

Communauté de pratique du leadership des maillons santé

13 septembre 2016

Pratiques innovantes - Gestion des soins coordonnés

Conférencière : Jennifer McLeod IA, BNSc, MEd

Qualité des services de santé Ontario

Le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé en Ontario

ORDRE DU JOUR

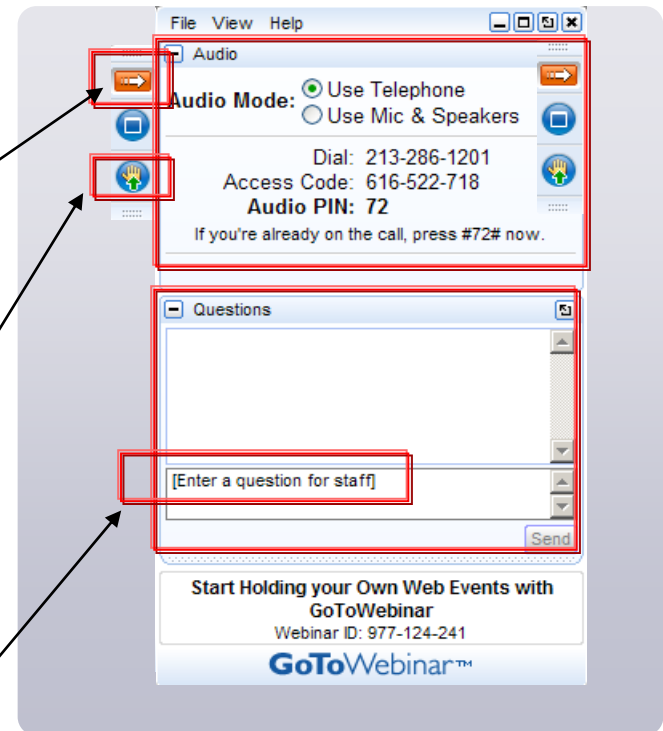
1. Survol des pratiques innovantes; Gestion des soins coordonnés
2. Témoignage de patient; *Comprendre les répercussions de la gestion des soins coordonnés sur l'expérience des patients*
3. « Coordination des soins aux patients à l'aide d'une approche de soins primaires »
Conférencière : Jennifer McLeod
4. Discussion : mise en place de pratiques innovantes dans votre maillon santé
5. Sondage – évaluation
6. Événements à venir
7. Mot de la fin

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Écouter et réfléchir sur un témoignage de patient
- En apprendre plus sur les pratiques innovantes dans la gestion des soins coordonnés
- 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 voulez soumettre une question ou un commentaire à tout moment, veuillez utiliser la case de clavardage.



COMITÉ DU WEBINAIRE

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

Jennifer Wraight. *Spécialiste en amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario*

Jennifer McLeod. *Directrice générale, équipe de santé familiale de Timmins Responsable du maillon santé de Timmins*

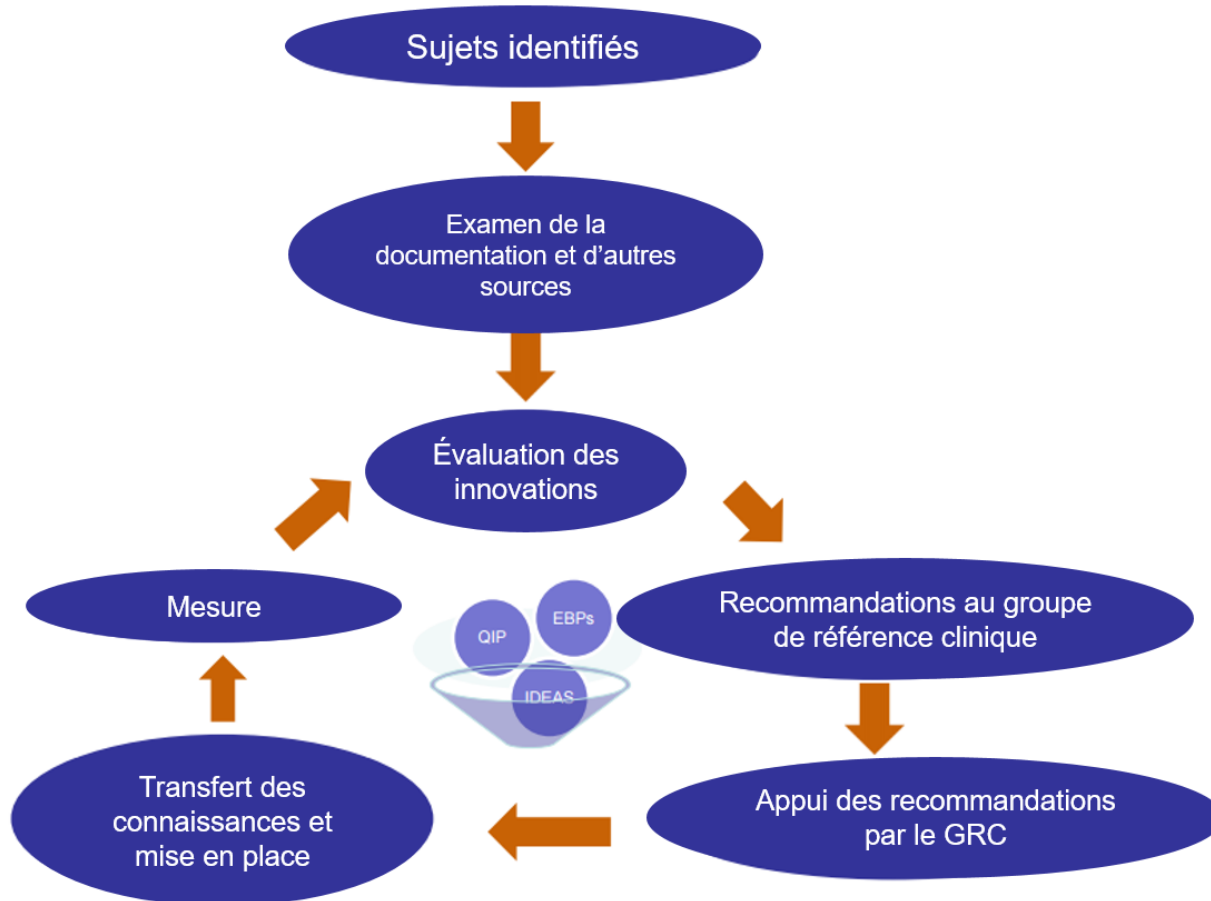
Monique LeBrun. *Spécialiste en amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario (modératrice de discussion)*

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



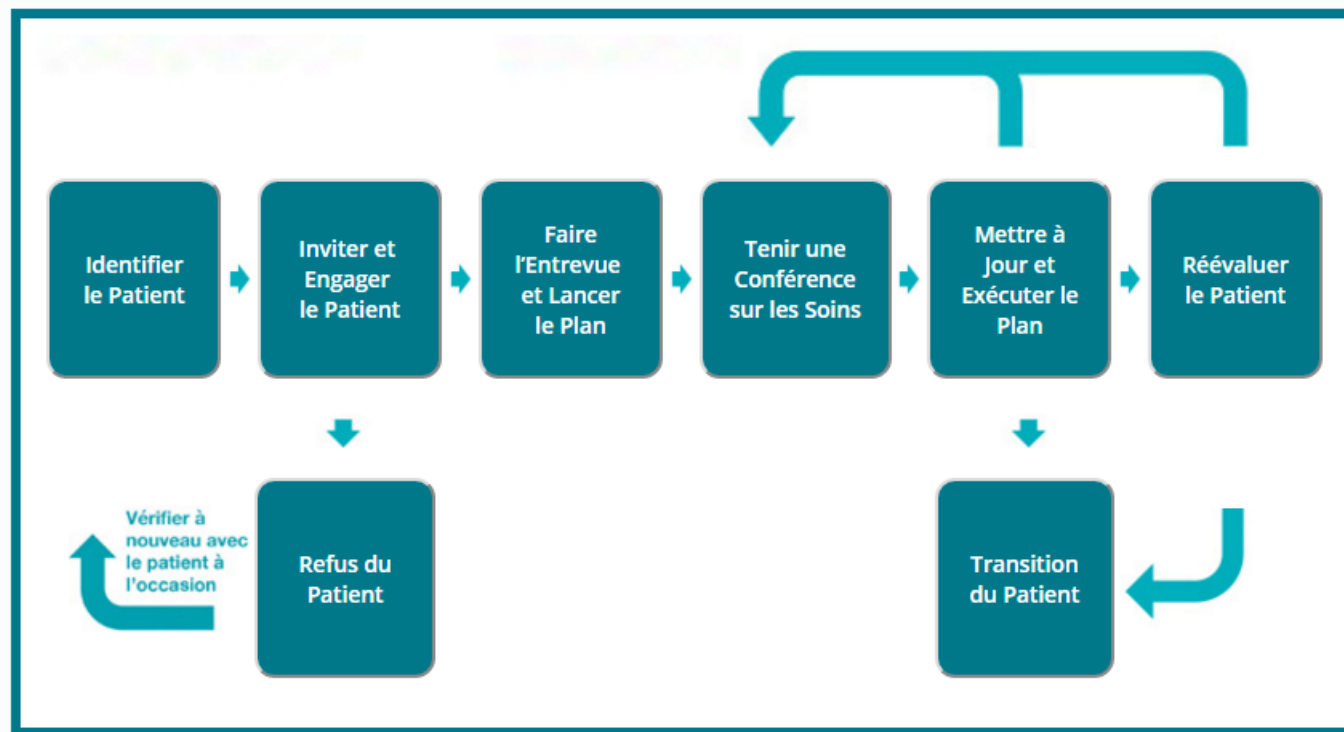
PRATIQUES INNOVANTES – Gestion des soins coordonnés



« Si nous travaillons tous ensemble à régler ces problèmes, nous pourrions offrir de meilleurs soins. Vous savez... en observant la personne en entier, ainsi que tous les problèmes. Surtout lorsque je ne me sens pas assez bien pour gérer tous les éléments moi-même ».

Diane, patiente

GESTION DES SOINS COORDONNÉS



<http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Les-programmes-d'amélioration-de-la-qualité/Maillons-santé/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	

GESTIONS DES SOINS COORDONNÉS

Survol des produits



Gestion des soins coordonnés

Sommaire des pratiques innovantes

Publié en juin 2016

« 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, Patient

En 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé les maillons santé, une initiative grâce à laquelle une équipe de soins (qui comprend le patient, sa famille, les fournisseurs de soins et de services communautaires et d'autres intervenants) coordonne, planifie et gère les soins afin de s'assurer que les patients et leur famille reçoivent les soins dont ils ont besoin. Cette approche des soins de santé axés sur la personne est appelée « gestion des soins coordonnés ».

À la fin 2015, Qualité des services de santé Ontario a réalisé un examen de la meilleure information disponible concernant les maillons santé, ainsi qu'une analyse des innovations relatives à la gestion des soins coordonnés. En général, l'approche d'une gestion efficace des soins coordonnés ressemblait à ceci :

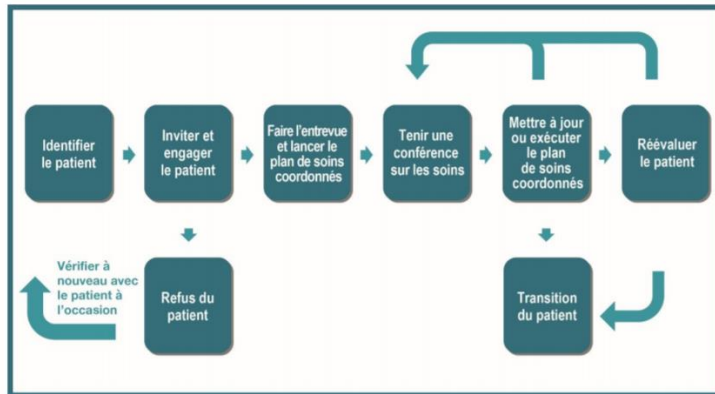


Figure 1 : Approche de la gestion des soins coordonnés

Bien que cette approche de la gestion des soins coordonnés soit généralement acceptée dans toute la province, il existe une **importante variation dans les cabinets à chaque étape du processus**. Bien que chaque clinique, organisme, région ou maillon santé puisse avoir divers secteurs d'intervention privilégiés, l'ensemble des pratiques innovantes et des soutiens de mise en œuvre suivant est conçu pour **aider les équipes à améliorer les soins pour les patients au sein des maillons santé et pour favoriser une harmonisation et une progression continues des pratiques uniformes dans toute la province**. Pour en apprendre davantage au sujet de l'amélioration de la qualité, visitez le : qualitycompass.hqontario.ca/portal/getting-started.

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. Provide 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/transitioninformation/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

(please see Appendix B for additional details)

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.

GESTION DES SOINS COORDONNÉS

Outils et ressources

Sommaire de gestion des soins coordonnés présentant :

- Sommaire des pratiques innovantes de gestion des soins coordonnés
- Sommaire des mesures des pratiques innovantes

Un court document de sommaire détaillé pour *chaque* pratique innovante comprenant les détails concernant :

- 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 : Outils appuyant la mise en place de la pratique, comme indiqué – **voir plus bas.**
- Modifié : Les spécifications de mesure et les suggestions pour la collecte de données.



Stratégies cliniques et fondées sur les données - **Outil de soutien de décision pour l'identification des patients**

Point de contact unique - **Liste de vérification des activités**

Communications axées sur la personne - **Outil de soutien de décision pour l'invitation des patients**

Processus et/ou formulaires de consentement - **Créer un processus et/ou un formulaire de consentement complet et informé**

TÉMOIGNAGE DE PATIENT

Comprendre les répercussions de la gestion des soins coordonnés
sur l'expérience des patients et du personnel soignant

et

« COORDINATION DES SOINS AUX PATIENTS À
L'AIDE D'UNE APPROCHE DE SOINS PRIMAIRES »

Conférencière :

Jennifer McLeod IA, BNSc, MEd



« Personne n'écoute ou ne s'en préoccupe »

Outil d'évaluation clinique (OCS)

Diag. : Crises d'épilepsie fréquentes et récurrentes

Mesures : Transfert au neurologue pour la réévaluation

Résultat : Visites aux urgences et épisodes d'épilepsie récurrents

Témoignage de John

- Épilepsie
- Aucun médecin de famille
- 90 visites aux urgences au cours de la dernière année

Entrevue de découverte du patient

Diag. : Anxiété grave liée à l'isolation

Mesures : Référence au CMHA et soutien planifié avec la famille

Résultat : Réduction de l'anxiété, des visites aux urgences et des crises d'épilepsie

Coordination des soins aux patients à l'aide d'une approche de soins primaires

- Population de patients - établie à l'aide des rapports d'hôpitaux et des programmes d'équipe de santé familiale
 - 15 visites ou plus aux urgences dans les 12 mois
 - 4 admissions ou plus à l'hôpital dans les 12 mois
 - Personnes âgées fragiles ou soins palliatifs
 - 4 affections chroniques ou plus
- Entrevue préalable auprès du patient effectuée à domicile par une infirmière autorisée en soins primaires
- Les résultats de l'entrevue font l'objet d'une discussion avec le FSP du patient et les fournisseurs de services de santé qui se trouvent dans le cercle de soins du patient
- Un plan de soins coordonnés est élaboré qui incorpore une approche intégrée des soins satisfaisant aux besoins du patient identifiés par celui-ci
- Suivi par l'équipe de soins primaires du patient

MAILLON SANTÉ DE TIMMINS L'ENTREVUE DE DÉCOUVERTE DU PATIENT

TABLEAU DE VÉRIFICATION



CRÉER DES RÉSUMÉS

Présente l'expérience du patient avec la maladie ou lors d'un évènement spécifique



EFFECTUER L'ENTREVUE

Visite à la maison, techniques d'entrevue contribuant à la motivation,
mettre l'accent sur l'expérience du patient



DÉTERMINER LES RÉSULTATS

Succès, obstacles, écarts,
points de contact émotifs



CRÉER LE PLAN DE SOINS

Conférences de
cas, cercle de
soins, OCS



ÉTABLIR LES OBJECTIFS

Préparation, objectifs
SMART, responsabilités



Entrevue de découverte de patient : Exemple de résumé

(Name of Disease Process/Event lived) "COPD"	
Outline of experience	Patient's Perspective
<i>Thinking something was wrong</i>	"I started to have trouble breathing at night"
<i>Seeing the Primary Care Provider</i>	
<i>Having test to figure out what was wrong</i>	
<i>Being told what was wrong</i>	
<i>Receiving treatment</i>	
<i>Living with your condition</i>	
<i>Getting follow up</i>	
Successes: Supportive family	
Challenges/Barriers: Difficulty affording medications on a consistent basis	
Gaps: No primary care provider	
Emotional Touchpoints: (Emotions experienced with associated triggers) Emotion: Confused Trigger: When being discharged home, no one explained my list of medications	

Entrevue de découverte de patient (suite)

Autres informations recueillies lors de l'entrevue de découverte du patient :

Qu'est-ce qui est le plus important pour le patient à l'heure actuelle?

Mesures à prendre

Trois principaux objectifs SMART	Préparation (rouge, jaune, vert)	Mesures requises	Personne responsable	Date de suivi

Gestions des soins coordonnés

- Soins gérés par l'infirmière autorisée en soins primaires
- Les conférences sur les soins ne sont généralement pas une occasion pour un groupe de fournisseurs de soins de s'asseoir autour d'une table avec le patient
- La gestion des soins est assurée tout au long du processus de soins en fonction des besoins du patient
- Les interactions sont effectuées lors des visites à la maison et/ou des visites en clinique
- Engagement du patient à l'aide de plusieurs interactions avec les fournisseurs

Leçons retenues

- Avantages pour le patient
 - Plans de soins personnalisés conçus conjointement avec le patient et orientés par les besoins du patient
 - Le patient se sent entendu et son expérience est améliorée
 - Les résultats sont améliorés et les gains sont mesurables
- Temps requis pour la visite à la maison et l'entrevue de découverte du patient est plus difficile pour les centres de soins primaires
- Création de la formation et de la capacité requise pour le personnel infirmier des soins primaires
- Le processus est efficace, mais nécessite un suivi continu pour assurer sa durabilité

Derniers mots

- Un changement dans la pratique est requis avec tous les fournisseurs de services de santé pour que la gestion des soins coordonnés soit efficace
- La gestion des soins coordonnés est collaborative et les fournisseurs de soins de santé doivent relâcher/partager le « contrôle » avec le patient, son personnel soignant et les autres fournisseurs de soins de santé
- Les répercussions sur l'état de santé du patient en valent réellement l'effort déployé pour bien gérer les soins!

COORDONNÉES

Jennifer McLeod IA, BNSc, MEd
Directrice générale
Équipe de santé familiale de Timmins
jmcleod@timminsfht.ca
Téléphone : 705 267-1993, poste 205

MISE EN PLACE DE PRATIQUES INNOVANTES DANS VOTRE MAILLON SANTÉ



Discussion :

Veillez soumettre vos questions pour nous et vos collègues à l'aide de la case de clavardage.

Plan d'amélioration de la qualité de 2017/2018 et les maillons santé

NOUVEAU : Plan d'amélioration de la qualité de 2017/2018 pour les hôpitaux, les organisations de soins primaires et les soins à la maison (CASC)

Pourcentage des patients considérés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on offre un accès à l'approche des maillons santé

Justification :

- Maturité du plan d'amélioration de la qualité et des maillons santé; l'échéance permet de créer un lien plus direct
- Les plans d'amélioration de la qualité visent les problèmes de qualité à l'échelle du système. Cette année, ils viseront surtout la planification des soins coordonnés
- L'identification des patients pouvant bénéficier d'une planification des soins coordonnés est une étape clé
- Le cadre de référence d'innovations de QSSO présente des approches concrètes et une multitude d'outils appuyant l'identification des patients souffrant de plusieurs affections et ayant des besoins complexes
- Applicable à toutes les organisations, peu importe si elles sont affiliées à un maillon santé ou à des processus de maillons santé locaux

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

PROCHAIN SUJET : *Transitions entre l'hôpital et la maison*

Webinaire - PREMIÈRE PARTIE - **14 octobre 2016**

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

Aussi...

Sommet du leadership des maillons santé;

28 septembre 2016_** *veuillez noter qu'il est uniquement possible de participer à cet évènement par invitation***

Transformation Qualité de la santé 2016

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

SONDAGE



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

www.HQOntario.ca

SUIVEZ@QSSOntario 