

Communauté de pratique du leadership des maillons santé

14 octobre 2016

Pratiques innovantes : Transitions entre l'hôpital et la maison - 1^{re} partie

Ordre du jour

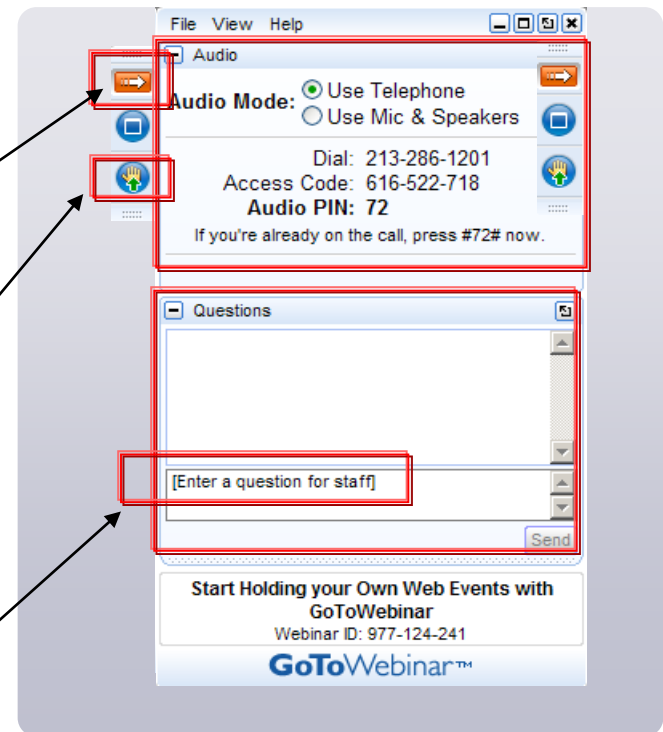
- Aperçu des pratiques innovantes *et* des meilleures pratiques fondées sur les données probantes pour les *Transitions entre l'hôpital et la maison*
- Explorer en profondeur 3 pratiques innovantes, conférenciers et histoires de patients
- Discussion : mise en place de pratiques innovantes dans votre maillon santé
- Événements à venir
- Sondages

Objectifs d'apprentissage du webinaire

- Mieux comprendre et en apprendre plus sur les pratiques innovantes et les meilleures pratiques fondées sur les données probantes pour les Transitions entre l'hôpital et la maison
- Écouter et réfléchir sur l'histoire d'un patient
- Collaborer avec vos collègues et découvrir comment ces pratiques peuvent être mises en place dans vos maillons santé
- Comprendre le but et l'approche pour mesurer les répercussions des pratiques

PARTICIPER AU WEBINAIRE

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



COMITÉ DU WEBINAIRE

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

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

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

CONFÉRENCIÈRES

Mary Eastwood, *directrice du Maillon santé Don Valley Greenwood (DVGHL) et directrice par intérim du Maillon santé Toronto Centre-Est (METHL)*

Jennifer Stewart, *coordonnatrice des transitions à la maison, Collingwood General Marine Hospital avec le Maillon santé South Georgian Bay*

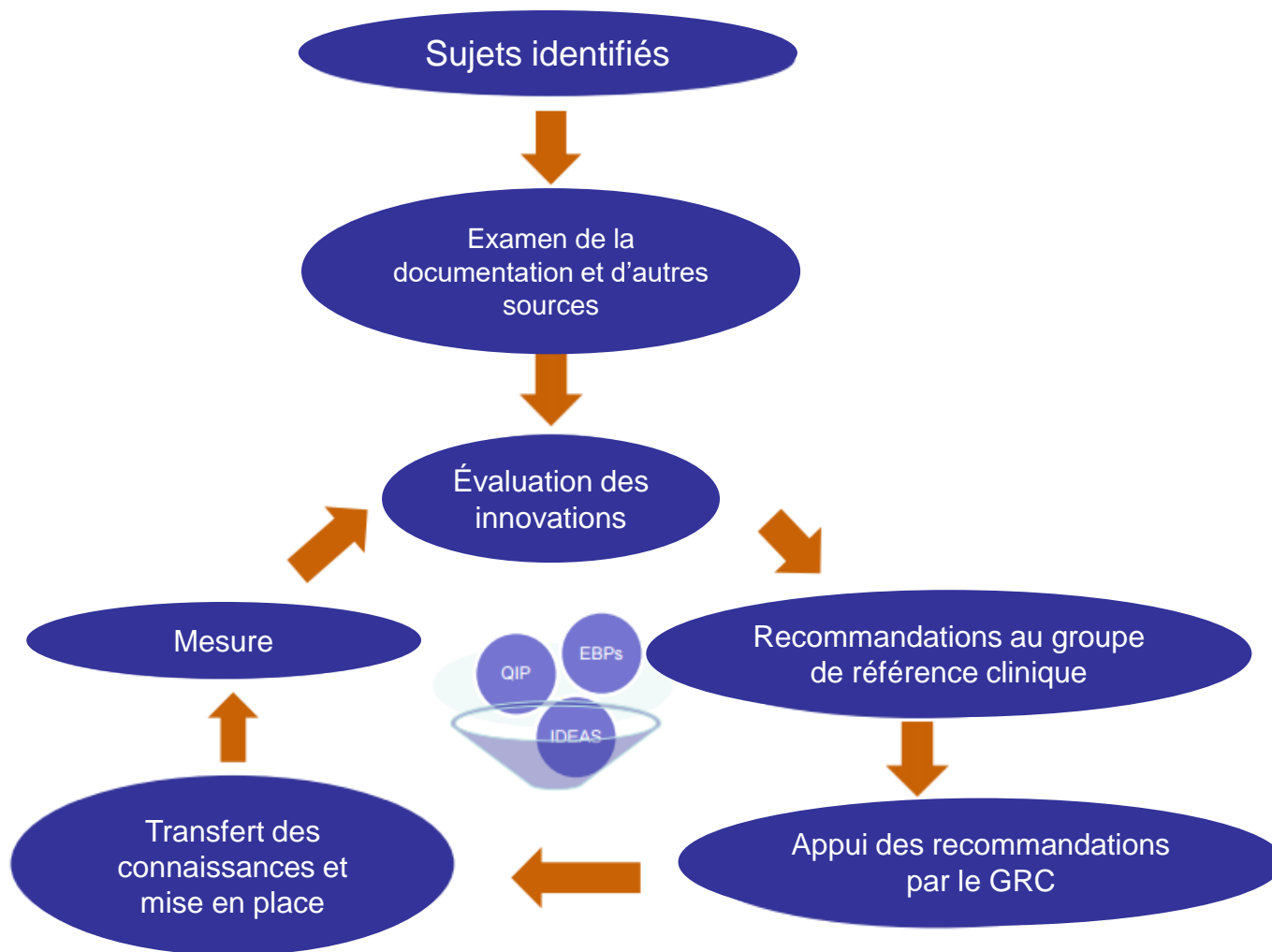
Lisa Vogel, *pivot de maillon santé, équipe de santé familiale Georgian Bay et maillon santé South Georgian Bay*

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 »

PRATIQUES INNOVANTES





Transitions entre l'hôpital et la maison

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

Meilleures pratiques
fondées sur les
données probantes

Pratiques innovantes

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

Sur notre site Web, www.hqontario.ca/Accueil

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Faisons en sorte que notre système de santé soit en meilleure santé

Nouvelles Blogue Événements Participation

CONNEXION A A A EN

Qu'est-ce que la qualité des services de santé

Rendement du système

Améliorer les soins grâce aux données probantes

Amélioration de la qualité

Participation des patients

À propos de nous

Visionner maintenant les séances plénières de Transformation Qualité 2016

VISIONNEZ LA VIDÉO





QUI EST QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO?

Pour en savoir plus sur le conseiller provincial en matière de qualité des soins de santé

Pour en savoir plus »

LES NORMES DE QUALITÉ POUR L'ONTARIO

TRANSFORMATION QUALITÉ DE LA SANTÉ 2016

CADRE POUR L'ENGAGEMENT DES PATIENTS

QU'ENTEND-ON PAR AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ?

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ À QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

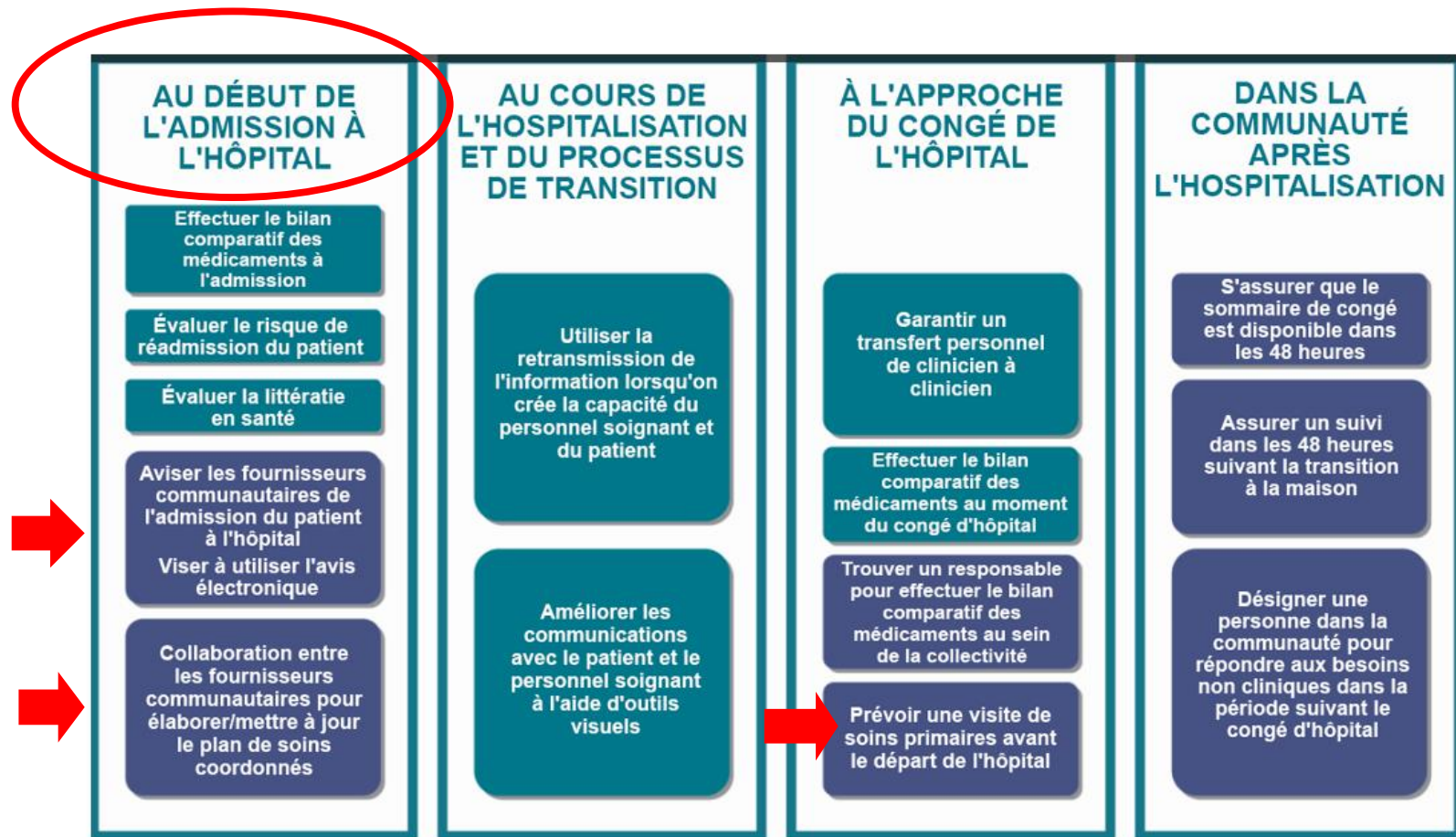
PARTICIPATION À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

PLANS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

LES PROGRAMMES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

- ARTIC
- Choisir avec soin
- Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences
- Maillons santé

Transitions entre l'hôpital et la maison



Meilleures pratiques fondées sur les données probantes






Pratiques innovantes

Meilleures pratiques fondées sur les données probantes

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

Sommaire des pratiques innovantes

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

Transitions entre l'hôpital et la maison

Survivance des ressources

Ontario

Transitions entre l'hôpital et la maison

Au début de l'admission à l'hôpital :
Aviser les fournisseurs de la collectivité de l'admission du patient à l'hôpital
Viser à utiliser l'avis électronique

Publié en septembre 2016

Les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes peuvent nécessiter des soins de plusieurs milieux de soins de santé (p. ex., hôpitaux, médecins de famille, spécialistes, etc.), et cela présente des risques importants pour leur sécurité et la qualité de leurs soins. Les transferts incomplets ou inexacts de renseignements, l'absence de suivi adéquat 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 survivance 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.

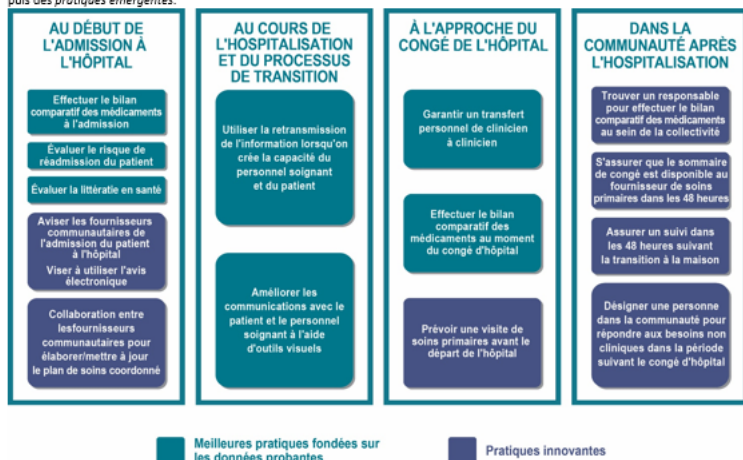


Figure 1 : Pratiques pour améliorer les transitions entre l'hôpital et la maison

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.

1

Description de cette pratique innovante

Le besoin pour une communication efficace entre les fournisseurs de soins est bien établi dans la littérature. La collaboration interdisciplinaire et le soutien à la communication contribuent au bien-être des patients. L'inclusion du cercle de soins au début du processus offre plus de temps pour l'élaboration de plans de traitement à la sortie de l'hôpital et aide les patients et les personnes soignantes à se préparer pour le passage de l'hôpital à la maison, en plus de comprendre :

- Une notification sur l'admission du patient à l'hôpital envoyée rapidement à son équipe de soins communautaire lui permet de prendre des décisions informées quant au suivi approprié selon les renseignements à jour. On peut communiquer ou aviser les fournisseurs communautaires de plusieurs façons. Reconnaissant que les maillons santé et les organisations partenaires varient, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les maillons santé sont incités à adapter un système ou un processus correspondant à leur contexte local ou aux besoins de leur population.
- L'avis électronique est un message électronique en temps réel (ou presque) visant les fournisseurs lorsque leurs patients reçoivent leur congé de l'urgence ou lorsqu'ils sont admis ou reçoivent leur congé d'hôpital. Les avis électroniques offrent un accès rapide aux renseignements à jour sur les patients et appuient la ligne directrice recommandée pour le suivi des patients dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé d'hôpital.

| Pratique innovante | Évaluation de la pratique innovante ¹ | Appui du groupe de référence clinique pour l'expansion |
|---|--|--|
| a) Aviser les fournisseurs communautaires de l'admission du patient à l'hôpital | PROMETTEUSE | a) Expansion provinciale avec une réévaluation à l'aide du Cadre d'évaluation des pratiques innovantes ² dans un an (sept. 2017). |
| b) Viser à utiliser l'avis électronique | | b) Expansion ciblée dans des contextes spécifiques (où l'avis électronique est offert ou possible) |

Mise en place d'une pratique innovante

| Étapes de mise en place | Outils et ressources | Considérations |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> Identifier le patient L'équipe de soins du maillon santé établit qu'un patient aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins spéciaux est admis à l'hôpital (possiblement à l'urgence ou pour une hospitalisation). Identifier le cercle de soins Le patient (ou délégué) et le point de contact unique identifient les membres du cercle de soins existant du patient pour les aviser de l'admission, notamment le médecin de famille/infirmier praticien et les fournisseurs de soins/services communautaires. | <p>Consulter « l'outil d'appui de décision » Pratiques innovantes de gestion coordonnée des soins pour identifier les patients nouveaux ou existants de maillons santé (http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-d'amélioration-de-la-qualité/Maillons-santé/Gestion-des-Soins-Coordonnés/Identifier-le-patient).</p> <p>Exemple de maillons santé utilisant l'avis électronique :</p> <ol style="list-style-type: none"> RLISS du Centre-Toronto : Maillon santé du Centre-Ouest | <ul style="list-style-type: none"> Les méthodes d'avis électroniques peuvent dépendre des capacités des organisations/fournisseurs à s'appuyer sur les processus, les partenariats et les technologies existants. Les systèmes d'avis électroniques peuvent comprendre des phases d'intégration planifiées et une liste d'attente pour les fournisseurs de services de santé devant recevoir un accès à la solution technologique. |

¹ 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/qi/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.

2

Transitions entre l'hôpital et la maison

Outils et ressources

1. Sommaire des meilleures pratiques fondées sur les données probantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison
2. Sommaire des pratiques innovantes pour les transitions entre l'hôpital et la maison et un sommaire détaillé pour **chaque** pratique innovante détaillant :
 - La pratique innovante et la recommandation du groupe de référence clinique
 - Les étapes de mise en place et les liens vers les outils et les ressources
 - Modifié : Les outils pour appuyer la mise en place de la pratique, comme indiqué
 - Modifié : Les spécifications de mesure et les suggestions pour la collecte de données.

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

EXPLORATION PLUS EN PROFONDEUR

Cliquer

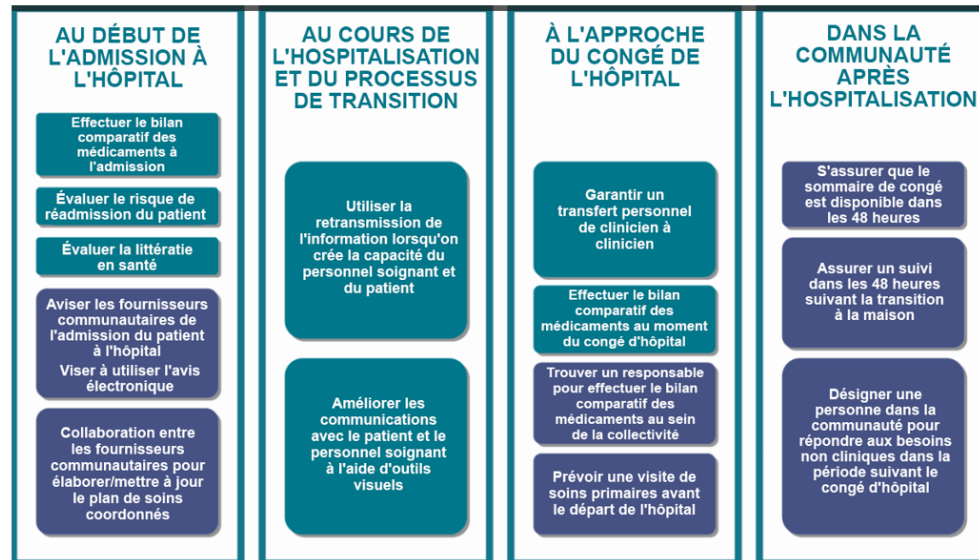
Transitions entre l'hôpital et la maison

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

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

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

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



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes ■ Pratiques innovantes

Étapes et mesures suggérées

**Aviser les fournisseurs
communautaires de
l'admission du patient
à l'hôpital
Viser à utiliser l'avis
électronique**

Identifier le patient

Identifier le cercle de soins

Aviser les fournisseurs

Avis électronique

Mesures menant aux résultats désirés

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ont fait l'expérience d'une réadmission à l'hôpital non planifiée dans les trente (30) jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital*.

Mesures suggérées pour les processus

Pourcentage (%) des patients qui ont fait l'objet d'un avis d'admission ou d'un avis électronique envoyé au fournisseur de soins primaires.

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes identifiés comme ayant besoin d'un suivi par le maillon santé local lors de leur admission à l'hôpital et à qui on a offert ce suivi.

Cliquer

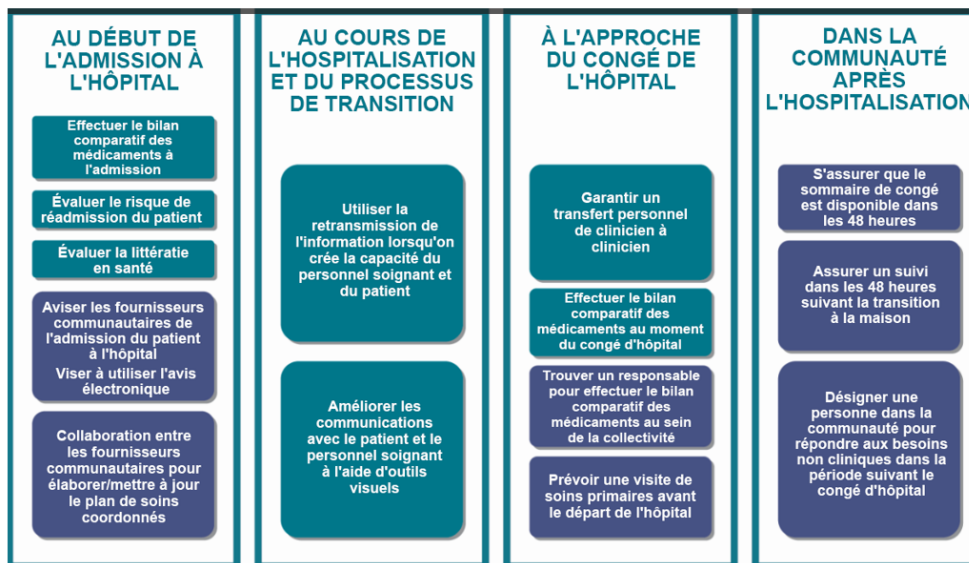
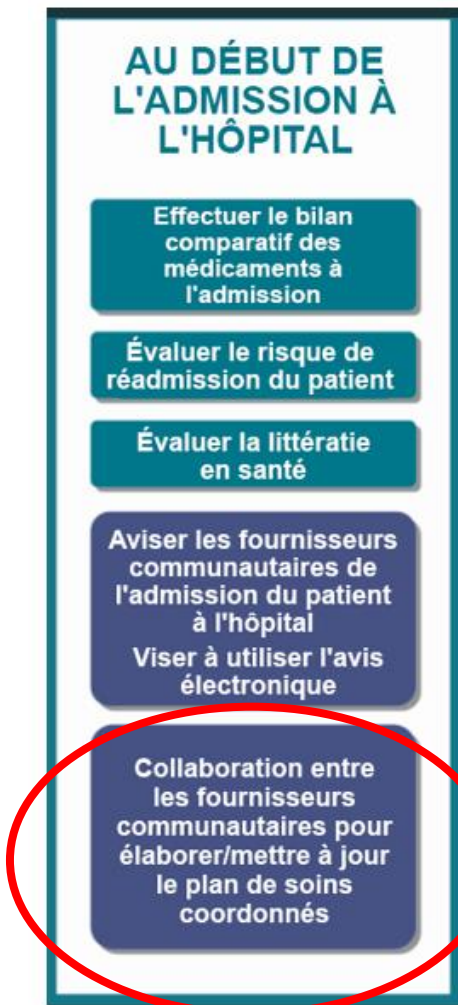
Transitions entre l'hôpital et la maison

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

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

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

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



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes ■ Pratiques innovantes

Étapes et mesures suggérées

Collaboration entre les fournisseurs communautaires pour élaborer/mettre à jour le plan de soins coordonnés

Identifier et engager le patient dès l'admission

S'appuyer sur les processus existants

Mesures menant aux résultats désirés

Nombre de plans de soins coordonnés mis au point ou mis à jour au moins une fois pendant l'admission à l'hôpital.

Mesures suggérées pour les processus

Pourcentage des points uniques de contact (identifiés avant l'hospitalisation) qui ont collaborés à la mise à jour du plan de soins coordonnés pendant que le patient était à l'hôpital.

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ont fait l'objet d'une élaboration ou d'une mise à jour de leur plan de soins coordonnés lors de leur admission à l'hôpital.

Cliquer

À L'APPROCHE DU CONGÉ DE L'HÔPITAL

Garantir un transfert personnel de clinicien à clinicien

Effectuer le bilan comparatif des médicaments au moment du congé d'hôpital

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

Prévoir une visite de soins primaires avant le départ de l'hôpital

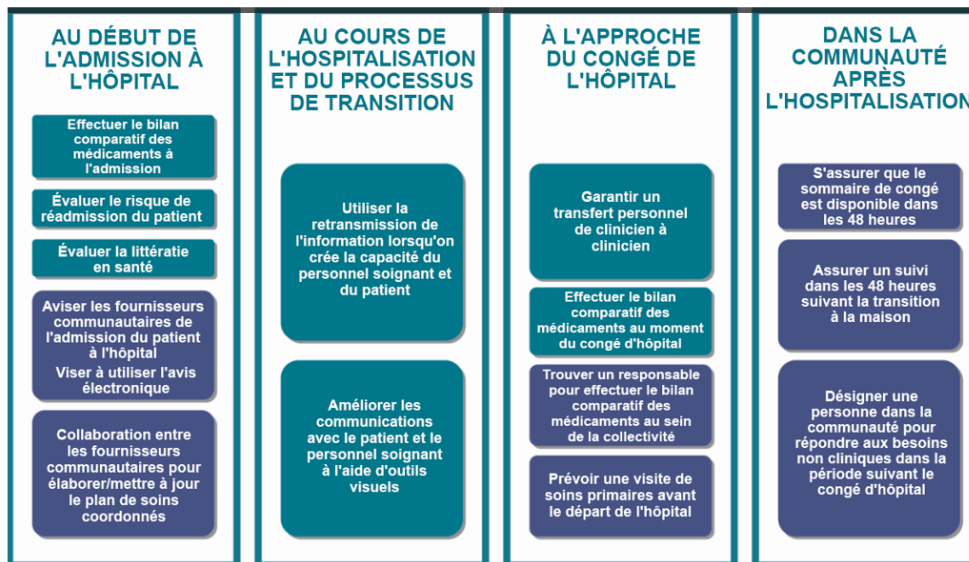
Transitions entre l'hôpital et la maison

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

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

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

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



■ Meilleures pratiques fondées sur les données probantes ■ Pratiques innovantes

Étapes et mesures suggérées

Obtenir une date de congé approximative

Consulter le patient pour sa préférence de rendez-vous

Établir et atténuer les obstacles pouvant empêcher le patient d'être présent à son rendez-vous

Fixer un rendez-vous de suivi avec le fournisseur de soins primaires dans les sept (7) jours suivant le congé de l'hôpital

Confirmer le rendez-vous de suivi avec le patient

Documenter les détails du rendez-vous dans le plan de congé de l'hôpital et le plan de soins coordonnés

S'assurer que le fournisseur de soins primaires reçoive le sommaire de congé dans les 48 heures

Mesures menant aux résultats désirés

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

Pourcentage des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui se rendent au service des urgences dans les trente (30) jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital*.

Mesures suggérées pour les processus

Pourcentage (%) des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ont un rendez-vous avec leur fournisseur de soins déjà prévu avant le congé d'hôpital.

% des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ne sont pas présentés à leur rendez-vous de suivi avec leur fournisseur de soins déjà prévu avant le congé d'hôpital dans les sept (7) jours suivants.

% des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes qui ne peuvent pas avoir un rendez-vous de suivi prévu avec leur fournisseur de soins dans les sept (7) jours suivants le congé d'hôpital à cause du manque d'accès aux soins primaires.*

% des patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes et qui refusent l'offre d'un rendez-vous de suivi dans les sept (7) jours suivants le congé d'hôpital.

Nombre de jours moyen avant un rendez-vous de suivi de soins primaires pour les patients ayant plusieurs problèmes de santé et des besoins complexes après leur congé d'hôpital.

Pratiques sur le terrain

Garder les clients à risque et aux besoins élevés sur le radar – Le programme CAN (Community Agency Notification)



Mary Eastwood

Directrice du maillon santé Don Valley Greenwood (DVGHL)

Directrice par intérim du maillon santé Toronto Centre-Est (METHL)

416 645-6000, poste 1274

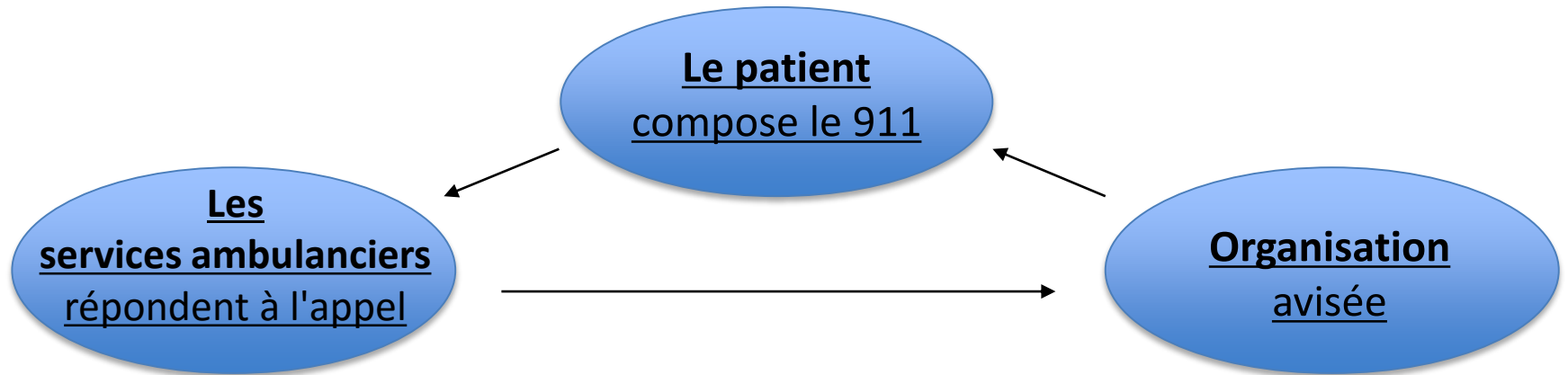
MEastwood@woodgreen.org

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Programme CAN (Community Agency Notification)



Le défi des fournisseurs communautaires est de maintenir la connexion avec les clients qui ont des besoins de santé complexes en cas d'urgence médicale.

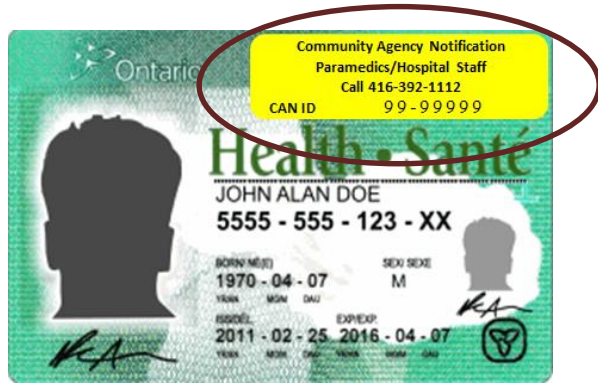
Le programme CAN est une initiative de partenariat novatrice entre les services ambulanciers de la ville de Toronto et les organismes communautaires pour combler l'écart en fournissant des **avis électroniques** lorsque les clients CAN composent le 911. Le programme CAN fournit à l'organisme en « temps réel » le nom du client, s'il a reçu des soins à la maison, s'il a été transporté à l'hôpital, où il a été transporté et quand.

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Le fonctionnement du programme CAN



Quand
Qui
Où

Le programme CAN consiste à maintenir la connexion entre les fournisseurs communautaires et leurs clients en cas de contact avec les services ambulanciers de Toronto.

- Les clients sont inscrits au programme et on leur fournit un numéro d'identification unique qui est indiqué sur leur carte de santé.
- Lorsqu'on traite un client inscrit au programme CAN, les ambulanciers peuvent déclencher un avis par appel téléphonique à un système automatisé ou par l'entremise de leur rapport électronique de soins au patient.
- Les avis indiquent les détails du « qui », « quand » et « où » de l'appel au 911.

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Avis du programme CAN

- Les avis offrent de l'information utile immédiatement
- Les fournisseurs effectuent un suivi proactivement avec la personne, la famille ou l'hôpital pour vérifier l'état du patient.
- Informer le cercle de soins, y compris le fournisseur de soins primaires
- Planifier les étapes suivantes, y compris les changements au plan de service ou une mise à jour du plan de soins coordonnés
- Si un organisme sait qu'un client a été transporté à l'hôpital, il peut :
 - Communiquer avec les travailleurs sociaux ou les planificateurs de congés des hôpitaux immédiatement et les informer du niveau de soutien offert au client à son retour à la maison
 - L'agent de traitement des cas peut aider avec la transition à la maison et s'assurer que tout équipement ou service nouveau ou existant requis est prêt à l'arrivée
 - Garantit une transition en douceur pour le client et réduit la probabilité de réadmission à l'hôpital ou de visites de retour au service des urgences

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Valeur du programme CAN

Valeur pour le client

- Suivi cohésif en temps opportun
- Sensation de processus continu au lieu d'un parcours fragmenté
- Appui la notification et la participation du fournisseur de soins primaires et du cercle de soins, y compris la famille, les amis et le personnel soignant
- Les vérifications de bien-être ont été effectuées et de nouvelles mesures de soutien ont été mises en place proactivement, selon les besoins
- Plan de soins coordonnés (PSC) créé ou mis à jour, en cas de besoin

Valeur pour l'hôpital

- Les éléments de soutien communautaire sont établis et peuvent offrir de l'information à l'équipe de l'hôpital
- Facilite une gestion proactive des cas, des conférences communes sur les cas et la planification des congés
- Évaluation et planification des congés plus efficaces menant à des séjours plus courts à l'hôpital

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Valeur du programme CAN

Valeur pour l'organisme

- Utilisation efficace des ressources
- Facilite une gestion proactive des cas
- Occasion d'engagement des clients, de communication et d'offrir de nouveaux services et des services personnalisés
- Déclencher la création ou la mise à jour du PSC
- Établir un lien avec les soins de courte durée et les services ambulanciers

Valeur pour le système

- Facilite la collaboration et la gestion proactive des cas
- Appuie la communication avec les fournisseurs de soins primaires
- Appuie la réduction de la fréquence des réadmissions à l'hôpital

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Résultats de suivi des avis CAN

Les avis CAN reçus par le personnel de WoodGreen du 1^{er} avril au 30 juin 2015 ont offert les résultats suivants :

- 78 avis CAN reçus
- 100 % des avis suivis d'un appel téléphonique ou d'une visite
- 39 % des situations ont nécessité un suivi supplémentaire
- Dans 41 % des situations, le cercle de soins de l'organisme a été informé
- Dans 28 % des situations, le cercle de soins externes a été informé
- 24 % des situations ont entraîné la mise en place de nouveaux services
- 17 clients ont été admis et dans 82 % des cas, les fournisseurs ont communiqué avec l'hôpital

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Histoire de client CAN

- Client de 84 ans d'origine cantonaise vivant dans un logement supervisé
- Admis à l'hôpital pour des problèmes pulmonaires et souffre de délire suivant son admission à l'hôpital
- ***Le superviseur du logement supervisé a reçu un avis CAN et a pu communiquer avec l'hôpital et la famille immédiatement suivant l'admission du patient***
- 3 semaines à l'hôpital avant d'être transféré en centre de réadaptation en raison d'une incapacité à manger les aliments solides et d'un besoin d'un tube gastrique pour s'alimenter – chute rapide par rapport à l'état de référence
- Le jour suivant le transfert, la superviseure a rendu visite au client pour se présenter à l'équipe de réadaptation et faciliter le congé – elle a fourni les coordonnées et l'équipe de l'hôpital s'est engagée à la garder à jour afin d'assurer un congé sécuritaire et réussi
- La femme du patient parle uniquement cantonnais et elle était très préoccupée et inquiète de la chute de l'état de santé de son mari – la superviseure a fourni le soutien approprié en parlant cantonnais
- La fille du client participait activement aux soins, elle avait de la misère à naviguer le système de santé et elle se sentait dépassée par tous les membres différents de l'équipe de soins – la superviseure a pu l'aider à naviguer efficacement le système de santé et à comprendre le travail effectué par l'équipe de soins de l'hôpital

Maillon santé

Maillon santé Don Valley Greenwood

Générons des changements positifs

Histoire de client CAN

- Réunion de congé tenue à l'hôpital de réadaptation avec tous les membres de l'équipe de soins. Le client est revenu à la maison et démontrait une amélioration marquée par rapport au moment de son admission, cependant, il avait encore besoin de son tube gastrique
- Les services pour des soins personnels ont été ajoutés, ainsi que des vérifications de sécurité avec le consentement du client et de la famille
- Le client a reçu son congé avec des services professionnels offerts par l'entremise du CASC, y compris un orthophoniste, une infirmière pour la gestion du tube gastrique et un ergothérapeute pour l'évaluation de la sécurité du domicile
- La réunion du plan de soins coordonnés a eu lieu avec le client, la femme du client et le coordonnateur des soins du CASC – le plan de soins coordonnés a été rédigé rapidement et partagé avec l'équipe, y compris le fournisseur de soins primaires
- Grâce aux soins coordonnés offerts par l'équipe de soins, y compris la famille, le client est presque complètement rétabli. Tube gastrique retiré et peut maintenant manger sans restrictions.

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



Lisa Vogel, ergothérapeute aut. (Ont.)
Pivot de maillon santé
Équipe de santé familiale Georgian Bay
705 444-5885, poste 630
lvogel@gbfht.ca
« *Générons des changements positifs* »



Jennifer Stewart
Coordonnatrice de transition à la maison
Collingwood General and Marine Hospital
705 445-2550, poste 8204
stewartj@cgmh.on.ca
« *Faire la promotion de partenariats positifs dans le RLISS NSM* »

Le CGMH est un hôpital Chez soi avant tout

- Est une PHILOSOPHIE 😊
- **Chez soi avant tout** est une approche provinciale axée sur les patients et fondée sur l'attente que les patients qui se rendent à l'hôpital de la maison recevront leur congé ainsi que les éléments de soutien communautaire appropriés lorsque les soins de courte durée prendront fin.



Dépistage rapide

- Le CGMH évalue tous les patients de plus de 65 ans pour leur risque de réadmission, ainsi que les patients à risque d'avoir besoin d'un autre niveau de soins ou de soins à long terme à l'aide de l'ODRT*
- La transition à la maison permet d'évaluer le risque des patients dont le pointage est de 3 ou plus, d'évaluer leur littératie en santé et de communiquer avec les partenaires communautaires. Un plan est mis en place selon la philosophie Chez soi avant tout, les obstacles au congé sont établis et les patients et la famille sont préparés au congé dès le jour de l'admission.
- * *Outil de dépistage des risques au triage*





**COLLINGWOOD
G&M HOSPITAL**

| Suspicion/Presence of the Following | |
|---|---|
| History of cognitive impairment-poor recall or not oriented | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Difficulty walking/transferring or recent falls | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Five or more medications | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| ED use in previous month or hospitalized in past 3 months? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Lives alone and/or no available caregiver | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| ED Staff concerns? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| ED staff concerns are: | <input type="checkbox"/> Nutrition/Weight <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Failure to Cope <input type="checkbox"/> Medication Issues <input type="checkbox"/> Sensory Deficits <input type="checkbox"/> Depression/Low Mood <input type="checkbox"/> Other |
| Other concerns: | <input type="text"/> |
| TRST Score | |
| TRST Score | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 30px; height: 15px; background: linear-gradient(to right, #e0ffe0, #ffe0e0); border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> (0.0 - 6.0 points) </div> <p>Score of greater than 3 indicates ALC Risk</p> <p>Consider CCAC or Transition to Home Team Referral for admission avoidance</p> |

« Améliorer les soins pour les aînés »



- Tous les patients dont le pointage de l'ODRT* est de 3 ou plus sont également triés pour leur considération/admissibilité à une référence à un maillon santé.
- **ÉVITER LES ADMISSIONS POUR LES PATIENTS EN SOINS AUTRES QUE DE COURTE DURÉE**
- Si l'admission peut être évitée, la transition à la maison se fera selon le même cadre de référence, en faisant appel aux partenaires communautaires, aux pratiques familiales et à la préparation patient-famille pour la transition du retour à la maison une fois que leurs besoins de soins autres que de courte durée ont été établis et qu'un plan de soins a été mis sur pied/amélioré.

- Le but ultime de réduire le risque pour les patients de passer des séjours prolongés à l'hôpital est de permettre aux membres de la communauté qui requièrent des services de soins de courte durée offerts par notre hôpital d'y avoir accès.



Outil de dépistage du maillon santé

| Assessment | |
|---|---|
| Patient Age: | <input type="radio"/> Less than 65 yrs <input type="radio"/> 65 - 84 yrs <input type="radio"/> 85 yrs or older |
| Acute Care Admissions 6 months prior: | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ |
| ED visits in the past 6 months: | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ |
| Patient's discharge disposition: | <input type="radio"/> Trans to Acute Care <input type="radio"/> Home with Support <input type="radio"/> Home w/o Support |
| Factors present: | <input type="checkbox"/> Lives alone <input type="checkbox"/> Housing Issues <input type="checkbox"/> Using Social Services <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Language Barrier <input type="checkbox"/> Using Comm. Services <input type="checkbox"/> Low income <input type="checkbox"/> Recent Immigration <input type="checkbox"/> Government Assistance <input type="checkbox"/> Median income |
| Conditions present: | <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> GI Obstruction <input type="checkbox"/> Mental Health Condition <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Palliative Diagnosis <input type="checkbox"/> Cirrhosis/Alcoh.Hepatitis <input type="checkbox"/> Addiction <input type="checkbox"/> Inflam. Bowel Disease <input type="checkbox"/> Heart Failure w/o C.Angio <input type="checkbox"/> Frail Elderly <input type="checkbox"/> Other |
| Number of Conditions and Factors present: | <input type="radio"/> 1 condition/factor <input type="radio"/> 2-3 conditions/factors <input type="radio"/> 4+ conditions/factors |
| Results | |
| Score: | <input type="text"/> |
| Results Indicate: | <input type="text"/> |

Patient/Client Referral

| Patient Identification | | | |
|--|--|--|---|
| Patient Name | | | |
| Date of Birth | | Home Town | |
| Referral Information | | | |
| Hospital in-patient <input type="checkbox"/> | Emergency Department <input type="checkbox"/> | Primary Care Provider <input type="checkbox"/> | Other provider <input type="checkbox"/> |
| Date of Referral : | | | |
| Health Link Criteria (check all that apply) | | | |
| Multiple chronic/complex medical conditions <input type="checkbox"/> <i>please provide diagnoses:</i> | | | |
| Mental health issues <input type="checkbox"/> | Addictions <input type="checkbox"/> | Palliative <input type="checkbox"/> | |
| Frail elderly <input type="checkbox"/> | Failure to cope at home <input type="checkbox"/> | Care-giver stress <input type="checkbox"/> | |
| Social isolation <input type="checkbox"/> | Economic issues <input type="checkbox"/> | Cognitive impairment/dementia <input type="checkbox"/> | |
| Access to Primary Care | | | |
| Patient has a Primary Care Provider? | | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Primary Care Provider Name: | | | |
| Consent | | | |
| Patient has agreed to be contacted by the Health Link <input type="checkbox"/> | | | |
| <i>Please Submit Form to the Health Link Coordinator</i> | | | |

Les numéros de télécopieur et les appels d'aiguillage de l'équipe de transition vers la maison au coordonnateur du maillon santé est en fonction de l'urgence de la situation.

L'outil de dépistage des maillons santé de même que l'emplacement du patient à l'intérieur du CGMH sont indiqués dans la demande d'aiguillage.

Processus d'aiguillage

Lorsque le coordonnateur du maillon santé reçoit une demande d'aiguillage, le patient est assigné à un pivot de maillon santé parmi les fournisseurs traitant responsables. Dans South Georgian Bay, il peut s'agir de :

- Équipe de santé familiale de Sunnybrook Academic
- CASC North Simcoe Muskoka
- Centre de santé communautaire de South Georgian Bay
- Breaking Down Barriers
- Hospice_Georgian Triangle
- CGMH

Les demandes d'aiguillage sont transmises par le coordonnateur du maillon santé au pivot de maillon santé à l'intérieur de 24 h ou moins, selon les besoins (p. ex. pour éviter une admission aux urgences), et pour prendre contact avec le patient.

Le maillon santé travaille de concert avec le patient au service des urgences du CGMH

Lorsque l'occasion se présente, le coordonnateur du maillon santé ou le pivot iront rencontrer le patient au service des urgences de manière à :

- Collaborer dans la transition à l'équipe de soins à domicile au service d'urgence en rapport à la raison de l'aiguillage et le plan de congé
- Expliquer le programme des maillons santé au patient et au fournisseur de soins de santé
- Obtenir le consentement de participation au programme
- Prévoir une rencontre suivant le congé pour mener l'entrevue avec le patient et établir un plan de soins coordonnés avec celui-ci et le fournisseur de soins dans la communauté

Le maillon santé travaille de concert avec les patients hospitalisés au CGMH

- Le coordonnateur du maillon santé ou le pivot collabore dans la transition à l'équipe de soins à domicile, et le personnel du CGMH discute de la raison de l'aiguillage, du plan de soins et établit la date du congé prévue.
- Le coordonnateur du maillon santé ou le pivot rencontrera le patient dans les 24 à 48 heures de la demande d'aiguillage pour expliquer le programme des maillons santé, et obtenir le consentement du patient/fournisseur de soins de leur participation au programme. Au cours de cette visite et des visites subséquentes pendant l'hospitalisation, le maillon santé ou le pivot débute l'entretien avec le client et établit le plan de soins coordonnés.
- L'équipe de la transition du CGMH aux soins à domicile avisera le pivot du maillon santé du congé du patient et s'assurera que le plan du congé/un sommaire est communiqué.
- Le coordonnateur/pivot du maillon santé fera un suivi dans les 24 à 72 heures du congé, soit par téléphone ou par le biais d'une visite à domicile, selon les besoins ou la situation des patients.

Groupe de réflexion

- Le pivot verra à présenter l'historique du patient lors de la téléconférence du groupe de réflexion si l'entretien avec le patient révèle une situation complexe qui pourrait nécessiter de nombreux services variés.
- Le groupe de réflexion constitue une téléconférence à intervalles réguliers à laquelle assistent le patient, l'équipe de soins et les représentants de centres de soins locaux et de services communautaires. Les participants échangent des idées sur la manière d'améliorer les services pour le patient et l'aider dans l'atteinte de ses objectifs.



Maillon santé

Communauté South Georgian Bay

Générons des changements positifs



Identification rapide des patients des maillons santé dans les hôpitaux pour une transition à la maison en douceur : Histoire de patient

- Continuer à travailler à réduire les doublons de services. Par exemple, la transition du CGMH à l'équipe de soins à domicile assure un appel de suivi à la maison dans les 24 h suivant le congé pour tous les patients dans le cadre du programme de transition de l'hôpital à la maison. Les patients des maillons santé font l'objet d'un suivi après le congé par le coordonnateur ou le pivot.
- L'élaboration continue des « Meilleures pratiques » pour la prestation de soins du maillon santé – participation du maillon santé South Georgian Bay dans le Programme de formation IDÉES.
- Nous espérons la mise en place d'un portail de fournisseurs du maillon santé de South Georgian Bay d'ici novembre 2016 pour faciliter la collaboration des équipes de soins aux patients. Le portail permet une communication sécurisée entre les membres de l'équipe de soins, et permet un accès approprié à l'information requise et aux documents concernant les patients et leurs soins.
- Révision du formulaire d'aiguillage du maillon santé pour assurer une utilisation conviviale et réduire les doublons dans le travail.
- L'éducation continue des maillons santé doit être fournie aux fournisseurs de services de soins de santé et la communauté South Georgian Bay.

Maillon santé

Communauté South Georgian Bay

Générons des changements positifs



**COLLINGWOOD
G&M HOSPITAL**



Partenaires

MISE EN PLACE DE PRATIQUES INNOVANTES DANS VOTRE MAILLON SANTÉ



Discussion :

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

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

Transitions entre l'hôpital et la maison

Webinaire - PREMIÈRE PARTIE - **14 octobre 2016 (aujourd'hui!)**

Webinaire - DEUXIÈME PARTIE - **16 novembre 2016**

Aussi...

Transformation Qualité de la santé 2016

20 octobre 2016. *La période d'inscription est maintenant terminée, toutes les places disponibles ont été réservées! Nous vous remercions et avons hâte de vous rencontrer!*

Sondages



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

www.HQOntario.ca

SUIVEZ@QSSOntario 