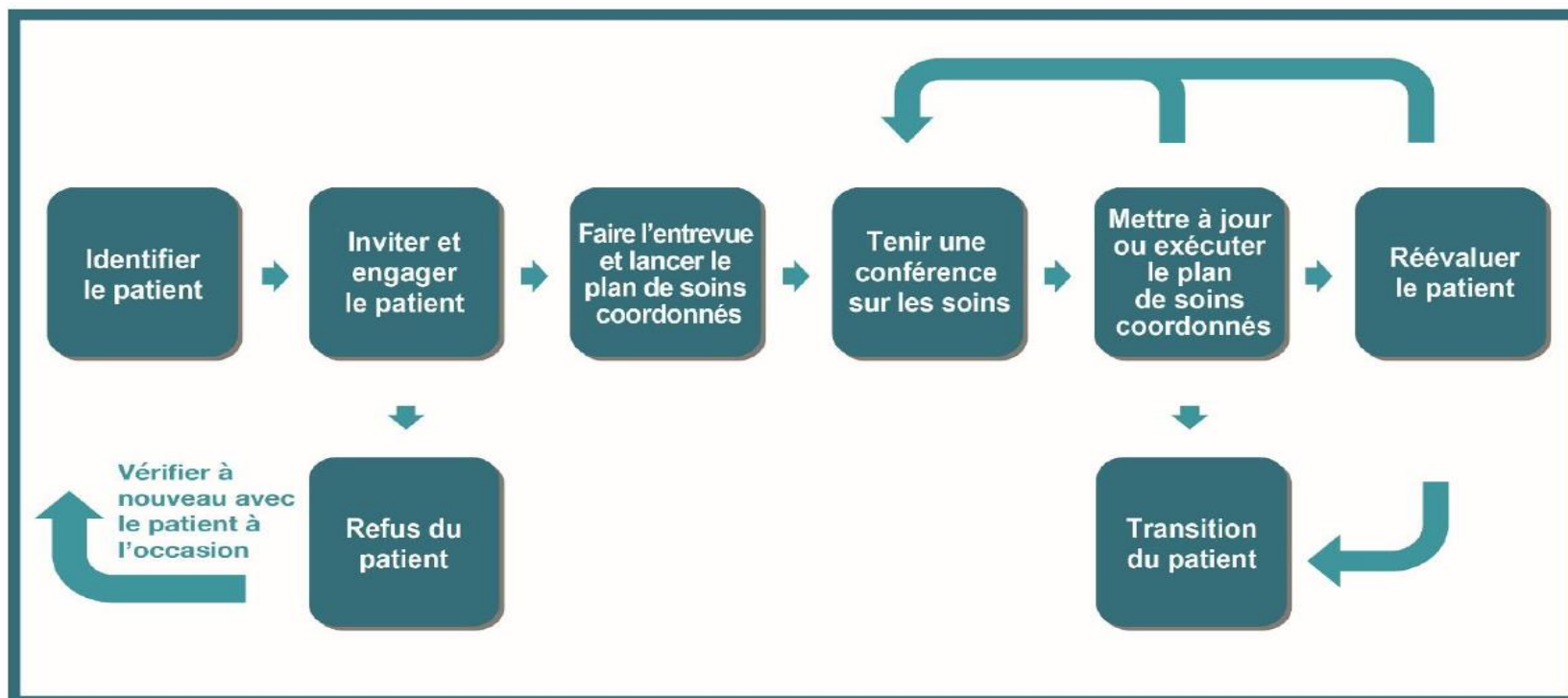


Figure 1 : Approche de la gestion des soins coordonnés

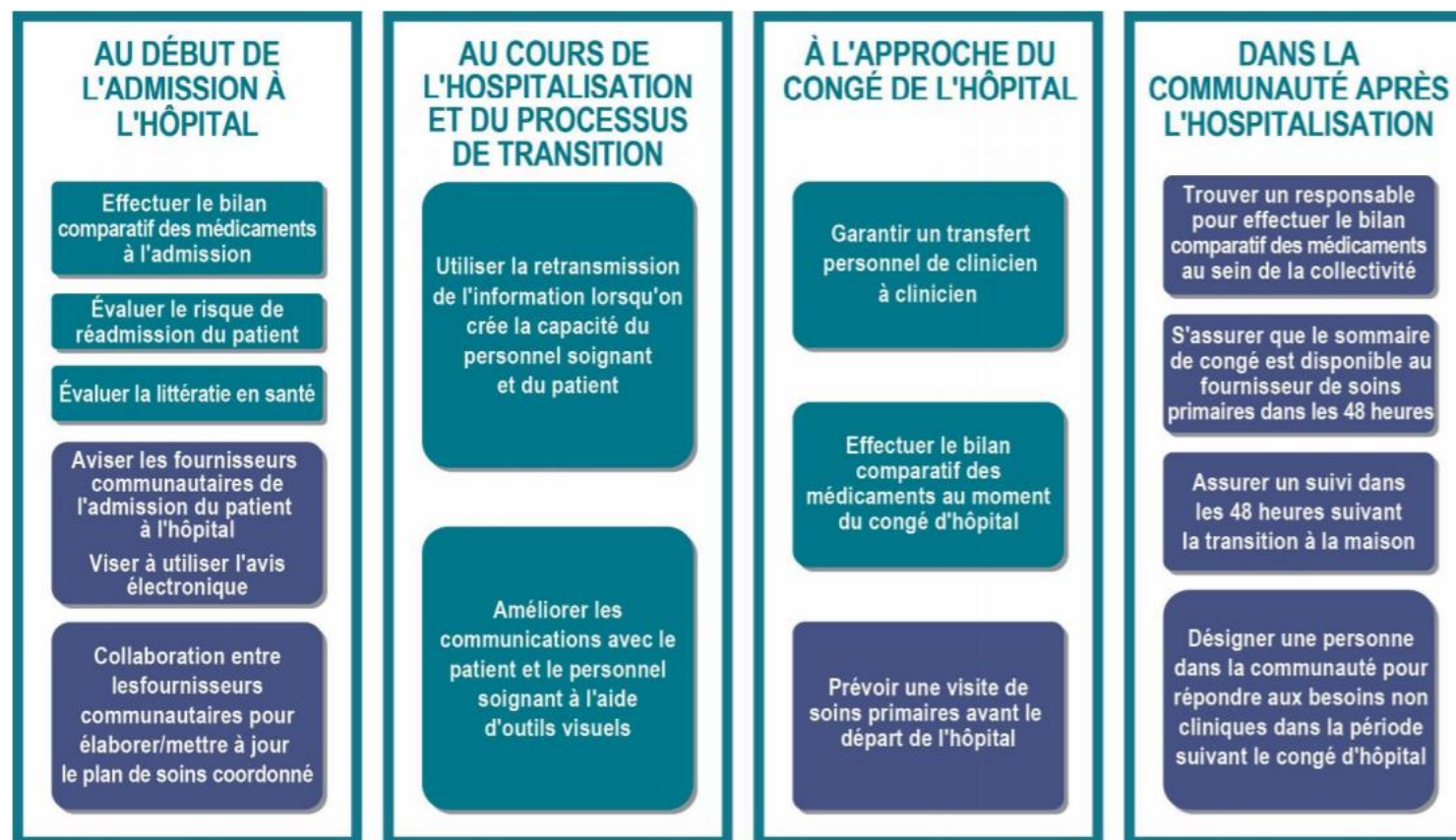
<http://www.hqontario.ca/Am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9/Les-programmes-dam%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9/Maillons-sant%C3%A9/Gestion-des-Soins-Coordonn%C3%A9s>

Gestion des soins coordonnés

Sommaire des pratiques innovantes

Étape de la gestion des soins coordonnés	Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante ²	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Identifier le patient	Identifier les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de recherche de cas fondée sur des données probantes à tout moment du parcours thérapeutique du patient.	ÉMERGENTE	<p>Propagation provinciale et réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un an (juin 2017).</p>
Inviter et engager	Fournir aux patients un seul point de contact pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés.	PROMETTEUSE	
	Utiliser des stratégies de communication centrées sur la personne afin d'inviter et d'engager le patient dans la coordination de ses soins avec l'équipe des maillons santé.	ÉMERGENTE	
	Utiliser un processus ou un formulaire complet qui permet aux patients ou aux décideurs substitués de fournir leur consentement pour tous les éléments des soins coordonnés à la fois (peut être implicite ou explicite).	ÉMERGENTE	
Faire une entrevue et lancer le plan de soins coordonnés	Mettre en œuvre l'approche des « patients partenaires » pour tous les patients des maillons santé.	ÉMERGENTE	

Améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison



 Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

 Pratiques innovantes

Transitions entre l'hôpital et la maison

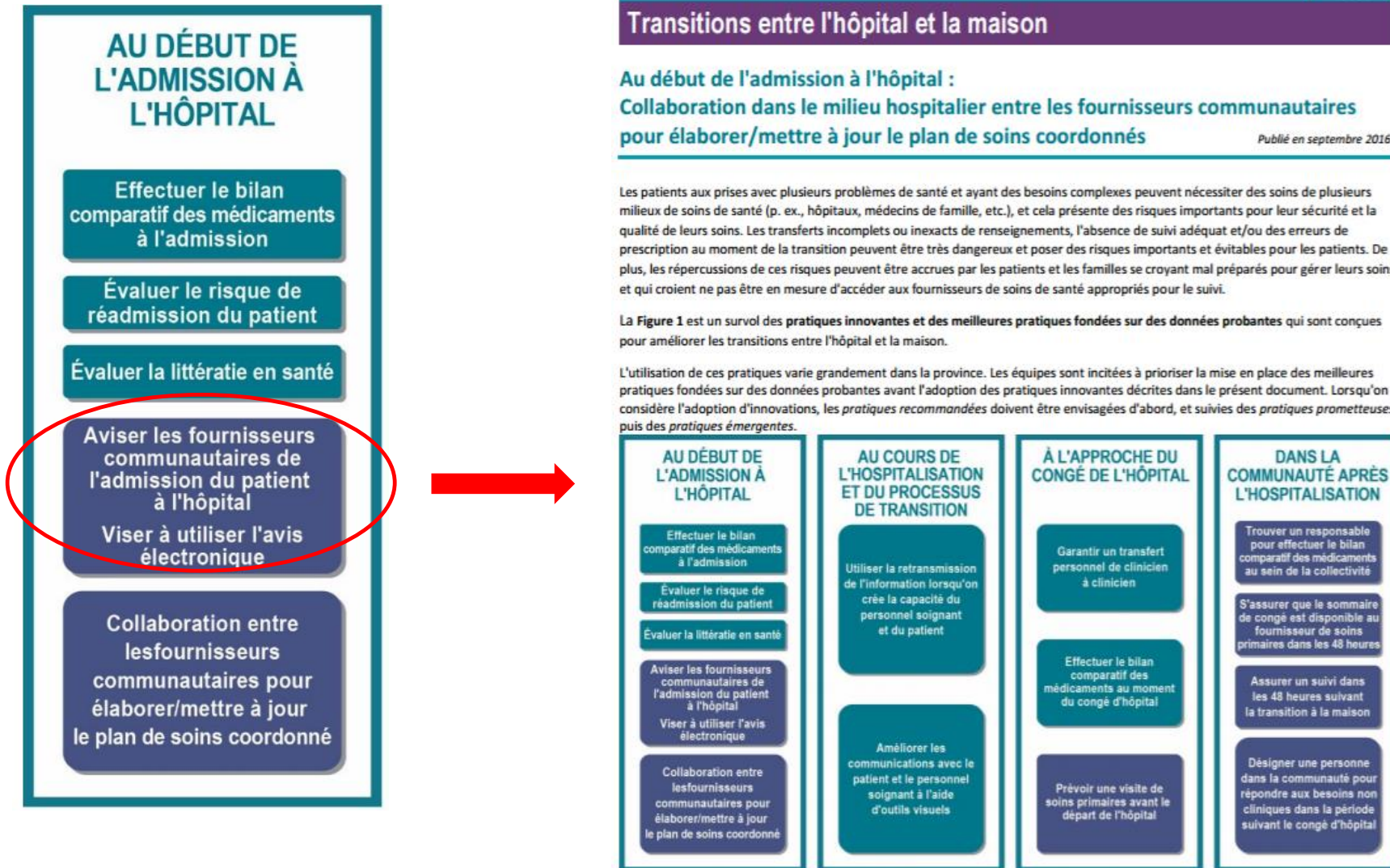
Au début de l'admission à l'hôpital : Collaboration dans le milieu hospitalier entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés

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, 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 et/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 décrites dans le présent document. Lorsqu'on considère l'adoption d'innovations, les *pratiques recommandées* doivent être envisagées d'abord, et suivies des *pratiques prometteuses*, puis des *pratiques émergentes*.



Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

Pratiques innovantes

Figure 1 : Pratiques pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison

LEADERSHIP DES MAILLONS SANTÉ COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

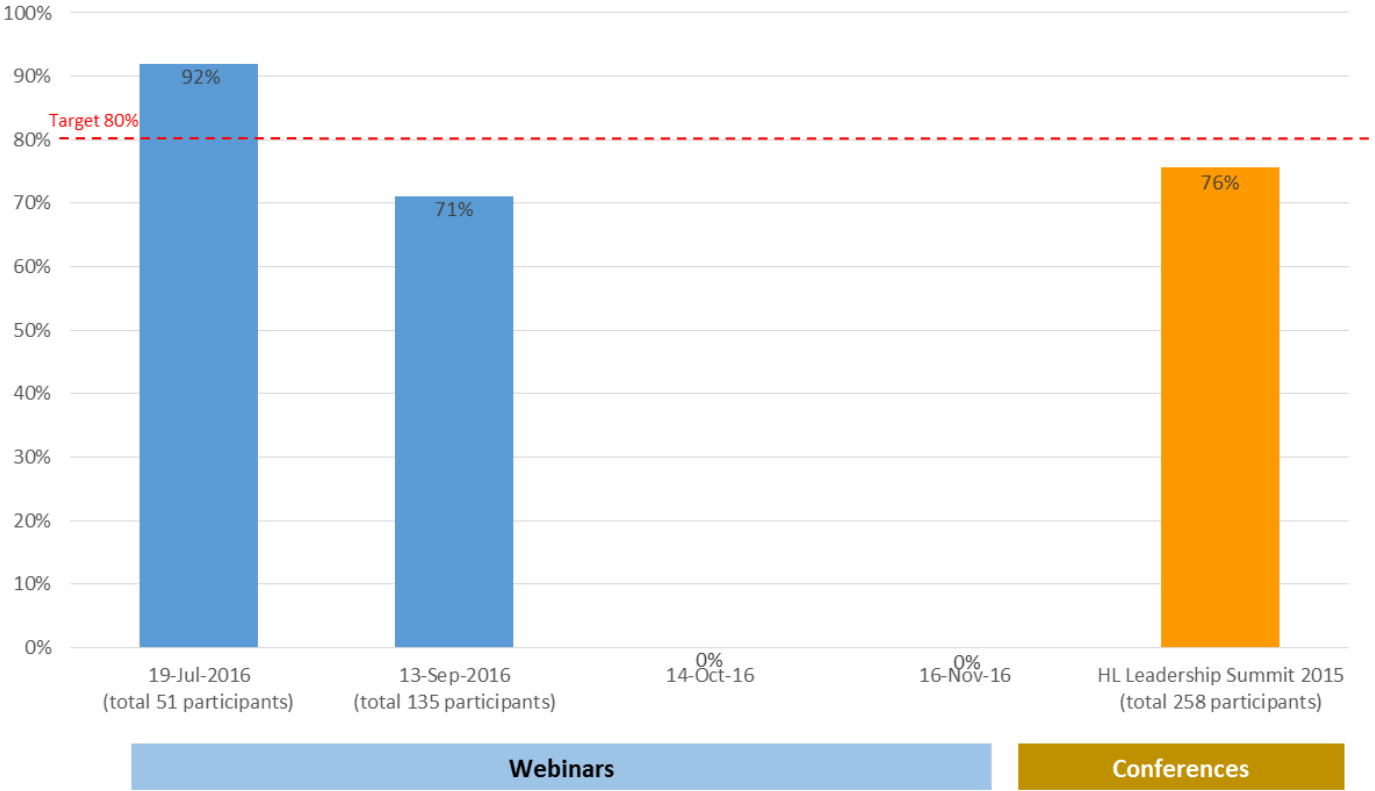


« Les communautés de pratique se définissent comme étant des groupes de personnes ayant une préoccupation ou une passion commune pour leur vocation et qui apprennent comment s'améliorer à mesure qu'ils interagissent régulièrement »

Répercussions sur la pratique

How likely are you to implement at least one idea or concept from this session in your practice/organization?

Health Links Community of Practice Evaluation: % who answered 4 or 5 on 5-point scale



ÉVÉNEMENTS À VENIR

Transitions entre l'hôpital et la maison

- Webinaire - PREMIÈRE PARTIE - **14 octobre 2016**
- Webinaire - DEUXIÈME PARTIE - **16 novembre 2016**

Transformation Qualité de la santé

20 octobre 2016. *La période d'inscription est ouverte*

Remerciements spéciaux

Maillons Santé : les progrès à ce jour

Sommet sur le leadership des
maillons santé

28 septembre 2016

Phil Graham

Selon les données...

Depuis le début :

82 maillons santé approuvés à l'échelle provinciale

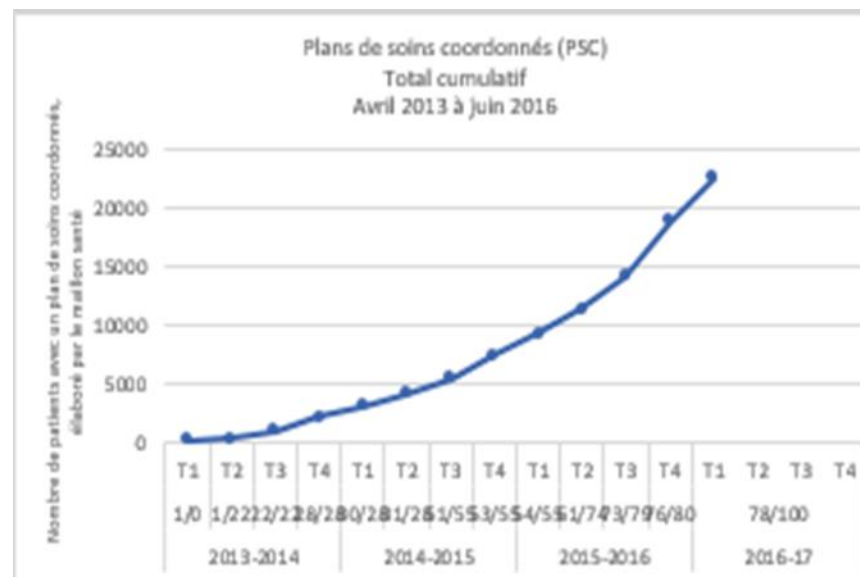
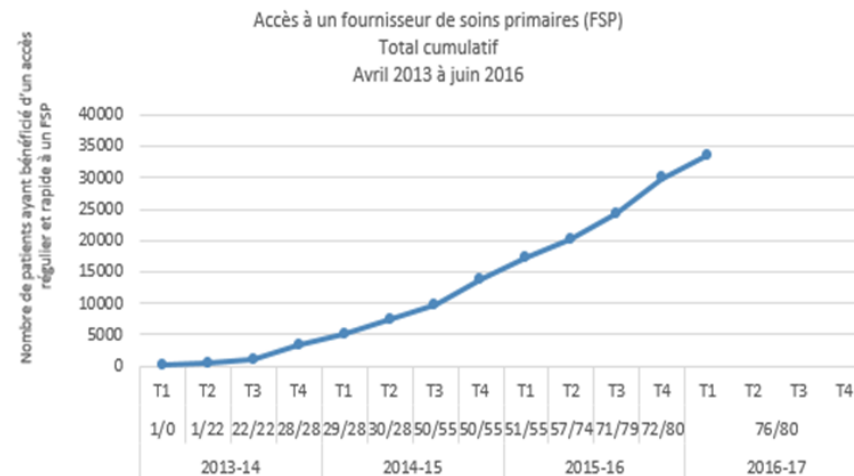
22 707 plans de soins coordonnés

33 614 patients aux besoins complexes ont accès à des soins primaires

En date du premier trimestre de 2016/17 :

3 782 nouveaux plans de soins coordonnés

3 669 patients aux besoins complexes ont accès à des soins primaires



Les maillons santé ont *remis en question le statu quo* sur la **conception des politiques et des programmes** et partagé d'importantes leçons :

Permettre l'innovation locale

- « Faible nombre de règles » et le besoin pour une flexibilité intégrée.
- Mettre l'accent sur les sous-régions et la responsabilisation locale.

La complexité du patient complexe

- Groupe qui n'est pas uniforme et changeant.
- Les éléments les rendant malades vont bien au-delà des soins de santé.

Les soins axés sur le patient à l'œuvre

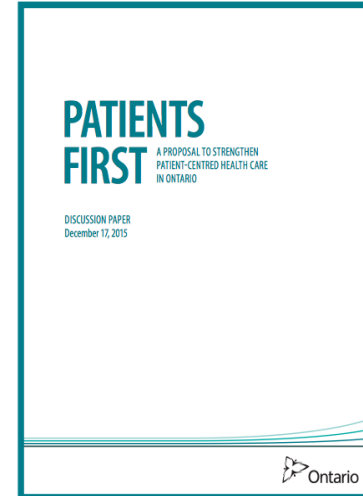
- Ne « conviennent » pas aux modèles de responsabilité conventionnels.
- Le meilleur des meilleures pratiques.

Modèle de financement

- La mise en œuvre et la maturité prennent du temps; le modèle de financement doit être adapté.
- Profiter du partage et de la durabilité – encore beaucoup à faire.



- Efforts locaux dans les sous-régions.
- Leadership et collaboration locale.
- Meilleures pratiques des soins axés sur les patients.
- Équité des soins et application des déterminants sociaux aux soins de santé.
- Engagement des patients, des familles et des fournisseurs



HealthLink

Maillons santé du Sud-Ouest

Let's Make Healthy Change Happen

L'approche des maillons santé à la planification des soins coordonnés : Mieux travailler ensemble

Kelly Gillis, directrice principale, RLISS du Sud-Ouest
28 septembre 2016



Quels éléments guident notre approche de planification des soins coordonnés dans le RLISS du Sud-Ouest?

coordinated care plan updated and shared with all
shared accountability

culturally safe

trusting partnerships

people with high care needs

equitable

possibilities

respectful

active listening

person-centred

collaborative clear communication

best practice

Quel élément guide les meilleures pratiques dans l'approche des maillons santé pour la planification des soins coordonnés?



Apprentissage collaboratif des maillons santé



Communauté de pratique

Soins regroupés (IHI)

EIES

Évaluation de l'impact sur
l'équité en matière de santé



Programme
d'autogestion
du Sud-Ouest

Améliorer votre santé, ensemble.

Éducation pour le patient et les fournisseurs

Collaborer avec les autres initiatives = succès

- Il nous a dit qu'il « en avait assez d'être malade et fatigué! »
- Découvert l'approche de planification des soins coordonnés des maillons santé du rapport Amener les soins au domicile
- Ses fils, sa femme, son médecin de famille, son coordonnateur des soins, son infirmière à domicile, son spécialiste et ses pharmaciens composaient son équipe de soins
- Il sait maintenant qu'il est capable de gérer ses symptômes et ses médicaments
- Il ne se sent pas encore aussi bien qu'il le voudrait, mais il est heureux de ne pas avoir eu à retourner à l'hôpital



Ron

Quelle a été la première expérience des patients du Sud-Ouest?

- Les données préliminaires pour un petit groupe de patients/clients suggèrent que :
 - Les patients/clients sont confiants/très confiants qu'ils atteindront **leurs** objectifs
 - Les patients/clients se sentent appuyés/bien appuyés
 - Les patients/clients se sentent respectés/très respectés

« J'ai apprécié que tous les éléments de mes soins étaient représentés et qu'ils ont fourni toute l'information nécessaire; ils ont tous offert des éléments utiles »

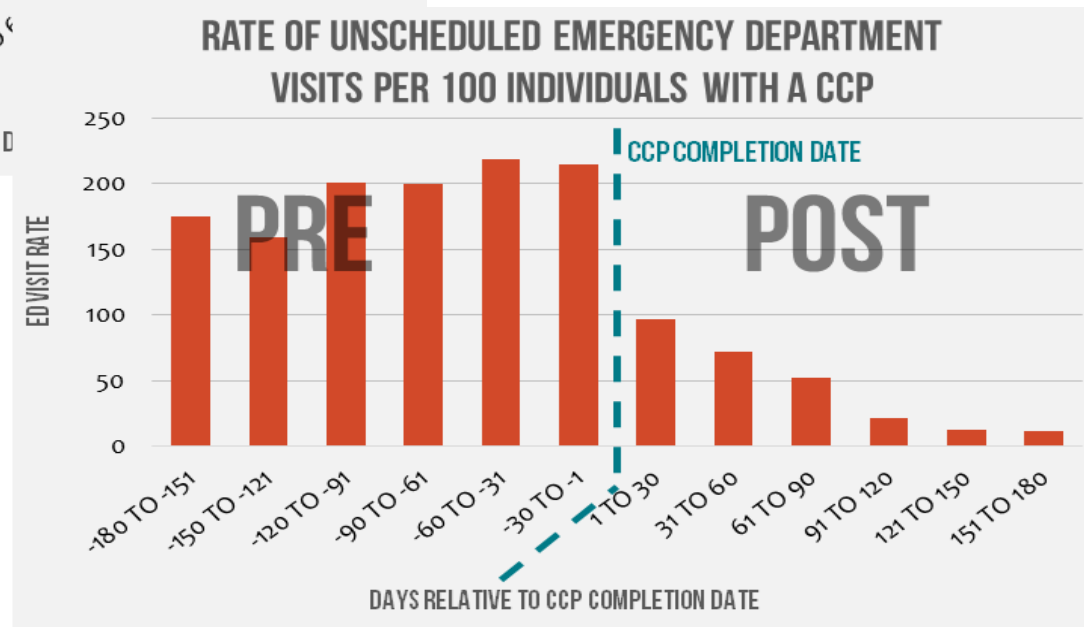
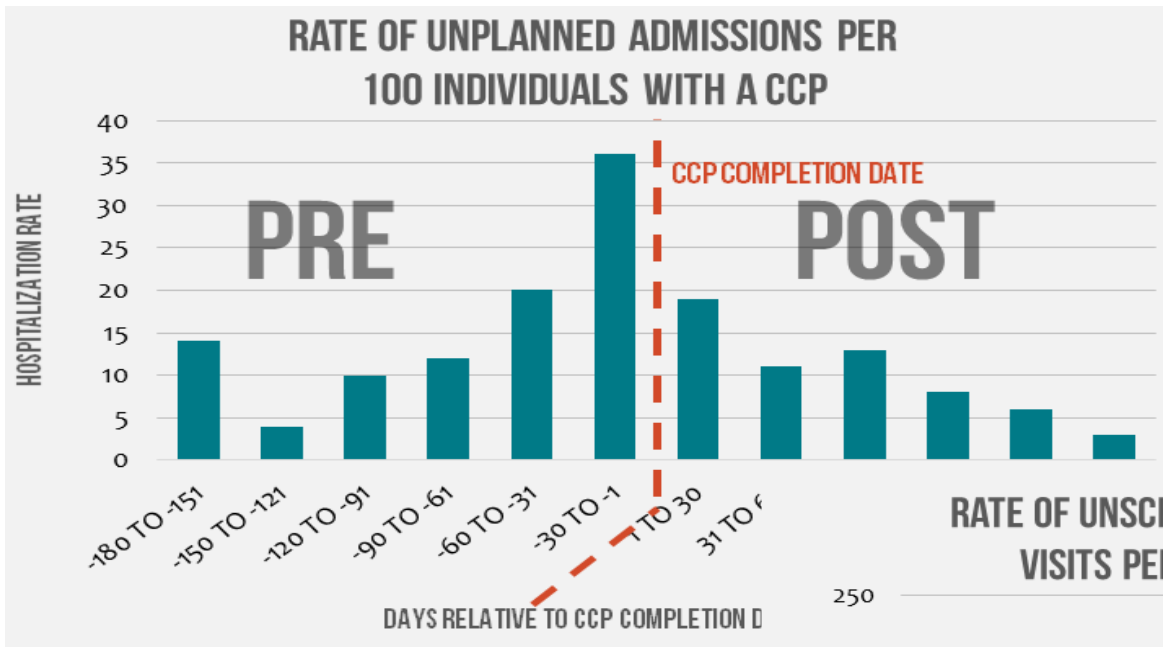
Quelle a été la première expérience pour les fournisseurs du Sud-Ouest?

« À la suite de ce programme de soins coordonnés, je comprends bien mieux les problèmes et les éléments de soutien en place qui devraient aider à prévenir les mauvaises communications et la détérioration rapide à l'avenir ». Le programme lui a offert un peu d'aide, car elle se sentait isolée et dépassée.



Un médecin de London

Quelles ont été les répercussions et l'expérience initiale quant à la fréquentation des hôpitaux du RLISS du Sud-Ouest?



Comment contribuons-nous au niveau provincial?

- Les participants à la table des responsables des RLISS rassemblait la direction des maillons santé de 14 RLISS
- Partager les pratiques prometteuses avec les autres RLISS
- Participer au programme IDEAS des maillons santé



PAUSE DE RÉSEAUTAGE



 [#HLSummit2016](https://twitter.com/HLSummit2016)

ACCUEIL

**Séance concurrente A :
Gestion des soins coordonnés
Salle 206**

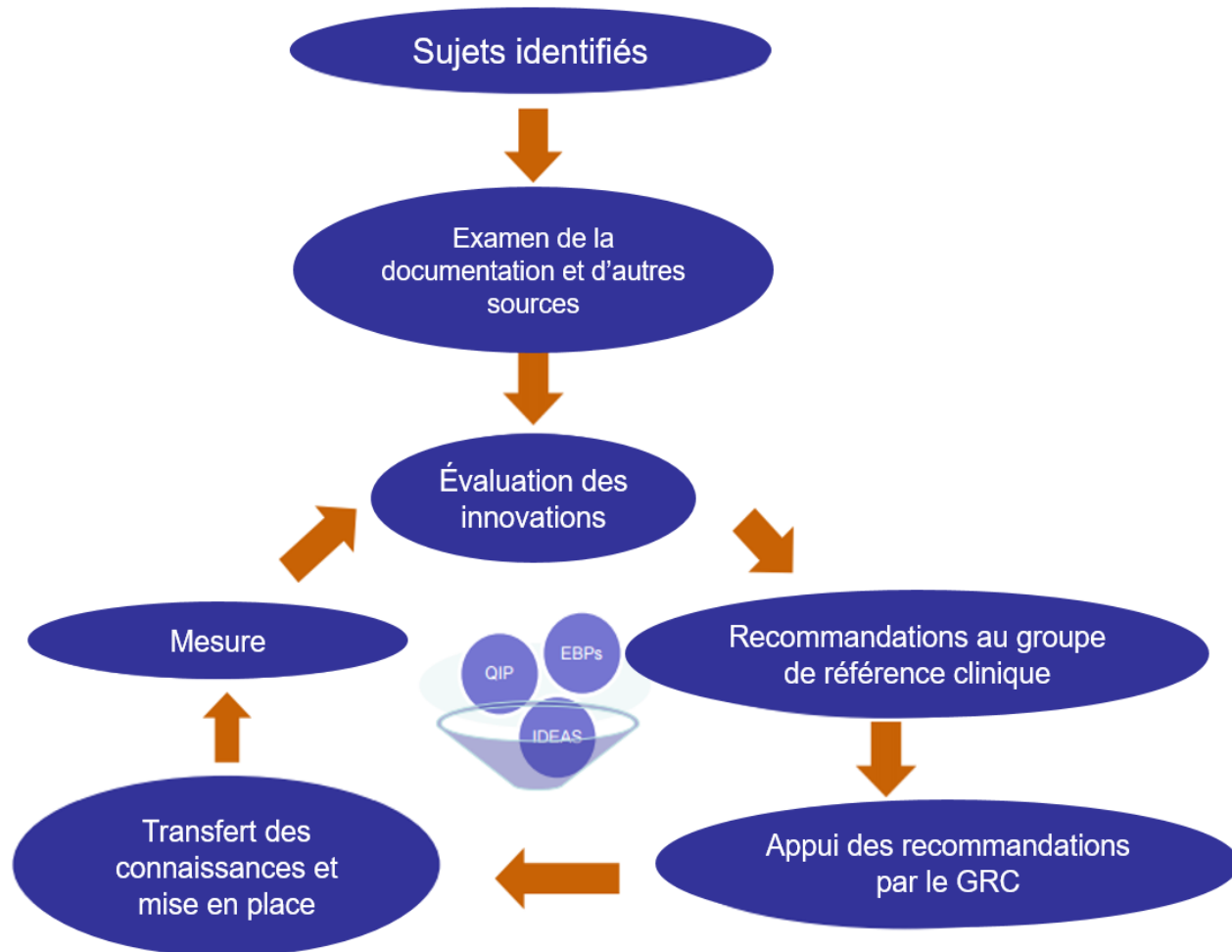
Modérateur : Lisa Bitonti - Bengert

 [#HLSummit2016](https://twitter.com/HLSummit2016)

OBJECTIFS DES SÉANCES EN ATELIER

- Bref survol du processus de pratiques innovantes pour la gestion des soins coordonnés et les ressources de transfert et d'échange de connaissances
- Collaborer avec les collègues et découvrir comment ces pratiques ont été adoptées dans les maillons santé de la province
- Occasion de participer à un dialogue concernant les pratiques innovantes et d'établir des stratégies visant à engager les patients et le personnel soignant de votre maillon santé

LES PRATIQUES INNOVANTES



Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

Tableau 1 : Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

	CRITÈRES D'ÉVALUATION		
	Qualité des données probantes <i>La mesure selon laquelle l'évaluation d'une pratique a produit des données probantes crédibles</i>	Effets/résultats <i>La mesure selon laquelle une pratique a démontré un effet positif mesurable sur les résultats sur la santé ou le rendement du système de santé.</i>	Expansion <i>La mesure selon laquelle une pratique a été reproduite à l'extérieur de son contexte original.</i>
Pratique recommandée	Cette pratique est appuyée par des données probantes de qualité modérée à élevée et tient compte d'autres facteurs (optimisation des ressources, contextualisation par des experts du secteur, prise en compte des préférences des patients, etc.), en plus d'avoir fait l'objet d'une délibération par un groupe consultatif d'experts.	Les évaluations des effets produisent toujours des résultats qui démontrent une amélioration des résultats sur la santé ou du rendement du système de santé.	La pratique et ses résultats ont été reproduits avec succès dans plusieurs contextes au-delà du site d'origine.
Pratique prometteuse	<p>La pratique a été évaluée grâce à des méthodologies rigoureuses d'amélioration de la qualité ou d'application de la science et présentera généralement une amélioration sur les plans statistique et clinique, bien qu'il reste toujours une incertitude considérable au sujet de l'efficacité ou de l'optimisation des ressources.</p> <p>La pratique ou la théorie derrière la pratique peut avoir été publiée dans un journal universitaire à comité de lecture ou résumée formellement et présentée dans le cadre d'une présentation par affiches lors de conférences ou dans le cadre d'un apprentissage collaboratif.</p>	<p>L'évaluation préliminaire par des études pilotes, une validation de principe ou des méthodologies d'amélioration de la qualité indique que la pratique a eu un effet positif sur les résultats sur la santé ou sur le rendement du système de santé.</p> <p>Les mesures des résultats, du processus et de l'équilibrage démontrent avec le temps une amélioration statistique selon les règles du graphique de séquences ou de la carte de contrôle de Shewhart.</p>	Cette pratique a été mise en place dans d'un endroit à l'extérieur de son emplacement d'origine, bien que les résultats puissent varier selon le contexte.
Pratique émergente	<p>La pratique est évaluée grâce à des méthodologies d'amélioration de la qualité ou d'application de la science.</p> <p>Des données ont été récoltées à partir d'observations, de cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) et d'affinages de plus en plus pointus. Les données préliminaires peuvent avoir été partagées de manière informelle par l'intermédiaire de communautés de pratique. Une évaluation formelle de l'amélioration de la qualité est en cours.</p>	<p>Les résultats sont émergents et révèlent que la pratique pourrait avoir des effets positifs sur des mesures spécifiques à des projets, les résultats sur les cohortes et la population, les processus ou le rendement du système de santé.</p> <p>Les mesures des résultats, du processus et de l'équilibrage démontrent des signes précoces d'amélioration statistique selon les règles du graphique de séquences ou de la carte de contrôle de Shewhart.</p>	La pratique a été mise en œuvre seulement à son emplacement d'origine. On ne l'a encore essayée dans d'autres cadres, bien qu'elle pourrait théoriquement être adoptée dans d'autres contextes.
Pratique inefficace	Les données probantes disponibles n'appuient pas cette pratique ou prouvent qu'elle est inefficace.	La pratique n'a pas eu d'effet ou a eu des effets négatifs sur les résultats sur la santé ou sur le rendement du système de santé.	La pratique n'est efficace dans aucun contexte.
<p>Évaluation générale : Une pratique est classée dans une catégorie générale (recommandée, prometteuse, émergente ou inefficace) si elle répond à deux de trois critères (colonnes de la qualité des données probantes, des effets/résultats ou de l'expansion). Pour les pratiques qui présentent trois résultats d'évaluation divergents, on recommande d'entreprendre des essais plus approfondis.</p>			

Gestion des soins coordonnés

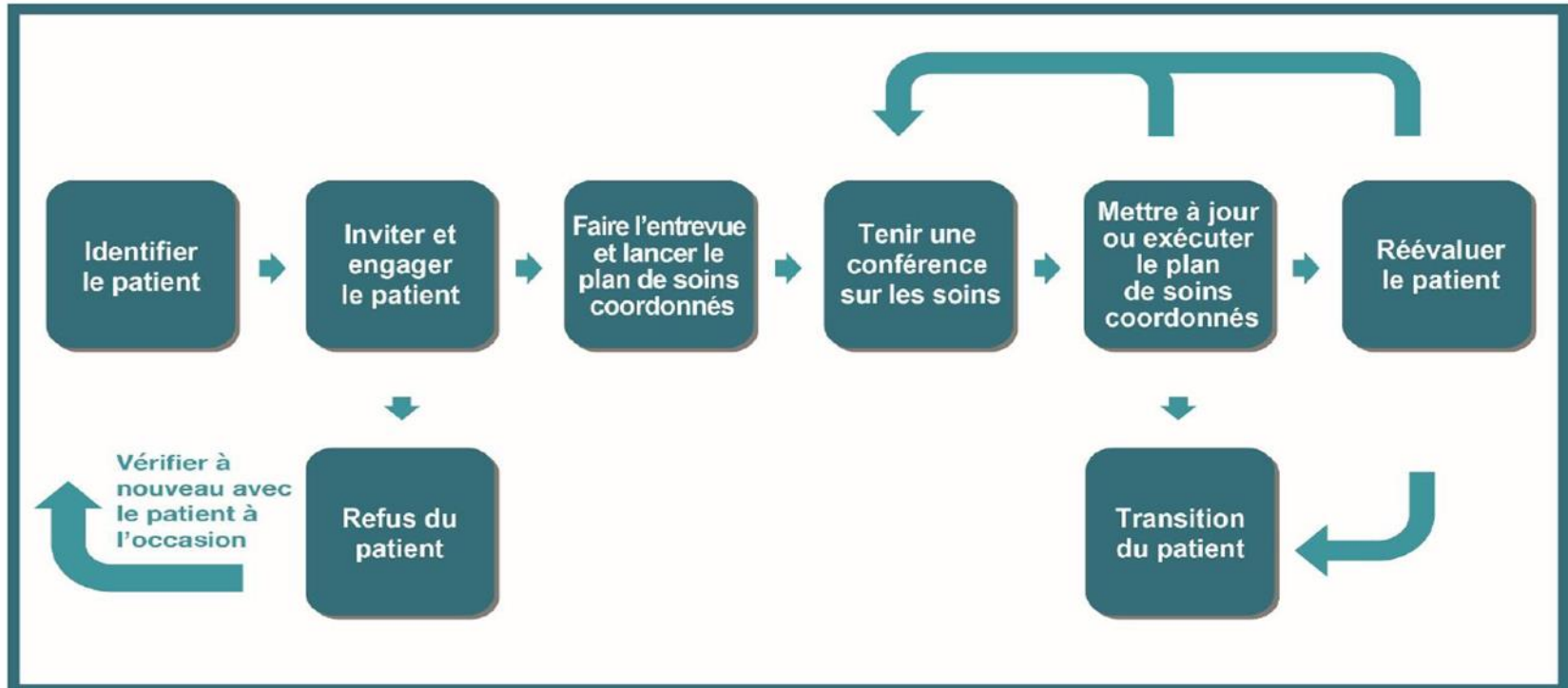


Figure 1 : Approche de la gestion des soins coordonnés

Gestion des soins coordonnés

Sommaire des pratiques innovantes

Étape de la gestion des soins coordonnés	Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante ²	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Identifier le patient	Identifier les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de recherche de cas fondée sur des données probantes à tout moment du parcours thérapeutique du patient.	ÉMERGENTE	Propagation provinciale et réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un an (juin 2017).
Inviter et engager	Fournir aux patients un seul point de contact pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés.	PROMETTEUSE	
	Utiliser des stratégies de communication centrées sur la personne afin d'inviter et d'engager le patient dans la coordination de ses soins avec l'équipe des maillons santé.	ÉMERGENTE	
	Utiliser un processus ou un formulaire complet qui permet aux patients ou aux décideurs substitués de fournir leur consentement pour tous les éléments des soins coordonnés à la fois (peut être implicite ou explicite).	ÉMERGENTE	
Faire une entrevue et lancer le plan de soins coordonnés	Mettre en œuvre l'approche des « patients partenaires » pour tous les patients des maillons santé.	ÉMERGENTE	

Gestion des soins coordonnés

Survol des produits



Coordinated Care Management

Identify Patients: A Combination of Clinical and Data Driven Strategies Released June 2016

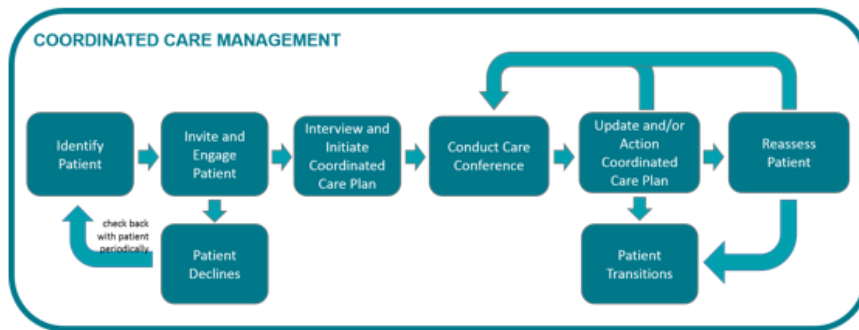


Figure 1: Approach to Coordinated Care Management

While this approach to Coordinated Care Management is generally accepted across the province, there is **significant variation in the practices within each process step**. Although each practice, organization, region, and/or Health Link may have varying areas of foci, the following collection of Innovative Practices and implementation supports are designed to **support teams to improve care for patients within the Health Link, and to support the ongoing alignment and advancement of consistent practices at a provincial level**. For additional information on Quality Improvement, please visit: qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started.

Innovative Practice	Innovative Practice Assessment	Clinical Reference Group Recommendation for Spread
Identify Health Link patients through clinical level assessments and data driven case finding methods at any point in the patient's healthcare journey.	EMERGING	Recommendation for provincial spread with reassessment using the Innovative Practices Evaluation Framework in 1 year (June 2017).

Use clinical level patient identification mechanisms to support identification of patients during a service encounter. For example, as each patient presents to a health or wellness organization or program to receive care, the provider may identify that the patient may qualify for Health Links/Coordinated Care Management. To further support clinical decision making, the provider would then administer a standardized risk assessment tool, if indicated.

Use data driven case finding mechanisms to support prospective identification of Health Link patients using utilization data to identify complex patients. For example, triggers such as the number of visits to the emergency department, number/length of admissions to hospital within a specified time frame, or patients with specific diagnoses or conditions can be built into the electronic medical record or can be managed by targeted data extraction and analysis methods, to support the identification of potential Health Link patients.

Implementation		
Steps for Implementation	Tools and Resources	Additional Enablers
<ol style="list-style-type: none"> The clinician uses the "Patient Identification Decision Support Tool" (see Appendix A) as part of their assessment, and administers the relevant risk assessment tool to support clinical decision making. Provider organizations routinely apply data driven case finding methodologies to inform and support decision making. Providers/organizations share data to ensure a comprehensive view of the population and patients who may benefit from Health Links. 	<ul style="list-style-type: none"> Patient Identification Decision Support Tool (see Appendix A) "Identifying Patients for Care Coordination" Webinar (Health Quality Ontario Webinar; September 9, 2015); available at: http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/health-links/ccp-webinar-step-1-en.pdf Health Links Target Population Webinar, Ministry of Health and Long-Term Care (NEED LINK) Guide to the Advanced Health Links Model; Ministry of Health and Long-Term Care: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/trnsformation/docs/Guide-to-the-Advanced-Health-Links-Model.pdf LACE (Length of Stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency Room Visits) PRA (Predictive Repetitive Admission) DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale) Data Sharing Agreements 	Data Agreements may help facilitate the sharing of information and communication across organizations/sectors. If using Data Agreements, ensure that the data sharing agreement meets all legislative, legal, regulatory criteria.

Measurement

Quality Improvement Measures are used to help with monitoring progress to implement of a change and determining whether that change is leading to improvement. Just as a health care provider may monitor heart rate or blood pressure to determine a patient's response to treatment, collecting information relating to processes for the improved provision of care allows the team to know whether they are consistently moving towards a high reliability care environment. For more information on Quality Improvement and Measurement please visit qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started.

The following measures have been developed to help to determine: 1) if the Innovative Practices relating to Coordinated Care Management are being **implemented**; and 2) the impact of these practices on Health Links **processes** and the **outcomes** of care at the patient, population, or systems level.

Health Links, organizations, and/or providers that elect to implement one or more of the Coordinated Care Management Innovative Practices are **strongly encouraged to collect data on the associated measures and report them to Health Quality Ontario**. This will enhance analysis at the next review (June 2017), which will benefit all of the Health Links.

Measurement <small>(please see Appendix B for additional details)</small>		
Outcome Measure	Process Measures	Additional Information
% of patients identified as meeting Health Link criteria who are offered access to Health Links	For identification processes in at least one care setting (e.g., Hospitals, Community Care Access Centre, Primary Care),	<ul style="list-style-type: none"> Recommend that Health Links collect and report data for a minimum of 3 months.

PANEL DES MAILLONS SANTÉ

Descriptions rapides de certaines pratiques

INVITER ET ENGAGER LES PATIENTS

Dan Harren

Maillons santé Centre-Est

Maillons santé Centre-Est

Gestions des soins coordonnés :
Inviter et engager les patients

Dan Harren, gestionnaire de projet
Maillons santé Centre-Est

HealthLinks

Central East

Let's Make Healthy Change Happen



Ordre du jour

- Présenter la trousse d'outils
- Cadre de référence de planification des soins
- Directives opérationnelles du Centre-Est
- Document « Coordonner vos soins »
- Créer les objectifs pour les patients
- Travaux supplémentaires

Collectivités du maillon santé Centre-Est

HealthLink

Durham North East

Let's Make Healthy Change Happen

HealthLink

Durham West

Let's Make Healthy Change Happen

HealthLink

Scarborough North

Let's Make Healthy Change Happen

HealthLink

Scarborough South

Let's Make Healthy Change Happen

HealthLinks

Central East

Let's Make Healthy Change Happen



HealthLink

Peterborough

Let's Make Healthy Change Happen

HealthLink

Northumberland

Let's Make Healthy Change Happen

HealthLink

Haliburton County and City of Kawartha Lakes

Let's Make Healthy Change Happen



Instantané des collectivités Centre-Est

Sur le plan géographique, un maillon santé définit la collectivité de patients au sein de laquelle les efforts et les ressources sont consacrés.

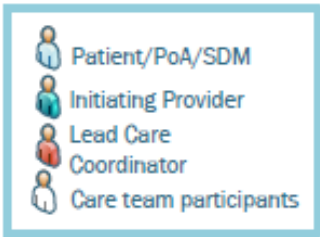
La taille spécifique et la population de chaque maillon santé sont établies comme suit :

Cluster	Health Link	Km2	%	Pop.	%	Density/k2
DURHAM	Durham West	449.1	2.7	320,400	21.1	713
	Durham North East	2,172.1	13.0	287,800	19.0	132
NORTHEAST	Haliburton County & City of Kawartha Lakes	7,893.8	47.3	89,310	5.9	11
	Northumberland	1,766.9	10.6	72,475	4.8	41
	Peterborough	4,215.2	25.3	135,085	8.9	32
SCARBOROUGH	Scarborough North	42.4	0.3	178,395	11.7	4,207
	Scarborough South	138.3	0.8	434,815	28.6	3,144
Totals		16,667.8	100.0	1,518,280	100.0	(Avg.) 91

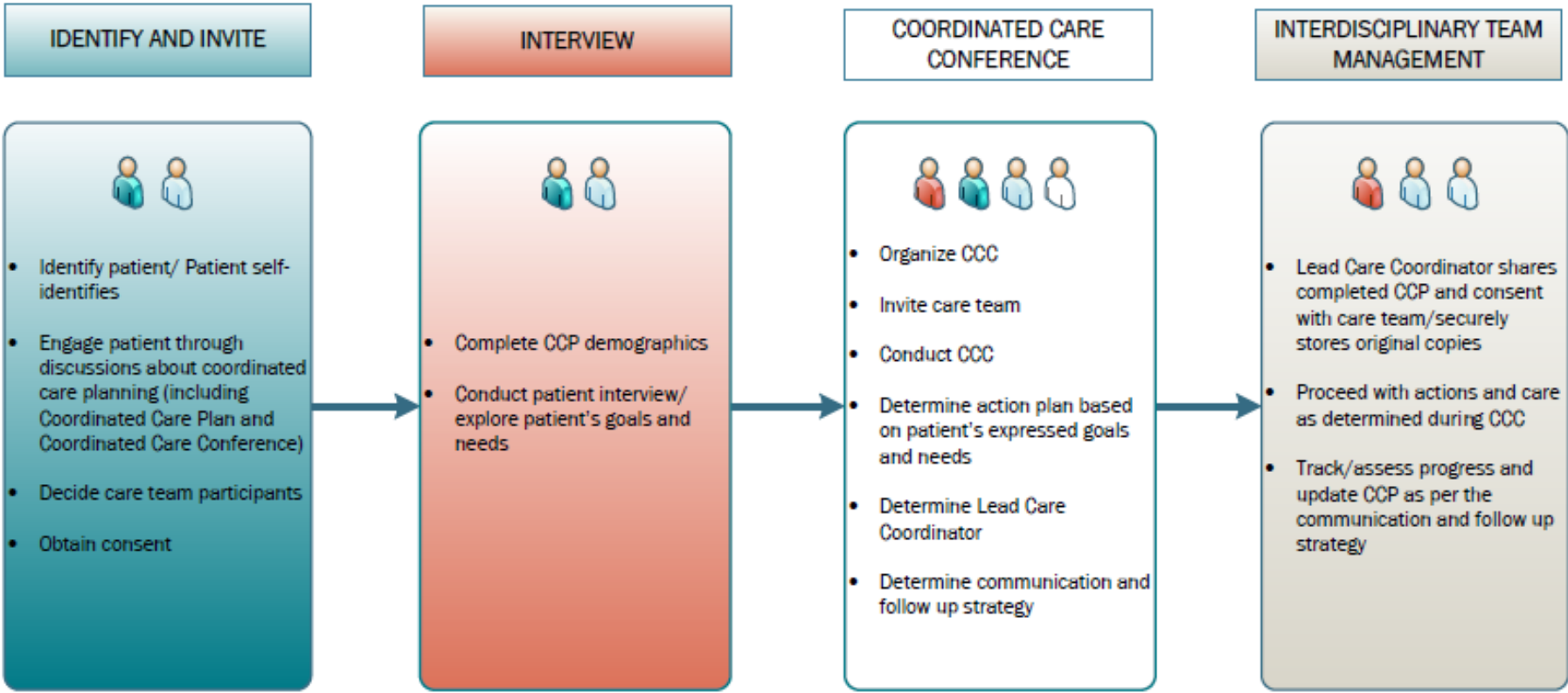
Trousse d'outils du maillon santé Centre-Est

- La trousse d'outils du maillon santé Centre-Est est conçue pour tout individu ou organisation qui prévoit participer à la planification des soins coordonnés.
- La trousse d'outils du maillon santé Centre-Est présente le cadre de référence de planification des soins coordonnés et fournit les outils et les ressources requises au personnel de première ligne pour appuyer la création et le maintien de plans de soins coordonnés au sein d'une équipe de soins interdisciplinaire qui voit le patient et le personnel soignant comme étant des partenaires égaux dans la prestation des soins au patient.

Cadre de référence de planification des soins coordonnés du maillon santé Centre-Est



Legend
 CCC = Coordinated Care Conference
 CCP = Coordinated Care Plan



IDENTIFY AND INVITE



- Identify patient/ Patient self-identifies
- Engage patient through discussions about coordinated care planning (including Coordinated Care Plan and Coordinated Care Conference)
- Decide care team participants
- Obtain consent

INTERVIEW



- Complete CCP demographics
- Conduct patient interview/ explore patient's goals and needs

COORDINATED CARE CONFERENCE



- Organize CCC
- Invite care team
- Conduct CCC
- Determine action plan based on patient's expressed goals and needs
- Determine Lead Care Coordinator
- Determine communication and follow up strategy

INTERDISCIPLINARY TEAM MANAGEMENT



- Lead Care Coordinator shares completed CCP and consent with care team/securely stores original copies
- Proceed with actions and care as determined during CCC
- Track/assess progress and update CCP as per the communication and follow up strategy

Directives opérationnelles du maillon santé Centre-Est

HealthLinks

Central East

Let's Make Healthy Change Happen

Central East Health Links Operational Guidelines

Purpose: To provide a consistent high-level approach to the Coordinated Care Plan process across Health Link Communities in the Central East LHIN. These guidelines support the Central East Coordinated Care Planning Process maps and implementation of the CCP v.1.0.0. These guidelines were developed with input from all Health Link Steering/Design teams across Central East.

IDENTIFY and INVITE		
Topic	Central East Health Links Recommendations	Care Coordination Tool (CCT) Considerations
Identifying patients	<p>Target population is based on the definition as per MOHLTC's August 12th, 2015 webinar. The target will continue to focus on the top 5% of Ontario's Complex patients and the common process for identifying Health Links population include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients with four or more chronic/high cost conditions including: <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerable populations (a focus on mental health and addictions conditions, palliative patients, and the frail elderly) • Economic characteristics (low income, median household income, government transfers as a proportion of income, unemployment). • Social determinants (housing, living alone, language, immigration, community and social services etc.). • Complex, high needs patients <p>Note: Patients can be identified as complex and appropriate for Health Links based on clinical judgement as well.</p> <p>Examples of programs that lend themselves well to Health Links include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre for Complex Diabetes Care - Hospital to Home - Family health team complex management programs - CMHA long term case management - CECCAC 1. Complex 2. GAIN 3. Palliative 	Same
Finding pre-existing Coordinated Care Plans (CCP)	Patient/substitute decision maker (SDM) self-reports.	Initiating provider checks the viewing module for existing CCP.
Agencies identified on the consent form	All <i>active</i> care team members are identified.	Same
When to identify the Lead Care Coordinator (CC)	As soon as possible. When engaging the patient into coordinated care planning, the initiating provider should provide education on the role of the Lead CC and discuss who the patient feels, should or prefers to be the Lead CC. Lead CC should be:	As soon as possible as patient and team would benefit from having one consistent Lead CC to author the CCP in the CCT.



Coordinating Your Care

What is a Coordinated Care Plan?

A **Coordinated Care Plan** is a written or electronic plan that is created and maintained by you and your Care Team (i.e. family physician, care coordinators, specialists, community service providers, family member/caregiver, etc.) The Coordinated Care Plan outlines your short and long-term goals, coordination requirements, contact information, and who is responsible for each of your care needs.

How will this benefit me?

With a Coordinated Care Plan your journey through the health care system will be improved through more effective communication with your health care providers and more involvement in decision making. You will benefit by not having to continuously repeat your health story or answer the same questions every time you require care.

How is my information collected?

After one of your health care providers begins developing a Coordinated Care Plan, a meeting with you and/or caregiver and your Care Team (i.e. a Coordinated Care Conference) will be organized to ensure that everyone involved in your care is aware of your health care goals. Together, you and your Care Team will develop the Coordinated Care Plan and establish a plan to support you in achieving your health care goals.

Some items to consider when planning for a Coordinated Care Conference:

- Who is involved in your care?
- Which Care Team members should be invited to this meeting?
- Do you feel comfortable attending this meeting, or would you like a caregiver to attend?
- Suggested date, time and location of the meeting.

Consenting to a Coordinated Care Plan

To initiate a Coordinated Care Plan, you will be asked to sign a consent form which will allow your caregivers, health care providers and community service providers to share information regarding your care. The individuals and/or organizations chosen by you will be able to collect, use and share your personal health information.

Protecting your privacy

Any personal health information collected during the coordinated care planning process will be held in confidence by the participating organizations and maintained securely in accordance with the *Personal Health Information Protection Act* (PHIPA).

For more information about Central East Health Links and the Coordinated Care Plan

(905) 430-3308 Ext. 5871 or Toll-Free: 1-800-263-3877 Ext. 5871

Email: ce.healthlinks@ccac-ont.ca

<http://www.centraleastlin.on.ca>

Créer les objectifs pour les patients

- Déterminer la capacité à établir des objectifs
- Exprimer les besoins et les désirs
- Simplifier
- Élaborer un plan d'action
 - Informé par les objectifs du patient
 - Comprendre les actions des membres de l'équipe de soins
 - Aligner les objectifs du patient avec les besoins/priorités des soins

Exemple de plan d'action

- **Exemple 1**
- Objectif de patient : « J'aimerais pouvoir marcher dans le couloir avec ma marchette ».
- Plan d'action :
 - Fournisseurs : physiothérapie pour augmenter la mobilité, soins infirmiers pour évaluer les problèmes de contrôle de la vessie et techniques de renforcement de la vessie, référence d'ergothérapie pour évaluer l'environnement, soins infirmiers pour évaluer la douleur
 - Patient/personnel soignant : la famille aide le patient avec ses exercices

Autres efforts déployés

- Formulaire de consentement – moins de contenu sur la première page, moins imposant.
- Scripts – utiliser les entrevues de motivation, provoquer les questionnements.
- Conférences sur les soins – normaliser.
- Témoignages de patients – démontrer la valeur, tirer des leçons.
- Trousse d'outils, version 3

Où puis-je trouver la trousse d'outils?

Central East Health Links Toolkit Coordinated Care Planning



Elle peut être téléchargée au :
http://healthcareathome.ca/centraleast/en/who/Documents/Health_Links/toolkit/CEHealthLinks-Toolkit-V2.pdf

HealthLinks

Central East

Let's Make Healthy Change Happen

January 2016 – Version 2



HealthLinks

Central East

Let's Make Healthy Change Happen



Pour obtenir plus d'information

Daniel Harren, gestionnaire de projet, maillons santé Centre-Est
Daniel.Harren@ce.ccac-ont.ca

Réseau local d'intégration des soins de santé Centre-Est
www.centraleastlin.on.ca

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
<http://www.health.gov.on.ca/fr/>

Patients partenaires

Chris Archer

Maillon santé de Simcoe Nord



Sommet sur le leadership des maillons santé

PATIENTS PARTENAIRES

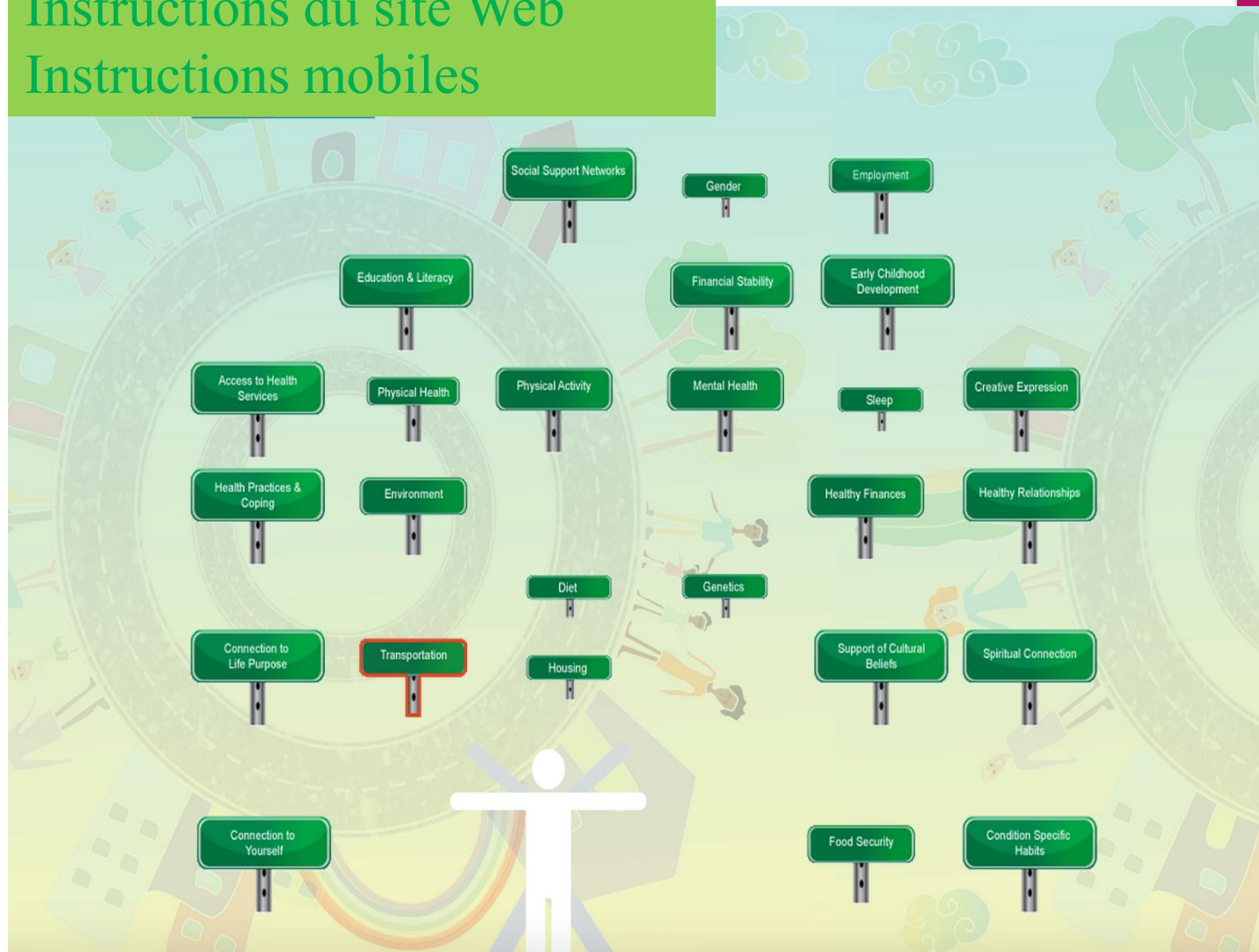
Patients partenaires

- ▶ Leadership pour appuyer les soins axés sur les patients
- ▶ Formation : Choix et changements, Soyez curieux et Dites-moi en plus
- ▶ Engagement : emplacement, sécurité, carte interactive en ligne, sondage sur le bien-être, transport
- ▶ Le témoignage du patient (parcours en petites étapes, présentez le succès, sentiment d'appartenance)
- ▶ Créer l'équipe de soins (engagement, soins primaires, collectivité)
- ▶ Reliure de ressources et plan de soins

Déterminants de la santé

Instructions du site Web

Instructions mobiles





“Be Well” A Survey of Your Wellbeing

This survey covers many important aspects that affect your health and wellbeing. The information you provide will help your health organization develop a better understanding of what is keeping you well and what will help support the best health and wellbeing for everyone in Ontario. This survey will allow us to better connect people and communities with the programs, services and opportunities that can strengthen their health and wellbeing.

This survey will take approximately 16 - 20 minutes of your time.

Your Participation is Voluntary: Your participation is completely voluntary. You may stop participating, or refuse to answer any question. Your decision on whether or not to participate will not affect the nature of the services you receive at this organization.

Your Responses are Confidential: All information you provide will be kept completely confidential. Your name will not appear in any report or publication resulting from this survey. This is not a research activity. Your experiences will contribute to improving the quality and effectiveness of the services, programs and initiatives in your community health organization.

If you have any questions, or concerns please ask the receptionist or a staff member or contact The Association of Ontario Health Centres, Wendy Banh, Be Well Survey Coordinator, Tel: 416 236-2539 ext. 246 email: wendy@aohc.org

Thank you for your participation.

<p>When completing the survey, please mark your selections by filling out the bubbles completely like this:</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/> (Correct)</p>	<p>Please do NOT fill the bubbles like this:</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> (Incorrect)</p>
<p>When completing the survey, in the sections for written responses, please write inside the box like this:</p> <p>(Please specify):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Please write inside the box like this.</div> <p><input type="text" value="5"/> years <input type="text" value="2"/> months <input type="text" value="9"/> days</p> <p style="text-align: center;">(Correct)</p>	<p>Please DO NOT write outside of the box like this:</p> <p>(Please specify):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Please do NOT write outside of the box like this</div> <p><input type="text" value="5"/> years <input type="text" value="2"/> months <input type="text" value="9"/> days</p> <p style="text-align: center;">(Incorrect)</p>

Équipe de navigation de la collectivité Simcoe Nord

Tracy Koval

(infirmière pivot)

tracy.koval@chigamik.ca

Téléphone : 705 527-4154, poste 205

Melodie Heels

Infirmière pivot

Melodie.heels@chigamik.ca

Téléphone : 705 527-4154, poste 205

WWW.NSCHL.CA

IDENTIFIER LES PATIENTS

Kittie Pang

Maillon santé de Toronto Nord-Est

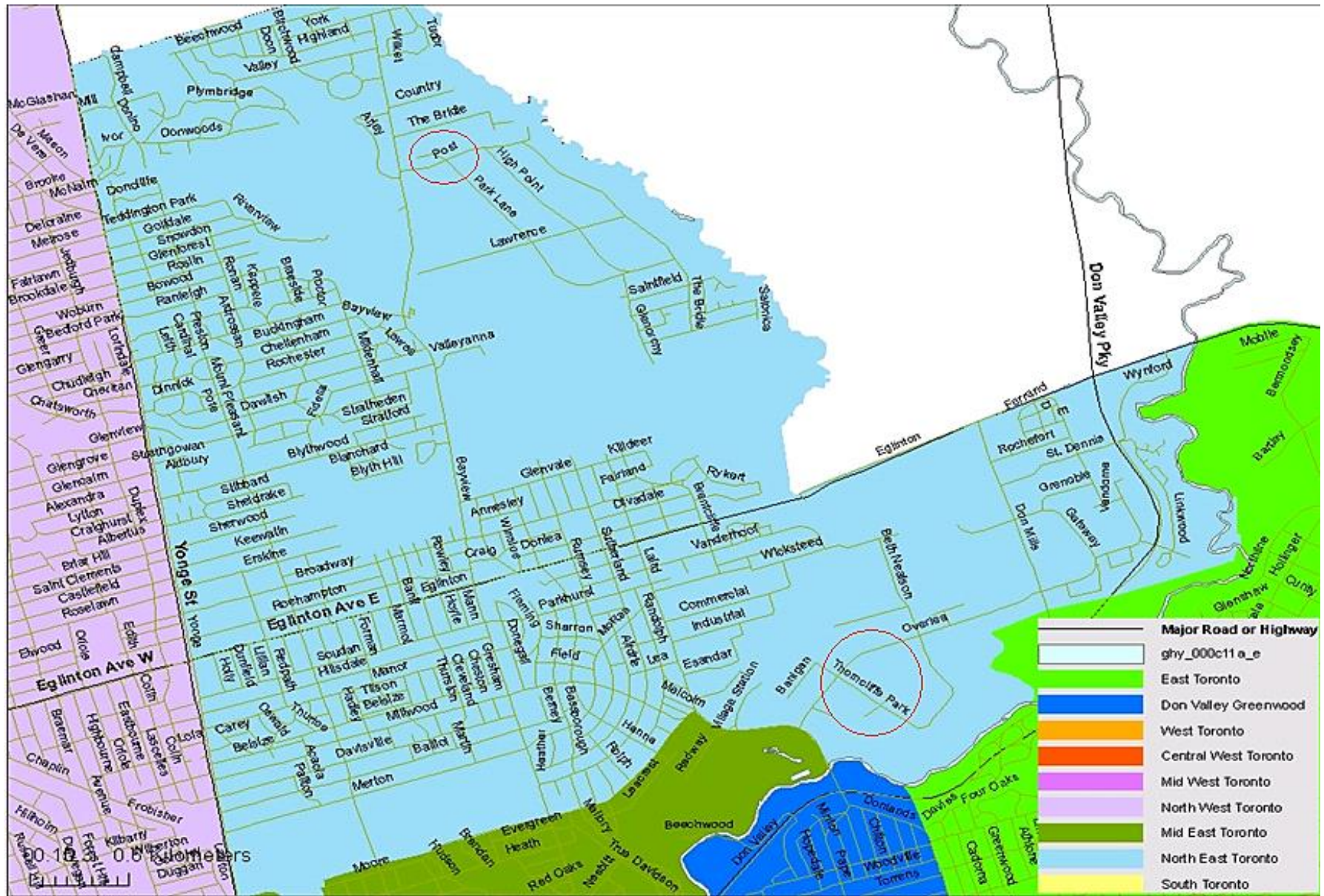
Maillon santé de Toronto Nord-Est

Identification, engagement, signalement des patients

Présenté par :

Kittie Pang, coordonnatrice de projet, Maillon santé de Toronto Nord-Est

Maillon santé de Toronto Nord-Est



Color	Region Name
Light Green	East Toronto
Blue	Don Valley Greenwood
Orange	West Toronto
Red	Central West Toronto
Purple	Mid West Toronto
Pink	North West Toronto
Light Blue	North East Toronto
Yellow	South Toronto

Maillon santé de Toronto Nord-Est : Patients

ED Statistics - North East Toronto

ED Visits during 6 months from 11/30/2014 to 5/31/2015

Total # ED Visits:	364
Total Unique Patients:	71
Minimum # ED Visits:	4
Maximum # ED Visits:	24
Average # ED Visits:	5.1

Qui bénéficierait d'une gestion des soins coordonnés?

Comment identifions-nous les patients aux besoins complexes?

Comment assurons-nous un accès équitable?

Qui participe?

Haute direction

Responsable clinique

Comité consultatif du patient

Personnel de santé connexe

Partenaires communautaires

Bureau de gestion de projet

Bureau de confidentialité

Cabinet d'avocats

Et plusieurs autres...



Systeme de sante BETTER

Systeme de sante BETTER (Better Tracking and Triage for Equitable Resource)

Composants du systeme

1) Identification et rapports

Identification et rapports en temps reel selon des criteres de classification predetermines (p. ex., 4 visites aux urgences en 6 mois)

Les rapports en ligne indiquent l'etat actuel du patient (p. ex., son emplacement), fournissent son historique d'hospitalisation avec chaque visite, ainsi que le filtrage/triage

Current # ER patients still in with 4 or more admissions between 2013-12-02 and 2014-06-02

MRN	# Visits	Current Encounter	Name	Age	Primary Phone	Postal Code	Family Doctor	Health Link
Total # ER patients = 2								
7020879	5	51102	EDNOTIFICATION, PTONE	40 Yrs	(416)488-8100	M4M 0M5	MCCORMACK, STEPHEN	North East Toronto
7020682	17	80132	BETTERCARE, PATIENTTWO	42 Yrs	NOT AVAILABLE		SILVER, ASHLEY	Undefined

ER Patients with 4 or more admissions between 2013-12-02 and 2014-06-02

# ER Patients	# Visits	MRN	% Active	Name	DOB	Age	Primary Phone	Family Doctor	Health Link	
2	17		(2)	Health Link Class selected						
		7020682	9%	BETTERCARE, PATIENTTWO	1971-07-23	42 Yrs	NOT AVAILABLE	SILVER, ASHLEY	Undefined	
		7020879	9%	HUTS, TESTONCTIVO	1991-07-23	22 Yrs	(416)555-4221	DR RUMAZ	North East Toronto	

2) Avis

Avis en temps reel (pour les patients classes) d'une admission aux urgences ou dans une unite de malades et d'un conge des urgences/unite de malades.

Comprend le nom, le MRN, l'age, le maillon sante associe, la date/heure de l'evenement et lien vers le rapport d'hospitalisation detaille

IM-Notifications <im-notifications@sunnybrook.ca>
Better Care System Notification (HU_ED) - Patient Admitted to Acute Care

to: NETHL
This message was sent with High importance.

Better Care System - Patient Admitted to Acute Care

Patient Name: BETTERCARE, PATIENTTWO
MRN: 7020685
Age: 33 Yrs
Health Link: North East Toronto

Date: 2014-05-24
Time: 14:55
Chief Complaint: DIAGNOSIS ADM

Click [here](#) for detailed information on past encounters.

3) Fonctions administratives

Fournit une designation aux utilisateurs (p. ex., programme NETHL) pour la mise a jour des regles de classification et des reglages d'avis (p. ex., listes de distribution)

Les mises a jour peuvent etre effectuees avec la regle generale ou le patient. Toutes les mises a jour de systeme sont enregistrees aux fins de verification.

North East Toronto Health Link - Modify classification rules

Classification Type

Classifier Type	Classifier Code
HL001	HL001
HL002	HL002
HL003	HL003
HL004	HL004
HL005	HL005
HL006	HL006
HL007	HL007
HL008	HL008
HL009	HL009
HL010	HL010

Rules modification settings

ID	Class/Rule/Type	Classification Code	General Rule Flag	Chart Number	Distribution List	Rule Effective Date	Rule In-Use Date	enabled
437	HL001	HL001	Yes	302885	whc@northtoronto.ca	2013/12/02 12:00 AM	2013/12/02 12:00 AM	Yes
438	HL001	HL001	Yes		nethl@northtoronto.ca	2013/12/02 12:00 AM	2013/12/02 12:00 AM	Yes
439	HL001	HL001	No	0	NETHL@northtoronto.ca	2013/12/02 12:00 AM	2013/12/02 12:00 AM	Yes
440	HL001	HL001	Yes	8137675	whc@northtoronto.ca	2013/12/02 12:00 AM	2013/12/02 12:00 AM	Yes

Aperçu du système de santé BETTER



Flux de travail des avis et des rapports

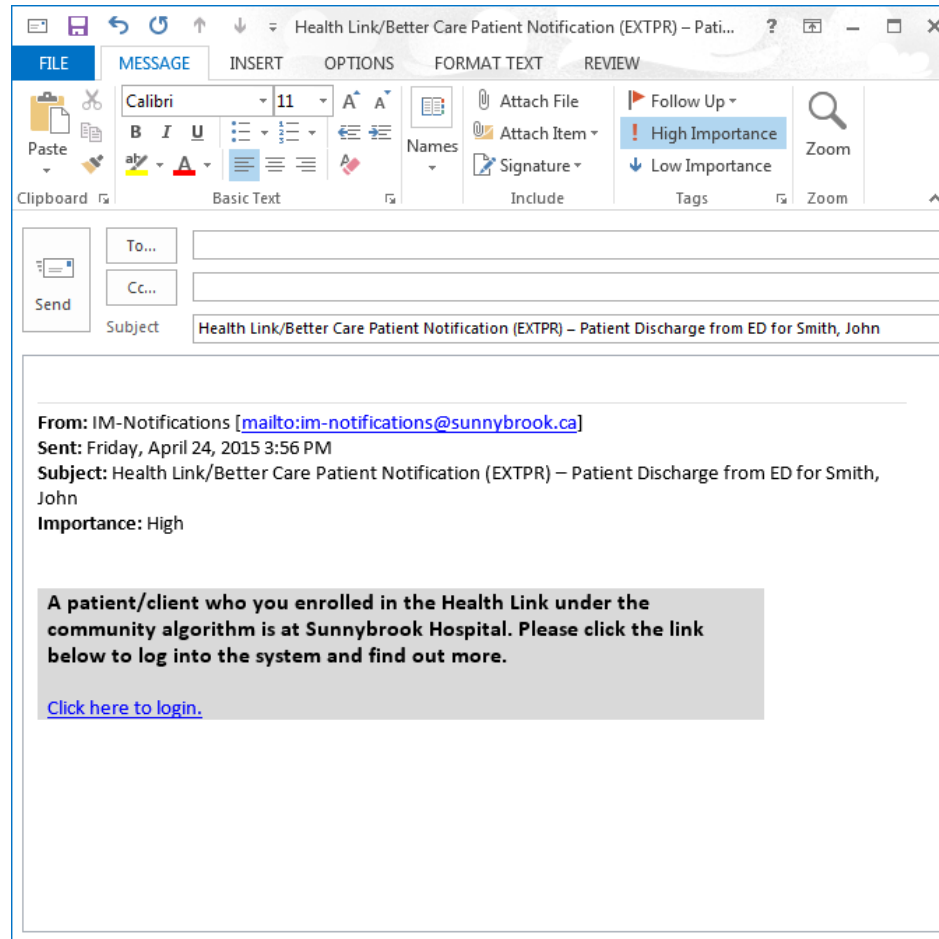


Étape 1 : Le **patient** se présente à Sunnybrook et il est associé à un algorithme de déclenchement (4 visites ou plus au service des urgences/3 admissions ou plus dans une unité de malades au cours des 6 derniers mois) ou il est associé à un algorithme communautaire

Aperçu du système de santé BETTER



Flux de travail des avis et des rapports



Étape 2 : Le fournisseur/équipe de soins reçoit immédiatement un avis par courriel qu'un de ses patients s'est présenté à Sunnybrook.

Aperçu du système de santé BETTER



Flux de travail des avis et des rapports

Patient Name	Patient DOB	MRN	Patient Address	Patient Health Care	Health Link	# ER Visits	Last ER Visit Date
Bettercare_TestNoChart2	2015-04-15	7022261	22 2090 Bayview Avenue	6362225333	North East Toronto	1	Still In
Bettercare_TestNoChart3	2015-04-15	7022262	2080 Bayview	9544925515	North East Toronto	1	Still In
Bettercare_TestThirFive	2015-04-21	7022320	2080 Bayview Avenue	6678948099	North East Toronto	1	Still In
Bettercare_TestThirSix	2015-04-21	7022321	2080 Bayview Avenue	6237261471	North East Toronto	1	Still In
April, Jennifer	2015-04-24	7022339	2080 Bayview Avenue	6394737570	North East Toronto	3	2015-04-24
April, Tristan	2015-04-24	7022343	2080 Bayview Avenue	6603855153	North East Toronto	1	2015-04-24
BCS_TestEight	2015-04-24	7022336	2080 Bayview Avenue	6282251336	North East Toronto	2	2015-04-24
BCS_TestEleven	2015-04-24	7022338	2080 Bayview Avenue	6995820353	North East Toronto	3	2015-04-24
BCS_TestSeven	2015-04-24	7022335	2080 Bayview Avenue	6080846915	North East Toronto	1	2015-04-24
Bettercare_TestFour	2015-04-23	7022332	2080 Bayview Avenue	6180180991	North East Toronto	1	2015-04-23
BETTERCARE_PATIENTFIVE	2015-04-06	7020831	610 55 Eglinton Ave. E	8241606394	North East Toronto	10	2015-04-21
Bettercare_TestThirFour	2015-04-21	7022319	2080 Bayview Ave	6881366014	North East Toronto	1	2015-04-21

External Partners

Welcome Partner!

Actions | 1 of 1 | FindNext | 100%

Patient Attribute	Patient Identification	Patient Contact Information
	BETTERCARE, TESTTHIRFIVE HCN:6678948099 MRN: 7022320 DOB: 1951-05-20 Primary Phone: (647)828-1140 Postal Code: M4N3M5 Health Link: North East Toronto	Type : Family Doctor Name: SMITH, JOHN Phone: Fax: NA NA

Last Refresh : 5/4/2015 3:58:33 PM

EMERGENCY DEPARTMENT VISIT HISTORY (1)

Encounter	Reg Date	Reg Time	Discharge Date	DC Time	LOS (dd:hh:mm)	Discharge Destination	MRP	Chief Complaint	Diagnosis	Intervention	CACS	CACS Description	CACS Year	Co
4714E	2015-04-21	15:50	Still In					TESTING						

ACUTE INPATIENT ADMISSION VISIT HISTORY (0)

Encounter	Admit Date	Via ER	Discharge Date	Last Location	LOS	Discharge Destination	MRP	Chief Complaint	Diagnosis	Intervention	CMG	CMG Description	CMG Year	Co
-----------	------------	--------	----------------	---------------	-----	-----------------------	-----	-----------------	-----------	--------------	-----	-----------------	----------	----

Étape 3 : Le fournisseur ouvre une session dans Better Care pour connaître les détails de la rencontre du patient. Un historique des visites précédentes (depuis l'inscription) est également offert.

Composants du système de santé BETTER

Gestion de l'information :

1. **Établir la portée et créer un portail** où les partenaires du maillon santé Toronto Nord-Est et l'équipe de soins peuvent accéder à l'information du patient de manière sécurisée, incluant les fonctions administratives requises
2. Travailler avec le DGP pour **garantir la conformité à toutes les politiques de confidentialité**, y compris l'évaluation des répercussions sur la confidentialité
3. **Créer une entente de services pour les utilisateurs du système Better Care** avec le DGP et le cabinet d'avocats

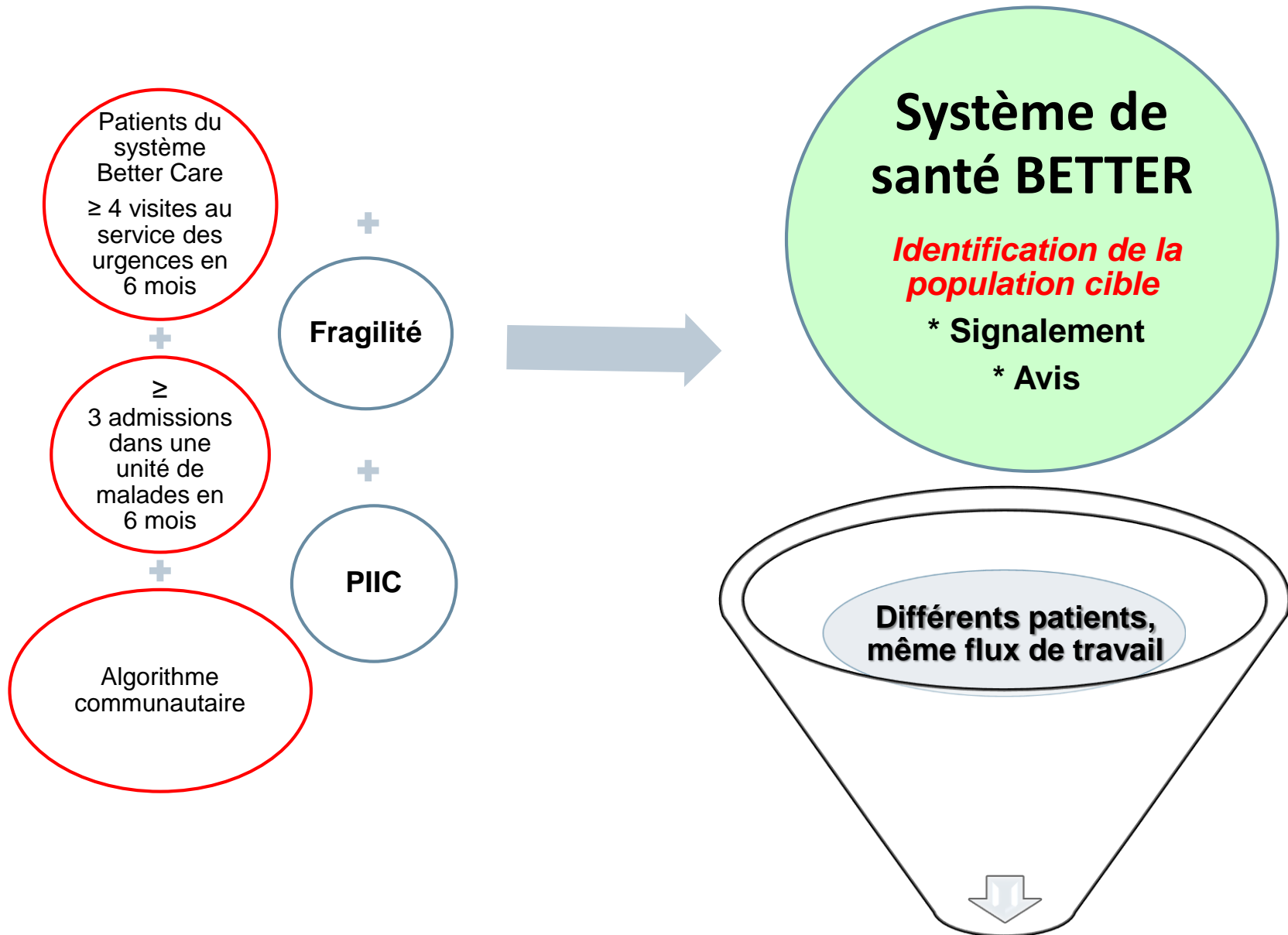
Engagement des partenaires :

1. **Élaborer un plan de communication pour la collectivité du maillon santé Toronto Nord-Est et les usagers**, incluant l'explication pour les différentes ententes et le fonctionnement du système
2. **Créer des trousse de formation et d'inscription** pour les partenaires

Confidentialité et consentement :

1. **Travailler avec les partenaires du maillon santé Toronto Nord-Est pour comprendre le protocole de confidentialité et le consentement pour l'inscription des patients**

Systeme de santé BETTER



Répercussions sur les soins

Accès équitable

- Plusieurs façons de s'inscrire au programme
- N'est pas limité aux partenaires des maillons santé, mais à tous ceux qui conviennent à l'algorithme

Efficacité accrue

- Augmenter l'efficacité en ce qui a trait à l'identification en utilisant un système automatisé
- L'équipe de soins peut évaluer rapidement les patients potentiels en révisant leur historique

Communication en temps réel

- Avis sécurisés en temps réel pour transmettre l'information à jour au sein du cercle de soins
- Le fournisseur peut modifier ses soins rapidement en cas de besoin

Leçons tirées

Leçons tirées sur :

Évaluation

Gestion du changement

Intégration au flux de travail

Évaluation du programme

Confidentialité

Engagement du patient



Source : Smart Health Messaging

Appréciation

Maillon santé de Toronto Nord-Est Comité consultatif du patient

- Responsable exécutif : Malcolm Moffat, VPE, Programmes, Sunnybrook
- Responsable médical : D^r Jocelyn Charles, chef, Médecine familiale et communautaire, Sunnybrook
- Responsable administratif : Lisa Priest, directrice, Maillon santé Toronto Nord-Est
- D^{re} Carole Cohen, présidente, Comité Better Care

Bureau du programme du Maillon santé Toronto Nord-Est :

- Linda Jones-Paul
- Kittie Pang
- Adwoa Rascanu
- Ashma Mohamed

Équipe de projet Better Care

- Richard Mraz
- Navin Gooool
- Ashley Silver
- Ken Nwosu
- Anita Chan
- Mark Fu

Partenaires du maillon santé Toronto Nord-Est

- Anne Johnston Health Station
- Bellwoods Centres for Community Living
- Don Mills Family Health Team
- Flemington Health Centre
- Providence Healthcare
- Scarborough Academic Family Health Team
- Sunnybrook Academic Family Health Team
- Bureau de quartier de Thorncliffe
- Toronto Rehab, Toronto
- Toronto Paramedic Services (EMS)
- TC-CCAC
- SPRINT Senior Care

- Kurt Rose, directeur, Stratégie et information d'entreprise, Sunnybrook
- Jeff Curtis, Jason Raqueno, bureau de la confidentialité, Sunnybrook
- Rebecca Morison, conseillère juridique, Sunnybrook

ACTIVITÉ DE LA TABLE

Partie 1 – Stratégies pour engager les patients et le personnel soignant

Partie 2 – Facteurs habilitants et obstacles à l'intégration des pratiques innovantes

Partie 3 – Adoption des pratiques innovantes

ACCUEIL

**Séance concurrente B :
Transitions entre l'hôpital et la maison
Salle 205**

Modérateur : Lee Fairclough

 [#HLSummit2016](https://twitter.com/HLSummit2016)

OBJECTIFS DES SÉANCES EN ATELIER

- Bref survol du processus de pratiques innovantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison et les ressources de transfert et d'échange de connaissances
- Collaborer avec les collègues et découvrir comment ces pratiques ont été adoptées dans les maillons santé de la province
- Occasion de participer à un dialogue concernant les pratiques innovantes et d'établir des stratégies visant à engager les patients et le personnel soignant de votre maillon santé

Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

Tableau 1 : Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

	CRITÈRES D'ÉVALUATION		
	Qualité des données probantes <i>La mesure selon laquelle l'évaluation d'une pratique a produit des données probantes crédibles</i>	Effets/résultats <i>La mesure selon laquelle une pratique a démontré un effet positif mesurable sur les résultats sur la santé ou le rendement du système de santé.</i>	Expansion <i>La mesure selon laquelle une pratique a été reproduite à l'extérieur de son contexte original.</i>
Pratique recommandée	Cette pratique est appuyée par des données probantes de qualité modérée à élevée et tient compte d'autres facteurs (optimisation des ressources, contextualisation par des experts du secteur, prise en compte des préférences des patients, etc.), en plus d'avoir fait l'objet d'une délibération par un groupe consultatif d'experts.	Les évaluations des effets produisent toujours des résultats qui démontrent une amélioration des résultats sur la santé ou du rendement du système de santé.	La pratique et ses résultats ont été reproduits avec succès dans plusieurs contextes au-delà du site d'origine.
Pratique prometteuse	La pratique a été évaluée grâce à des méthodologies rigoureuses d'amélioration de la qualité ou d'application de la science et présentera généralement une amélioration sur les plans statistique et clinique, bien qu'il reste toujours une incertitude considérable au sujet de l'efficacité ou de l'optimisation des ressources. La pratique ou la théorie derrière la pratique peut avoir été publiée dans un journal universitaire à comité de lecture ou résumée formellement et présentée dans le cadre d'une présentation par affiches lors de conférences ou dans le cadre d'un apprentissage collaboratif.	L'évaluation préliminaire par des études pilotes, une validation de principe ou des méthodologies d'amélioration de la qualité indique que la pratique a eu un effet positif sur les résultats sur la santé ou sur le rendement du système de santé. Les mesures des résultats, du processus et de l'équilibrage démontrent avec le temps une amélioration statistique selon les règles du graphique de séquences ou de la carte de contrôle de Shewhart.	Cette pratique a été mise en place dans un endroit à l'extérieur de son emplacement d'origine, bien que les résultats puissent varier selon le contexte.
Pratique émergente	La pratique est évaluée grâce à des méthodologies d'amélioration de la qualité ou d'application de la science. Des données ont été récoltées à partir d'observations, de cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) et d'affinages de plus en plus pointus. Les données préliminaires peuvent avoir été partagées de manière informelle par l'intermédiaire de communautés de pratique. Une évaluation formelle de l'amélioration de la qualité est en cours.	Les résultats sont émergents et révèlent que la pratique pourrait avoir des effets positifs sur des mesures spécifiques à des projets, les résultats sur les cohortes et la population, les processus ou le rendement du système de santé. Les mesures des résultats, du processus et de l'équilibrage démontrent des signes précoces d'amélioration statistique selon les règles du graphique de séquences ou de la carte de contrôle de Shewhart.	La pratique a été mise en œuvre seulement à son emplacement d'origine. On ne l'a encore essayée dans d'autres cadres, bien qu'elle pourrait théoriquement être adoptée dans d'autres contextes.
Pratique inefficace	Les données probantes disponibles n'appuient pas cette pratique ou prouvent qu'elle est inefficace.	La pratique n'a pas eu d'effet ou a eu des effets négatifs sur les résultats sur la santé ou sur le rendement du système de santé.	La pratique n'est efficace dans aucun contexte.
Évaluation générale : Une pratique est classée dans une catégorie générale (recommandée, prometteuse, émergente ou inefficace) si elle répond à deux de trois critères (colonnes de la qualité des données probantes, des effets/résultats ou de l'expansion). Pour les pratiques qui présentent trois résultats d'évaluation divergents, on recommande d'entreprendre des essais plus approfondis.			

Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

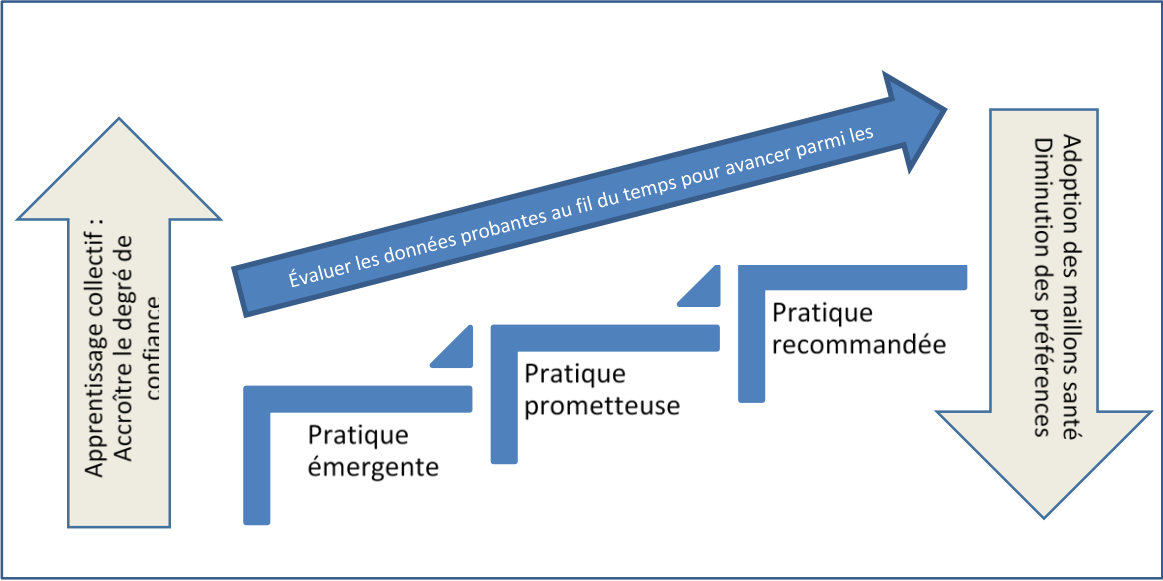


Figure 3 : Progression des pratiques innovantes

Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

1. Établissement des priorités et sélection des sujets

2. Délimitation des sujets

3. Analyse environnementale et examen de la documentation

4. Application du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

5. Soutien par le groupe de référence clinique des maillons santé

7. Transfert des connaissances et plans de mise en œuvre

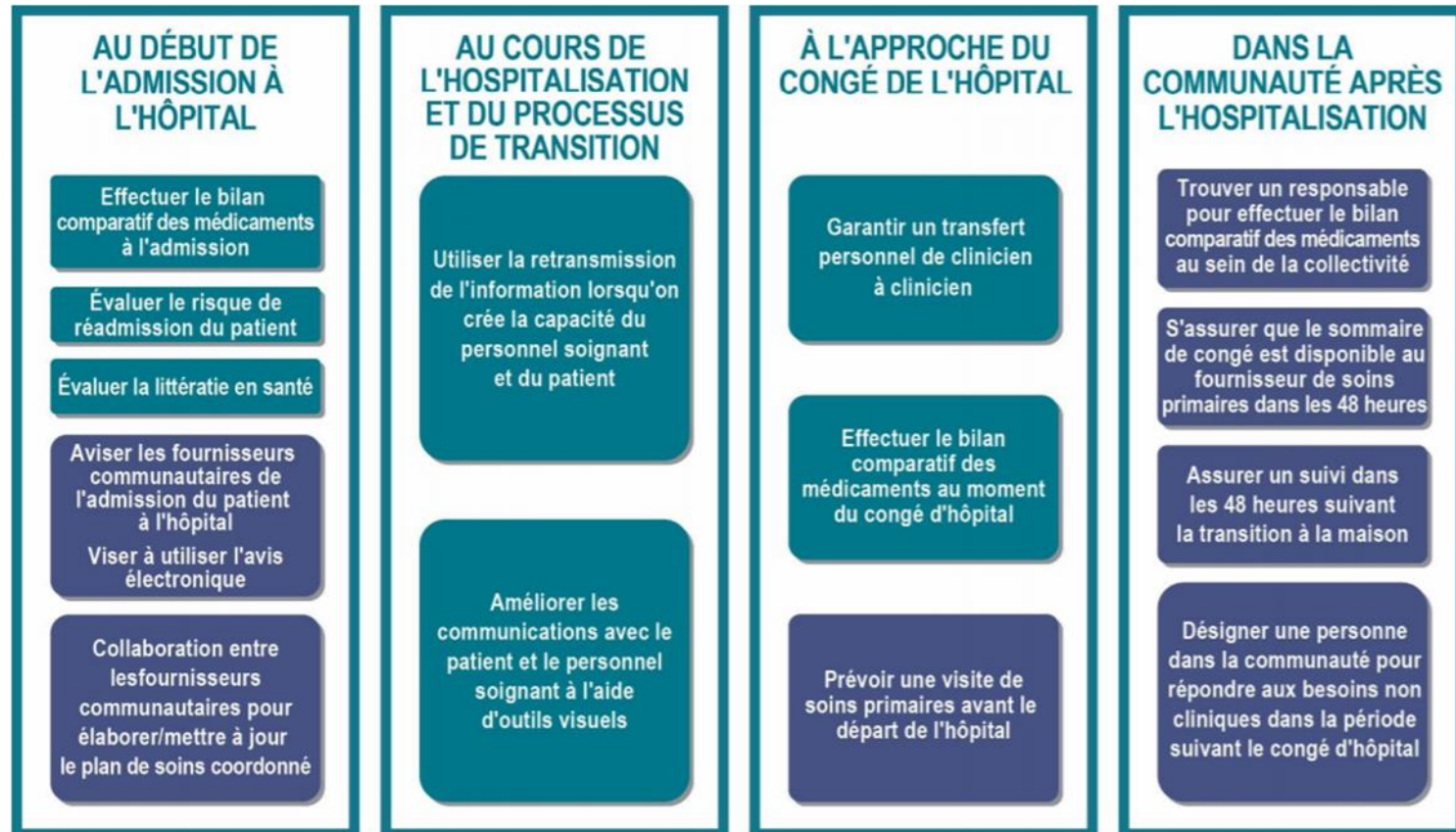
Figure 1 : Sommaire du processus du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes

Transitions entre l'hôpital et la maison

Un élément important de la prestation des soins coordonnés aux patients consiste à améliorer les transitions des patients dans le système de manière à s'assurer qu'ils bénéficient de soins plus adaptés qui répondent à leurs besoins précis.

Survol des pratiques innovantes

Transitions entre l'hôpital et la maison



Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

Pratiques innovantes

Transitions entre l'hôpital et la maison

Survol des produits



Transitions entre l'hôpital et la maison

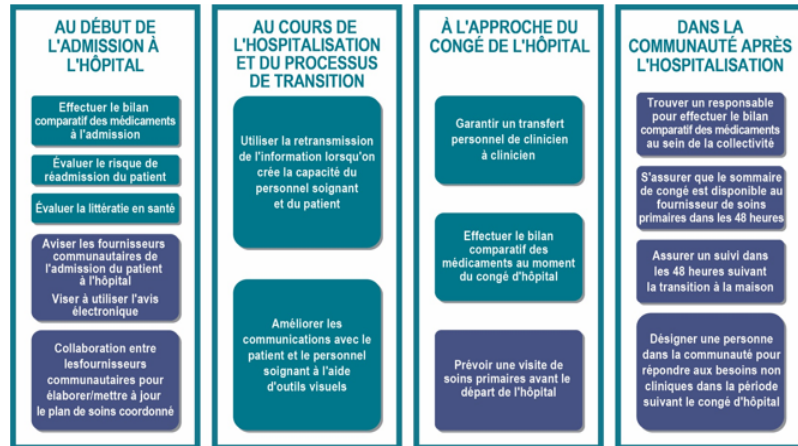
Dans la communauté après l'hospitalisation :

s'assurer que le sommaire de congé est disponible dans les 48 heures 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, 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 décrites dans le présent document. Lorsqu'on considère l'adoption d'innovations, les **pratiques recommandées** doivent être envisagées d'abord, et suivies des **pratiques prometteuses**, puis des **pratiques émergentes**.



Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

Pratiques innovantes

Figure 1 : Pratiques pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison

Le matériel pour le guide des transitions entre l'hôpital et la maison a été préparé en collaboration avec les maillons santé et le groupe de référence clinique.

Description de cette pratique innovante

Un sommaire de congé est une forme de communication écrite contenant généralement une description de l'hospitalisation, du diagnostic, des interventions effectuées et des mesures recommandées. Les sommaires de congé suivent les patients après leur congé de l'hôpital et sont rédigés pour les fournisseurs de soins qui offriront les soins de suivi. Créés par le médecin traitant responsable selon le déroulement de l'hospitalisation, les sommaires de congé doivent être transmis au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant l'obtention du congé d'hôpital. Cette communication est essentielle à la transition du patient, car elle est utilisée pour effectuer des recommandations cliniques continues pour leurs soins.¹

Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante ²	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
S'assurer que le sommaire de congé est disponible dans les 48 heures.	PROMETTEUSE	<p>Expansion provinciale avec une réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un (1) an (sept. 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette mesure doit être mise en œuvre de concert avec le praticien innovant indiquant de fixer un rendez-vous de soins primaires avant le congé d'hôpital.

Mise en place d'une pratique innovante

Étapes de mise en place	Outils et ressources	Considérations
<p>1. Créer des processus hospitaliers pour que le sommaire de congé soit rempli et envoyé dans les 48 heures.</p> <p>Un sommaire de congé transmis d'un fournisseur à l'autre doit être rendu disponible dans les 48 heures suivant le congé d'hôpital afin d'appuyer la communication pendant la transition de l'hôpital à la maison.</p> <p>Les hôpitaux doivent aligner les processus internes et externes requis pour que le sommaire de congé soit rempli et envoyé dans les 48 heures. Les hôpitaux doivent tenir compte des politiques et des procédures hospitalières et de la réglementation médicale pour garantir l'uniformité dans la pratique à long terme.</p> <p>2. Fournisseur de soins primaires avisé de la disponibilité d'un sommaire de congé</p>	<p>Exemples de modèles de sommaire de congé standard :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le RLISS Centre-Toronto (CT) a créé et mis en place un modèle de sommaire de congé normalisé en 2013/2014 pour favoriser l'uniformité du partage de renseignements entre l'hôpital et le fournisseur de soins primaires (voir l'Annexe A pour un aperçu du sommaire). Le Projet de réorganisation des processus de congé est un groupe de recherche du Boston University Medical Centre qui met au point et teste des stratégies visant à améliorer le processus de congé d'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> Créer une pratique pour que les sommaires de congé soient rendus disponibles rapidement nécessite la collaboration entre l'hôpital et les fournisseurs de soins primaires locaux. Idéalement, on devrait mettre en place une norme pour l'obtention des sommaires de congé, cependant, en raison des différences entre les soins primaires, il peut y avoir un besoin pour plusieurs processus permettant de répondre aux besoins des fournisseurs de soins primaires. Historiquement, les fournisseurs dictent leurs sommaires de congé, puis les sommaires sont rédigés en format lettre, puis le fournisseur « confirme » l'exactitude de la lettre transcrite. Pour s'assurer que le

¹ van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. J Gen Intern Med. 2002 Mar;17(3):186-192.

² Pour obtenir de plus amples renseignements sur les évaluations du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes, veuillez utiliser le lien suivant : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qa/health-links/innovative-practices-evaluation-framework-overview-fr.pdf>

Le matériel pour le guide des transitions entre l'hôpital et la maison a été préparé en collaboration avec les maillons santé et le groupe de référence clinique.

Gestion des soins coordonnés

Sommaire des pratiques innovantes

Étape de la gestion des soins coordonnés	Pratique innovante	Évaluation de la pratique innovante ²	Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion
Identifier le patient	Identifier les patients ayant de multiples problèmes de santé et des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de recherche de cas fondée sur des données probantes à tout moment du parcours thérapeutique du patient.	ÉMERGENTE	Propagation provinciale et réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes dans un an (juin 2017).
Inviter et engager	Fournir aux patients un seul point de contact pour tous les services inclus dans leur plan de soins coordonnés.	PROMETTEUSE	
	Utiliser des stratégies de communication centrées sur la personne afin d'inviter et d'engager le patient dans la coordination de ses soins avec l'équipe des maillons santé.	ÉMERGENTE	
	Utiliser un processus ou un formulaire complet qui permet aux patients ou aux décideurs substitués de fournir leur consentement pour tous les éléments des soins coordonnés à la fois (peut être implicite ou explicite).	ÉMERGENTE	
Faire une entrevue et lancer le plan de soins coordonnés	Mettre en œuvre l'approche des « patients partenaires » pour tous les patients des maillons santé.	ÉMERGENTE	

COMITÉ DES MAILLONS SANTÉ

Descriptions rapides de certaines pratiques

AVIS ÉLECTRONIQUE DE L'ADMISSION À L'HÔPITAL

Aasif Khakoo


Maillon santé de Toronto Est

par l'entremise de l'équipe de santé familiale de Toronto Sud-Est



**Transitions dans le processus de soins pour
les patients avec des besoins complexes dans
la région de Toronto-Est**

Asif Khakoo, directeur, Maillon santé Toronto-Est



Listes de choses à faire...

- ✓ **ETHeL 101**
- ✓ **Échec dans les transitions de soins**
- ✓ **Essai de changement dans l'ETHeL**
- ✓ **Solution technologique potentielle**
- ✓ **Questions**

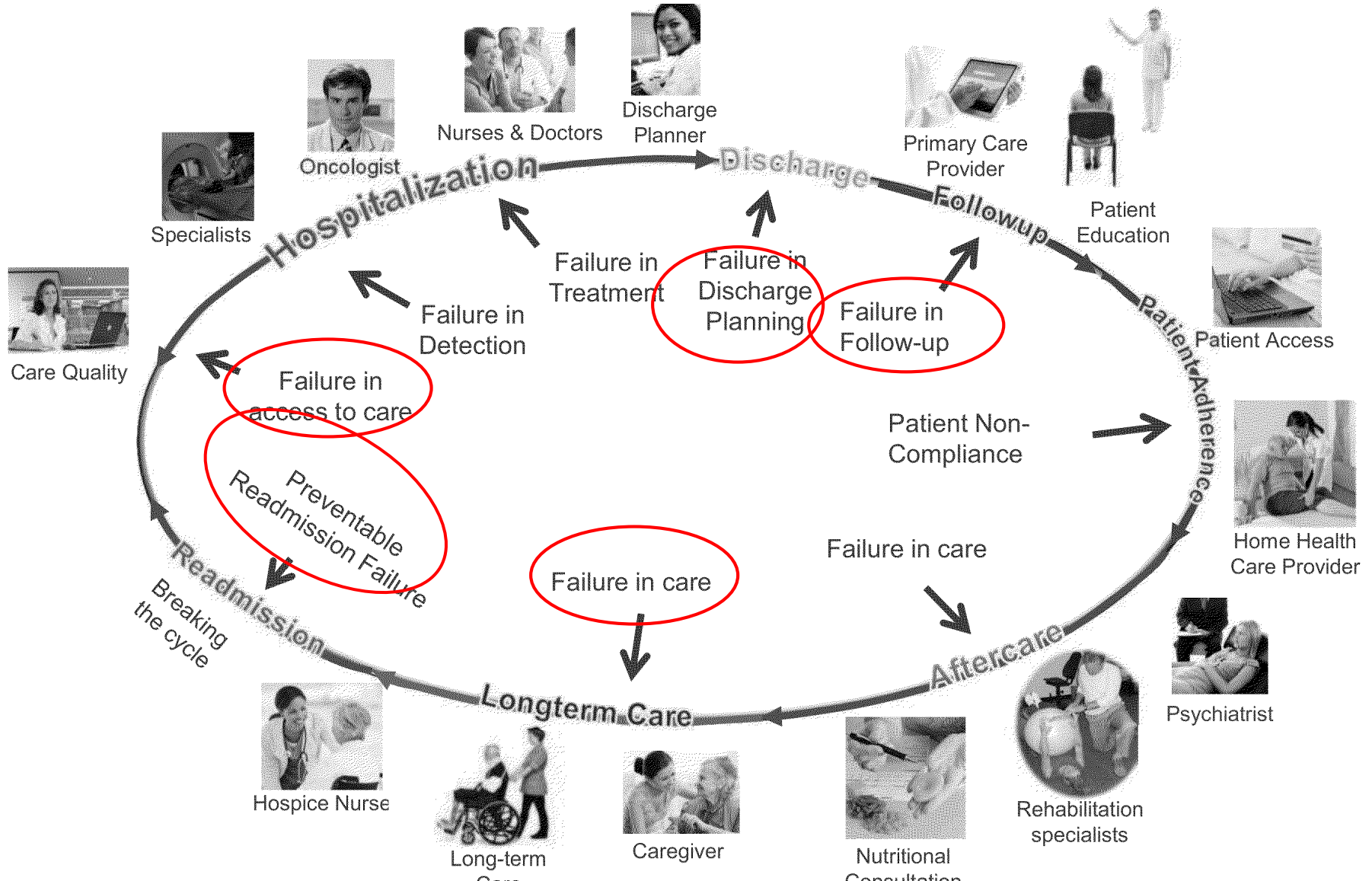
Maillon santé de Toronto Est

- ▶ Population – 170 000 (12 000 patients complexes)
 - ▶ Plus forte population d'enfants et de jeunes
 - ▶ Plus forte population d'ainés vivant seuls
 - ▶ Grand pourcentage de clients à faibles revenus
- ▶ Quartiers à besoins importants
 - ▶ Grande population d'immigrants arrivés récemment
 - ▶ Statut socioéconomique faible
 - ▶ Taux élevé de maladie mentale



**NOUS SOIGNONS
TOUS UNE
DÉMOGRAPHIE AUX
BESOINS COMPLEXES**

Problèmes dans les transitions de soins

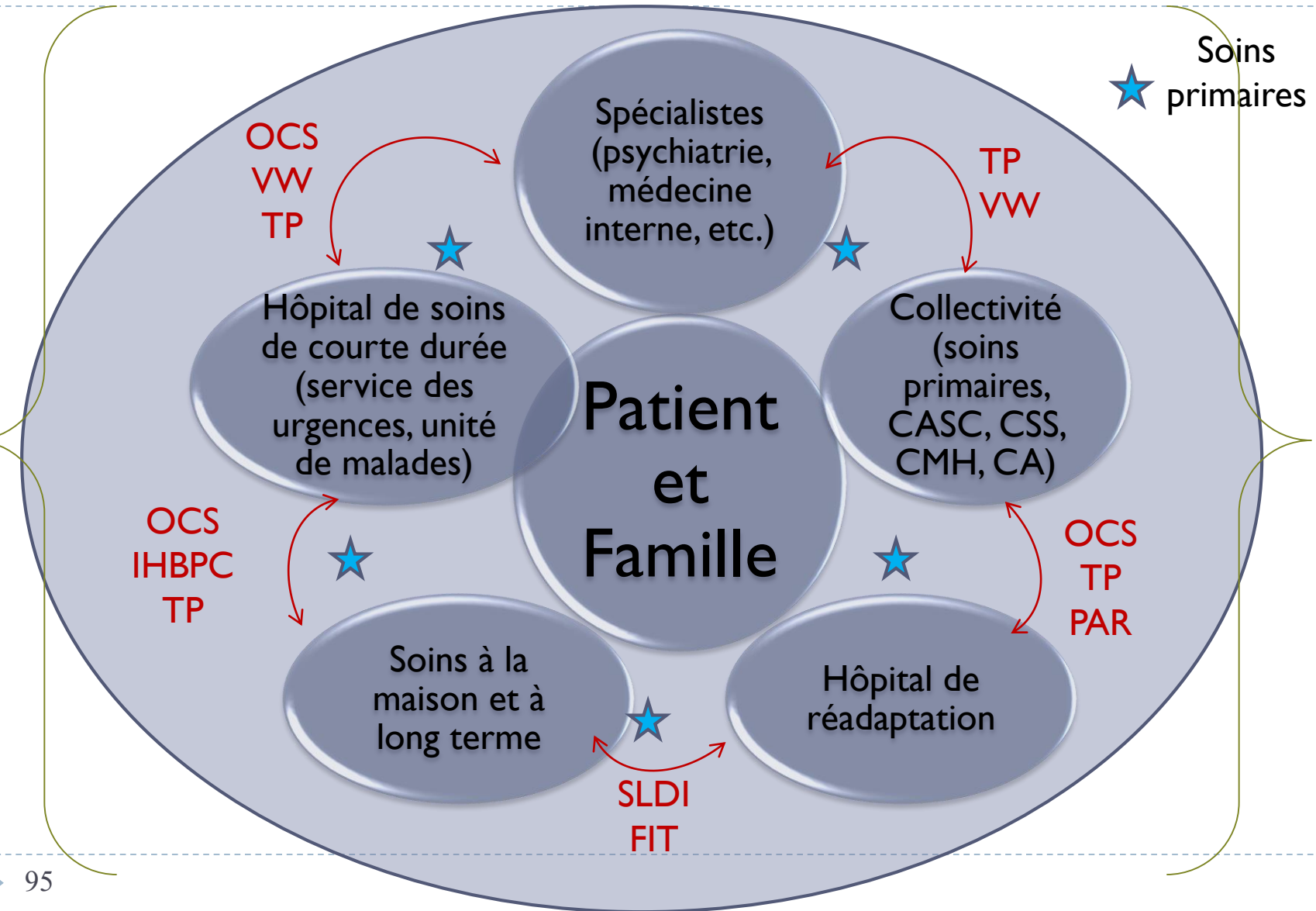


Passer le témoin nécessite une collaboration



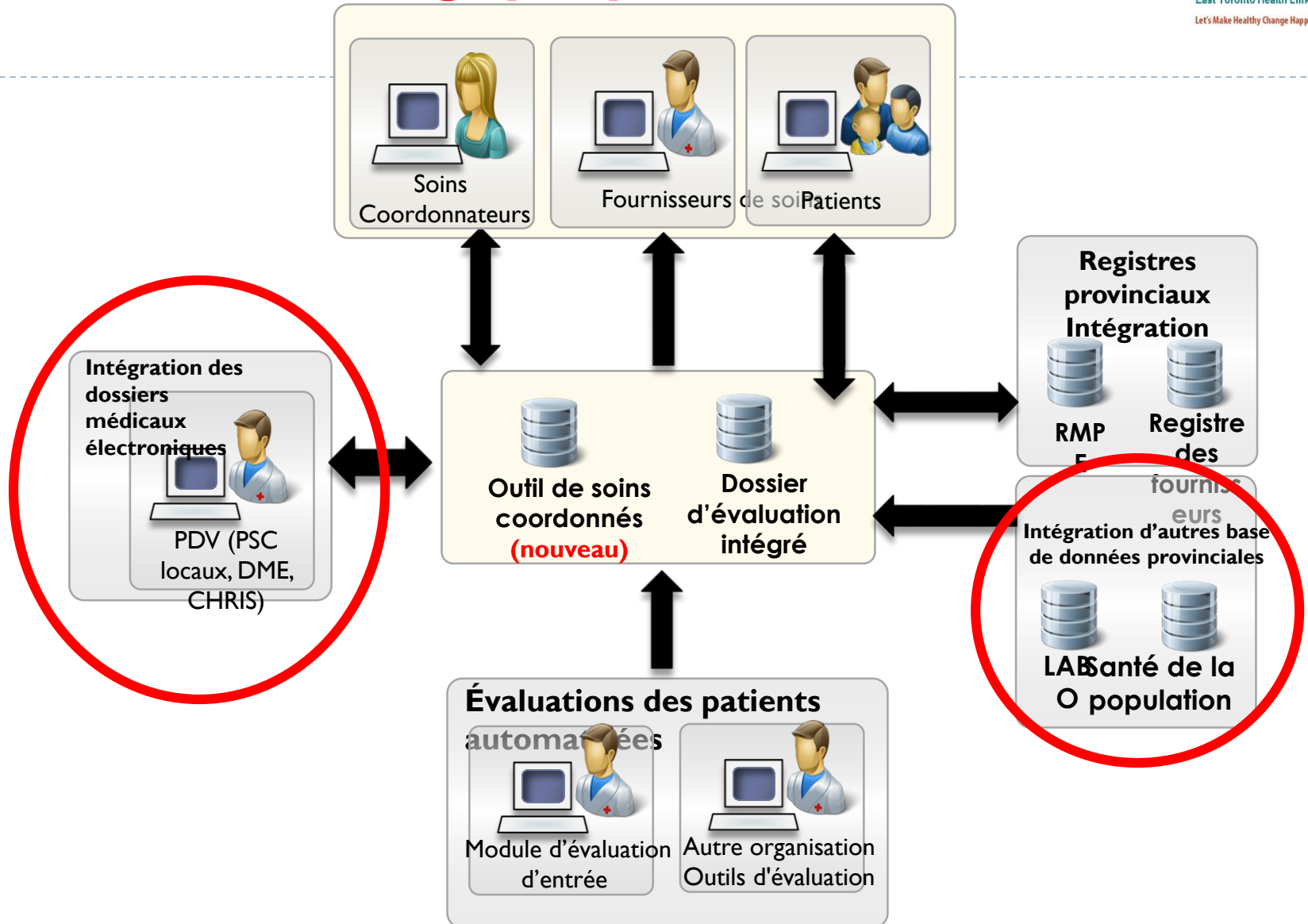
Programmes et flux d'information de l'ETHeL

Plan de soins coordonnés (électronique et papier), avis électronique (HRM), sommaire de congé, planification préalable des soins



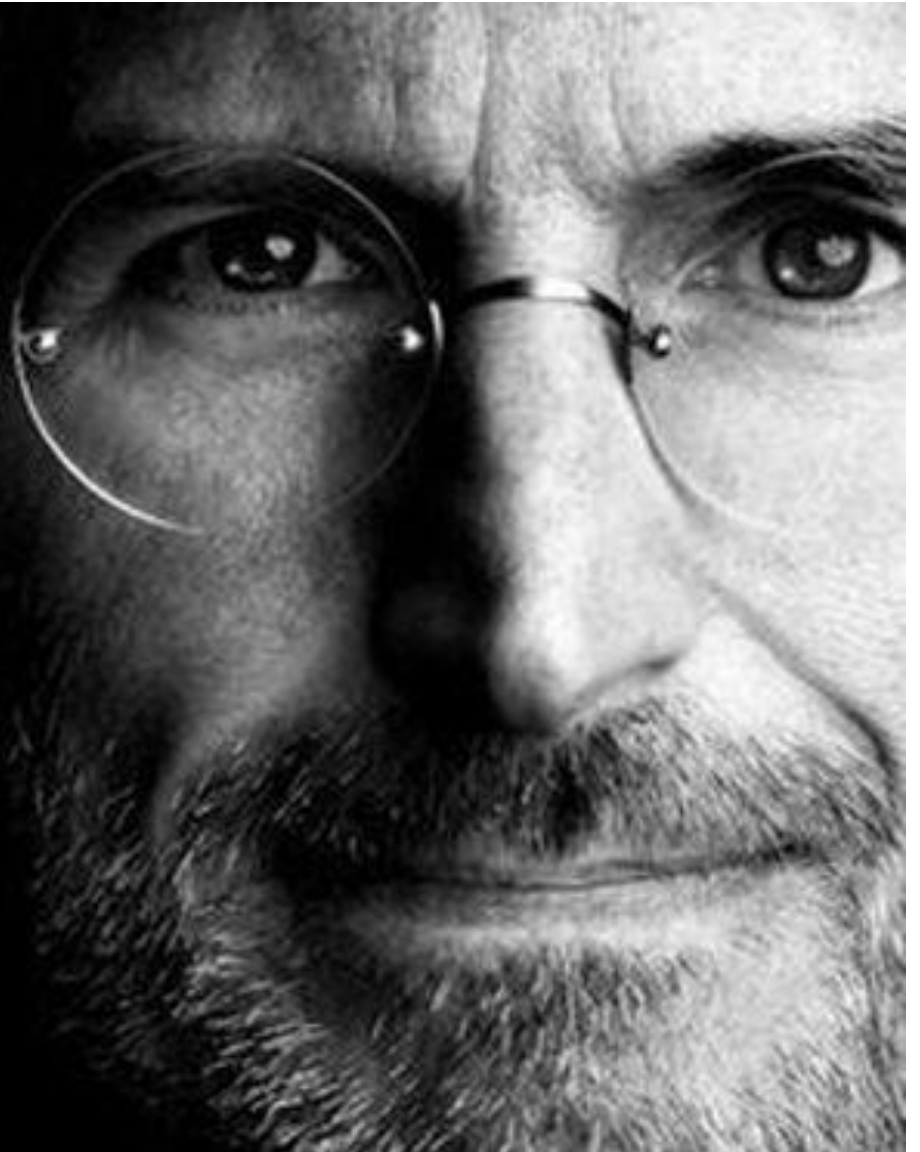
Plan de soins coordonnés (électronique et papier), avis électronique (HRM), sommaire de congé, planification préalable des soins

Solution technologique potentielle



Si vous travaillez
sur quelque chose
qui vous tient à
coeur, vous n'avez
pas besoin de vous
pousser. La vision
vous tire vers
l'avant.

Steve Jobs



PRÉVOIR UNE VISITE DE SOINS PRIMAIRES AVANT LE CONGÉ D'HÔPITAL

Lori Richey

Maillon santé Peterborough



Fournir les soins primaires aux patients
Transitions entre l'hôpital et la maison

Qui sommes-nous?

- L'équipe Santé familiale de Peterborough a été créée en 2006 en tant que première vague de l'équipe de santé familiale. Nous collaborons avec 5 organisations de santé familiale dans la ville et le comté de Peterborough (un seul médecin ne fait pas partie d'une organisation de santé familiale) offrant des soins complets et multidisciplinaires à 115 000 patients dans 23 emplacements.
- Nous avons un budget annuel de 9,4 millions de dollars et 65 % de ce budget est directement lié aux soins des patients
- Nous jouons un rôle actif au sein du maillon santé de Peterborough depuis 2013
- Personnel clinique actuel
 - 89** médecins de famille
 - 22** infirmières praticiennes
 - 16** cliniciens en santé mentale et travailleurs sociaux
 - 6** diététistes
 - 3** pharmaciens
 - 22** infirmières autorisées
 - 4** infirmières praticiennes autorisées



Population cible

Nous recevons des références de trois sources :

- Les patients de l'équipe de santé familiale de Peterborough qui reçoivent leur congé du Peterborough Regional Health Centre (PRHC) - fonctionnant sur quatre étapes d'hôpital : A2, A4, B4 et USE
- Les patients qui ont des affections chroniques complexes et qui ont de la difficulté à obtenir des rendez-vous avec un médecin de famille en clinique et qui demandent un rendez-vous à la maison
- Les patients souffrant d'ICC qui sont référés par le centre d'ICC (un programme collaboratif entre l'équipe de santé familiale de Peterborough, le PRHC et le centre d'ICC)



OBJECTIFS

- Offrir un point de contact unique pour le PHRC et le CASC pour s'assurer que les patients reçoivent des soins de suivi
- Pour offrir aux patients le soutien et les interventions permettant des transitions plus en douceur au sein de la collectivité et améliorant la communication entre les fournisseurs de soins de santé, le PHRC, le CASC et les soins primaires (lorsque possible)
- Pour s'assurer que les patients recevant leur congé d'hôpital reçoivent un rendez-vous de suivi avec un médecin ou une infirmière praticienne, dans les 7 jours pour ceux souffrant d'affections de certains groupes clients.



OBJECTIFS (suite)

- Les patients recevant leur congé d'hôpital classés dans une catégorie AUTRE reçoivent un rendez-vous de suivi dans les 14 jours
- Offrir un soutien supplémentaire en cas de besoin aux patients ayant des besoins complexes ou des affections chroniques en augmentant la communication entre les fournisseurs de soins de santé, en facilitant la coordination nécessaire des services et en améliorant les besoins en soins de santé des patients
- Pour améliorer la communication et la coordination des soins dans le but de réduire les réadmissions à l'hôpital et améliorer la sécurité des patients, la qualité et la satisfaction
- Garantir que les patients référés par le centre d'ICC reçoivent un rendez-vous de suivi avec un médecin ou une infirmière praticienne à l'intérieur de la période recommandée



Modèle de dotation

Toute la dotation pour ce programme fait partie du budget annuel de l'équipe de santé familiale. Nous avons demandé et reçu de petits montants de financement des maillons santé pour ce programme dans le passé.

Dotation permanente

- 0,6 d'ETP (trois jours) pour une infirmière praticienne
- 1 ETP (cinq jours) pour une infirmière autorisée
- Soutien administratif (varie selon les besoins)

Dotation temporaire actuelle (en raison d'une infirmière praticienne en congé de maternité et de l'impossibilité de trouver une remplaçante)

- 0,1 (demi-journée) pour une infirmière praticienne
- 1 ETP (cinq jours) pour une infirmière autorisée
- 1 ETP (cinq jours) pour une infirmière praticienne autorisée
- Soutien administratif (varie selon les besoins)



Rôles

Infirmière praticienne

- Visites à la maison pour les patients complexes, y compris le bilan comparatif des médicaments
- Consultation avec le médecin de famille
- Offrir un soutien clinique aux autres membres de l'équipe de soins à la maison
- Recommande des mesures de soutien communautaire qui sont ensuite coordonnées à l'aide de l'IPA
- Documenter dans le dossier médical électronique

Infirmière autorisée

- Assurer une liaison avec le PRHC
- Siéger au comité de l'équipe de conception des maillons santé
- Visites à la maison pour les patients moins complexes
- Consultation avec le médecin de famille
- Offrir un soutien clinique aux autres membres de l'équipe de soins à la maison
- Recommande des mesures de soutien communautaire qui sont ensuite coordonnées à l'aide de l'IPA
- Documenter dans le dossier médical électronique



Rôles (suite)

Infirmière praticienne autorisée

- Visites à la maison pour évaluer les déterminants sociaux de santé
- Joindre le patient et les ressources communautaires
- Assurer une liaison avec le PRHC
- Siéger au comité de l'équipe de conception des maillons santé
- Rechercher et améliorer la compréhension des ressources communautaires
- Connaissance des listes d'attente dans la collectivité
- Documenter dans le dossier médical électronique

Ajointe administrative

- Obtenir les données de congé du système Meditech de l'hôpital
- Suivi avec le bureau de soins primaires concernant un rendez-vous, en cas de besoin



Les données

Pour l'exercice 2015/16, les données de Retour à la maison sont les suivantes :

Nb. de patients desservis = 1 151

Nb. de rencontres avec les patients = 3 265

Mesures de rendement :

- Nb. moyen de jours avant le rendez-vous de suivi : **8,16**
- % de patients qui sont rencontrés dans les 7 jours suivant leur congé d'hôpital pour les affections sélectionnées (selon les groupes clients) : **70 %**
- % de patients qui sont rencontrés dans les 14 jours suivant leur congé d'hôpital : **93 %**
- % de patients qui sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé d'hôpital et qui souffrent d'une affection spécifique (selon les groupes clients)** **3 %**
- Nb. de plans de soins coordonnés créés : **30**
- % de patients référés par le centre d'ICC qui reçoivent un rendez-vous de suivi à l'intérieur de la période recommandée : **71%**

*** Comprend uniquement les réadmissions dont nous sommes au courant, probable que nos données soient incomplètes*



Le processus actuel

1. Les données de congé proviennent du système Meditech du PHRC pour tous les médecins liés à une équipe de santé familiale à Peterborough
2. La raison de la réadmission est vérifiée et comparée à la liste des groupes clients recommandés du ministère de la Santé pour établir le suivi recommandé
3. Vérifier les notes pour les recommandations de rendez-vous de suivi, consulter le DME pour vérifier si le rendez-vous est fixé à l'intérieur de la période, en cas contraire, effectuer le suivi avec le bureau à l'aide de la ligne téléphonique secondaire
4. Vérifier si le médecin a reçu une copie du sommaire de congé. En cas contraire, prendre une capture d'écran et l'envoyer par télécopieur à son bureau
5. Offrir une visite à la maison si le médecin en fait la demande
6. Communiquer avec les services communautaires si ce n'est pas déjà fait



État futur

Les tâches du programme Retour à la maison semblent se dérouler de manière organique, tout en comblant les écarts, modifiant les styles de pratique tout au long du processus. Par exemple, les pratiques prévoient désormais des cases horaires pour accommoder les rendez-vous le jour même ou le jour suivant et fixent des rendez-vous de suivi automatiquement suivant le congé d'hôpital.

- Nous prévoyons ajouter les étages de chirurgie du PRHC aux congés que nous surveillons
- Nous allons créer un partenariat avec le service de pédiatrie pour garantir un retour en temps opportun aux soins primaires suivant une visite dans une unité de malades
- Nous continuons de chercher des endroits où le service « à point unique » pourrait faciliter les transitions de soins
- Nous allons collaborer avec le personnel des cliniques de soins primaires et le former afin d'identifier les patients complexes qui pourraient profiter d'un plan de soins coordonnés



1 leçon apprise et le succès

Leçon

- Il est très difficile d'apporter des changements chez les gens dans une organisation de grande taille comme un hôpital. Cela nécessite un trop grand nombre de changements du personnel, différents niveaux d'adhésion pour chaque étage. Il est préférable d'utiliser les systèmes et les processus existants, tels que le système d'information A/C/T

Conseil

- Consacrer du temps à éduquer les secrétaires médicales des bureaux de médecins de famille avant de commencer – elles doivent comprendre la raison des changements et que le médecin est d'accord



Merci!

Pour obtenir de plus amples renseignements,
communiquez avec :

Lori Richey

705 749-1564, poste 317

Lori.richey@peterboroughfht.com

SOMMAIRES DE CONGÉ DANS LES 48 HEURES ET PRÉVOIR UN RENDEZ-VOUS DE SOINS PRIMAIRES AVEC LE CONGÉ

Christine Thompson

Hôpital général St. Thomas Elgin

IDÉES et maillon santé

Optimiser les transitions en santé de l'hôpital à la collectivité

« récipiendaire du prix distinction du programme IDÉES Alumni de 2015 »

Sommet du leadership de QSSO, 28 sept. 2016

Christine Thompson, Emily Sheridan

Le problème dans le cas d'un hôpital

L'hôpital général St. Thomas Elgin affiche des taux de réadmission plus élevés que prévu (taux réel d'environ 20 %, comparativement à la prévision de 16 %).

- Aussi, seuls 41 % des sommaires de congé ont été envoyés aux fournisseurs de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé d'hôpital, et seulement
- 23 % des patients de certains groupes clients ont reçu leur congé d'hôpital et rencontré leur fournisseur de soins primaires dans les 7 jours.

Données recueillies en date de septembre 2014

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



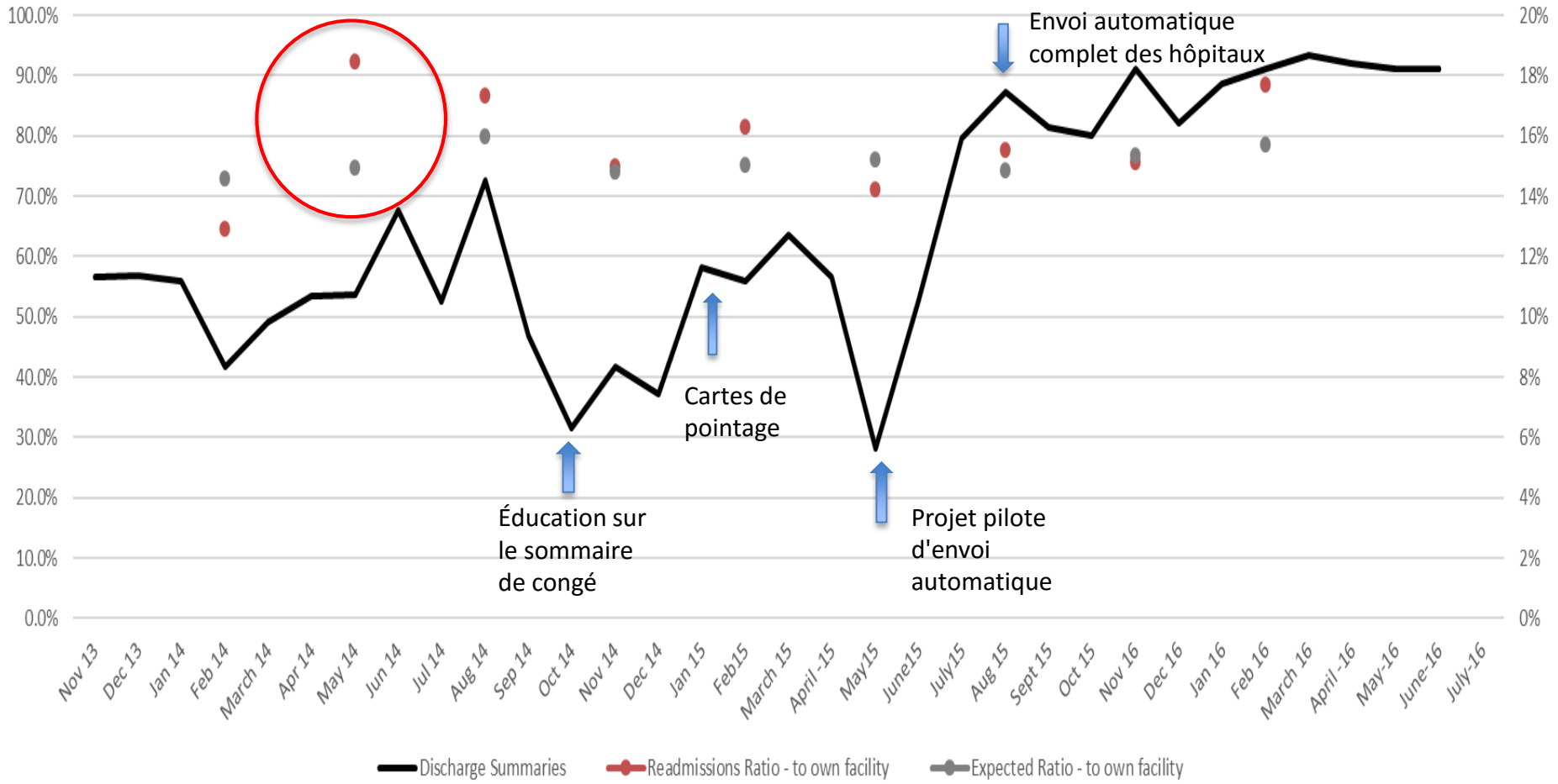
Augmenter le
pourcentage
suivant près les
congé
d'hôpital avec
un suivi



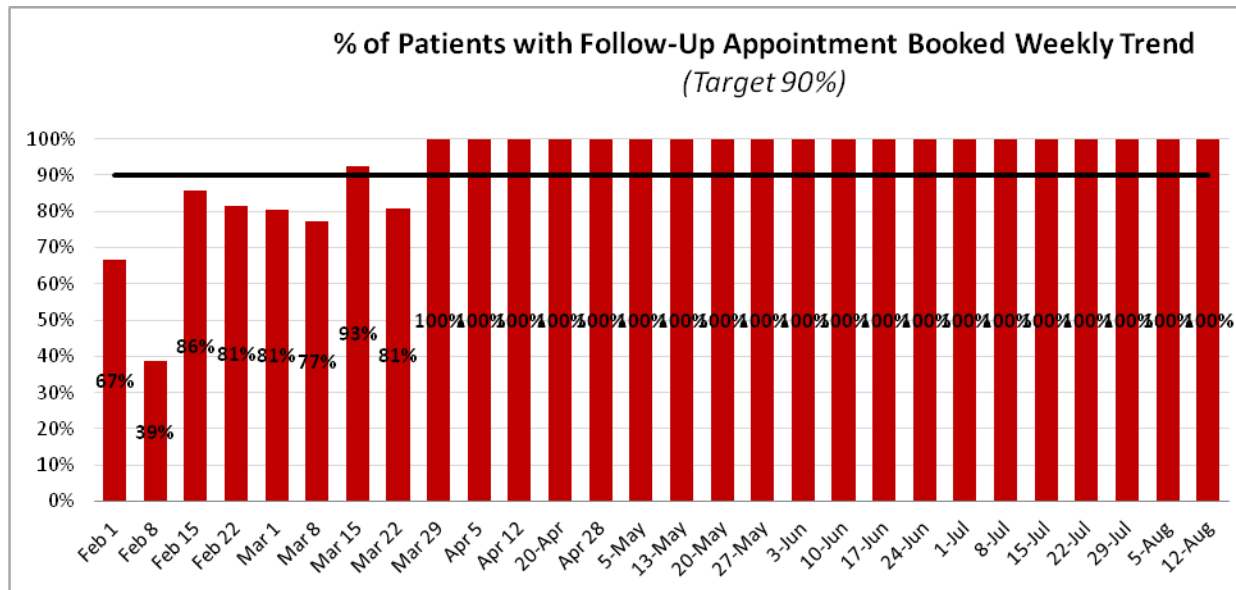
Rapidité des
sommaires de
congé

RÉSULTATS

Taux de réadmission (réel et prévu à l'établissement même) et % des sommaires de congé de l'hôpital aux soins primaires en moins de 48 heures



Rendez-vous de suivi



- Initialement, on a mis l'accent sur certains groupes clients, avant de passer à tous les patients recevant un rendez-vous de suivi
- Expansion au sein de l'organisation en février 2016 à toutes les unités appropriées, maintenant un pourcentage de 98,3 %

Succès

- On peut expliquer une grande partie de notre succès par l'adhésion au sein de l'organisation :
 - Réunion hebdomadaire du leadership : discuter de la planification des rendez-vous de suivi, des réadmissions, des données de sommaires de congé de toutes les unités
 - Cartes de pointage d'unité/conseil : un moyen de présenter toutes les données hebdomadaires/mensuelles de l'organisation
- Passage d'env. 41 % des sommaires de congé dictés et envoyés au fournisseur de soins primaires dans les 48 heures au maintien d'un pourcentage de plus de 85 % depuis octobre 2015
- Les commis d'unité peuvent fixer les rendez-vous de suivi facilement
- Commentaires positifs des patients – ils apprécient le fait d'avoir un élément de moins à faire après leur congé
- Le CCHC est d'accord pour accepter les références de patients sans médecin de soins primaires

Défis

- L'essai original d'envoi automatique présentait quelques bogues qui devaient être réglés – retard d'environ 6 semaines de la mise en œuvre
- Quelques médecins n'arrivent pas à atteindre les objectifs de rédaction des sommaires de congé
- Certains médecins de soins primaires refusent d'accepter les rendez-vous de suivi provenant directement de notre installation
- Janv. 2016 - Le CCHC nous a avisé qu'ils n'étaient pas en mesure de prendre de nouvelles références en raison de problèmes de dotation et d'une liste d'attente
- Les données ne sont pas fournies rapidement – toujours retardées
- Gros point – Les patients sont réadmis à l'hôpital sans avoir utilisé les ressources de CASC d'abord

Merci

ACTIVITÉ DE LA TABLE

Partie 1 – Stratégies pour engager les patients et le personnel soignant

Partie 2 – Facteurs habilitants et obstacles à l'intégration des pratiques innovantes

Partie 3 – Adoption des pratiques innovantes

DÎNER DE RÉSEAUTAGE



 #HLSummit2016

RASSEMBLER LES SÉANCES D'APPRENTISSAGE DU MATIN



Stratégies d'engagement des patients

- Rassembler et partager les expériences de patient/personnel soignant (p. ex., créer une vidéo d'expérience de patient/lors des réunions/comités)
- Inviter et appuyer les patients/personnel soignant dans leur participation aux décisions et à la conception (p. ex., carte de processus et comités d'orientation, comités consultatifs de patients et de familles; éliminer les obstacles à la participation)
- Engager les patients en tant que partenaires dans leurs soins dès le début et tout au long du processus (p. ex., autogestion et éducation)
 - Un exemple - Inviter les patients aux rencontres entre la collectivité, l'urgence et les services d'urgence.

Pratiques innovantes mises en place*

Facteurs habilitants

- Leadership clinique/administratif robuste (surtout les médecins)
- Technologies/DME partagés
- Données (résultat/utilisation) - en temps opportun
- Vérification et commentaires - cartes de pointage
- Comités consultatifs des patients

Obstacles

- Gestion des données des patients
 - ententes de confidentialité/partage
 - données de résultats
 - technologie/DME
- Gestion du changement et changement de culture
- Lassitude des sondages
- Financement/capacité
- Variation des processus et des pratiques
 - matériel/flux normalisés

* Certains éléments sont indiqués comme étant des facteurs habilitants lorsqu'ils sont présents; leur absence constitue un obstacle

Adopter une nouvelle pratique innovante

Ce que nous avons entendu aujourd'hui lors de l'activité du matin était que les leaders des maillons santé ont établi les leçons tirées et les obstacles décelés à la suite de la mise en place des pratiques innovantes précédentes.

Les leaders prévoient continuer à utiliser les éléments fonctionnant correctement et les facteurs habilitants clés *et* pour éliminer les obstacles à mesure qu'ils travaillent à mettre en place les nouvelles pratiques innovantes.

Ce qui a été mentionné lors des discussions Notre pratique de communauté

« Si vous m'envoyez un courriel, je vous répondrai »

« Est-il possible d'avoir une liste de personnes-ressources pour chaque maillon santé? »

« Comment peut-on communiquer avec les personnes qui ont mis ces pratiques en place? »

PERSPECTIVES DES LEADERS DE MAILLONS SANTÉ



Perspectives des leaders de maillons santé

Panel

Kirk Mason

D^r Jocelyn Charles

D^r Walter Wodchis

D^r Harry O'Halloran

Perspectives d'une personne soignante

Kirk Mason

Qu'est-ce que le leadership?

Participer!

- Joignez-vous à un comité consultatif de patient ou de famille
- Découvrez tout ce que vous pouvez faire
- Apprenez autant que possible
- Visez les objectifs

Faites participer les autres!

- Faites participer vos patients
- Posez des questions
- Soyez un/une champion(ne)
- Apprenez autant que possible

Continuez la conversation!

- kirkemason@gmail.com
- @kirkemason
- #ptexp
- #maillonssanté

Maillon santé

L'expérience dans Toronto-Centre

Dr Jocelyn Charles

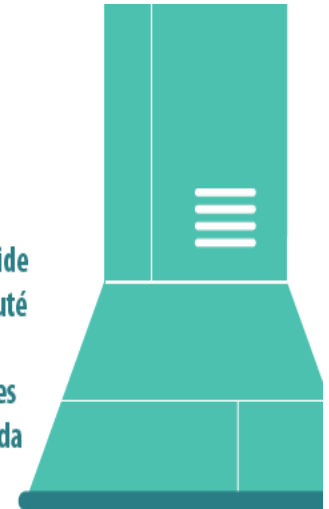
NOUS EXAMINONS LES BESOINS DE NOS DIVERSES COMMUNAUTÉS

Le RLISS du Centre-Toronto sert 1,2 millions de personnes dans le plus grand centre urbain du Canada.



- 2,6 millions de personnes
- Plus de 140 langues
- 26 % vivent dans la pauvreté
- 41 % sont des immigrants
- 5 000 sans-abri
- 59 000 francophones

- Population autochtone urbaine en croissance rapide
- La plus grande communauté de personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transsexuelles au Canada
- Plus de 200 groupes ethniques distincts



NOUS PRIVILÉGIONS LES BESOINS SPÉCIFIQUES DE NOS DIVERSES COMMUNAUTÉS POUR ASSURER UNE MEILLEURE SANTÉ.

NOUS PLANIFIONS, FINANÇONS ET COORDONNONS

la prestation de services d'un grand nombre de fournisseurs, notamment :

 17

HÔPITAUX

 61

ORGANISMES DE SERVICES
COMMUNAUTAIRES DE SOUTIEN

 36

FOYERS DE SOINS DE
LONGUE DURÉE

 1

CENTRE D'ACCÈS AUX SOINS
COMMUNAUTAIRES

 17

CENTRES DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRE

 70

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
DE SANTÉ MENTALE ET DE LUTTE
CONTRE LES DÉPENDANCES

Maillon santé

Promouvoir la collaboration et l'engagement

- Pour les besoins d'une personne
- Pour les besoins des résidents d'un bâtiment
- Pour les besoins d'un quartier
- Pour les besoins d'une population

Collaborer autour d'un patient

En un an, une personne < 50 ans :

- 339 rencontres - visites presque quotidiennes aux services des urgences des hôpitaux
- 161 enquêtes de diagnostics par imagerie :
 - 128 images de thorax et d'abdomen
 - 19 tomodensitogrammes

Rassembler plusieurs fournisseurs de plusieurs sites/secteurs pour comprendre la vision plus large et élaborer des stratégies pour améliorer la coordination des soins

Collaborer pour les besoins des résidents d'un bâtiment à nombre élevé d'appels pour les services d'urgence

- Identification de tous les fournisseurs entrant dans le bâtiment
- Clarifié ce que chaque fournisseur faisait et quand :
 - Leurs succès et leurs défis
- Trouvé une équipe intersectorielle dans un autre site traitant des résidents similaires dans des bâtiments similaires :
 - Comment ont-ils créé leur équipe?
 - Quelles stratégies leur ont permis de réussir?
- Tenu des réunions périodiques pour coordonner les soins de manière continue

Maillon santé

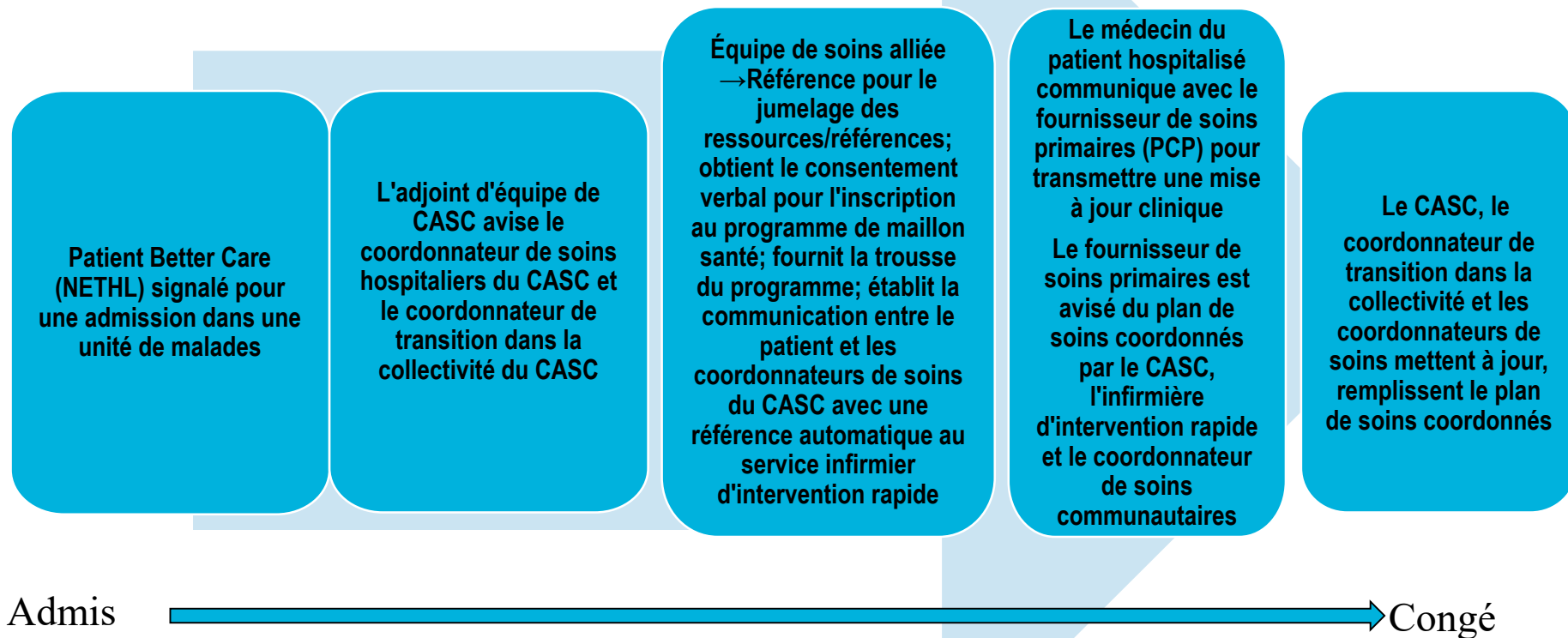
Collaborer pour les besoins d'un quartier



Improving Access to Primary Care for Homebound Seniors in Thorncliffe Park



Collaborer pour les besoins d'une population : le chemin de la fragilité



Maillon santé

76 % des soins sont offerts à des gens à l'extérieur de la zone desservie

80 000 autochtones urbains

41 % d'immigrants

26 % vivant dans la pauvreté

NOTRE

170 langues parlées

5 000 sans-abris

1,2 million de résidents dans la zone desservie

POPULATION

Plus grande communauté LGBTQ au Canada

17 hôpitaux

61 organismes de soutien communautaire

17 centres de santé communautaires

1 809 médecins de famille/13 équipes de santé familiale

70 organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

36 maisons de SLD

1 CASC

Évaluer le rendement des maillons santé – conclusions préliminaires

Conçu par : Walter Wodchis, Kevin Walker,
Agnes Grudniewicz, Jenna Evans, Ross Baker

Réseau de recherche sur la performance du
système de santé

Septembre 2016

Sommaire quantitatif

	GENS INSCRITS SÉLECTIONNÉS	BASSIN DE CONTRÔLE 4 affections et +
	N = 313	N = 34 820
Utilisation dans la première année, moyenne ± ÉT		
Visites de soins primaires	24,7 ± 20,5	16,4 ± 14,2
Visites de spécialistes	62,9 ± 46,7	25,8 ± 29,2
Services de soins à la maison	114,2 ± 171,6	22,7 ± 79,2
Visites aux urgences, moyenne ± ÉT		
1 an plus tôt	5,9 ± 7,0	1,5 ± 2,2
1-3 mois plus tôt	2,2 ± 2,3	0,4 ± 1,0
4-6 mois plus tôt	1,4 ± 2,1	0,4 ± 1,0
7-9 mois plus tôt	1,1 ± 1,7	0,4 ± 1,0
10-12 mois plus tôt	1,0 ± 1,8	0,3 ± 0,9
Hospitalisations de courte durée, moyenne ± ÉT		
1 an plus tôt	2,4 ± 1,7	0,4 ± 1,1
1-3 mois plus tôt	1,1 ± 1,0	0,1 ± 0,4
4-6 mois plus tôt	0,6 ± 0,9	0,1 ± 0,4
7-9 mois plus tôt	0,4 ± 0,7	0,1 ± 0,4
10-12 mois plus tôt	0,3 ± 0,8	0,1 ± 0,4

Sommaire qualitatif

- Prestation de soins
 - L'identification des patients demeure un défi
 - Les plans de soins ne sont pas partagés avec plusieurs membres de l'équipe
 - Les services de traitement de la santé mentale et les services sociaux ne sont pas intégrés efficacement
- Engagement des cliniciens
 - Écart de l'engagement des médecins – une moitié est d'accord et l'autre ne l'est pas du tout
 - Faible sensibilisation, la valeur des maillons santé n'est pas perçue, plusieurs médecins travaillant seuls, problèmes de confidentialité
- Technologie de l'information
 - Besoin d'une capacité de partager les renseignements des patients avec les partenaires (initiative importante de l'OCS)
 - La coordination et le partage d'information avec les médecins de famille sont généralement faibles
- Partenariat et conception du réseau
 - Rondes communautaires bien accueillies; esprit de collaboration
 - Le leadership dans les hôpitaux est une arme à double tranchant
 - Certains partenaires manquent de ressources lorsqu'ils desservent plusieurs maillons santé

Questions clés

1. Y a-t-il une approche systématique, constante et à haute fidélité pour l'identification des individus qui sont admissibles en tant que patients de maillons santé qui sont bien compris par tous les fournisseurs traitant les patients inscrits dans les maillons santé? Est-elle bien comprise par les patients inscrits dans les maillons santé?
2. Les objectifs de soins des patients des maillons santé sont-ils clairement articulés et partagés avec tous les fournisseurs de soins? Les objectifs axés sur les patients sont-ils intégrés aux objectifs à court, à moyen et à long terme? Quel est le mécanisme de partage de cette information? Quel est le mécanisme de discussion s'appliquant à la pertinence et à l'accord commun pour ces objectifs?
3. Y a-t-il une approche systématique et efficace pour l'engagement avec l'hôpital et les groupes de soins primaires et communautaires afin de partager les plans de soins pour les patients des maillons santé?
4. Quelle est l'approche pour l'engagement continu et durable avec les médecins de soins primaires concernant les patients de maillons santé? Quelle est la valeur des maillons santé en lien avec les fournisseurs de soins primaires?
5. Comment les plans de soins sont-ils partagés avec les fournisseurs de soins primaires, les spécialistes et les fournisseurs de soins communautaires (pas seulement les coordonnateurs de soins)?
6. Étirer l'objectif... comment un hôpital pourrait-il établir qu'un patient admis est inscrit dans un maillon santé et comment cela affecterait-il les soins et la communication concernant les soins hospitaliers avec les fournisseurs des maillons santé et le patient?

Maillon santé South Georgian Bay

Perspectives de Collingwood...
D^r Harry O'Halloran

HealthLinks



Systemes de santé très performants

Soins primaires

Amélioration de la qualité

Technologie de l'information

Le rendement est amélioré en mettant l'accent sur ces trois aspects (politiques)

SYSTEM SAVER II

PELLETS

Ya gotta
get the **good** one!

windsorsalt.com

NEW
LOOK!

windsor

SYSTEM SAVER II

PATTISON

COLLINGWOOD

POPULATION

19500



L'expérience Collingwood...

2002 – Groupe de santé familiale

2004 – Réseau de santé familiale (10 médecins)

2007 - Équipe de santé familiale (2 réseaux de santé familiale)

2008 – Organisation de santé familiale

2009 – Bases de données de médecins fusionnées

2009 – Site pilote pour les prescriptions en ligne

2010 – Accès aux DME dans les hôpitaux

2012 – Site pilote pour les HRM

2013 – Accès aux DME pour les spécialistes locaux

2014 – Centres de santé communautaires intégrés à notre base de données

2015 - Portail de fournisseur

L'expérience Collingwood...

Actuellement, plus de 58 000 patients inscrits dans une seule base de données pour 18 sites, 48 médecins de soins primaires

- Certains sont séparés par près de 40 km
- Accès partagé entre l'hôpital, les urgences, le CASC, les pharmacies locales, les spécialistes, les maisons de soins de longue durée, les centres de soins communautaires, etc...

Initiatives du maillon santé South Georgian Bay

Groupe de réflexion

Clinique le jour même

Antibiotiques intraveineux pour les SLD

Projet centralisé de références de CSS

Portail de fournisseur

Plans d'amélioration de la qualité partagés entre les organisations

Home for Life

HealthLinks

Ingrédients clés du succès

Inviter les personnes appropriées à la table – le membre de la direction doit pouvoir tenir son organisation responsable

Culture d'organisation (SP/hôpital/communauté)

La participation des patients est une étape clé vers la responsabilisation des patients

Base de données de soins primaires partagée (idéalement fusionnée ou offrant, au minimum, une compatibilité entre les plateformes)

Plans d'amélioration de la qualité partagés (?)

Gestion du changement

- Partager généreusement
- Voler sans y penser
- Utiliser les ressources
- Peu de changement dans les soins de santé sans leadership des médecins
- Besoin d'un champion
- Créer une équipe
- Culture de collaboration

Solutions secrètes...?

- Shirt consumed by fire – tell your friends (4, 2, 2)

(Globe & Mail, 24 sept. 2016)

- Passion
- Passer le message
- Passer le message

Solution (moins) secrète...

- Investir du temps dans les maillons santé – inspirer vos collègues (4, 2, 2)
- Passion
- Passer le message
- Passer le message

Questions???

Merci

hohalloran@sympatico.ca

PAUSE DE RÉSEAUTAGE



 #HLSummit2016

Comment l'approche des maillons santé est-elle adaptée aux plans futurs pour les soins primaires et les soins à la maison?



Comment l'approche des maillons santé est-elle adaptée aux plans futurs pour les soins primaires et les soins à la maison?

Panel

Nancy Naylor

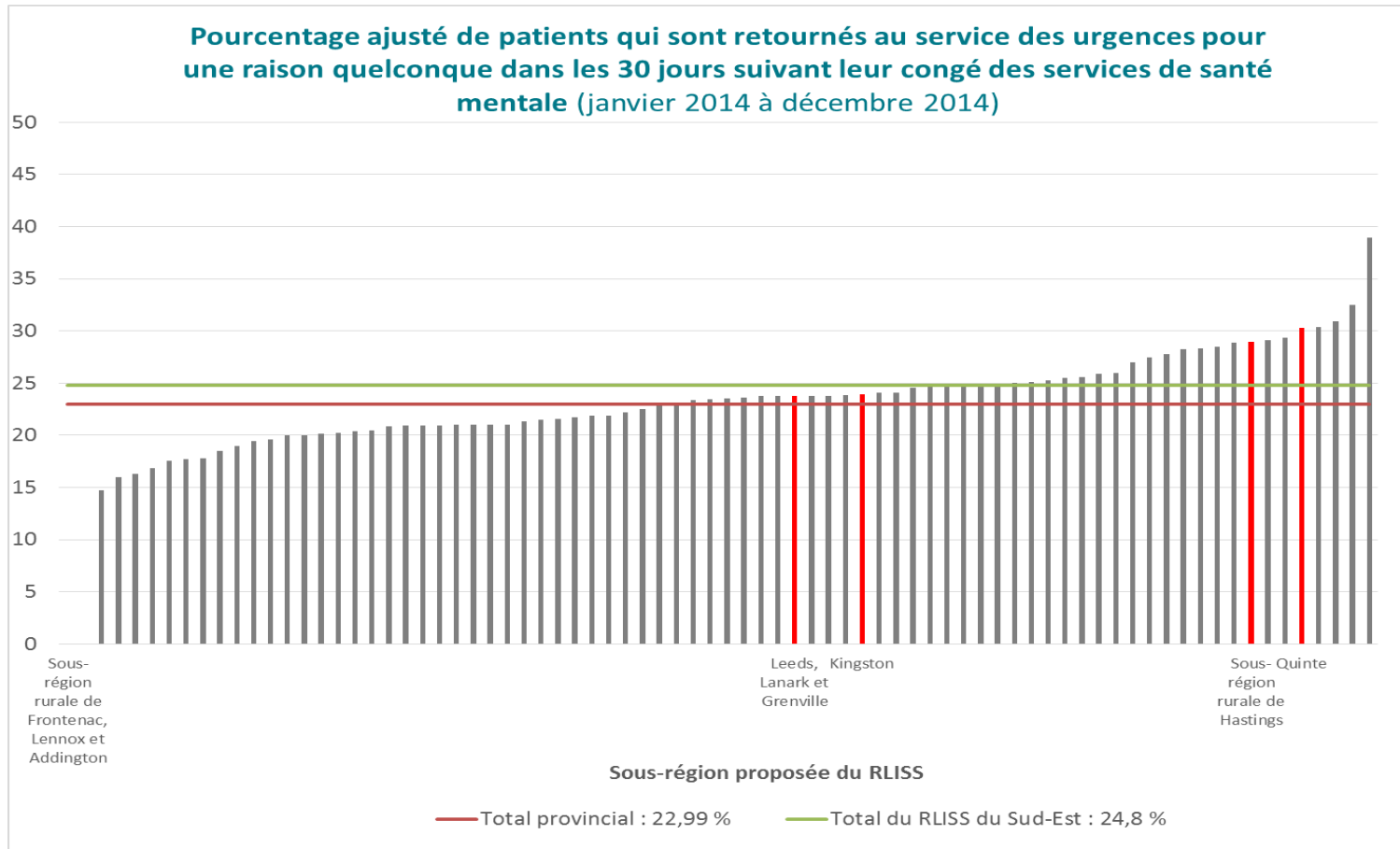
D^r David Kaplan

David Fry

Paul Huras

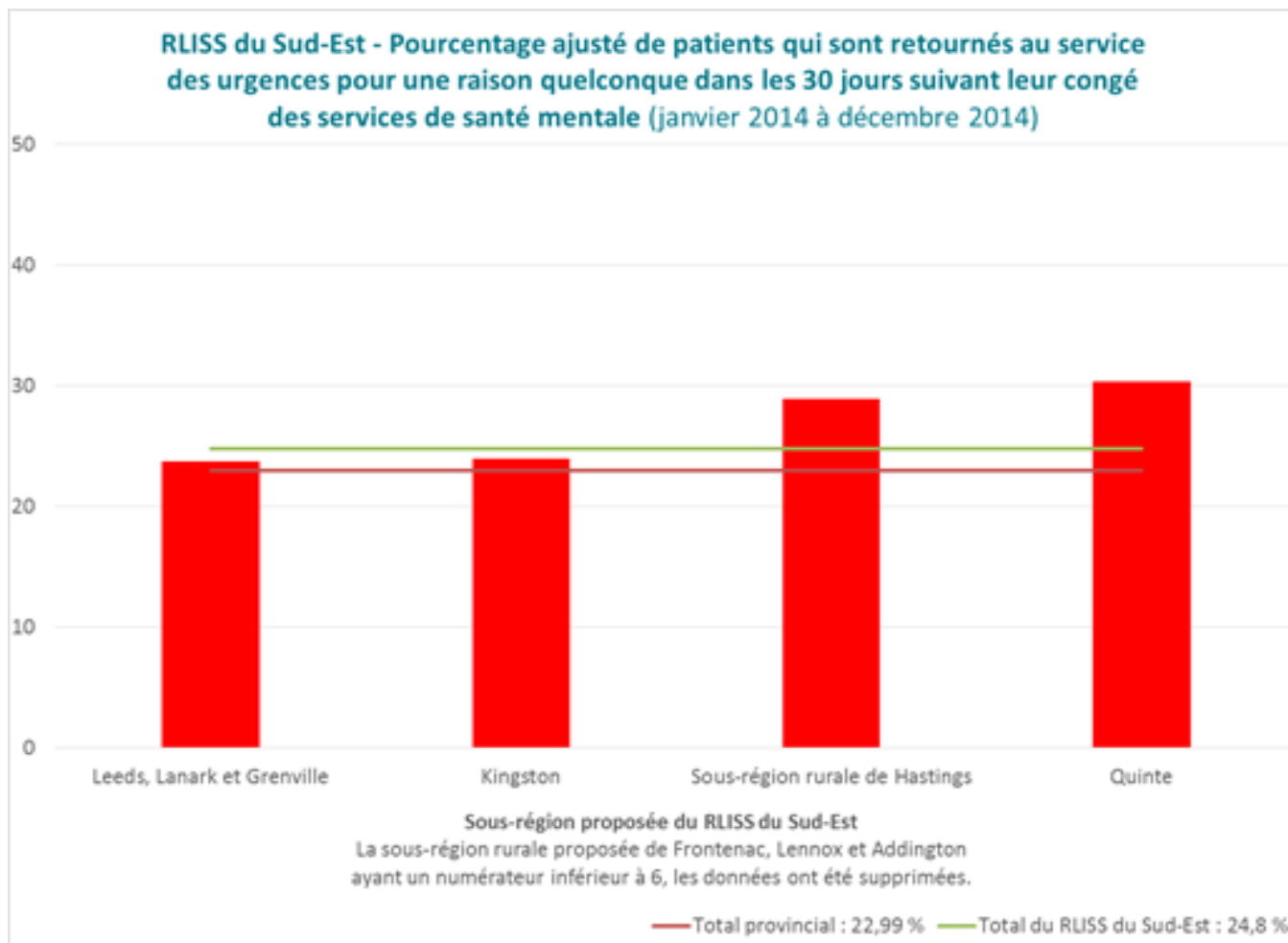
***Maillons Santé - Améliorer l'intégration
des soins prodigués aux personnes qui
ont des affections multiples et des
besoins complexes***

Utiliser les données pour explorer la variation provinciale



Un nombre plus élevé est préférable pour cet indicateur

Comprendre la variation locale



Un nombre plus élevé est préférable pour cet indicateur

MOT DE LA FIN



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

www.HQOntario.ca

SUIVEZ@QSSOntario 