



Portail de l'innovation en santé : Archive des pratiques novatrices

Thème : Accès et temps d'attente (vol. 1)

Janvier 2014



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

TERMES DE RECHERCHE:	N/A	LOCATION:	Tout
THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	29 résultats sur 61

1. QuickCare Clinics

Implementation Year: Jeudi, janvier 9, 2014 - 13:00	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/quickcare.html
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice is designed to meet low-complexity, primary health care needs, thereby addressing unnecessary visits to the emergency room, duplicated diagnostics, testing, and imaging, and shortages around availability of family physicians. The first QuickCare Clinic opened in Winnipeg, Manitoba in 2012, followed by three more QuickCare Clinics in the same year. Collectively the four QuickCare clinics had over 45,000 patient visits by the fall of 2013.

CONTACT INFORMATION:

Name: Marta Crawford **Title:** Consultant **Organization:** Primary Care Network Implementation, Manitoba Health **Email address:** marta.crawford@gov.mb.ca **Telephone number:** 204-786-7342

2. Winnipeg Regional Health Authority Palliative Care Program (WRHA-PCP)

Implementation Year: Jeudi, janvier 6, 2011 - 14:45	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.wrha.mb.ca/prog/palliative/
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to improve the quality of life for patients receiving palliative care through the development of interprofessional health care teams delivering services across the continuum of care. The WRHA-PCP was initiated in the Winnipeg region in 2011, receives ongoing support and funding from the Regional Health Authority, and continues to expand its health human resource capacities.

CONTACT INFORMATION:

Name: Lori Embleton **Title:** Program Director **Organization:** St. Boniface General Hospital, Winnipeg Regional Health Authority- Palliative Care **Email address:** lembleton@wrha.mb.ca **Telephone number:** 204-237-2371

3. The Taber Clinic

Implementation Year: Mercredi, janvier 6, 1999 - 14:45	Location: Alberta	Practice Website: http://www.chinookprimarycarenetwork.ab.ca/clinics/clinic.php?view=19
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice addresses the issue of accessibility and quality of care to primary care services in the context of an aging demographic. The practice has existed in Taber, Alberta since 1947, and in 2000, implemented the 'Taber Project', a demonstration project including new payment and service delivery system. The Clinic has operated within the Chinook Primary Care Network since 2005, and currently serves over 16,000 patients in the community. Functioning with a team-based model of care, this practice involves 12 physicians, 4 licensed practical nurses, 2 nurse practitioners as well as 6 registered nurses, a registered psychiatric nurse, behaviorist, Respiratory Therapist, dietitians, Diabetes Educator (RN), medical office assistants and health coaches.

CONTACT INFORMATION:

Name: Rob Wedel **Title:** Family Physician **Organization:** Taber, Alberta Chinook Primary Care Network **Email address:** robwedel@me.com



Information last updated on: January 3, 2013

4. Hospital Home Team (Virtual Ward)

Implementation Year: Jeudi, janvier 6, 2011 - 14:45	Location: Manitoba	Practice Website:
--	---------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to reduce frequencies of emergency department visits, hospital admissions, re-admissions and duration of stay through the provision of accessible, comprehensive health care services. Established in 2011 out of Access River East, a Health and Social Services Centre in North East (NE) Winnipeg, this team managed an original caseload of ten select patients with complex health care needs and has since continued to expand patient intake.

CONTACT INFORMATION:

Name: Debra Vanance **Title:** Community Area Director, River East & Transcona **Organization:** Winnipeg Regional Health Authority and Government of Manitoba **Family Services Email address:** dvanance@wrha.mb.ca **Telephone number:** 204 938 5011

5. Pharmacists Practising in Family Health Teams

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2003 - 16:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_progress.aspx
---	--------------------------	---

SNAPSHOT:

Family Health Teams (FHTs) were introduced in Ontario in 2003 and were designed to address issues related to accessibility and quality of primary care. The goal of involving pharmacists in FHTs was to improve appropriate medication therapy management, particularly given the prevalence of chronic illnesses. There are now approximately 150 pharmacists in Ontario practising with FHTs.

CONTACT INFORMATION:

Name: Lisa Dolovich **Title:** Research Director and Professor, Department of Family Medicine **Organization:** McMaster University **Email address:** ldolovic@mcmaster.ca **Telephone number:** (905) 525-9140 ext 28509 **Information last updated on:** October 15, 2013

6. Saskatoon Primary Health Bus

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2008 - 15:45	Location: Saskatchewan	Practice Website: http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_primary_health_health_bus.htm
---	-------------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice improves access to care in low-income neighbourhoods. The practice was launched in Saskatoon, Saskatchewan, and involves nurse practitioners and paramedics.

CONTACT INFORMATION:

Sheila Achilles, Director Primary Health and Chronic Disease Management Primary Health St. Paul's Hospital 1702-20th Street West Saskatoon, SK S7M 0Z9 Telephone: (306) 655-5806

7. Quality Improvement Training and Support

Implementation Year: Dimanche, décembre 9, 2007 - 15:45	Location: Ontario	Practice Website: http://www.hqontario.ca/quality-improvement/primary-care
--	--------------------------	---

SNAPSHOT:

This innovative practice provides quality improvement (QI) training and support to primary care practices. The practice was launched Ontario and has involved 750 interprofessional practice-based teams supported by QI coaches.



CONTACT INFORMATION:

Susan Taylor Program Manager Health Quality Ontario Telephone: 416-323-6868 ext. 245 Email: Susan.Taylor@hqontario.ca

8. Patient Enrolment with a Primary Care Provider

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2003 - 15:45	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice involving patient enrolment in a primary health care practice formalizes an ongoing relationship between primary care providers and patients; provides the basis for population-based funding, capitation-based provider payment, and primary care performance measurement; and facilitates pro-active preventive care and chronic disease management. The practice has been implemented in Ontario in most primary care settings and involves more than three quarters of Ontario residents and primary care physicians.

CONTACT INFORMATION:

Phil Graham Manager, Family Health Teams and Related Programs Primary Care Branch Negotiations and Accountability Management Division Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Telephone: 416-212-0832 Email: Phil.Graham@ontario.ca

9. Midwifery in Ontario

Implementation Year: Vendredi, décembre 9, 1994 - 15:15	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice expands the accessibility and choice of maternal and newborn care through the use of midwives. The practice was launched across Ontario and involves provincial government funding of midwifery education and payment for the provision of midwifery services.

CONTACT INFORMATION:

Richard Yampolsky Program Manager, Specialized Models Programs Primary Health Care Branch Negotiations and Accountability Management Division Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 1075 Bay Street, 9th Floor Toronto ON M5S 2B1 Telephone: 416-325-1957 Email: Richard.Yampolsky@ontario.ca

10. Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners (PHC NPs)

Implementation Year: Mercredi, décembre 9, 1998 - 15:00	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice improves accessibility and quality of primary care through the use of nurse practitioners. The practice has been implemented in Ontario in more than 300 primary care settings and involves provincial government funding of nurse practitioner (NP) education and clinical positions in family health teams, community health centres, nurse practitioner-led clinics, and other primary care practices and organizations.

CONTACT INFORMATION:

Ministry of Health and Long-Term Care Email: nursingsecretariat.moh@ontario.ca)

11. Health Care Connect

Implementation Year: Mercredi, décembre 9, 2009 - 15:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice assists patients who do not have a consistent primary care provider, especially patients with high needs for care, to obtain the support of



one.. The practice was launched throughout Ontario and involves nurse "care connectors," based in Community Care Access Centres, who attach patients to family physicians and nurse practitioner-led clinics. The initiative is voluntary for patients and providers.

CONTACT INFORMATION:

ServiceOntario, Infoline Telephone: 1-866-532-3161

12. Alberta Access Improvement Measures (AIM)

Implementation Year: Vendredi, décembre 9, 2005 - 14:30	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertaaim.ca
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice helps family physicians, speciality care physicians, and Alberta Health Services programs and their teams reduce or eliminate wait times, improve office efficiency, and improve patient care by using quality improvement methods. The initiative has involved 19 learning collaborative supporting improvement teams across Alberta, including 614 family physicians from 133 primary care clinics.

CONTACT INFORMATION:

Steven Clelland Director, Alberta AIM Email: steven.clelland@albertahealthservices.ca Telephone: 780-342-8823

13. Access Registries (Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille)

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2008 - 14:30	Location: Québec	Practice Website:
---	-------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice links unattached (orphan) patients to family physicians willing to accept new patients. The practice was launched in the 95 local areas across Quebec and involves registry nurses and a family physician coordinator for each area.

CONTACT INFORMATION:

Johanne Caseault Conseillère en affaires intergouvernementales Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale Ministère de la Santé et des Services sociaux 1005, chemin Ste-Foy, 1er étage Québec (Québec) G1S 4N4 Téléphone: (418) 266-5838 Télécopieur: (418) 266-8755

14. Sault Ste. Marie Group Health Centre

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 1997 - 14:30	Location: Ontario	Practice Website: http://www.ghc.on.ca/index.php
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice facilitates improved accessibility and comprehensiveness of primary care service delivery. The Group Health Centre was originally founded in Sault Ste. Marie in 1962. As a progressive, multi-specialty, ambulatory health organization, the health centre integrated an electronic health record system in 1997 and now serves 71,000 residents of Sault Ste. Marie and Algoma District (population 75,000), with 81 doctors and 350 employees.

CONTACT INFORMATION:

Name: Garry Walsh Title: Vice President of Communications Organization: Group Health Centre Email address: walsh_gary@ghc.on.ca Telephone number: 705-759-5562 Information last updated on: November 13, 2013

15. Infirmière pivot en oncologie

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2005 - 10:00	Location: Québec	Practice Website: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?accueil
--	-------------------------	--



SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aide les patients atteints de cancer à cheminer dans le système de santé en améliorant l'accessibilité des ressources, la coordination des soins, la continuité des soins ainsi que les communications avec les fournisseurs. Le premier poste d'infirmière pivot en oncologie a été créé en 2005 au Centre hospitalier de l'Université Laval, à Québec. Le poste a été conçu pour permettre aux patients atteints d'un cancer du cou et de la gorge d'avoir un lien direct avec le système de soins de santé. On dénombre actuellement plus de 250 infirmières pivot en oncologie au sein des équipes de soins en milieu hospitalier dans la province du Québec.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lise Fillion **Titre :** Infirmière autorisée **Organisme :** Faculté des sciences infirmières, Université Laval **Courriel :** lise.fillion@fsi.ulaval.ca
Téléphone : 418-525-4444, **poste 15754** **Dernière mise à jour :** Le 20 août 2013

16. Clinique de chimiothérapie express

Implementation Year: Mercredi, novembre 27, 2013 - 09:45	Location: Ontario	Practice Website: http://www.sickkids.ca/Nursing/Nursing-Excellence/2010-Nursing-Excellence-Awards/2010%20Award%20Recipient%20Profiles/NEA2010-HeamONC-clinic.html
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice accélère les services de chimiothérapie pour les enfants qui combattent une leucémie lymphoblastique aiguë. Fondée en 2004, sous forme de projet pilote à The Hospital for Sick Children de Toronto, cette clinique express est encore en activité aujourd'hui. Le modèle porte au maximum les effectifs en santé et l'efficacité des soins, sans pour autant accroître les coûts, en réaffectant les ressources.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Eleanor Hendershot **Titre :** Infirmière clinicienne spécialisée, infirmière praticienne, conférencière **Organisme :** The Hospital for Sick Children, Université de Toronto **Courriel :** eleanor.hendershot@sickkids.ca **Téléphone :** 416-813-7515 **Dernière mise à jour :** Le 15 juillet 2013

17. Vérification des ordonnances à distance à l'aide des services de télépharmacie COMPÉTENCE : Internationale

Implementation Year: Lundi, novembre 26, 2007 - 14:30	Location: International	Practice Website: http://www.mercydubuque.com/
--	--------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore l'accessibilité, l'efficacité et la sécurité des services pharmaceutiques à l'aide de l'utilisation de dossiers médicaux électroniques, de formulaires normalisés et de protocoles de communication adaptés parmi les pharmaciens, les médecins et les infirmières et infirmiers. Des services de télépharmacie ont été mis en place dans sept hôpitaux à accès critique en milieu rural en Iowa en 2007 et ont continué de se développer à 10 emplacements au total, pour lesquels les services de pharmacie assurés sont incohérents.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Douglas Wakefield **Titre :** Directeur **Organisme :** Centre for Health Care Quality; Missouri, États-Unis **Courriel :** wakefielddo@health.missouri.edu **Dernière mise à jour :** 22 août 2009

18. Gestion de cas à l'échelle du système

Implementation Year: Mercredi, novembre 26, 2008 - 14:15	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=7573
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore la coordination des soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Le modèle de gestion de cas à l'échelle du système fut inauguré d'abord dans la région de Calgary en Alberta en janvier 2008 en tant que projet pilote d'une durée de 18 mois. À cette époque, on a fait l'embauche de sept gestionnaires de cas et en l'espace d'un an, plus de 200 clients étaient inscrits dans le cadre du programme. Bien que le modèle ait changé par rapport à sa portée initiale et à ses objectifs en matière de population de patients, la gestion de cas à l'échelle du système est encore en vigueur dans les établissements de soins communautaires de la région de Calgary.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Barbra LeMarquand-Unich **Titre :** Directrice exécutive (par intérim) **Organisme :** Integrated Seniors and Continuing Care (Calgary Zone)



Courriel : barbra.lemarquand-unich@albertahealthservices.ca Téléphone : 403-943-0252 Dernière mise à jour : 8 août 2013

19. Infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie

Implementation Year: Dimanche, novembre 26, 2006 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice réduit les temps d'attente pour les services de chirurgie en améliorant la réserve de ressources humaines en santé compétentes qui sont disponibles. Le rôle d'infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie (IA-PAC) a été créé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (le Ministère) dans le cadre de la stratégie Professions Santé Ontario en mai 2006. Cette stratégie comprenait 34,2 équivalents temps plein (ETP) dans 20 organisations et s'est élargie depuis pour inclure 78,5 ETP dans 35 organisations partout en Ontario.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Colleen Lipskie **Titre :** Chef d'équipe et analyste principale des politiques **Organisme :** Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Courriel : colleen.lipskie@ontario.ca **Téléphone :** 416-212-3846 **Dernière mise à jour :** 21 août 2013

20. Initiative concernant les cliniciens adjoints en soins primaires

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2004 - 14:00	Location: Alberta	Practice Website: www.westviewpcn.ca
---	--------------------------	---

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore l'accessibilité, la coordination, la continuité et l'intégralité des services de soins primaires dans la circonscription hospitalière de Westview Primary Care Network en Alberta. L'Initiative concernant les cliniciens adjoints a été instaurée en 2005 pour un mandat d'une durée de quatre ans, et depuis 2009, continue d'élargir sa portée et sa capacité parmi les huit cliniques de médecine familiale participantes.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Grace Moe **Titre :** Directrice exécutive, Planification stratégique **Organisme :** WestView Primary Care Network **Courriel :** grace.moe@westviewpcn.ca **Téléphone :** 780-948-2435 **Dernière mise à jour :** 7 août 2013

21. Liaison en santé mentale

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2004 - 14:00	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=saf&rid=1017161
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore le niveau de coordination et l'accessibilité des services de santé mentale en milieu rural en Alberta en offrant un lien direct entre les médecins, les infirmières et infirmiers et les patients. En 2004, on a ajouté un nouveau poste de liaison en santé mentale dans le cadre du programme d'accès et d'intervention précoce de Mental Health Services dans la collectivité de Rocky Mountain House, Alberta. Il y a maintenant 27 postes de liaison en santé mentale dans la région centrale de la province.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Gloria Bruggencate **Titre :** Instructrice **Organisme :** Mental Health Services **Courriel :** gbruggencate@dthr.ab.ca **Téléphone :** 403-783-7907

22. Planification de congés des services de liaison communautaire, Programmes de la santé des Premières nations, Hôpital général de Whitehorse

Implementation Year: Mardi, novembre 26, 2002 - 11:00	Location: Yukon	Practice Website:
---	------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:



Cette pratique innovatrice aborde les besoins complexes des patients des Premières nations, Inuits et Métis qui reçoivent un congé de l'hôpital dans les collectivités en régions rurales et éloignées au Yukon. La pratique a été établie comme un volet des programmes de la santé des Premières nations à l'Hôpital général de Whitehorse en 2002, et comporte un planificateur de congés des services de liaison communautaire.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Laura Salmon **Titre :** Directrice, Programmes de la santé des Premières nations **Organisme :** Régie des hôpitaux du Yukon **Courriel :** laura.salmon@wgh.yk.ca **Téléphone :** 1 (867) 393 8756 **Dernière mise à jour :** 16 septembre 2013

23. Supporting Aboriginal Seniors at Home (SASH), Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre (aider les aînés autochtones à rester chez eux grâce au centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones du sud-ouest de l'Ontario)

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2010 - 10:15	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice permet d'assurer des soins de santé sécuritaires sur le plan culturel afin de diminuer la fréquence des maladies chroniques et de prolonger l'espérance de vie des aînés autochtones. La pratique aborde ainsi les disparités entre l'espérance de vie et la fréquence des maladies chroniques entre les aînés autochtones et non autochtones. Lancée en Ontario dans un centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones, la pratique mettait à contribution une infirmière praticienne, un porte-parole en matière de santé des aînés et un guide du patient.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Barb Chrysler **Titre :** Gestionnaire, soins primaires **Organisme :** Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre **Courriel :** bchrysler@soahac.on.ca **Téléphone :** 519-289 0352 **Dernière mise à jour :** Le 23 septembre 2013

24. Les centres communautaires de Métis Nation of Ontario (MNO) donnent un coup de main aux aînés métis et aux familles

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 1993 - 10:15	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la nécessité de soutenir les citoyens métis du troisième âge qui risquent de passer à travers les mailles d'un système de santé complexe. Les premiers centres communautaires ont vu le jour au milieu des années 1990 et ils se sont multipliés depuis ce temps. Les programmes se traduisent par des partenariats avec différents ministères, des groupes autochtones et le secteur du bénévolat. Les soins sont assurés par des effectifs de santé interdisciplinaires, des travailleurs dans des centres communautaires et des bénévoles.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Wenda Watteyne, **Titre :** Directrice de la guérison et du mieux-être **Organisme :** Métis Nation of Ontario **Courriel :** wendaw@metisnation.org **Téléphone :** 613-798-1488 **Dernière mise à jour :** Le 23 octobre 2013

25. Adapter le Programme des services de santé non assurés (SSNA) afin de répondre aux besoins des aînés des Premières nations : The Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP)

Implementation Year: Samedi, novembre 26, 2011 - 10:00	Location: Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	Practice Website:
---	---	--------------------------

SNAPSHOT:

: Cette pratique novatrice aborde la nécessité d'améliorer les programmes et services de la DGSPNI dans la région de l'Atlantique afin de mieux comprendre les besoins des aînés et d'améliorer leur santé ainsi que leur bien-être. Le Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care a été lancé en janvier 2011. Les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI collaborent avec le Mi'kmaq Maliseet Atlantic Board dans le but d'instaurer le plan.



CONTACT INFORMATION:

Nom : Louise Cholock Titre : Directrice, DGSPNI Organisme : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Atlantique Courriel : Louise.Cholock@hc-sc.gc.ca Téléphone : 902-426-2519 Dernière mise à jour : Le 7 octobre 2013

26. Services spécialisés pour les enfants et les jeunes du Manitoba (SSEJ)

Implementation Year: Mardi, octobre 7, 2003 - 15:00	Location: Manitoba	Practice Website: http://www.sscy.ca/
--	---------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice a pour but de combler le besoin d'accroître la coordination des soins aux enfants handicapés ayant des besoins complexes. Elle a été lancée au Manitoba et consistait en une grande équipe de planification comprenant des représentants de divers ministères provinciaux du Manitoba, des offices régionaux de la santé et de plusieurs fournisseurs de services communautaires.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Collette Wilson Titre : Coordonnatrice Organisme : Centre des ressources pour les familles des SSEJ Courriel : collettew@rccinc.ca Téléphone : 204 453-9820

27. Regroupement des renvois aux soins de spécialistes en Saskatchewan

Implementation Year: Jeudi, octobre 7, 2010 - 14:45	Location: Saskatchewan	Practice Website: http://www.sasksurgery.ca/provider/pooledreferrals.html
--	-------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde la question de l'amélioration de l'accès et de la diminution des temps d'attente concernant les services de spécialiste en associant le flux des renvois à la capacité des spécialistes à l'aide d'un processus d'orientation-recours uniformisé et centralisé. Le programme fut inauguré en Saskatchewan en juin 2010 et s'est élargi maintenant à 20 bureaux de spécialistes dans la province.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Ron Epp Titre : Gestionnaire principal de projet Organisme : Saskatchewan Surgical Initiative Courriel : repp@health.gov.sk.ca Téléphone : 306 787-7261

28. Le projet d'amélioration des processus d'imagerie par résonance magnétique : faciliter l'accès des patients aux services d'imagerie

Implementation Year: Mardi, octobre 7, 2008 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique aborde le besoin de faciliter l'accès des patients aux services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en apportant des améliorations aux processus administratifs liés à l'IRM. Entre les mois d'octobre 2008 et de mars 2012, tous les établissements d'IRM de l'Ontario ont pris part à ce programme.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Nahi Siklos, directrice principale de projet Organisme : Réseau universitaire de santé Courriel : nahi.siklos@uhn.ca Téléphone : 416 603-5800, poste 2911

29. Programme de consultations externes intensives en réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2011 - 14:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.viha.ca/adult_rehab_services/outpatient_programs/iorp.htm
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:



Cette pratique aborde le besoin d'accroître l'accès aux services de réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés à l'aide d'une équipe interprofessionnelle qui aide les patients à réintégrer leur collectivité. Cette pratique a été lancée en octobre 2011 dans deux collectivités de la Vancouver Island Health Authority (VIHA).

CONTACT INFORMATION:

Nom : Marci Ekland, directrice, services de réadaptation et développement de programmes régionaux externes Organisme : Vancouver Island Health Authority
Courriel : marci.ekland@viha.ca Téléphone : 250-755-7681, poste 52333



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

QuickCare Clinics

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

SNAPSHOT: This innovative practice is designed to meet low-complexity, primary health care needs, thereby addressing unnecessary visits to the emergency room, duplicated diagnostics, testing, and imaging, and shortages around availability of family physicians. The first QuickCare Clinic opened in Winnipeg, Manitoba in 2012, followed by three more QuickCare Clinics in the same year. Collectively the four QuickCare clinics had over 45,000 patient visits by the fall of 2013.

PRACTICE DESCRIPTION:

QuickCare Clinics operate as 'nurse-led care models'. This means that registered nurses and nurse practitioners share the responsibility of seeing patients and make referrals outside of the clinic when necessary. Basic services offered at these centres are based on episodic primary care needs, and include treating infections, rashes, sprains, etc.; prescribing birth control; and administering immunizations. Patient intake is organized on the principles of the 'Advanced Access Model' and combines walk-in services with scheduled appointments to enable more immediate patient visits. In contrast to traditional payment systems where physicians bill per service provided, nurses are paid through block funding so that the flow of financial resources matches the input of the health human resources on-site.

By treating more basic health care needs within the scope of practice of the attending nurse, this model is designed to improve efficiency of health care services, theoretically diverging inappropriate demands away from urgent care centres and emergency departments. The clinics address issues of accessibility of primary care by providing extended hours and are open during weekends, evenings and holidays.

QuickCare Clinics are funded through the Regional Health Authorities, and are part of a broader provincial plan to ensure that every Manitoban who wants a family physician will have access to one by 2015. These clinics are therefore not considered a replacement to family practice clinics, but are integrated within the primary care network strategy to decrease the overall work burden on physicians, enabling them to accept more patients into their practice.

IMPACT:

This innovative practice has been implemented since February 2012 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The success of QuickCare Clinics has been facilitated by the broader provincial agenda to increase accessibility of family physicians, collaboration across regional health authorities, the staffing model, the convenient locations for the clinics, and having established an electronic medical record from the onset.

In terms of health human resource planning, challenges around nurse practitioner recruitment have been experienced province wide. For the case of the QuickCare Clinics, full nurse practitioner staffing was not achieved until the fall of 2013.

This particular nurse-led model is unique to Manitoba. The four Quick Care Clinics that are currently operational are: Steinbach, Selkirk, McGregor Avenue in Winnipeg, and St. Mary's Road in Winnipeg, which opened most recently in November 2012. Four more Quick Care Clinics are scheduled to open in the next few years.

CONTACT INFORMATION:

Name: Marta Crawford



Title: Consultant

Organization: Primary Care Network Implementation, Manitoba Health

Email address: marta.crawford@gov.mb.ca

Telephone number: 204-786-7342

Information last updated on: December 11, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Personal Communications:

Marta Crawford; November 22, 2013 [telephone]

External Source: <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/quickcare.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Winnipeg Regional Health Authority Palliative Care Program (WRHA-PCP)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

SNAPSHOT: This innovative practice aims to improve the quality of life for patients receiving palliative care through the development of interprofessional health care teams delivering services across the continuum of care. The WRHA-PCP was initiated in the Winnipeg region in 2011, receives ongoing support and funding from the Regional Health Authority, and continues to expand its health human resource capacities.

PRACTICE DESCRIPTION:

In 1999, administrative structures were regionalized across the province of Manitoba. During that process, new visions for the health care system emerged which included the creation of a palliative care model in order to better respond to patient needs, particularly with an aging demographic. In 2011, the WRHA received funding to put this model into action. An interprofessional palliative care team was developed, comprising of registered nurses, clinical nurse specialists, general practitioners, and social workers, with established referral systems to community programs such as mental health service provision. The entire program is organized through a centralized system to manage the coordination of care services across home, long-term or acute care settings. For example, with this centralized system, patients' needs can be prioritized to determine relative eligibility for unit beds (rather than leave determination of accessibility to site-specific availability). Moreover the centralized management enables coordinated communication so that patient information can be shared more easily across settings and providers. Providers are paid through block funding so that the supply and distribution of health human resources can be determined based on the community needs.

What makes this practice particularly innovative is its integration of the interprofessional health care team. Usual models of palliative care would be predominantly provided by nurses. In this model, the variety of health care team members enables the provision of more comprehensive care—this includes physicians visiting patients in their homes. Overall, this model aims to deliver the right care in the right place, mitigate unnecessary emergency room visits, and enable patients to stay in their homes, particularly during end-of-life care.

IMPACT:

This innovative practice has been implemented since 2011 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The organization behind the WRHA-PCP was developed internally, specific to the region's health care needs. The unified vision of the way in which this model was conceptualized and has been implemented to better meet patient has supported the successes of the program thus far. The greatest operational barrier over the last two years has been noted around the challenge of upgrading the technological infrastructure. With ongoing support for this program from the region, there are currently plans in place to expand health human resource capacities and the ability to provide more comprehensive services through the inclusion of psychosocial resources, clinical pharmacists, and health care aides into the palliative care team.

CONTACT INFORMATION:

Name: Lori Embleton

Title: Program Director

Organization: St. Boniface General Hospital, Winnipeg Regional Health Authority- Palliative Care



Email address: lembleton@wrha.mb.ca

Telephone number: 204-237-2371

Information last updated on: December 12, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Personal Communications:

Lori Embleton; December 12, 2013 [telephone]

Alternative Profiles:

Community Model of Palliative Care: <http://www.manitoba.ca/health/mpan/pdf/palliative.pdf>

External Source: <http://www.wrha.mb.ca/prog/palliative/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

The Taber Clinic

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

SNAPSHOT:

This innovative practice addresses the issue of accessibility and quality of care to primary care services in the context of an aging demographic. The practice has existed in Taber, Alberta since 1947, and in 2000, implemented the 'Taber Project', a demonstration project including new payment and service delivery system. The Clinic has operated within the Chinook Primary Care Network since 2005, and currently serves over 16,000 patients in the community. Functioning with a team-based model of care, this practice involves 12 physicians, 4 licensed practical nurses, 2 nurse practitioners as well as 6 registered nurses, a registered psychiatric nurse, behaviorist, Respiratory Therapist, dietitians, Diabetes Educator (RN), medical office assistants and health coaches.

PRACTICE DESCRIPTION:

Of a population of 20,000 persons between the communities of Taber and Vauxhaull, Alberta, the Taber Clinic is able to link over 16,000 patients to a health care provider through improved patient intake processes and the efficient use of health human resources. This clinic is designed to meet the majority of patients' primary care needs by bringing the expertise of dietitians, physicians, diabetes educators, asthma teams, RPNs, LPNs, RNs and nurse practitioners under one roof to create a centralized patient Medical Home. The medical office assistant plays a crucial role in this health care team, working directly with a physician and taking standard patient metrics. While every patient is attached to his or her own family physician and team, a patient can choose to see any one of the team during any given appointment, dependent upon the need presented at the time of visit.

Data is collected at each point of care. This data is then used to inform care pathways and determine appropriate provider allocation. There is a particular focus on preventative measures such that algorithms have been created for approximately 60 different types of screening and are automated to alert health personnel depending on patient profiles. On an aggregate level, this data collection also helps to inform the clinic's progress relative to health care guidelines and population benchmarks. The integration of the electronic medical record system provides the infrastructure to enable both the data collection and communication among health care providers.

In the spring of 2000, the clinic moved away from fee-for-service payment structure and turned to 'blended' funding, based on Capitation funding for the designated population, plus fee-for-service for those patients attending from outside that population and procedure based services. Effective since September 2000, this 'Alternative Relationship Plan', now managed by Alberta Health has provided funding for patient care within the clinic. Effective with the inception of the Primary Care Network (PCN) in 2005, the clinic receives PCN funding to support the development and employment of the practice team. The Chinook PCN provides facilitation and evaluation support to assist with Quality Improvement within the clinics.

The "Taber Project" was initially launched on a three-year term and received funding from the Canadian Health Services Research Foundation, the Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Chinook Health Region, and Alberta Health and Wellness. After 2003, the clinic was able to continue serving the communities through its standard Alberta Health funding sources. The clinic receives no additional sources of funding beyond that available to all Family Physicians in Alberta.

IMPACT:

There has been no system-based evaluation publically shared on this initiative. Various grey sources have referenced the positive impact of these primary care services on relative health services such as emergency department visits and acute care services. One paper noted that emergency asthma visits have been reduced from 340 in 2001 to 24 in 2011. Anecdotal evidence states that allied health professionals have been well accepted and integrated into the system by patients and other health professionals.

The Taber Clinic has been profiled nationally in 2011 in the Premier's Report and highlighted by the Health Care Innovation Working Group as one of Canada's leading innovative health care models in 2012.



APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The clinic is currently in the process of changing facilities in order to capacitate a broader range of services included public health, homecare, mental health, addictions, family and community services.

In 1999 the Regional Health Authority hired project coordinator to share the work and knowledge gained during the development of this model of care and how it can be applied to different parts of the region however this position was discontinued in 2004.

The electronic medical record system is noted as an essential element to the functionality of a practice on this scale; however, the continuity of services, upgrading, and user knowledge around the electronic system remains as a constant challenge.

CONTACT INFORMATION:

Name: Rob Wedel

Title: Family Physician

Organization: Taber, Alberta Chinook Primary Care Network

Email address: robwedel@me.com

Information last updated on: January 3, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Tholl, B., Grimes, K. (2012). Strengthening Primary Health Care in Alberta through Family Care Clinics: From concept to reality. Part One: Issue Brief <http://www.health.alberta.ca/documents/PHC-FCC-Concept-to-Reality-2012.pdf>

Alternative Profiles:

Wedel, R., Kischuk, R., Patterson, E. (2007) Turning Vision into Reality: Successful Integration of Primary Healthcare in Taber, Canada. *Healthcare Policy*, 3(1): 80-95.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645121/pdf/policy-03-080.pdf>

Healthcare transformation in action- Alberta's Taber Clinic. A Commentary. Technologies for Doctors online. (2013). <http://www.canhealth.com/tfdnews0885.html>

Taber clinic recognized nationally. *The Taber Times.* (2012).

<http://internetgroup.ca/docs/cpcn/file/Taber%20Clinic/Taber%20Times%20-%20August%2022%202012.pdf>

Spotlight on Collaboration. (2006). <http://www.eicp.ca/en/spotlight/taber.asp>

Personal Communications:

Rob Wedel; January 3, 2013 [email]

External Source: <http://www.chinookprimarycarenetwork.ab.ca/clinics/clinic.php?view=19>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Hospital Home Team (Virtual Ward)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative practice aims to reduce frequencies of emergency department visits, hospital admissions, re-admissions and duration of stay through the provision of accessible, comprehensive health care services. Established in 2011 out of Access River East, a Health and Social Services Centre in North East (NE) Winnipeg, this team managed an original caseload of ten select patients with complex health care needs and has since continued to expand patient intake.

PRACTICE DESCRIPTION:

A common consequence of poor access to primary care services is the overreliance on emergency departments to provide frontline care. Often times, patient needs would be more appropriately met in other settings; however, the structure of the system is not designed to provide such care, particularly after hours and on weekends. The Hospital Home Team was initiated on a pilot project basis from 2011-2012 to improve access, continuity of care and quality of life by enabling patients to safely and happily stay at home. This pilot was funded by Manitoba Health through the Manitoba Patient Access Network.

This pilot used a predictive risk model to identify individuals most likely to benefit from the program. The identified individuals included in the first cohort were all existing clients of Home and Primary Care at Access River East and due to their health care complexity were frequent visitors to hospital emergency units. The initial interprofessional health care team included a physician, a home care case coordinator (social worker) and a registered nurse. The current expanded team has other community and hospital staff that includes other existing medical, allied health, nursing and support staff. As the model continues to expand, there is intention to include mental health professionals and pharmacists. The team does weekly rounds. Patient documentation occurs via the Electronic Medical Record and the Resident Assessment Instrument (RAI), Home Care, Minimum Data Set (MDS). Patients are contacted by telephone to arrange appropriate timing of home visits. The team is notified when patients attend emergency and emergency staff have access to MDS. An evolving characteristic of this model is the availability of the on call primary care team during evenings and weekends.

IMPACT:

An assessment was conducted pre- and post-implementation of the pilot virtual ward model. The initial ten patients had sought care in the emergency department a total of 27 times over the 12-month period in 2011 which was compared to 64 times in the 12 months previous in 2010. Length of hospital stay for these patients was also compared at 138 in 2011 to 319 in 2010. Qualitative feedback from the families identified that they felt supported in caring for their loved one in the community and appreciated the timely response of the team. For patients living on their own, they reported greater confidence living independently with complex needs. From the palliative care coordinator, they reported patients and families expressing satisfaction with the care received and from the palliative care physician, they considered the team approach to be vital to keeping patients in their home communities. The original pilot used existing staff and potential cost reduction for inpatient bed days alone were approximately \$140,000 based on a bed cost of \$800/day. These savings are not extractable but represent an ability to care for more patients within the same budget allocation.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The concept of the virtual ward is linked to development in the United Kingdom in the early 2000's. A Canadian-led research team has since developed the 'LACE' index (L—length of stay; A—acuity of admission; C—Charlson Comorbidity Index; E—number of emergency room visits in the last six months) to predict otherwise unplanned readmission within 30 days post hospital discharge and provides a transferrable algorithm for calculated appropriate case management for this type of care model.

The successes of the Hospital Home Team in Winnipeg are related to the well-established relationships between the NE Winnipeg staff and leadership across community and acute care and the health and social services programs of the Winnipeg Regional Health Authority and Government of Manitoba, Family Services.



The Hospital Home Team expansion will increase patient capacities to 100 over the next few years and include Access Transcona, a second Health and Social Services site in NE Winnipeg. In addition a second team has been established in West Winnipeg with another planned for South Winnipeg. Additionally, there are three other virtual wards at various stages of development in Canada.

- Toronto Central Community Care Access Centre (and in some hospitals associated with the University of Toronto).

http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/LKS_15_-_NCMN-VirtualWard-Oct2012_-_Effie_Galanis.pdf

- South East Toronto Family Health Team (for patients being discharged from Toronto East General Hospital)

http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/Kavita_Mehta.sflb.ashx;

http://www.uwo.ca/fammed/csfm/siiren/documentation/AHRQ_Virtual_Ward_Pre...

- St Mary's Hospital in Quebec (which focuses on patients with mental illness)

CONTACT INFORMATION:

Name: Debra Vanance

Title: Community Area Director, River East & Transcona

Organization: Winnipeg Regional Health Authority and Government of Manitoba Family Services

Email address: dvanance@wrha.mb.ca

Telephone number: 204 938 5011

Information last updated on: January 2014

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

The Use of Virtual Wards to Reduce Hospital Readmissions in Canada. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2011). http://www.cadth.ca/media/pdf/ES-27_virtual_wards_e.pdf

Personal Communications:

Debra Vanance; January 2, 2013 [email]

Other:

Virtual ward, real results: Doctor, nurse, home-care coordinator team up in a year-long project keeping elderly, chronic patients in their homes instead of hospital beds. (2012)

<http://www.winnipegfreepress.com/breakingnews/virtual-ward-real-results-148364425.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Pharmacists Practising in Family Health Teams

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: Family Health Teams (FHTs) were introduced in Ontario in 2003 and were designed to address issues related to accessibility and quality of primary care. The goal of involving pharmacists in FHTs was to improve appropriate medication therapy management, particularly given the prevalence of chronic illnesses. There are now approximately 150 pharmacists in Ontario practising with FHTs.

PRACTICE DESCRIPTION:

Family Health Teams (FHTs) are comprised of physicians and other health care professionals, including pharmacists. Each FHT offers seven-days-a-week access to care, providing a range of services determined by community needs. Interprofessional involvement is made possible through blended payment models, including a combination of capitation, fee for service, bonuses for achieving prevention targets, and special payments to expand care services such as palliative, home, or pre-natal care. Pharmacists' role in the FHTs has been growing as they work to ensure better prescribing practices and care for the whole patient through comprehensive assessments and follow-ups.

FHTs are organized through the local health integration network and funded by the Ministry of Health and Long-Term Care. Identified stakeholders include the Ontario Pharmacists Association and the Association of Family Health Teams of Ontario, Primary Care Pharmacists Specialty Network.

IMPACT:

The greater involvement of pharmacists in FHTs has been supported by evidence generated by the Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART) study, which was conducted in 2000 (see <http://spep.phm.utoronto.ca/spep/SMARTPROJECTSUMMARYSPEP.htm>). This study involved 1,554 patients referred to a pharmacist for comprehensive assessment in the first 24 months alone. SMART was randomized and designed to determine effectiveness of pharmacy consulting on physician prescribing behaviours. Qualitative reporting indicated fewer drug-related problems and greater physician compliance to pharmacist recommendations (72.3%, 790/1093). SMART provided a strong base for subsequent programming. Funding was provided by the Health Transition Fund, part of Health Canada, and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

The regular monitoring and evaluation of FHTs has demonstrated largely positive results with respect to patient satisfaction and job satisfaction. The Ontario government is investing \$300 million annually in FHTs; however, evidence of the cost-effectiveness of this model is not yet publically available.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The findings from SMART informed the development of Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics (IMPACT) (see <http://www.impactteam.info/impactHome.php>), which also contributed to an evidence base for increased pharmacist involvement. This program was designed to provide a demonstration of how pharmacists could be integrated into the primary care office setting to ultimately improve patient outcomes through optimal drug therapy. During the implementation period of 2004–2006, pharmacists were working two to three days a week for 31 months in seven family practice sites across Ontario. Altogether, there were seven pharmacists and 70 physicians to cover approximately 150,000 patients. Primary responsibilities for pharmacists in this program included conducting individualized patient medication assessments, providing drug information and education, developing office system enhancements to optimize drug therapy, and facilitating integration activities. While this model also produced positive reporting, efforts were transitioned into the provincial FHT model.

Given the current reach of FHTs and changes related to pharmacist involvement, this primary care model is highly transferable. The establishment of the electronic health record system was noted as a key facilitator to enable communication among different providers. Next steps will include demonstrating cost-effectiveness or return on investment on a provincial level.



CONTACT INFORMATION:

Name: Lisa Dolovich

Title: Research Director and Professor, Department of Family Medicine

Organization: McMaster University

Email address: ldolovic@mcmaster.ca

Telephone number: (905) 525-9140 ext 28509

Information last updated on: October 15, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Publications:

Dolovich, L. (2012). Ontario pharmacists practicing in family health teams and the patient-centered medical home. *Annals of Pharmacotherapy*, 46(Suppl 1), S33–S39. Retrieved from

<http://www.impactteam.info/documents/LDolovich2012.pdf>

Farrell, B., Dolovich, L., Emberley, P., Gagné, M.A., Jennings, B., Jorgenson, D., ... Woloschuk, D. (2012). Designing a novel continuing education program for pharmacists: Lessons learned. *Canadian Pharmacists Journal*, 145(4), e7–e16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567806/>

Farrell, B., Pottie, K., Haydt, S., Kennie, N., Sellors, C., & Dolovich, L. (2008). Integrating into family practice: The experiences of pharmacists in Ontario, Canada. *International Journal of Pharmacy Practice*, 16(5), 309–315. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1211/ijpp.16.5.0006/abstract>

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2013). Family health teams: Guide to interdisciplinary provider compensation. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/docs/fht_inter_provider.pdf

Personal Communications:

Dolovich, L. (October 15, 2013).

Alternative Profiles:

CareFirst. (n.d.). *Patient centered medical home (PCMH)*. Retrieved from <https://member.carefirst.com/individuals/patient-centered-medical-home/patient-centered-medical-home-pcmh.page>

External Source: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/fht_progress.aspx



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Saskatoon Primary Health Bus

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	

Snapshot: This innovative practice improves access to care in low-income neighbourhoods. The practice was launched in Saskatoon, Saskatchewan, and involves nurse practitioners and paramedics.

Practice Description:

A 2006 study examining health disparities by neighbourhood in Saskatoon showed that low-income neighbourhoods have a higher than average use of health care, higher burdens of illness (including mental disorders, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, coronary artery disease, chlamydia, gonorrhoea, hepatitis C), higher rates of teen births, and greater likelihood of low birth weights. Primary health care managers in Saskatoon Health Region recognized that residents of these neighbourhoods (primarily First Nations people, Métis, immigrants, and refugees) could not access primary care easily. To address this concern, they converted a recreational vehicle to serve as a mobile clinic with a fully equipped examination room. The Health Bus, which is staffed by nurse practitioners and paramedics, operates daily to provide primary care services to patients at various locations that are convenient to the residents. Services include blood pressure and blood sugar checks, diagnosis and treatment of common illness and injuries, testing for sexually transmitted infections, provision of free condoms, pregnancy testing, suturing and suture removal, wound care, management of chronic conditions, disease prevention, health education, advocacy, and referral. A community advisory committee helps guide Health Bus operations.

Impact:

The Saskatoon Health Region has tracked program utilization and demographic information of users. During the 2011/12 calendar year, 2,777 patients visited the bus (Saskatoon Health Region, 2012). The majority of visits were for integumentary or ENT conditions. The service was most heavily used by women and by people in the 0–9 and 20–59 age groups.

This innovative practice has been implemented since 2008 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health. Early evidence suggests mobile clinics improve screening for chronic conditions (diabetes and hypertension) and coordination of care (Conference Board of Canada, 2012).

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

The success of the program is dependent on commitment to unique interprofessional primary health care teams; investment of resources for primary health care services to a small number of people; and engagement of community members in discussions of the scope of services and location of the bus.

The Health Bus has not been adapted from another jurisdiction. Three mobile primary care clinics designed to serve patients in rural and northern Manitoba communities who do not have a family physician are scheduled for implementation in 2013.

Contact Information:

Sheila Achilles, Director Primary Health and Chronic Disease Management

Primary Health

St. Paul's Hospital

1702-20th Street West



Saskatoon, SK S7M 0Z9

Telephone: (306) 655-5806

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Publications

Canadian Health Services Research Foundation. (2010). Saskatoon Health Bus. In *Casebook of primary healthcare innovations: Picking up the pace*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/CasebookOfPrimaryHealthcareInnovations.sflb.ashx

Conference Board of Canada. (October 2012). *Improving primary health care through collaboration: Briefing 1—Current knowledge about interprofessional teams in Canada*. Retrieved from <http://www.wrha.mb.ca/professionals/collaborativecare/files/CBCBriefing12012.pdf>

Saskatoon Health Region. (2012). *Primary Health Bus report (2011–2012); Events of Distinction 2011–2012*.

External Source: http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/ps_primary_health_health_bus.htm



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Quality Improvement Training and Support

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice provides quality improvement (QI) training and support to primary care practices. The practice was launched Ontario and has involved 750 interprofessional practice-based teams supported by QI coaches.

Practice Description:

In 2007, the Ministry of Health and Long-Term Care established the Quality Management Collaborative, with an initial mandate to assist family health teams (FHTs) to navigate the transition to a new team-based model of primary health care. In 2009, the organization became an independent not-for-profit entity and was renamed the Quality Improvement and Innovation Partnership (QIIP). Its expanded mandate is to support quality improvement across the primary care sector. During 2008 and 2009, QIIP ran a series of three learning collaboratives for interprofessional, practice-based QI teams from FHTs and community health centres (CHCs), modelled on the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough series. Participants received coaching support and focused their quality improvement efforts on chronic disease management (diabetes), prevention (colorectal cancer screening), and office practice redesign (access and efficiency).

In 2010, QIIP launched the Learning Community, which combines virtual and face-to-face learning on the application of QI methods and tools, and support from QI coaches. In Wave 1, interprofessional teams from FHTs and CHCs participated in one or more of six action groups focused on improving chronic disease management (asthma, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, hypertension), preventive care (integrated cancer screening) and access and efficiency (office practice redesign). Waves 2 through 5 focused on advanced access and efficiency; they were open to practice-based teams from any primary care model. Wave 6 addressed chronic disease management in addition to advanced access and efficiency.

In April 2011, QIIP merged with three other quality-related organizations funded by the ministry to form Health Quality Ontario (HQO). The Learning Community has continued under the new organization.

HQO is about to pilot a CME/e-Learning model that adopts a hybrid approach for delivering QI training and support for advanced access in primary care organizations. Compared to the traditional learning collaborative model, the hybrid model combines fewer learning sessions and less HQO coaching with a series of four online learning modules and peer-champion support. The revised program will allow interprofessional primary care teams to access the program continuously rather than in discrete waves. In partnership with McMaster University, HQO is mounting a demonstration of the hybrid approach with approximately 20 primary care practices.

Impact:

A research team from the Centre for Studies in Family Medicine at Western University and the Centre for Studies in Primary Care at Queen's University conducted a multi-component, mixed method, external evaluation of the three QIIP learning collaboratives that were mounted during the period from 2008 to 2010 (Harris et al., 2013). The evaluation examined the impact of the program on type 2 diabetes management, colorectal cancer screening, access to care, and team functioning. The performance of the practices before and after participation was compared with the performance of randomly selected non-participating practices from the same geographic location and model of care (FHT or CHC) during the same time periods.

Key findings included the following:

- Participants' knowledge of QI methods (the Model for Improvement) and the Chronic Disease Prevention and Management framework increased.
- Participants improved interprofessional capacity in their practice through better understanding of each other's roles and working together to improve patient care.
- The learning collaboratives facilitated improved team interactions, sharing of information and resources, and collaboration among team members.



- QI coaches were instrumental in helping teams implement QI activities.
- The performance of both participating and control practices improved over time.
- Among patients with diabetes, participating practices showed greater improvement in lipid profile monitoring (chart audit), eye examinations (chart audit and administrative data), peripheral neuropathy examinations (chart audit), and documentation of body mass index (chart audit).
- Participating practices showed greater improvement in HbA1c testing of patients with diabetes (administrative data).
- Among patients with HbA1c above the study target (? 7.3%) at baseline, patients in participating practices were more likely than patients in control practices to be at the Canadian practice guidelines target of ? 7.0% post-collaborative (chart audit).
- Participating practices had greater improvement than control practices in the proportion of patients with diabetes whose LDL cholesterol was at target (? 2.0 mmol/L) (chart audit).
- Among patients with diabetes, participating practices had small but statistically significantly greater increases than control practices in prescribing statin and angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE) or angiotensin receptor blocker (ARB) (administrative data).
- Participating practices had greater improvement than control practices in the proportion of eligible patients screened for colorectal cancer (administrative data).
- Participating practices were more likely than control practices to adopt an advanced access model (48% versus 29%). However, the study was not adequately powered for this outcome to detect a difference of this magnitude, and therefore the difference was not statistically significant.
- The median time to third-next available appointment post-learning collaborative was 2.0 days among participating practices and 4.0 days in the control practices. However, the study was not adequately powered for this outcome to detect a difference of this magnitude, and therefore the difference was not statistically significant.

Zorzi et al. (2013) conducted a multi-component formative and summative evaluation of the HQO Advanced Access and Efficiency initiative (Learning Community Waves 3 and 4) in 2011/12. The evaluators urged caution in the interpretation of the summative findings because of the absence of a comparison group and because the patient perspective was not captured. Among their findings:

- Most (91%) of the participating practices reported the time to third-next available appointment measure on a regular basis.
- Almost all of the practices surveyed (80%) were satisfied with their experience in the initiative. Practices in the structured learning stream (six hours/month of face-to-face or virtual coaching support, access to the virtual workspace, monthly calls with participating practices, and two face-to-face learning sessions) tended to be more satisfied (82% satisfied) than those in the self-directed stream (one hour/month of virtual coaching support, access to the virtual workspace, and monthly calls with participating practices) (71% satisfied).
- Two third of practices indicated that the initiative met their expectations completely. Some practices indicated that the program did not meet their expectations, either because it was more time consuming than they expected, or because they didn't perceive the resources and measures to be relevant to the way their practice was set up.
- Key Learning Community strengths identified by participating practices were coaching, QI method/approach, and resources (roadmap and workbook). Key concerns were the time commitment required, the virtual workspace, and measures and specific tools not being applicable to some types of practices.
- QI coaches were considered to be essential by 75% of the practices.
- As of October 2012, 18% of Wave 3 practices and 17% of Wave 4 practices had withdrawn after the first learning session. All withdrawn practices interviewed indicated they left the initiative because there was a lack of interest and buy-in among the team members. In addition, many had difficulty juggling competing priorities with limited time, and some hadn't understood the time commitment that was needed.
- Over half of the participating practices said they were applying the QI principles (plan-do-study-act cycles) from the Learning Community to other aspects of their work. A number of practices mentioned that they have spread their advanced access knowledge and data collection practices across and beyond their organization.
- Eighteen of the 24 practices interviewed found the data reporting aspects of the initiative to be very useful. The data reporting piece was only valuable if the practices were using the measures to identify areas of concern, inform changes, and monitor progress.



- Decreases in time to third-next available appointment (TNA) and cycle time (total length of office visit) were statistically significant, averaging one day per month and one minute per month, respectively.
- Red zone time (percent of the visit spent with a care team member) increased significantly by an average of 1% per month.
- Average improvement in TNA between month one and month six was 2.7 days in the self-directed stream and 5.5 days in the structured stream.
- 52% of teams in the self-directed stream and 66% of teams in the structured stream had moderate (20–49%) or high (> 50%) improvement in TNA.

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

The success of the program is dependent on:

- building relationships with key partners (e.g., medical associations, nursing associations);
- willingness of primary care providers to participate in the initiative;
- targeting participation by all providers on the team rather than individual providers;
- providing information to teams on how the initiative can assist their practice;
- engaging champions to demonstrate the benefits of QI work;
- establishing requirements for QI (e.g., QI plans, alignment of quality indicators with strategic priorities);
- dedicating resources to the coaching of teams;
- the ability of teams to retrieve data from information systems; and
- continuous assessment of the QI training and support program in order to revise practices, methods, and processes based on lessons learned.

Training and support for primary care QI have been implemented in many other jurisdictions internationally and in Canada, including in British Columbia, Alberta, and Saskatchewan.

Contact Information:

Susan Taylor

Program Manager

Health Quality Ontario

Telephone: 416-323-6868 ext. 245

Email: Susan.Taylor@hqontario.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Personal Communication

Dobell, G. (August 25, 2013). [Director, Evaluation and Research, Health Quality Ontario].

Publications



Harris, S., Birtwhistle, R., Brown, J.B., Green, M., Kotecha, J., Reichert, S., ... Webster-Bogart, S. (June 28, 2013). *Evaluation of the Health Quality Ontario quality improvement & innovation partnership learning collaboratives: Final report*. Toronto, ON.

Hutchison, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256–288. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x/abstract>

Zorzi, R., Frank, C., Christian, S., McGuire, M., Bakker, P., & Hauseman, C. (January 15, 2013). *Evaluation of Health Quality Ontario's learning community AA&E initiative*. Toronto, ON.

External Source: <http://www.hqontario.ca/quality-improvement/primary-care>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Patient Enrolment with a Primary Care Provider

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice involving patient enrolment in a primary health care practice formalizes an ongoing relationship between primary care providers and patients; provides the basis for population-based funding, capitation-based provider payment, and primary care performance measurement; and facilitates pro-active preventive care and chronic disease management. The practice has been implemented in Ontario in most primary care settings and involves more than three quarters of Ontario residents and primary care physicians.

Practice Description:

Patient enrolment is a process in which patients are formally registered with a primary care organization, team, or provider. Patient enrolment facilitates accountability by defining the population for which the primary care organization or provider is responsible, and it facilitates a longitudinal relationship between the patient and provider. Formal patient enrolment with a primary care provider lays the foundation for a pro-active, population-based approach to preventive care, chronic disease management, and systematic practice-level performance measurement and quality improvement. It clearly establishes primary health care providers as health stewards for a defined population rather than providers of services to those who present themselves for care.

Formal patient enrolment is a feature of several primary care physician remuneration and organizational models, including capitation-based blended payment (family health organizations (FHOs) and family health networks(FHNs)), fee-for-service-based blended payment (family health groups, comprehensive care management), and salary-based blended payment (rural and northern physician group agreements, blended salary). In nurse practitioner-led clinics and community health centres, patients register with the organization.

Patient enrolment is voluntary for both patients and physicians. Patients are not required to enrol, even if their regular primary care physician participates in a patient enrolment model. Physicians cannot refuse to enrol a patient because of the patient's health status or level of care based on guidelines of the College of Physician and Surgeons of Ontario. When a patient enrolls with a primary care physician, the patient agrees to seek care first from the enrolling physician's practice, unless the patient is travelling or experiencing a health emergency. Enrollment with a primary care physician has grown from less than 600,000 in 2002 to 10.1 million (74% of the Ontario population) in June 2013.

Impact:

This innovative practice has been implemented widely in Ontario since 2002 and does not have a completed evaluation at this time. An evaluation is underway of patient enrolment in FHGs and FHOs; it is expected to be completed in 2014. Because patient enrolment is linked to specific provider payment and organizational models, the impact of patient enrolment per se is impossible to assess in the Ontario context. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

Patient enrolment has been adapted from other international jurisdictions and was implemented in Quebec in 2002.

Contact Information:

Phil Graham

Manager, Family Health Teams and Related Programs



Primary Care Branch

Negotiations and Accountability Management Division

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Telephone: 416-212-0832

Email: Phil.Graham@ontario.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Personal Communications:

Graham, P. (August 20, 2013).

Publications:

Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Retrieved from

English: <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx> (English);
<http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx> (French).

Hutchison, B. & Glazier, R. (2013). Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs*, 32(4), 695–703. Abstract retrieved from <http://content.healthaffairs.org/content/32/4/695.short>

Hutchison, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256–288. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x/abstract>

Ontario Ministry of Finance. (2013). *Ontario population projections update 2012–2036*.

Retrieved from <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/projections/projections2012-2036.pdf>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Midwifery in Ontario

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice expands the accessibility and choice of maternal and newborn care through the use of midwives. The practice was launched across Ontario and involves provincial government funding of midwifery education and payment for the provision of midwifery services.

Practice Description:

Legislation establishing midwifery as a regulated profession and providing for the registration of midwives in Ontario was proclaimed in December 1993. The Ontario Midwifery Education Program was established in 1993 as a collaborative four-year baccalaureate program at three universities. The program is currently undergoing expansion from 60 to 90 places per year. The Midwifery Act was amended in 2011 to expand midwives' scope of practice, including intubation of newborns and an expanded drug list.

The core tenets of midwifery care are continuity of care, informed choice, and choice of birthplace. Ontario midwives have hospital admission and discharge privileges and access to physician referrals for consultation or transfer of care. They provide primary care to women during pregnancy, labour, and delivery, and care to mothers and babies during the first six weeks after birth. Two midwives attend the birth, whether in a home or a hospital. The College of Midwives specifies eligibility criteria for home birth and prescribes the conditions that require consultation with or transfer of care to a physician.

The number of midwives practising in the province increased from 71 to 693 between 1994/95 and 2013/14. More than half of Canadian midwives work in Ontario. Midwife-attended births increased from 1,800 to over 24,000 (12% of births in the province) during the same period. Midwifery program expenditures have grown from \$23.7 million in 2002/03 to \$125.48 million in 2013/14.

Impact:

A midwifery program evaluation comparing the outcomes of midwifery care and family physician obstetrical care was conducted by the Ministry of Health and Long-Term Care in 2003. However, the report of that evaluation is not publicly available. Personal testimonials, observations, tracking data, and research and evaluation from other jurisdictions suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

No rigorous assessment of the costs and savings of this practice has been completed at this time.

Applicability/Transferability

Midwifery has been adapted from numerous jurisdictions internationally and is a legal and regulated profession in seven other provinces and one territory: British Columbia (1998), Alberta (1998), Quebec (1999), Manitoba (2000), Northwest Territories (2005), Saskatchewan (2008), Nova Scotia (2009), and New Brunswick (2010).

The success of this specific program is dependent on:

- provincial investment in midwifery positions;
- support from stakeholders and providers;
- building human resource capacity through education and training; and
- the willingness of hospitals to integrate midwives (e.g., hospital privileges, policies on the number of midwives and deliveries; cost for midwives; cost of uninsured patients).



Contact Information:

Richard Yampolsky

Program Manager, Specialized Models Programs

Primary Health Care Branch

Negotiations and Accountability Management Division

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

1075 Bay Street, 9th Floor

Toronto ON M5S 2B1

Telephone: 416-325-1957

Email: Richard.Yampolsky@ontario.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Born, K., & Laupacis, A. (2011, June 22). Why isn't there a system of integrated maternity care in Ontario? *Healthydebate*. Retrieved from <http://healthydebate.ca/2011/06/topic/cost-of=care/maternitycare>

College of Midwives of Ontario. (2012). *Annual report 2011–2012*. Retrieved from <http://www.cmo.on.ca/documents/ANNUALREPORT2010-2011FINAL.pdf>

Hutton, E.K., Reitsma, A.H., & Kaufman, K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A retrospective cohort study. *Birth*, 36(3), 180–189. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x/abstract>

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2012). *Results-based plan briefing book: 2011–12*. Retrieved from http://health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/plans/rbp_2011_12.pdf



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners (PHC NPs)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice improves accessibility and quality of primary care through the use of nurse practitioners. The practice has been implemented in Ontario in more than 300 primary care settings and involves provincial government funding of nurse practitioner (NP) education and clinical positions in family health teams, community health centres, nurse practitioner-led clinics, and other primary care practices and organizations.

Practice Description:

NPs are “registered nurses with additional educational preparation and experience who possess and demonstrate the competencies to autonomously diagnose, order and interpret diagnostic tests, prescribe pharmaceuticals and perform specific procedures within their legislated scope of practice”(CNA, 2009).

Education

The Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Education Program, established in 1995, is a standardized educational program delivered cooperatively by a nine-university consortium. The program uses multiple delivery modalities, including distance education, and is offered in both English and French. Baccalaureate-trained RNs studying full time can complete the seven core graduate-level courses that comprise the NP certificate program in one year. A combined Masters of Nursing/NP Certificate program has been available since 2008, and in most of the participating universities the combined program is now the only option available. The annual number of spaces in the PHC NP education program for full- and part-time students is currently 200.

Regulation

Ontario legislation providing for the registration of PHC NPs was proclaimed in 1998. Initially, NPs were allowed to order only a specified set of medications and diagnostic tests. Restrictions on NPs prescribing (except for controlled substances) and ordering laboratory tests were eliminated in 2011.

NP Practice

The nature and scope of NP practice varies across primary care settings. Some NPs provide care to a general primary care population while others focus on a specific population or health condition. Their work may involve varying combinations of acute illness care, chronic disease management, illness prevention, and health promotion. Some NPs have their own patient panel, but most share responsibility for a patient population with one or more family physicians.

Impact:

Ontario was home to the first randomized controlled trial (RCT) of NPs, which was carried out in a Burlington family practice setting by Spitzer et al. (1974). Since then, many RCTs have been conducted internationally, mainly in the US, the UK, and the Netherlands. Systematic reviews of these RCTs have consistently concluded that NPs deliver safe, effective care (Horrocks, Anderson, and Salisbury, 2002; Newhouse et al., 2011).

A study by Russell et al. (2009) of chronic disease management in Ontario primary care practices concluded that “Across the whole sample and independent of model, high-quality chronic disease management was associated with the presence of a nurse-practitioner.” Ducharme, Alder, Pelletier, Murray, and Tepper (2009) evaluated the addition of PHC NPs and physician assistants to community hospital emergency departments in Ontario. In emergency departments that had NPs and/or physician assistants, the wait times, lengths of stay, and proportion of patients who left without being seen were significantly reduced.



While the integration of PHC NPs has not been fully evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

All provinces and territories have legislation in place for the NP role, although implementation has been most widespread in Ontario. The practice informant did not indicate whether the provinces and territories have worked collaboratively in defining the role of the NP.

The success of this specific program is dependent on:

- educating patients, providers, and insurance companies about the role and responsibilities of nurse practitioners and NPLCs;
- establishing effective governance structures, administration, and organizational development (e.g., interprofessional team functioning, information technology);
- engaging nursing stakeholders;
- providing appropriate NP compensation;
- optimizing roles within the team; and
- aligning financial incentives to ensure specialists are not disadvantaged by referrals from NPs.

Contact Information:

Ministry of Health and Long-Term Care

Email: nursingsecretariat.moh@ontario.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Personal Communication

Skelly, J. (August 19, 2013). [Assistant Dean, Nursing Graduate Program, School of Nursing, McMaster University].

Publications

Canadian Nurses Association. (2008). *Position statement: The nurse practitioner*. Retrieved from http://www2.cna-aici.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS_Nurse_Practiti...

College of Nurses of Ontario. (2013). *Membership totals at a glance*. Retrieved from <http://www.cno.org/what-is-cno/nursing-demographics/membership-totals-at-a-glance/>

Conference Board of Canada. (2012). *Improving primary health care through collaboration: Briefing 1—Current knowledge about interprofessional teams in Canada*. Retrieved from <http://www.wrha.mb.ca/professionals/collaborativecare/files/CBCBriefing12012.pdf>

DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., ... Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada—Thinking outside the box. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 23* (Special Issue), 239–259. Retrieved from <https://www.longwoods.com/content/22281/print>

Ducharme, J., Alder, R.J., Pelletier, C., Murray, D., & Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 11*(5), 455–461. Retrieved from http://www.aimhealthgroup.com/pressreleases/companynews_jd.pdf

Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care



can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819–823. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/324/7341/819>

Mian, O., Lacarte, S., & Koren, I. (2012). *2012 nurse practitioner workforce tracking study*. Centre for Rural and Northern Health Research. Retrieved from

http://www.cranhr.ca/pdf/CRaNHR_2012_NP_TS_survey_report_November_2012.pdf

Newhouse, R.P., Stanik-Hutt, J., White, K.M., Johantgen, M., Bass, E.B., Zangaro, G., ... Weiner, J.P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. *Nursing Economics*, 29(5), 230–250. Abstract retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372080>

Ontario Primary Health Care Nurse Practitioner Program. (2013). *About the PHCNP Program*. Retrieved from http://np-education.ca/?page_id=23823

Russell, G.M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine*, 7(4): 309–318. Retrieved from <http://www.annfammed.org/content/7/4/309.short>

Spitzer, W.O., Sackett, D.L., Sibley, J.C., Roberts, R.S., Gent, M., Kergin, D.J., ... Wright, K. (1974). The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. *New England Journal of Medicine*, 290(5), 251–256. Abstract retrieved from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197401312900506>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Health Care Connect

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot:

This innovative practice assists patients who do not have a consistent primary care provider, especially patients with high needs for care, to obtain the support of one. The practice was launched throughout Ontario and involves nurse “care connectors,” based in Community Care Access Centres, who attach patients to family physicians and nurse practitioner-led clinics. The initiative is voluntary for patients and providers.

Practice Description:

Due to the substantial numbers of Ontarians with no regular primary care provider (often called *unattached patients*), the Ministry of Health and Long-Term Care launched the Health Care Connect program in February 2009 to link the two. Unattached patients can register for Health Care Connect (or be registered by a substitute decision-maker) either by telephone or online. Registration includes the completion of a brief health questionnaire to determine the registrant’s level of need for primary care services. The questionnaire content is based on research on the determinants of primary care need conducted at the McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis; it includes self-assessed health status, chronic health conditions, activity limiting disability, mental health status, and body mass index. The patient’s registration information is forwarded to a “care connector nurse” based in the local Community Care Access Centre, who attempts to identify a family physician or nurse practitioner-led clinic in the registrant’s community that is accepting new patients. Priority for linkage is given to registrants identified as having the highest need for services. Primary care physicians who accept a high-needs patient receive bonus payments for enrolling the patient and for the patient’s first year of care.

Impact:

This innovative practice has been in place since 2009. While the practice has not been fully evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

The Ministry of Health and Long-Term Care has tracked program utilization and results (connection of patients to a primary care provider) overall and by local health integration network (LHIN) since the program’s inception. By June 30, 2013, 279,072 patients had registered with the program, of whom 79.1% (78.9% of those with high needs) were matched with a provider. Attachment rates have varied among the 14 LHINs from 45.6% (North West) to 95.6% (Hamilton Niagara Haldimand Brant).

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

Access registries have also been established in Quebec (2008), New Brunswick (2013), and Alberta. However, the practice informant was unable to identify which practice came first and if there was collaboration among the provinces.

Health Care Connect has been implemented throughout Ontario. The local success of the program is dependent on obtaining the buy-in of stakeholders through consultations; marketing the initiative to patients; educating primary care providers about the initiative; and the capacity, expertise, and willingness of primary care providers to accept new patients.

Contact Information:

ServiceOntario, Infoline

Telephone: 1-866-532-3161



Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

<http://www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect/pro/>

Breton, M., Ricard, J., & Walter, N. (2012). Connecting orphan patients with family physicians: Differences among Quebec's access registries. *Canadian Family Physician*, 58(9),921–922. Retrieved from <http://171.66.125.180/content/58/9/921.full>

Fowler, S. (2013, August 8). *New patient registry matches 800 people with doctors*. Retrieved from <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/story/2013/08/08/nb-patient-registry-doctor.html>

External Source: <http://www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Alberta Access Improvement Measures (AIM)

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

Snapshot: This innovative practice helps family physicians, specialty care physicians, and Alberta Health Services programs and their teams reduce or eliminate wait times, improve office efficiency, and improve patient care by using quality improvement methods. The initiative has involved 19 learning collaborative supporting improvement teams across Alberta, including 614 family physicians from 133 primary care clinics.

Practice Description:

Alberta AIM's mission is "to support health care teams to create a culture of improvement through the use of evidence informed principles, resulting in access to care that is both timely and effective." The program, funded by Alberta Health and Alberta Health Services, is governed by a multi-stakeholder partnership that includes Alberta Health, the Alberta Medical Association, Toward Optimized Practice, the Primary Care Network Project Management Office, and family physicians. Each practice-based improvement team, which includes physicians, other health professionals, and office staff, completes a program that extends over 10 to 12 months. During that period, the teams attend five two-day face-to-face learning sessions, and are supported by AIM faculty, a facilitator, measurement resources, and tools for data collection and use. Teams are expected to hold weekly meetings and submit monthly reports to monitor progress and share successes.

Evolution of the program includes implementation of increased use of virtual program delivery and efforts to ensure that physicians, providers, and programs can maintain the gains made while in the formal training portions of the program.

Impact:

According to outcomes data collected by Alberta Health Services, the impact of the program includes:

- Many primary care teams have been able to reduce delays for next-available appointments (TNAs) to less than five days, with some reaching same-day access.
- Many specialty care teams were able to reduce delays for TNAs to less than 30 days, with some reaching near same-day access.
- Improvement team members have shown an increase in satisfaction with clinic access across all collaboratives.
- Primary care teams were able to reduce their cycle time (time from a patient's arrival to departure) by as much as 30% for short appointments and 36% for long appointments.
- Primary care teams were able to reduce no-shows by as much as 33%.
- Specialty care teams were able to reduce no-shows by as much as 31%.

The results of improved TNAs are supported by staff perceptions of improved access.

Improvement team members were asked to rate their satisfaction with clinic access before and after one year of the AIM program. Primary care teams and specialty care teams in multiple collaboratives demonstrated significant improvements in staff satisfaction regarding clinic access.

Initial population-level assessment of the impact of the program has been attempted. Indications are that AIM participation in primary care clinics affects other areas of the system, including reduced emergency department visits (Alberta AIM, 2013). Narrative accounts provided by participating clinics and physicians are available at www.albertaaim.ca.

Although an assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time, micro-level evaluations with individual physicians and practitioners are suggestive of cost-neutrality and perhaps cost reductions associated with access and clinical improvements.



Applicability/Transferability:

Alberta AIM has been adapted from the work of Mark Murray & Associates and the Institute for Healthcare Improvement's *Breakthrough Series*. Similar quality improvement initiatives targeting primary care have been mounted in many jurisdictions throughout Canada, including British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, and Nova Scotia.

The success of this specific program is dependent on:

- leadership engagement (physician, clinic, program, funders, partners, and stakeholders);
- development of local and provincial capacity (including but not limited to Alberta-based faculty, local practice facilitators, measurement support, and access to other knowledge-based resources); and
- dedicated focus on alumni support to sustain improvement gains and continuing progress while managing incoming new improvement teams.

Contact Information:

Steven Clelland

Director, Alberta AIM

Email: steven.clelland@albertahealthservices.ca

Telephone: 780-342-8823

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Publications

Alberta AIM. (2013). *Evaluation of the Alberta AIM initiative: AIM 10-15, HWAP funding period*.

Wedel, R., Clelland, S., Austin, J., Halma, L., Shemanchuk, J., & Lovely, J.J. (2011). Taking AIM at Primary Care in Alberta. *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, 3(1), 40–45.

Alberta AIM. (2012). *Partnering for improvement*. Unpublished.

External Source: <http://www.albertaaim.ca>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Access Registries (Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille)

LOCATION:	Québec	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

Snapshot: This innovative practice links unattached (orphan) patients to family physicians willing to accept new patients. The practice was launched in the 95 local areas across Quebec and involves registry nurses and a family physician coordinator for each area.

Practice Description:

To address the issue of orphaned patients, the Ministère de la Santé et des Services sociaux and the Fédération des médecins omnipraticiens du Québec implemented 95 access registries to improve access to family physicians. The program is managed through the 95 local health networks (Centres de la Santé et des Services sociaux (CSSSs)) by registry nurses and medical coordinators. These coordinators are family physicians who are remunerated for the role and are accountable to the regional department of family medicine (Département régional de médecine générale). Patients seeking a family physician register by telephone with the local CSSS. A registry nurse contacts callers "within a few days or weeks" by telephone to complete the registration. The nurse assesses the client's health in relation to 14 types of vulnerability defined by the Quebec health insurance board (Régie de l'assurance maladie du Québec), such as diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, and mental health conditions.

Family physicians who agree to accept orphan patients through the registry receive a lump-sum amount for each patient they accept (\$100 for each non-vulnerable patient and \$200 for each vulnerable patient). Local areas have considerable latitude regarding the resourcing and operation of the registries, resulting in substantial variation across the province. In the absence of clear guidelines, some registries only accept vulnerable patients, while others register all applicants regardless of their health status. Some prioritize pregnant women; others do not. Some family physicians register patients who they have already accepted into the practice.

Impact:

This innovative practice was first implemented in 2008 and does not have a completed evaluation at this time. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance and has the potential to produce positive outcomes on health. An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

Access registries have been implemented in all 95 of Quebec's local health and social service networks. Further, research indicates that Access registries have also been established in Ontario (2009), New Brunswick (2013), and Alberta.

Contact Information:

Johanne Caseault

Conseillère en affaires intergouvernementales

Direction des affaires intergouvernementales et de

la coopération internationale

Ministère de la Santé et des Services sociaux



1005, chemin Ste-Foy, 1er étage

Québec (Québec) G1S 4N4

Téléphone: (418) 266-5838

Télécopieur: (418) 266-8755

Courriel: johanne.caseault@msss.gouv.qc.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Breton, M., Ricard, J., & Walter, N. (2012). Connecting orphan patients with family physicians: Differences among Quebec's access registries. *Canadian Family Physician*, 58(9), 921–922. Retrieved from <http://171.66.125.180/content/58/9/921.full>

Fowler, S. (2013, August 8). New patient registry matches 800 people with doctors. *CBC News New Brunswick*. Retrieved from <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/story/2013/08/08/nb-patient-registry-doctor.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Sault Ste. Marie Group Health Centre

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative practice facilitates improved accessibility and comprehensiveness of primary care service delivery. The Group Health Centre was originally founded in Sault Ste. Marie in 1962. As a progressive, multi-specialty, ambulatory health organization, the health centre integrated an electronic health record system in 1997 and now serves 71,000 residents of Sault Ste. Marie and Algoma District (population 75,000), with 81 doctors and 350 employees.

PRACTICE DESCRIPTION:

The Group Health Centre provides ambulatory care, diagnostic services, integrated care with primary, secondary, and other health care services such as for congestive heart failure, nutrition, physical therapy, and surgery. A range of health care professionals are located on-site, including doctors, nurses, nurse educators, physiotherapists, optometrists, kinesiologists, dietitians, and lab technicians. The centre focuses on providing same day care as well as offering on-site services including laboratory facilities and longer term chronic care support.

Prior to 1997, there was recognition that patients, particularly those with chronic conditions, were slipping through cracks in the health care system and better record-keeping systems were required. Sault Ste. Marie now has the largest primary care electronic medical records system in Canada. With this system ('Epic' <http://www.epic.com/software-ambulatory.php>), each patient has their own, single electronic medical record. This mode of information storage enables different types of health care providers to access patient data as needed, and facilitates real-time referrals to specialists, thereby increasing interprofessional collaboration and continuity of care. This system allows for greater patient engagement, as patients can access their own health information via an online patient portal and the system generates treatment plans based on best practice templates and algorithms. Another capability of the electronic system is the possibility to aggregate data to track trends and outcomes. With regular monitoring and evaluation, this system can link to the development of new programming based on patient-population needs and integrate accordingly, based on clinical practice guidelines. New programming initiatives are processed through the Committee of Health Promotion Initiatives.

The Group Health Centre functions under an alternative funding structure with support from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

IMPACT:

A third-party evaluation of the impact of the electronic medical record system was conducted by Health Informatics Institute (<http://www.hiiu.ca/>) at Algoma University in 2011. Data were collected through observation, one-on-one interviews, focus groups, and surveys, however, this information is not publically available. Anecdotal evidence from participating health care providers suggests that improved health outcomes can be attributed to the integrative functioning of the electronic medical record and greater satisfaction attributed to being able to devote more time to clinical practice rather than administration.

Group Health Centre has won National Best Practice Awards for four consecutive years and was featured in Maclean's Magazine as one of Canada's top ten models of health care.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

'Epic' electronic medical records system functions out of Wisconsin, USA and manages over 170,000,000 American patients. Group Health is one of four health care organizations (Children's Hospital of Eastern Ontario, Women's Health Centre in Toronto, and Hamilton Health Sciences) in Canada to use 'Epic', but is unique in its care for outpatients. The continued and increasing coverage of the Sault Ste. Marie Group Health Centre is exemplary of the possibility for this type of health care model to successfully function within a Canadian community and is therefore theoretically transferrable elsewhere.

CONTACT INFORMATION:



Name: Garry Walsh

Title: Vice President of Communications

Organization: Group Health Centre

Email address: walsh_gary@ghc.on.ca

Telephone number: 705-759-5562

Information last updated on: November 13, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Publications:

Sault Ste. Marie Group Health Centre: Big Success in a Small Community. Government of Ontario.

<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/cdpm/pdf/ssmarie.pdf>

Shaw, N., Ward, A. (2011) Case Study: A look into the Group Health Centre's Electronic Medical Record Procurement Process

http://www.nosm.ca/uploadedFiles/Research/Northern_Health_Research_Conference/Ward.%20Amanda_Case%20Study-Group%20Health%20Centre%20Record%20Procurement.pdf

Personal Communications:

Garry Walsh; November 13, 2013 [telephone]

External Source: <http://www.ghc.on.ca/index.php>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Infirmière pivot en oncologie

LOCATION:	Québec	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU :

Cette pratique novatrice aide les patients atteints de cancer à cheminer dans le système de santé en améliorant l'accessibilité des ressources, la coordination des soins, la continuité des soins ainsi que les communications avec les fournisseurs. Le premier poste d'infirmière pivot en oncologie a été créé en 2005 au Centre hospitalier de l'Université Laval, à Québec. Le poste a été conçu pour permettre aux patients atteints d'un cancer du cou et de la gorge d'avoir un lien direct avec le système de soins de santé. On dénombre actuellement plus de 250 infirmières pivot en oncologie au sein des équipes de soins en milieu hospitalier dans la province du Québec.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Devant le fardeau de plus en plus lourd du cancer pour les populations et les systèmes de soins de santé au Canada, de nouvelles stratégies s'avèrent nécessaires afin d'améliorer l'expérience des patients qui ont des besoins complexes continus ainsi que l'efficacité des soins qu'ils reçoivent. Théoriquement, le pivot offre un service polyvalent afin de faire en sorte que les patients, en particulier ceux qui sont soignés par plusieurs fournisseurs dans des milieux variés, aient un point d'accès direct au système de soins de santé, qu'ils se sentent épaulés et qu'ils soient informés de toutes les options qui s'offrent à eux.

Pour amorcer la création du rôle et l'arrivée du poste d'infirmière pivot en oncologie au Centre hospitalier de l'Université Laval, un comité de représentants des secteurs clinique et administratif et du domaine de la recherche à l'hôpital universitaire a présenté une proposition dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer. Le projet a finalement été financé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux et le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec. Le poste d'infirmière pivot en oncologie est comblé par une infirmière qui a reçu une formation universitaire, qui possède de l'expérience en oncologie et qui peut détenir un certificat en oncologie. Le rôle actuel que l'infirmière pivot en oncologie est appelée à jouer est déterminé par les interactions et les besoins dans le milieu local, en conservant toujours une approche orientée sur le patient. Par exemple, ses tâches peuvent consister à assister les patients pour prendre leurs rendez-vous et à communiquer avec les médecins afin d'élaborer des stratégies d'adaptation pour aider les patients à gérer leur maladie, surtout en ce qui concerne les changements liés à l'apparence ou à la perte de la parole, à amener les patients à maintenir un mode de vie relativement normal, à offrir un soutien social afin d'apaiser l'anxiété générale engendrée par les circonstances des patients et à servir de ressource pour les autres fournisseurs de soins de santé.

RÉPERCUSSIONS :

Des entrevues ont été réalisées auprès des patients, des familles, des aidants et des autres fournisseurs de soins de santé qui collaboraient avec le Centre hospitalier universitaire avant, pendant et environ un an après la première phase de mise en place. Les questions s'articulaient autour des perceptions à l'égard des activités et des fonctions de l'infirmière pivot en oncologie et des changements liés à l'attitude, au comportement et à l'adaptation des patients.

Les patients et leur famille étaient extrêmement satisfaits de la création du poste d'infirmière pivot en oncologie. Ils ont déterminé que le soutien social organisé par cette infirmière constituait l'aspect le plus important de son rôle et ils estimaient, dans l'ensemble, qu'elle avait amélioré globalement la prestation des services interprofessionnels ainsi que la continuité des soins, ce qui était avantageux pour tous les intervenants.

Une recherche se déroule à l'Université Laval afin d'éclairer de façon continue l'évolution du rôle de l'infirmière pivot en oncologie. On cherche de plus en plus à améliorer les compétences liées aux soins psychosociaux et à concevoir des mesures afin d'étendre la normalisation du nouveau rôle.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les intervenants-pivots sont de plus en plus présents dans les systèmes de santé du Canada. Le poste d'infirmière pivot en



oncologie au Centre hospitalier universitaire est différent dans le sens où il s'adresse à une population particulière dans l'ensemble de la structure des soins de santé. Comme il n'y a pas de centres de soins contre le cancer au Québec, une planification spéciale s'avère nécessaire pour intégrer le poste d'infirmière pivot en oncologie dans les milieux interprofessionnels. Chaque hôpital participant, parmi les 28 établissements répartis dans sept régions, a établi son budget de manière à inclure au moins une infirmière pivot en oncologie au sein de chaque équipe de soins de santé en oncologie.

Depuis la première mise en place d'une infirmière pivot en oncologie au Centre hospitalier universitaire en 2005, il y a maintenant plus de 252 infirmières qui tiennent ce rôle et la pratique a été adoptée dans le cadre de l'initiative provinciale pour des soins et des services de soutien contre le cancer pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. La nécessité de mobiliser les intervenants, la création d'une vision commune et le maintien des patients au centre de soins font partie des recommandations formulées dans le but de mettre sur pied des modèles similaires en dehors du Québec.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lise Fillion

Titre : Infirmière autorisée

Organisme : Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Courriel : lise.fillion@fsi.ulaval.ca

Téléphone : 418-525-4444, poste 15754

Dernière mise à jour : Le 20 août 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Publications :

Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., ... Demers, G. (2006). « Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre », *Canadian Oncology Nursing Journal*, vol. 16, n° 1, p. 11–7, 5–10. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17078346>

Santé et Services Sociaux du Québec–Comité consultatif des infirmières en oncologie. (2008). *Rôle de l'infirmière pivot en oncologie ; Direction de la lutte contre le cancer*. Extrait de : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2034490>

Santé et Services Sociaux du Québec. (2009). *Le Rapport d'activité 2008–2009 de la Direction de la lutte contre le cancer*. Extrait de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-902-02.pdf>

Direction québécoise du cancer. (2012). *Le Bilan des réalisations : Orientations prioritaires 2007–2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Extrait de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-902-16.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction québécoise du cancer. (2013). *Plan d'action en cancérologies 2013–2015: Ensemble en réseau pour vaincre le cancer*. Extrait de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-902-03W.pdf>

Communications personnelles :

Lise Fillion, L. (20 août 2013). [Université Laval].

External Source: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/index.php?accueil



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Clinique de chimiothérapie express

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice accélère les services de chimiothérapie pour les enfants qui combattent une leucémie lymphoblastique aiguë. Fondée en 2004, sous forme de projet pilote à The Hospital for Sick Children de Toronto, cette clinique express est encore en activité aujourd'hui. Le modèle porte au maximum les effectifs en santé et l'efficacité des soins, sans pour autant accroître les coûts, en réaffectant les ressources.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les enfants qui suivent une chimiothérapie et leur famille doivent se rendre régulièrement à l'hôpital, où ils doivent passer par de longs processus d'inscription à des registres, combler les temps morts entre l'obtention des résultats de laboratoire, l'évaluation du patient et la préparation des agents chimiothérapeutiques et subir les conséquences des ressources infirmières limitées et de l'espace restreint par rapport aux nombreux patients. Afin de diminuer les incidences de ces visites en milieu hospitalier sur les patients en traitement, la clinique de chimiothérapie express a été créée dans le but d'accroître l'efficacité globale des ressources humaines en santé, de la rapidité d'exécution et de la qualité des soins.

Afin de mettre sur pied la clinique de chimiothérapie express, un comité de planification des programmes, composé principalement d'infirmières, a établi les critères d'admissibilité des patients, déterminé les protocoles et les plans de traitement adéquats, encouragé la collaboration entre les services, dressé un plan de communication entre le personnel et les familles, assuré la présence d'une couverture médicale et négocié l'aménagement de l'espace physique. Durant les phases de lancement de la nouvelle clinique, les médecins et le personnel infirmier ont eu des séances d'information sur les critères d'admissibilité des patients et les protocoles prévus. Les stratégies pour accélérer le système consistaient notamment à faire rédiger les ordonnances de chimiothérapie à l'avance par le médecin ou l'infirmière praticienne afin que la pharmacie puisse les exécuter avant 16 h la veille de la visite du patient à la clinique, à mettre sur pied un processus d'inscription rapide, à réserver l'espace physique au moment où les infirmières sont sous-utilisées, c'est-à-dire entre 8 h 30 et 10 h tous les jours, et à vérifier la numération globulaire à l'avance afin de s'assurer de la pertinence de la visite prévue.

RÉPERCUSSIONS :

Le projet pilote a duré un an, soit de 2004 à 2005, et a servi 75 patients en tout à raison de quatre patients par jour en moyenne. Une évaluation a été réalisée tout au long du projet. Chaque membre de l'équipe interprofessionnelle devait répondre à un sondage, puis les familles étaient interviewées séparément par une infirmière de recherche. Le taux de réponse des familles s'est situé à 61,5 % et, comme 58 % des répondants avaient reçu des soins avant l'arrivée de la clinique express, ils étaient en mesure de comparer les changements apportés.

En ce qui concerne les perceptions de l'efficacité, 89 % des familles ont déclaré que la chimiothérapie avait été donnée dans les délais prescrits. En ce qui touche aux perceptions de la qualité des soins, la plupart des répondants ont indiqué que la clinique express avait allégé le fardeau pour le reste de la clinique. Quant aux perceptions de l'impact sur le mode de vie, les commentaires sur la capacité de la clinique express de diminuer les répercussions des visites continues à l'hôpital sur le mode de vie quotidien étaient extraordinairement positifs. Du côté des fournisseurs de soins de l'équipe interprofessionnelle, 11 infirmières autorisées, cinq infirmières-ressources, quatre médecins, deux infirmières praticiennes, cinq commis à l'inscription et trois pharmaciens ont répondu au sondage. La plupart des membres du personnel ont affirmé que la réaffectation des tâches n'avait pas augmenté leur charge de travail dans l'ensemble.

Même si les détails sur la fréquentation de la clinique sont encore consignés dans le cadre de ce programme pour des besoins de gestion interne, il n'y a pas eu de collecte de données officielle dans le but de les diffuser à l'externe depuis la mise en place initiale du programme en 2004.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique novatrice n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration. Même s'il ne s'est pas étendu à d'autres



provinces ou territoires, le modèle express a pris de l'expansion dans deux autres domaines de la division : la salle des traitements par intraveineuses et l'hôpital de jour. Dans ces milieux, le système de triage simplifié permet aux patients admissibles de s'inscrire directement au lieu d'avoir à passer par une clinique de consultations externes. La durabilité de ce modèle est fort intéressante, car il ne nécessite pas de financement supplémentaire puisque les ressources sont réaffectées. Sa capacité d'améliorer l'efficacité globale des soins et sa faisabilité sur le plan opérationnel sont démontrées par la continuité du projet pilote, une décennie plus tard, et par son application élargie. La direction de la clinique express indique qu'elle reçoit encore des demandes de renseignements informelles au sujet de la possibilité d'appliquer ce modèle de soins dans d'autres milieux au Canada et aux États-Unis. Il n'y a toutefois pas de documentation officielle sur ce facteur d'impact externe. Un élément important à prendre en considération qui touche à la transférabilité de ce modèle est le nombre de patients par rapport aux ressources humaines et physiques en place.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Eleanor Hendershot

Titre : Infirmière clinicienne spécialisée, infirmière praticienne, conférencière

Organisme : The Hospital for Sick Children, Université de Toronto

Courriel : eleanor.hendershot@sickkids.ca

Téléphone : 416-813-7515

Dernière mise à jour : Le 15 juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Publication :

Hendershot, E., Murphy, C., Doyle, S., Van-Cleef, J., Lowry, J. et Honeyford, L. (2005). « Outpatient chemotherapy administration: Decreasing wait times for patients and families », *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, vol. 22, n° 1, p. 31–37.
Extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15574724>

Communications personnelles :

Hendershot, E. (entrevues, 20 août 2013).

External Source:

<http://www.sickkids.ca/Nursing/Nursing-Excellence/2010-Nursing-Excellence-Awards/2010%20Award%20Recipient%20Profiles/NEA2010-HeamONC-clinic.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Vérification des ordonnances à distance à l'aide des services de télépharmacie **COMPÉTENCE : Internationale**

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore l'accessibilité, l'efficacité et la sécurité des services pharmaceutiques à l'aide de l'utilisation de dossiers médicaux électroniques, de formulaires normalisés et de protocoles de communication adaptés parmi les pharmaciens, les médecins et les infirmières et infirmiers. Des services de télépharmacie ont été mis en place dans sept hôpitaux à accès critique en milieu rural en Iowa en 2007 et ont continué de se développer à 10 emplacements au total, pour lesquels les services de pharmacie assurés sont incohérents.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En 2005, les systèmes informatisés de dossiers de santé électroniques et de saisie d'ordonnances de médecins prescripteurs furent instaurés en affiliation avec le Trinity Health Network en Iowa, en faveur de la vérification accélérée d'ordonnances de médicaments tous les jours, 24 heures sur 24 par les pharmaciens. En 2006, débutèrent les travaux de planification pour effectuer une mise en œuvre similaire à l'échelle régionale et à compter de 2008, on avait mis en place ces systèmes de technologie d'information sur la santé dans l'ensemble des sept hôpitaux à accès critique participants. Cela a offert aux pharmaciens un accès à distance aux dossiers de santé électroniques des patients, leur permettant d'examiner le dossier avant de choisir le médicament approprié. À l'aide de ce système, on effectue le balayage des ordonnances et on les envoie par courrier électronique, et leur traitement peut être effectué dans un délai de 60 minutes avant d'être saisies dans le système. Les médicaments sont distribués grâce à un système hospitalier de formulaires automatisé et normalisé selon un système de codage unique, et la sécurité est gérée compte tenu du rôle du fournisseur qui demande l'information sur les patients.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique innovatrice a été mise en œuvre depuis 2007, mais on ne dispose d'aucune étude d'impact longitudinale officielle à l'heure actuelle. À titre de base de données probantes supplémentaires, les données ont été recueillies sur une période pilote de deux semaines en 2012, selon lesquelles la vérification des ordonnances à distance était plus efficace à 39 p. cent en ce qui concerne le traitement des ordonnances plutôt qu'à la pharmacie locale. Le coût était de quatre dollars par vérification d'ordonnance de médicament sans aucune déclaration de réactions indésirables. Cette brève période de collecte de données ainsi que la déclaration globale concernant l'accessibilité accrue coïncidaient avec la modification de la loi de l'État en janvier 2013, qui permettait aux systèmes informatiques de saisie d'ordonnances de médecins prescripteurs de fonctionner en dehors des heures normales et d'assurer des services tous les jours, 24 heures sur 24.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des services de télépharmacie similaires existent dans d'autres états où des lois habilitantes sont en vigueur. La possibilité d'application plus vaste de ces services dépend essentiellement de la législation et des ressources disponibles. En Iowa, ce modèle s'est révélé particulièrement fructueux dans les établissements en milieu rural, où les services de pharmacie de base assurés étaient insuffisants. Le niveau de transférabilité de cette pratique innovatrice dans le contexte canadien se complexifie en raison des différents systèmes de financement. Toutefois, on a utilisé des modèles similaires en Colombie-Britannique et en Ontario, où il y a une pénurie de pharmaciens en milieu rural (se reporter au lien suivant : <http://www.cadth.ca/fr/products/environmental-scanning/health-technology-update/issue2/telepharmacy>).

Les obstacles à la mise en œuvre d'une pratique similaire dans d'autres compétences sont tributaires des règlements autorisant les services de vérification des ordonnances à distance de fonctionner en dehors des heures normales d'ouverture des pharmacies. Cela n'était pas le cas en Iowa au moment où cette initiative a été mise en œuvre. En fait, ce n'est qu'à compter du 12 janvier 2013 que l'on disposait de données probantes suffisantes afin de permettre aux systèmes informatisés



de dossiers de santé électroniques et de saisie d'ordonnances de médecins prescripteurs de fonctionner en dehors des heures normales d'ouverture des pharmacies.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Douglas Wakefield

Titre : Directeur

Organisme : Centre for Health Care Quality; Missouri, États-Unis

Courriel : wakefielddo@health.missouri.edu

Dernière mise à jour : 22 août 2009

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants :

Publications :

Wakefield, D.S., Ward, M.M., Loes, J.L., O'Brien, J. et L. Sperry. *Implementation of a telepharmacy service to provide round-the-clock medication order review by pharmacists*, dans *American Journal of Health System Pharmacy*, vol. 67, n° 23, 2010, p. 2052–2057. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21098378>.

Wakefield, D.S., Ward, M.M., Loes, J.L. et J. O'Brien. *A network collaboration implementing technology to improve medication dispensing and administration in critical access hospitals*, dans *Journal of American Medical Association*, vol. 17, n° 5, 2010, p. 584–587. Extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20819868>.

Wakefield, D.S., Ward, M.M., Loes, J.L., O'Brien, J. et N. Abbas. *Creating a shared formulary in 7 critical access hospitals*, dans *Journal of Rural Health*, vol. 26, n° 3, 2010, p. 283–293. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20633097>.

Communications personnelles :

Jack Kampf, J. (entrevue en date du 22 août 2013). [Directeur de pharmacie, Mercy Medical Centre for Dubuque and Dyersville]

Wakefield, D. (entrevue en date du 14 août 2013).

External Source: <http://www.mercydubuque.com/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Gestion de cas à l'échelle du système

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore la coordination des soins aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Le modèle de gestion de cas à l'échelle du système fut inauguré d'abord dans la région de Calgary en Alberta en janvier 2008 en tant que projet pilote d'une durée de 18 mois. À cette époque, on a fait l'embauche de sept gestionnaires de cas et en l'espace d'un an, plus de 200 clients étaient inscrits dans le cadre du programme. Bien que le modèle ait changé par rapport à sa portée initiale et à ses objectifs en matière de population de patients, la gestion de cas à l'échelle du système est encore en vigueur dans les établissements de soins communautaires de la région de Calgary.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Au cours de sa phase initiale en tant que programme pilote, la gestion de cas à l'échelle du système était conçue pour desservir quatre groupes de population de patients : les patients atteints de sclérose en plaques (SP), les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA), les cas de santé mentale liés aux traumatismes crâniens et les cas de démence. Deux rôles étaient conçus pour offrir les services du programme de gestion de cas à l'échelle du système. Le premier rôle était celui du gestionnaire de cas, qui était responsable de superviser l'orientation des patients tout au cours de l'approche en matière de soins. Parmi les principales fonctions faisant partie du travail des gestionnaires de cas, mentionnons l'admission des patients, l'évaluation, la planification des soins, la réévaluation, les congés et la transition. Les gestionnaires de cas étaient considérés des experts en ce qui concerne les options en matière de traitements et de programmes offertes, en reliant les services pour les cas particulièrement complexes, et en améliorant la communication à l'aide de l'élaboration d'un système de rapport entre les patients, les gestionnaires de projet de soins et les fournisseurs. Le deuxième rôle était celui du gestionnaire de projet, qui était responsable de superviser le travail du gestionnaire de cas. Les deux intervenants travaillaient ensemble afin de favoriser des modèles de gestion de cas plus généraux comprenant la promotion, l'établissement de relations, l'éducation, la liaison des ressources et l'intervention directe avec d'autres membres des équipes de soins de santé. Les rôles particuliers dépendaient de l'établissement du contexte, des ressources et des besoins des patients et des clients.

Une fois que le projet a dépassé sa phase pilote, les coûts d'exploitation de ces services ont été absorbés dans le budget de fonctionnement général d'Alberta Health Services. Toutefois, le programme a subi des changements importants de 2009 à 2012 en raison des initiatives de restructuration plus générales à l'échelle provinciale. Le rôle de gestionnaire de projet a été supprimé vers la fin de 2008. De plus, le programme existe actuellement pour la gestion des cas de démence seulement, puisque l'on a établi qu'il s'agissait du groupe de population de patients qui bénéficiaient le plus de ces services par rapport aux intrants des ressources humaines.

RÉPERCUSSIONS :

Pour évaluer l'incidence qualitative de ce projet pilote, on a mené près d'une centaine d'entrevues auprès des clients, des aidants naturels, des familles, des professionnels de la santé, des gestionnaires de cas à l'échelle du système et des membres du groupe de travail au milieu et à la fin de la phase pilote en février 2009. Parmi les répondants, il y avait un consensus concernant l'accès accru et l'intégration des services pour les patients et leur famille. On a également recueilli des données sur les soins de courte durée, mais en raison de la taille de l'échantillon et de l'absence de groupe de comparaison, aucune analyse quantitative n'était possible pour l'ensemble de données en question. (Les conditions relatives à la continuité de l'initiative devaient compenser les évaluations des incidences positives avec les prévisions en matière d'affectation des ressources.)

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le poste de gestionnaire de cas à l'échelle du système est semblable à d'autres postes, comme les intervenants-pivots ou les coordonnateurs de soins au Canada. Toutefois, cette initiative s'appuie notamment sur ses objectifs bien précis en matière de population et son cadre d'évaluation. Le cadre d'évaluation a été établi selon le cadre de gestion de cas et de gestion de cas pour les clients des soins continus de Calgary Health Region, la charte de projet de gestion de cas à l'échelle du système et le *Case Management Workshop Workbook* (manuel de gestion de cas) de la McMaster University. Parmi les principaux facteurs



établis contribuant à la réussite de ce programme, mentionnons les partenariats de collaboration, le soutien des pratiques cliniques, la dotation, la prestation de services, les populations cibles, les objectifs, les résultats et les charges professionnelles appropriées. Alors que le programme se poursuit, les gestionnaires de programme mettent l'accent sur la nécessité d'une normalisation accrue des lignes directrices aux fins d'admission et d'évaluation des clients, de planification des soins, de réévaluation et de planification des congés plus particulièrement. Une évaluation de la gestion de cas à l'échelle de la province doit paraître en mars 2014.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Barbra LeMarquand-Unich

Titre : Directrice exécutive (par intérim)

Organisme : Integrated Seniors and Continuing Care (Calgary Zone)

Courriel : barbra.lemarquand-unich@albertahealthservices.ca

Téléphone : 403-943-0252

Dernière mise à jour : 8 août 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants :

Publications

Trojan, L. et G.G. Armitage. *Evaluation report: System-wide case management*, Health Systems & Workforce Research Unit, Calgary Health Region, 2009. Extrait de :

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-hswru-case-management-report-2009.pdf>.

Communications personnelles :

LeMarquand-Unich, B. (entrevue en date du 8 août 2013).

External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=7573>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique innovatrice réduit les temps d'attente pour les services de chirurgie en améliorant la réserve de ressources humaines en santé compétentes qui sont disponibles. Le rôle d'infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie (IA-PAC) a été créé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (le Ministère) dans le cadre de la stratégie Professions Santé Ontario en mai 2006. Cette stratégie comprenait 34,2 équivalents temps plein (ETP) dans 20 organisations et s'est élargi depuis pour inclure 78,5 ETP dans 35 organisations partout en Ontario.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le rôle d'IA-PAC fut instauré en mai 2006 en tant que projet pilote partiellement capitalisé et s'échelonnant sur un an. Lors de la phase pilote, on a utilisé un modèle de financement partagé, selon lequel le Ministère assurait la moitié du salaire et des avantages pour les IA-PAC et les organismes étaient responsables de l'autre moitié. En mai 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé un financement complet pour les IA-PAC dans le cadre du projet pilote.

Les infirmières et infirmiers autorisés (IA) occupant le rôle d'IA-PAC doivent posséder les qualifications et les études exigées pour exercer cette fonction, notamment :

- un permis d'exercice en vigueur à titre d'IA délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario;
 - un diplôme d'un programme d'enseignement reconnu en tant qu'infirmière ou infirmier autorisé–premier assistant en chirurgie;
 - un certificat en vigueur en soins infirmiers péri-opératoires–(C) CSIP;
 - et un certificat en vigueur en technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire.

RÉPERCUSSIONS :

En mars 2009, on a mené des discussions de groupe parmi l'ensemble des 20 établissements cliniques hôtes, dont 16 ont également rempli des sondages. Parmi les répondants au sondage participant au programme (n=260), 42 p. cent étaient des infirmières et infirmiers (IA–PAC et des infirmières et infirmiers en salle d'opération); 38 p. cent des médecins (chirurgiens, anesthésiologistes et premiers assistants en chirurgie); 16 p. cent des administrateurs et 4 p. cent d'autres membres de l'équipe de la salle d'opération. Les mesures des résultats se rapportaient à la satisfaction quant au rôle et à son incidence, comme la diminution de la pénurie de ressources humaines en santé, la réduction des temps d'attente en chirurgie, l'accroissement de l'accès pour les patients, l'amélioration des modèles de soins en équipe, la prestation de soins centrés sur le patient, et ainsi de suite. Les réponses étaient très positives, et les chirurgiens étaient le groupe d'intervenants les plus satisfaits. Selon l'évaluation formelle du rôle d'IA-PAC, on indiquait également qu'il améliore les modèles de soins en équipe et fournit un soutien pour les stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif en soins infirmiers en offrant un perfectionnement professionnel et un avancement.

Depuis la période initiale de collecte de données s'échelonnant sur deux ans réalisée conjointement avec le projet pilote, on a effectué dans le cadre du programme une surveillance et une évaluation continue aux fins de planification et d'information à l'interne.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les postes d'IA-PAC existent au Canada depuis les années 90. En 1992, l'Operating Nurses Association of Canada était le premier organisme à étudier officiellement les possibilités d'un rôle élargi pour les infirmières et infirmiers en soins péri-opératoires. En 1994, le Québec est devenu la première province à reconnaître officiellement le poste d'IA-PAC, et avant 2000, toutes les provinces canadiennes avaient reconnu le rôle d'IA-PAC tel qu'il est établi selon le champ d'exercice des



soins infirmiers. Le poste de premier assistant en chirurgie est issu de cette évolution du rôle d'IA en étant propre aux compétences péri-opératoires, intra-opératoires et post-opératoires. L'acceptabilité de ce programme est démontrée à l'aide de sa transition de l'état de projet pilote à une stratégie principale à l'échelle provinciale.

La Nouvelle-Écosse semble la seule autre province au Canada où ce poste existe. Aux fins de transférabilité plus générale, entre autre suggestions, mentionnons l'accent sur la promotion d'une clarté accrue du rôle parmi le personnel de la salle d'opération et de relations plus solides entre les corps enseignants et les organismes qui emploient les premiers assistants en chirurgie.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Colleen Lipskie

Titre : Chef d'équipe et analyste principale des politiques

Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Courriel : colleen.lipskie@ontario.ca

Téléphone : 416-212-3846

Dernière mise à jour : 21 août 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants :

Professions Santé Ontario. *Registered nurse: Surgical first assist (RN-SFA) pilot project update*, 2009. Extrait de :

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/nursing_sec/docs/surgical_first_assist.pdf.

Communications personnelles :

Lipskie, C. (entrevue en date du 21 août 2013).



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Initiative concernant les cliniciens adjoints en soins primaires

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore l'accessibilité, la coordination, la continuité et l'intégralité des services de soins primaires dans la circonscription hospitalière de Westview Primary Care Network en Alberta. L'Initiative concernant les cliniciens adjoints a été instaurée en 2005 pour un mandat d'une durée de quatre ans, et depuis 2009, continue d'élargir sa portée et sa capacité parmi les huit cliniques de médecine familiale participantes.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le WestView Primary Care Network (réseau de soins primaires WestView) est l'un des 35 réseaux de soins primaires en Alberta. Dans ce réseau, il y a huit cliniques de médecine familiale, comportant 49 médecins de famille qui participent au modèle de soins en équipe. Ce modèle est appuyé par la *Family Practice Interprofessional Collaborative Practice Initiative* (initiative sur les pratiques interprofessionnelles en collaboration en médecine familiale), avec un financement offert par l'entremise de l'Alberta Primary Care Initiative, Alberta Health and Wellness et l'Alberta Medical Association.

Le clinicien adjoint (CA) est membre de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé et travaille en étroite collaboration avec le médecin de famille et d'autres fournisseurs de soins de santé afin d'aider à optimiser les champs d'exercice respectifs. Le poste de CA est doté par des professionnels de la santé de diverses disciplines, notamment des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, des pharmaciens, des psychologues, des physiothérapeutes et des thérapeutes en santé mentale. Le rôle du CA est déterminé selon les besoins de la population de patients donnée, les relations de travail et l'ensemble de compétences des autres fournisseurs de soins de santé ainsi que les intérêts professionnels et compétences du CA. Pour mettre en place un nouveau poste de CA dans une clinique, on soumet une description de travail au médecin responsable du programme de cliniciens adjoints afin d'assurer qu'elle correspond à la vision globale et aux lignes directrices du réseau de soins primaires WestView. Chaque clinique est ensuite responsable de toutes les procédures en ressources humaines, notamment le recrutement et l'exécution des fonctions.

RÉPERCUSSIONS :

Depuis que cette initiative a été mise en œuvre, on effectue la collecte de données sur les consultations de façon continue et à l'aide de sondages auprès des fournisseurs et des patients. Selon les résultats préliminaires des consultations ayant fait l'objet d'une analyse en 2005-2006 et 2008-2009, il y avait une nette augmentation concernant le nombre de consultations et d'heures passées avec le CA, représentant une capacité et une accessibilité des services de niveau supérieur. Parmi les autres sondages qui ont été menés ultérieurement par le réseau de soins primaires WestView, mentionnons le sondage auprès des patients dans les cliniques de médecine familiale (2009, 2011, 2013), le sondage auprès des médecins (2007, 2011, 2013), le sondage auprès des autres fournisseurs de soins de santé (2007, 2011, 2013) et le sondage téléphonique dans la circonscription hospitalière de WestView Primary Care Network (2007, 2011, 2013). En l'espace d'un an, d'avril 2012 à mars 2013, les CA ont effectué ensemble environ 59 000 consultations, en doublant les chiffres en 2008, chaque CA effectuant en moyenne de 15 à 20 consultations par jour. En comparant les résultats de 2007 à ceux de 2013, on mentionnait de plus en plus l'importance du rôle du CA en ce qui concerne l'expérience des patients dans les établissements de soins primaires, ainsi que la proportion de patients recevant des soins de professionnels en soins infirmiers indépendamment du médecin traitant. Parmi les fournisseurs de soins de santé non-médecins qui ont répondu au sondage de 2013, 85 p. cent (n = 16) se disaient « très satisfaits et satisfaits » de leur rôle dans l'établissement de soins primaires, de leur relation avec leurs patients et de leur relation avec les médecins de famille. Dans l'ensemble, on indique que grâce à ces modèles d'équipes interprofessionnelles de soins de santé et à la participation du CA, les fournisseurs ont pu soigner davantage de patients sans compromettre la qualité des soins.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

En 2011, l'Initiative concernant les cliniciens adjoints s'est élargie en créant deux autres postes : le technicien responsable des



consultations proactives et l'adjoint clinicien responsable de la transition des soins. Ces postes ont été créés respectivement afin d'améliorer la qualité des soins préventifs, notamment pour les maladies chroniques, et la qualité de la transition des soins ambulatoires de la salle d'urgence à la clinique. Il y a maintenant un technicien responsable des consultations proactives dans chacune des huit cliniques de médecine familiale participantes, et deux infirmières et infirmiers autorisés ont été recrutés à titre de cliniciens adjoints responsables de la transition des soins. Également, à la suite des pratiques innovatrices établies par l'entremise du réseau de soins primaires WestView, on a instauré une clinique de santé familiale dirigée par une infirmière ou un infirmier praticien (IP) et appuyée par des médecins dans une collectivité des Premières nations dans la circonscription hospitalière en 2012. On n'a pas encore établi une analyse concernant ces rôles supplémentaires et la clinique dirigée par l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien.

Les postes de clinicien adjoint, de technicien responsable des consultations proactives et de clinicien adjoint responsable de la transition des soins ont tous été conçus pour répondre aux besoins et aux capacités en particulier du réseau de soins primaires WestView. À ce jour, ces postes n'ont pas été mis en place en dehors de ce réseau de soins primaires. Parmi les principaux éléments de transférabilité, mentionnons le niveau d'autonomie du modèle conçu pour les cliniques, selon lequel chaque clinique peut adapter le recrutement de CA et la passation de marchés en fonction des besoins de la population. Les CA peuvent être embauchés en tant qu'employés ou en tant qu'entrepreneurs afin d'accroître la souplesse liée à la responsabilité et aux compétences. Parmi les défis à relever, mentionnons un financement du système adéquat, l'accessibilité des installations pour les cas complexes et la bureaucratie accrue.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Grace Moe

Titre : Directrice exécutive, Planification stratégique

Organisme : WestView Primary Care Network

Courriel : grace.moe@westviewpcn.ca

Téléphone : 780-948-2435

Dernière mise à jour : 7 août 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants :

Publications :

Moe, J.S., Bailey, A.L., Kroeker, S. et G. Moe. (2010). *An interprofessional collaborative practice model: Primary-care clinical associates at the family practice setting*. *Healthcare Management Forum*, vol. 23, n° 4, p. 159–163. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739816>.

Communications personnelles :

Moe, G. (courriel en date du 8 août 2013).

External Source: www.westviewpcn.ca



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Liaison en santé mentale

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore le niveau de coordination et l'accessibilité des services de santé mentale en milieu rural en Alberta en offrant un lien direct entre les médecins, les infirmières et infirmiers et les patients. En 2004, on a ajouté un nouveau poste de liaison en santé mentale dans le cadre du programme d'accès et d'intervention précoce de Mental Health Services dans la collectivité de Rocky Mountain House, Alberta. Il y a maintenant 27 postes de liaison en santé mentale dans la région centrale de la province.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Parmi les principales lacunes concernant les services de soins de santé à Rocky Mountain House et dans les collectivités autochtones avoisinantes, mentionnons la mauvaise coordination et continuité des services de santé mentale; la qualité, l'accessibilité et la connaissance inadéquates des ressources disponibles de même que le faible nombre de professionnels de la santé mentale expérimentés. Par conséquent, l'établissement d'un poste de liaison en santé mentale provenait de la nécessité d'améliorer ces lacunes en matière de services afin de mieux répondre aux besoins de la population. Cette nécessité était appuyée par la volonté politique au niveau régional conformément au Provincial Mental Health Plan (plan provincial de la santé mentale). Le poste était conçu pour un établissement de soins de santé non psychiatriques en milieu rural et comportait un champ d'exercice plus vaste afin d'inclure toute tâche parmi les suivantes : intervention directe et indirecte auprès des clients, consultation et évaluation de la santé mentale, intervention en cas de crise, counseling par encouragement, suivi de thérapie brève, défense des droits, mentorat par le personnel, éducation, premiers soins psychologiques, recherche, prévention et promotion en santé mentale, et plus. Le champ d'exercice à proprement parler pour un service de liaison en santé mentale donné dans une collectivité particulière est déterminé par les besoins de la population, les gestionnaires en santé mentale et les dirigeants de l'établissement. Un financement permanent pour la continuation de ce poste a été obtenu à l'aide de diverses ententes en matière d'annualisation des programmes d'aide à l'innovation de la province, de la restructuration des budgets gérés par les institutions et de l'adaptation du champ d'exercice pour les postes libérés.

RÉPERCUSSIONS :

La mise en place de ce nouveau poste à Rocky Mountain House a fait l'objet d'une première évaluation en 2005 à l'aide d'une enquête par questionnaire menée auprès de 116 médecins, membres du personnel hospitalier et travailleurs communautaires en santé mentale. Avec un taux de réponse de 50 p. cent, il y a eu un soutien unanime selon lequel le service de liaison en santé mentale répondait aux besoins de la collectivité qui étaient non satisfaits auparavant. On a noté des améliorations en ce qui concerne la pertinence des soins de santé mentale offerts, le soutien aux clients, au personnel et aux médecins, la continuité des soins à l'aide de services de suivi et la cohérence quant à la coordination des soins. Bien que les résultats des rapports détaillés soient systématiquement positifs, reflétant l'acceptation générale de ce poste au sein de cette collectivité, il est important de noter que les résultats de Rocky Mountain House sont fortement tributaires de la personnalité, et les données ont donc une validité externe limitée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La mise en place initiale du poste de liaison en santé mentale en Alberta est fortement influencée par le développement de rôles similaires en milieu rural en Australie. Bien qu'il ne soit pas officiellement documenté, on a développé le rôle de liaison en santé mentale à Rocky Mountain House en créant sept autres postes au cours de la première année de la mise en place, et il est maintenant exercé par 27 fournisseurs de soins de santé au total (essentiellement des infirmières et infirmiers) dans la région du centre de l'Alberta. Les collectivités hébergeant des postes de liaison en santé mentale sont les suivantes :

- 1 poste à temps plein : Consort-Castor-Coronation, Drayton Valley, Hanna, Hardisty, Innisfail, Killiam, Lamont, Olds, Ponoka, Rocky Mountain House, Stettler, Sundre, Tofield, Vegreville, Vermilion et Wainwright, Provost
- 1 poste à temps partiel : Sylvan Lake



- 2 postes à temps plein : Camrose, Lacombe, Westaskiwin

- 2 postes à temps partiel : Red Deer, Three Hills

Le poste initial de liaison en santé mentale à Rocky Mountain House est également lié à l'intégration des services de liaison en santé mentale pour le compte du Comité national canadien pour la liaison entre les services de police et les réseaux de la santé mentale (<http://www.pmhl.ca/index.html>), et est responsable d'un rôle similaire (consultant en santé mentale) qui est encore en place dans la collectivité de Drumheller. D'autres postes de liaison en santé mentale similaires ont été créés de façon indépendante au Canada, indiquant le degré de pertinence et la transférabilité de cette pratique innovatrice.

Selon l'évaluation de 2005, parmi les questions importantes à aborder pour le développement accru des postes de liaison en santé mentale, mentionnons les suivantes :

- un soutien pour prévenir l'épuisement professionnel, étant donné que les responsabilités recoupent celles des médecins, des infirmières et infirmiers et du personnel, et que les titulaires s'efforcent d'offrir des services de plus en plus accessibles, souvent en dehors des heures normales de travail;
- la divergence entre les attentes des patients et la culture professionnelle des médecins, des infirmières et infirmiers et du personnel;
- l'établissement d'une rémunération appropriée.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Gloria Bruggencate

Titre : Instructrice

Organisme : Mental Health Services

Courriel : gbruggencate@dthr.ab.ca

Téléphone : 403-783-7907

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants : Dernière mise à jour : 31 juillet 2013

Publications :

Brinkman, K., Hunks, D., Bruggencate, G. et S. Clelland. *Evaluation of a new mental health liaison role in a rural health center in Rocky Mountain House, Alberta: A Canadian story*, dans *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 18, n° 1, 2009, p. 42-52. Extrait de : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2008.00582.x/abstract>.

Communications personnelles :

Bruggencate, G. (31 juillet 2013).

External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=saf&rid=1017161>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Planification de congés des services de liaison communautaire, Programmes de la santé des Premières nations, Hôpital général de Whitehorse

LOCATION:	Yukon	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde les besoins complexes des patients des Premières nations, Inuits et Métis qui reçoivent un congé de l'hôpital dans les collectivités en régions rurales et éloignées au Yukon. La pratique a été établie comme un volet des programmes de la santé des Premières nations à l'Hôpital général de Whitehorse en 2002, et comporte un planificateur de congés des services de liaison communautaire.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le planificateur de congés des services de liaison communautaire s'occupe des besoins complexes des patients qui sont à l'hôpital et se préparent à leur congé à leur domicile dans leur collectivité. Le poste vise essentiellement l'harmonisation des programmes et services offerts dans la collectivité des patients afin d'assurer que les patients reçoivent les soins de suivi dont ils ont besoin, et que la transition des soins s'effectue de façon aussi harmonieuse que possible entre les milieux hospitalier et communautaire. La pratique cible les patients à risque élevé ayant des problèmes de santé mentale ou des besoins complexes liés à la planification de leur congé; les aînés constituent une partie importante de cette population.

Le planificateur de congés des services de liaison communautaire fait partie des programmes de la santé des Premières nations de l'Hôpital général de Whitehorse. Le planificateur de congés effectue des évaluations ainsi que la planification et la coordination de congés pour les patients des Premières nations, Inuits et Métis ayant des besoins complexes à l'hôpital, notamment la gestion de cas pour les patients à risque élevé et leur famille. Le planificateur de congés a son siège à l'hôpital, mais doit maintenir une connaissance pratique approfondie des ressources disponibles dans les collectivités. Le planificateur de congés travaille avec les fournisseurs de services dans tout le Yukon.

Le rôle du planificateur de congés des services de liaison communautaire diffère de la pratique ou des soins habituels. Dans le cadre des programmes de la santé des Premières nations, le planificateur de congés met à profit une approche holistique liée à son travail. La planification de congés débute à l'admission : le planificateur essaie de prévoir les besoins des patients et leur date de congé afin que les ressources appropriées soient en place au moment où les patients quittent l'hôpital, et s'assure que les patients comprennent leurs propres besoins et responsabilités en matière de soins avant leur départ. Le planificateur participe à la planification quotidienne des congés pour les groupes de patients, c.-à-d. aux réunions dans le cadre desquelles l'équipe de soins de santé examine les besoins de tous les patients qui obtiendront leur congé au cours de la prochaine période de 24 heures.

Le financement du poste de planificateur de congés des services de liaison communautaire est attribué selon le budget des programmes de la santé des Premières nations. Les programmes de la santé des Premières nations sont financés au moyen d'un transfert du gouvernement fédéral.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique innovatrice est en place depuis 2002 et aucune évaluation n'a été effectuée à l'heure actuelle. Les observations et témoignages personnels laissent entendre que la pratique est susceptible d'avoir des effets positifs sur la santé.

Dans le cadre d'un examen en 2009 des programmes de la santé des Premières nations, les patients indiquaient que les



pratiques en matière de planification de congés constituaient un volet important des programmes, notamment en raison du fait que les pratiques appuient la prestation de soins sécuritaires et coordonnés pour les patients dans la collectivité. Le rôle du planificateur de congés des services de liaison communautaire est également établi par la reconnaissance d'Agrément Canada des programmes de la santé des Premières nations de l'Hôpital général de Whitehorse en tant que pratique principale.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle de planification de congés des services de liaison communautaire n'a pas été adapté d'une autre compétence ou mis en œuvre ailleurs. Toutefois, l'initiative est, en théorie, applicable et transférable à d'autres établissements. Les organismes de soins de santé au Canada ont manifesté un intérêt considérable pour les programmes de la santé des Premières nations dans l'ensemble, et certains ont adapté des aspects des programmes aux fins d'utilisation dans le cadre de leur propre programme.

Parmi les défis qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur l'applicabilité ou la transférabilité du modèle de planification de congés des services de liaison communautaire à d'autres établissements, mentionnons le suivant : il peut s'avérer difficile de trouver des employés qui possèdent les compétences et les connaissances nécessaires afin de gérer la gamme de responsabilités du poste, allant notamment du travail respectueux et efficace avec les patients à risque élevé et leur famille à la tenue à jour de renseignements actuels sur les ressources et services offerts dans tout le territoire.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Laura Salmon

Titre : Directrice, Programmes de la santé des Premières nations

Organisme : Régie des hôpitaux du Yukon

Courriel : laura.salmon@wgh.yk.ca

Téléphone : 1 (867) 393 8756

Dernière mise à jour : 16 septembre 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants :

Communications personnelles :

Salmon, L. (entrevue et rétroaction en date du 23 juillet 2013). [Régie des hôpitaux du Yukon].

Publications

Hanson, P.G., Lindsay, L., Parker, K.L. et L. Taylor. *First Nations programs at Whitehorse General Hospital: Program review, final report*, 2000.

Autres profils :

Agrément Canada. (sans date). *Leading practice: First Nations health programs, Yukon Hospital Corporation*. Extrait de : <http://www.accreditation.ca/en/LeadingPractice.aspx?id=2844>.



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Supporting Aboriginal Seniors at Home (SASH), Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre (aider les aînés autochtones à rester chez eux grâce au centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones du sud-ouest de l'Ontario)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice permet d'assurer des soins de santé sécuritaires sur le plan culturel afin de diminuer la fréquence des maladies chroniques et de prolonger l'espérance de vie des aînés autochtones. La pratique aborde ainsi les disparités entre l'espérance de vie et la fréquence des maladies chroniques entre les aînés autochtones et non autochtones. Lancée en Ontario dans un centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones, la pratique mettait à contribution une infirmière praticienne, un porte-parole en matière de santé des aînés et un guide du patient.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Supporting Aboriginal Seniors at Home (SASH) offre des services à caractère culturel dans le but de diminuer la fréquence des maladies chroniques et de prolonger l'espérance de vie des aînés autochtones. Le programme s'adresse aux aînés des Premières nations et aux aînés inuits et métis ainsi qu'aux membres de leur famille. Institué en 2010, le programme bénéficie d'un financement dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi. Il a été créé en consultation avec les membres des communautés autochtones en s'inspirant de modèles de soins qui favorisent la prestation de soins adaptés et sécuritaires sur le plan culturel.

Le personnel affecté au programme SASH est composé d'une infirmière praticienne, d'un porte-parole en matière de santé des aînés et d'un guide du patient ainsi que d'un formateur sur la sécurisation culturelle et d'employés administratifs. L'infirmière praticienne prodigue des soins primaires et offre des services de gestion pour les maladies chroniques à la clinique, dans des centres communautaires ou au domicile des personnes âgées. Le porte-parole en matière de santé des aînés aide les personnes âgées à se prévaloir des services communautaires et sociaux. Le guide aide les patients à cheminer à travers le système hospitalier complexe. L'équipe du programme SASH collabore avec l'équipe de soins de santé afin de dresser un plan de soins centré sur le patient qui intègre la guérison traditionnelle ainsi que des pratiques sécuritaires sur le plan culturel. Le formateur sur la sécurisation culturelle renseigne les organismes de la région sur la prestation de soins sécuritaires sur le plan culturel et renforce leur capacité à établir de bons rapports avec les patients autochtones. Les services de gestion des maladies chroniques visent principalement à aider les gens à se stabiliser, à s'améliorer, à perfectionner leurs aptitudes d'autogestion et, dans certains cas, à se rétablir. L'équipe soutient les clients, les fournisseurs de soins et les familles dans leurs interactions avec les médecins praticiens et organise des services d'interprétation et de traduction au besoin. Elle met les clients et leur famille en contact avec des guérisseurs autochtones traditionnels, en plus de les encadrer afin de s'assurer qu'ils comprennent leur plan de soins pendant leur séjour à l'hôpital. Les membres de l'équipe participent à la planification du congé de leurs clients en facilitant leur transition de l'hôpital à la maison, en organisant un suivi et en les mettant en contact avec un éventail complet et holistique de ressources et de soutiens. L'équipe travaille en étroite collaboration avec les organismes et les hôpitaux du secteur, tandis que le navigateur du patient assume un rôle de développement communautaire en rencontrant des représentants des organisations et des bandes afin de mieux comprendre les parcours qui mènent aux services dans la région.

Le programme SASH propose des soins qui se distinguent de ceux qui sont généralement offerts aux aînés autochtones. Son approche du traitement et du mieux-être comporte un volet spirituel et les patients ont accès aux services conventionnels. Il s'inspire d'un modèle centré sur le patient et les membres du personnel font plus que leur devoir pour offrir des programmes exceptionnels et pour s'assurer que l'ensemble des besoins des patients soit pris en considération.



RÉPERCUSSIONS :

Le programme SASH, qui a été mis sur pied en 2010, n'a pas fait l'objet d'une évaluation à cette étape-ci. Cela dit, les responsables du programme s'affairent actuellement à mettre en place des processus de reddition de comptes fondée sur les résultats. Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique peut avoir des résultats positifs sur la santé. Ces résultats se traduisent notamment par une diminution de l'utilisation des services de soins primaires et des services d'urgence, par l'amélioration de l'accès à des rendez-vous avec des spécialistes, par l'amélioration du dépistage et de la gestion des maladies chroniques et par l'augmentation du nombre de toxicomanes en traitement. Le programme renforce également la capacité des organismes et des praticiens d'établir de bons rapports avec les aînés autochtones et d'assurer des soins adaptés et sécuritaires sur le plan culturel. Les liens entre les responsables du programme et les autres organismes, en particulier avec les organisations non autochtones, se resserrent.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le modèle SASH n'a pas été adapté à partir d'une autre administration ni mis en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et adaptée dans d'autres milieux. Des éléments du modèle ont été adoptés dans le cadre d'un programme Action Cancer de la région. Les leçons à retenir qui pourraient avoir une incidence sur l'applicabilité et la transférabilité de la pratique touchent à l'importance de créer des liens et des partenariats avec la communauté, de former des partenariats et de régler les problèmes de ressources humaines. Les membres du personnel doivent être à l'aise de travailler dans des milieux communautaires et de participer à des activités de réseautage et de promotion et être capables de bien s'entendre avec des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ou d'autres problèmes de santé compliqués. Ils doivent également comprendre les façons de faire des communautés dans lesquelles ils travaillent et connaître les ressources nécessaires pour répondre aux besoins fondamentaux dans des domaines comme la nourriture, le logement et la sécurité économique.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Barb Chrysler

Titre : Gestionnaire, soins primaires

Organisme : Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre

Courriel : bchrysler@soahac.on.ca

Téléphone : 519-289 0352

Dernière mise à jour : Le 23 septembre 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Chrysler, B. (entrevue et rétroaction, 7 août 2013). [Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre].



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Les centres communautaires de Métis Nation of Ontario (MNO) donnent un coup de main aux aînés métis et aux familles

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU :

Cette pratique novatrice aborde la nécessité de soutenir les citoyens métis du troisième âge qui risquent de passer à travers les mailles d'un système de santé complexe. Les premiers centres communautaires ont vu le jour au milieu des années 1990 et ils se sont multipliés depuis ce temps. Les programmes se traduisent par des partenariats avec différents ministères, des groupes autochtones et le secteur du bénévolat. Les soins sont assurés par des effectifs de santé interdisciplinaires, des travailleurs dans des centres communautaires et des bénévoles.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le tiers des Autochtones au Canada sont des Métis. Les Métis forment l'une des populations qui connaît la croissance la plus rapide au pays. En effet, elle a doublé au cours de la dernière décennie. Cette population est également plus âgée que les autres groupes autochtones. De nombreux aînés métis ont des taux beaucoup plus élevés de maladies chroniques et d'autres pathologies complexes que les Ontariens non métis. Comme les Métis sont également encadrés par une structure législative et réglementaire différente de celle des autres groupes autochtones, ils n'ont pas le même accès aux soutiens offerts par les programmes provinciaux et fédéraux que les autres Canadiens autochtones, comme le Programme des avantages sociaux non assurés. De plus, de nombreux aînés métis ont des revenus limités et habitent dans des régions éloignées et rurales, ce qui amplifie les problèmes d'accès.

Pour toutes ces raisons, Métis Nation of Ontario (MNO) a conçu un modèle de soins communautaires novateur axé sur la famille qui repose sur le mode de vie des Métis et qui s'articule autour des besoins uniques cette clientèle. Répartis entre les 18 communautés métisses historiques aux quatre coins de l'Ontario, les centres communautaires de MNO ont été créés dans le but de servir de carrefours importants pour la culture et les services qui relient les citoyens métis entre eux ainsi qu'aux services de santé et aux soutiens essentiels dans leurs régions respectives. Ces centres assurent un soutien absolument nécessaire et très concret aux citoyens métis du troisième âge qui sont particulièrement susceptibles de passer entre les mailles de notre système de soins de santé complexe.

Les centres communautaires de MNO sont particulièrement importants, car ils offrent aux aînés métis le soutien culturel et social dont ils ont tant besoin, en plus de les aider à se prévaloir des services de santé et médicaux essentiels. Certains centres de MNO offrent également des services de spécialistes, comme des cliniques de soins des pieds pour les aînés et les autres Métis qui souffrent du diabète. Les travailleurs des centres communautaires de MNO participent aussi très activement à des initiatives de sensibilisation auprès des aînés métis et des autres citoyens de MNO qui ont besoin d'aide, en se rendant régulièrement à leur domicile afin de les aider avec la préparation des repas, l'entretien de la maison et d'autres tâches quotidiennes et afin de leur apporter un soutien social et culturel important. Grâce à la mise sur pied d'un programme de transport médical par MNO, les aînés métis peuvent aussi recevoir de l'aide pour se rendre à leurs rendez-vous chez le médecin et ailleurs. Le modèle de soins communautaires de MNO s'appuie sur une approche holistique de la santé et du mieux-être holistique centrée sur la famille qui appartient aux Métis et qui est profondément enracinée dans la culture et le mode de vie fortement orientés sur la communauté des Métis.

Le modèle de services de MNO, qui est unique dans la province tant par sa portée que par sa conceptualisation, a été salué comme une pratique exemplaire par ses partenaires gouvernementaux. MNO entretient une collaboration très étroite avec ses partenaires provinciaux et d'autres groupes autochtones afin de concevoir ses programmes. MNO reçoit de l'aide de différents ministères, notamment du programme de services communautaires de soutien (Community Support Services Program) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, du ministère des Affaires autochtones et du ministère des Services à



l'enfance et à la jeunesse. Les programmes et services sont également soutenus par un nombre important d'organismes bénévoles de MNO, dont les conseils provinciaux de MNO, le conseil des jeunes de MNO et les sénateurs de MNO.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice a d'abord été mise en place en 1993 et de nouveaux centres communautaires ouvrent leurs portes depuis ce temps. Le système de suivi interne des activités liées à la santé (H.A.T.S.) de MNO, qui a été conçu dans le but de faire des comptes rendus, d'assurer une reddition de comptes et de procéder à des évaluations, auquel s'ajoutent des évaluations indépendantes commandées régulièrement, indique que les centres communautaires ont des retombées positives sur la santé et le bien-être des citoyens métis. Ils apportent une aide et un soutien indispensables aux aînés, surtout aux personnes âgées qui habitent dans des régions rurales et éloignées. Ils constituent également un lieu culturel essentiel où les aînés métis peuvent rencontrer d'autres membres de la communauté, obtenir un soutien et des soins pertinents et être orientés vers les services et les programmes essentiels dans l'ensemble de la collectivité. Les centres, et les activités qu'ils mènent à l'échelle de la collectivité, ont également amené les Ontariens à mieux connaître et à respecter davantage la culture, l'histoire unique, les besoins et les aspirations des Métis. Mais avant tout, les centres de MNO sont des refuges qui veillent à ce que les soins communautaires prodigués aux aînés métis en Ontario soient sécuritaires sur le plan culturel.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les centres de santé communautaires de MNO n'ont pas été adaptés à partir d'une autre administration ni mis en place en dehors de l'Ontario. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Des ministères provinciaux demandent régulièrement à MNO de les aider à élaborer et à mettre sur pied des politiques, des programmes et des services qui s'adressent aux Métis et aux non-Métis. Les deux caractéristiques de la démarche de MNO qui ont contribué au succès de l'initiative sont la nature holistique orientée sur les besoins et la culture de ses programmes et services communautaires ainsi que la volonté de MNO de coopérer et de travailler en étroite collaboration avec le gouvernement et les autres partenaires autochtones afin de combler les lacunes décelées et de créer des modèles de soins plus efficaces et mieux intégrés pour les populations autochtones. La mobilisation des dirigeants métis, la capacité de former des équipes efficaces vouées à la culture à l'aide d'une formation adéquate pour l'ensemble du personnel de première ligne, la participation directe des membres des communautés métisses, y compris des aînés, et le soutien d'une armée de bénévoles sont au nombre des principaux facteurs qui ont contribué à la réussite de ce projet.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : **Wenda** Watteyne,

Titre : Directrice de la guérison et du mieux-être

Organisme : Métis Nation of Ontario

Courriel : wendaw@metisnation.org

Téléphone : 613-798-1488

Dernière mise à jour : Le 23 octobre 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Storm J. Russell et Wenda Watteyne, Métis Nation of Ontario (communications personnelles et autres, octobre 2013).



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Adapter le Programme des services de santé non assurés (SSNA) afin de répondre aux besoins des aînés des Premières nations : The Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSP)

LOCATION:	Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la nécessité d'améliorer les programmes et services de la DGSPNI dans la région de l'Atlantique afin de mieux comprendre les besoins des aînés et d'améliorer leur santé ainsi que leur bien-être. Le *Strategic Plan for Atlantic First Nations Elder Care* a été lancé en janvier 2011. Les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI collaborent avec le Mi'kmaq Maliseet Atlantic Board dans le but d'instaurer le plan.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les aînés sont de plus en plus préoccupés par les programmes et les services offerts par la Région de l'Atlantique de la DGSPNI. Dans le cadre du nouveau *Strategic Action Plan for Atlantic First Nations Elder Care*, les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI s'efforcent d'améliorer les programmes et les services en place en formant un comité de cogestion, c'est-à-dire de prise de décisions partagée, avec les chefs des Premières nations de l'Atlantique, appelé le Mi'kmaq Maliseet Atlantic Health Board (conseil de la santé de l'Atlantique des Micmacs et des Malécites). En 2007, le conseil a établi les priorités, qui englobaient les soins des aînés. Le plan stratégique vise principalement à trouver et à favoriser des solutions locales afin de garder les aînés des Premières nations dans la communauté le plus longtemps possible et d'aborder les compétences culturelles, la qualité des soins et l'accès à la famille pour les personnes qui sont admises dans des établissements de soins de longue durée en dehors de la réserve.

Une première priorité consistait à examiner les politiques et les besoins liés au programme de la DGSPNI, qui sont déterminés principalement au palier national et qui ne peuvent pas être modifiés facilement. Le programme a été examiné dans l'optique de déterminer si la région possédait la latitude nécessaire pour apporter des changements afin de favoriser la santé et le bien-être des aînés.

Un outil appelé l'Elder Care Assessment Tool (ECAT) a été mis au point afin d'évaluer les politiques liées aux soins des aînés. On a commencé par déterminer les aspects du programme qui pouvaient être conçus ou modifiés à la discrétion des responsables de la région et par prendre en considération les préoccupations des aînés ainsi que leurs besoins en matière de santé et de mieux-être. L'outil a été mis en application lors d'un essai pilote pour le volet consacré au transport médical du programme de la DGSPNI. L'un des nombreux problèmes cernés par les aînés était l'obligation d'obtenir une préautorisation pour couvrir les frais de déplacement des escortes « non médicales » — habituellement un membre de la famille ou un ami — qui les accompagnent à leurs rendez-vous. Avant la tenue de l'examen, tous les membres des Premières nations devaient obtenir une préautorisation pour chaque rendez-vous. Pour les aînés qui ont des besoins complexes en matière de santé et qui consultent plusieurs médecins, ou pour les personnes âgées dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, cela pouvait se traduire par une quantité importante de formalités administratives. Après avoir mis l'outil en application, on a découvert que même si une direction régionale de la DGSPNI ne pouvait pas se soustraire à la préautorisation requise, il y avait une certaine latitude pour modifier la procédure dans le cas des personnes qui souffrent de problèmes de santé chroniques ou qui ont besoin d'une traduction. Aujourd'hui, ces personnes peuvent se procurer une préautorisation seulement une fois par année afin d'être accompagnées par une escorte non médicale à tous leurs rendez-vous. De plus, le formulaire de demande a été modifié



afin de le rendre plus clair à l'aide de questions faciles à répondre, ce qui permet au personnel de déterminer rapidement si la personne est admissible.

Un autre point à améliorer était l'accès des aînés aux médicaments d'ordonnance. Certains médicaments sont couverts automatiquement, tandis que d'autres doivent être approuvés par le Centre des exceptions pour médicaments de la DGSPNI à Ottawa. Le pharmacien doit appeler pour déclencher l'examen. Le Centre des exceptions pour médicaments envoie ensuite les documents au professionnel de la santé qui a prescrit le médicament. Le processus est parfois interrompu parce que le pharmacien n'a pas appelé le Centre des exceptions pour médicaments pour demander un examen ou parce que le prescripteur n'a pas rempli les documents. À cause de cette interruption, le médicament de la personne âgée n'est pas couvert et l'aîné doit le payer de sa poche ou demander à la bande le payer avec de l'argent destiné à un autre programme.

Les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI ont examiné les demandes de remboursement rejetées afin de déterminer les principaux médicaments visés. Ils ont découvert que la plupart des médicaments étaient approuvés après avoir été examinés par le Centre des exceptions pour médicaments. Dans les cas où le pharmacien n'avait pas appelé, le pharmacien régional du bureau de la DGSPNI avait communiqué avec la pharmacie pour rappeler la procédure à suivre. Le pharmacien régional envoyait également les résultats de ses recherches à un groupe de travail sur les pharmacies situé à l'administration centrale de la DGSPNI à Ottawa. Cette initiative a contribué à transférer certains médicaments dans la catégorie où ils sont couverts automatiquement, c'est-à-dire celle des médicaments couverts sans restriction. Le pharmacien régional a également conçu des formulaires sur lesquels figuraient des produits de remplacement pour les médicaments courants afin de permettre aux pharmaciens de choisir une solution de rechange automatiquement couverte par la DGSPNI si une personne obtient une ordonnance qui nécessite un appel au Centre des exceptions pour médicaments.

Les problèmes liés aux programmes et services de la DGSPNI ont fait l'objet de discussions un peu partout au pays, mais aucune autre région ne semble avoir adopté ce genre d'approche pour apporter des améliorations. Cette initiative unique suscite un intérêt dans d'autres régions du pays. Mis à part un petit contrat de 10 000 \$ pour un examen de la documentation lors des premières étapes de l'élaboration des projets, aucune autre ressource n'est rattachée au programme ou à l'outil en tant que tel.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice, qui a été mise sur pied en janvier 2011, n'a pas été soumise à une évaluation à ce stade-ci. Un projet pilote a été mené dans le volet consacré au transport médical de la DGSPNI et les recommandations sont en voie d'être mises en place. Les témoignages personnels et les observations donnent à entendre que cette pratique peut avoir des effets positifs sur la santé. L'ECAT a fait une différence : il a simplifié le processus et les formalités administratives pour les escortes non médicales et il a diminué le nombre de médicaments qui ne sont pas couverts. De plus, il est devenu évident que les responsables de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI disposaient effectivement de la latitude nécessaire pour adapter la procédure liée au transport médical et pour trouver des moyens ingénieux d'élargir les souplesses tout en adhérant aux politiques nationales. L'outil n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements, mais le personnel de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI et les partenaires des Premières nations manifestent une grande volonté d'engagement partagé et de responsabilité commune à l'égard de la santé des aînés. Le bureau régional s'est engagé à examiner le programme au moins une fois par année. Une étude de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones est en cours. Les autres points à améliorer du programme seront déterminés et, avec les initiatives d'amélioration de la qualité qui prennent forme au sein de la DGSPNI à l'échelle nationale, des changements commencent à s'opérer dans la façon de procéder de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI ainsi que sur le plan des politiques et des programmes.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La pratique de la Région de l'Atlantique de la DGSPNI n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration ni mise en place ailleurs. Néanmoins, cette initiative peut théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux. Les leçons à retenir qui auraient une incidence sur la réussite et sur l'applicabilité ou la transférabilité de l'initiative sont : le partenariat et le groupe de travail mixte avec les Premières nations, le nouvel outil d'évaluation des soins des aînés utilisé pour examiner les politiques et les procédures ainsi que la latitude nécessaire afin que le bureau régional puisse modifier les procédures tout en respectant les limites de l'ensemble des politiques nationales.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Louise Cholock

Titre : Directrice, DGSPNI

Organisme : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Atlantique



Courriel : Louise.Cholock@hc-sc.gc.ca

Téléphone : 902-426-2519

Dernière mise à jour : Le 7 octobre 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Boyчук, R. et Cholock, L. (entrevue et rétroaction, juillet 2013). [Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits - Région de l'Atlantique].



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Services spécialisés pour les enfants et les jeunes du Manitoba (SSEJ)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice a pour but de combler le besoin d'accroître la coordination des soins aux enfants handicapés ayant des besoins complexes. Elle a été lancée au Manitoba et consistait en une grande équipe de planification comprenant des représentants de divers ministères provinciaux du Manitoba, des offices régionaux de la santé et de plusieurs fournisseurs de services communautaires.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'immigration au Manitoba au cours de la dernière décennie a entraîné une croissance des besoins de la population et le développement des services visant à répondre à cette demande. De nombreux organismes spécialisés dans les soins aux enfants et aux jeunes ayant des besoins spéciaux ont été créés au cours de cette période. Cependant, les commentaires recueillis auprès des familles en dix ans indiquent qu'il est difficile de s'y retrouver dans le système, que la fragmentation des services entraîne un dédoublement des efforts et que leurs enfants sont souvent traités comme des personnes malades plutôt que comme des enfants ayant un handicap.

Les Services spécialisés pour les enfants et les jeunes (SSEJ) sont un organisme créé en réponse à ce besoin d'aider les familles à s'y retrouver dans le système de prestation de services aux enfants ayant un handicap et/ou des besoins spéciaux. Après avoir déterminé les obstacles à l'accès, les SSEJ ont créé des partenariats avec trois ministères provinciaux du Manitoba (Services à la famille et Logement, Éducation, Citoyenneté et Jeunesse et Santé), l'Office régional de la santé de Winnipeg et plusieurs fournisseurs de services communautaires.

Les Services spécialisés pour les enfants et les jeunes sont offerts d'une manière coordonnée, intégrée et axée sur la famille. Ils présentent des caractéristiques clés comme un système d'admission central, un coordonnateur de cas principal, des services intégrés, le regroupement des principaux services et un centre de ressources axé sur la famille. Deux des initiatives menées par les SSEJ sont l'Initiative de thérapie pédiatrique (ITP) et la Collaboration de recherche sur la réadaptation des enfants et des jeunes du Manitoba. L'ITP a été lancée à l'origine en 2002 pour coordonner les services d'audiologie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie.

RÉPERCUSSIONS :

Tout au long de l'élaboration de l'initiative, les SSEJ ont favorisé la mobilisation et la communication avec les intervenants. Ils ont mené des séances interactives avec les familles en 2005 et en 2012 et ont désigné un représentant des familles auprès du groupe de travail de l'initiative. Ils ont créé une équipe de gestion du site des SSEJ en septembre 2010 et élaboré des formulaires du personnel en janvier 2011 et en septembre 2012. Par la mobilisation des intervenants, les SSEJ ont établi un ensemble de lignes directrices pour les projets désirés, y compris les détails sur un plan de centre de ressources et des idées sur un immeuble des SSEJ qui hébergerait divers services à un même emplacement.

Au terme des consultations et du développement, un centre de ressources pour les familles a été ouvert officiellement en 2004. Les participants des SSEJ ont demandé et obtenu 65 000 \$ en financement de la Fondation Winnipeg, des Œuvres de bienfaisance pour enfants Ronald McDonald et d'Enfants en santé Manitoba pour la création du centre de ressources et l'achat de ressources en 2003.

Au moment de la création des SSEJ, l'ITP souffrait d'un manque d'intégration des services. Les normes en matière d'admissibilité, d'accès et de prestation de services variaient, les enfants étaient inscrits sur de multiples listes d'attente et il en résultait des transitions difficiles et une perte de la continuité des services. Cependant, tout au long de la dernière décennie, l'ITP a élaboré un système d'admission centralisé qui a obtenu un taux de satisfaction de 94 % chez les familles et les membres de la collectivité. L'ITP a aussi fait l'objet d'une reconfiguration du système pour les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui a réduit les obstacles à l'accès. Par exemple, pour les services de physiothérapie, la reconfiguration du



système a entraîné une réduction des temps d'attente de 18 mois à deux semaines.

L'équipe des services directs a également dirigé le Projet des services intégrés à l'enfance, qui avait pour but de combler les besoins des enfants ayant des besoins complexes. Grâce à ce projet, toutes les familles qui avaient des enfants ayant des besoins médicaux complexes qui nécessitaient des services familiaux et des soins à domicile se sont vu attribuer un unique coordonnateur des services.

Le projet le plus récent, la campagne de sollicitation de fonds *Together Is Better*, a pour but principal de réunir une multitude de services dans un emplacement central auquel les membres de la collectivité peuvent accéder facilement. Cette campagne a été lancée en février 2012 et est passée par de nombreuses phases d'élaboration. Les étapes suivantes sont terminées : élaboration de la conception (octobre 2012), documents de construction (janvier 2013), estimation des coûts (février 2013), et attribution du contrat (mars 2013). La campagne prévoit la poursuite de la construction (février 2014), l'ameublement (avril 2014) et la grande ouverture (à l'automne de 2014).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Les SSEJ ne sont pas une adaptation d'une pratique d'une autre administration ou mis en œuvre ailleurs. Cependant, cette initiative est théoriquement applicable et transférable à d'autres cadres. La mise en œuvre de cette pratique ou d'une pratique d'intégration des services semblable nécessiterait la mise en œuvre de plusieurs principes de gestion du changement, y compris :

- L'établissement d'un sentiment d'urgence;
- La création d'une puissante coalition directrice;
- La création d'une vision;
- La communication de la vision;
- L'habilitation des autres pour la mise en œuvre de la vision;
- La planification et la création de réussites à court terme;
- Le regroupement des améliorations et la production d'autres changements;
- L'institutionnalisation des nouvelles approches.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : <http://www.sscy.ca/>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Collette Wilson

Titre : Coordonnatrice

Organisme : Centre des ressources pour les familles des SSEJ

Courriel : collettew@rccinc.ca

Téléphone : 204 453-9820

Dernière mise à jour : Le 6 août 2013

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

Éducation et Littératie Manitoba (sans date). *Specialized Services for Children and Youth (SSCY) family resource centre*. Consulté à l'adresse <http://www.edu.gov.mb.ca/k12/specedu/aut/sscy.html>

La Fondation Winnipeg (sans date). *Specialized Services for Children and Youth (SSCY)/WRHA*. Consulté à l'adresse http://www.wpgfdn.org/agency-funds-detail.php?entry_id=12983

Manitoba Parkland.com (2012). *New integrated, specialized services for children and youth with special needs*. Consulté à l'adress

e
<http://manitobaparkland.com/index.php/news/local-news/entry/new-integrated-specialized-services-for-children-and-youth-with-s>



[pecial-needs](#)

Susinkski, C. (mars 2013). SSCY: *From principles to action*. [Notes d'une présentation faite au Forum de la qualité de la C.-B.] Consulté à l'adresse <http://www.slideshare.net/bcpsqc/pfcc-breakout-2-cherly-susinkski>

Services spécialisés pour les enfants et les jeunes (sans date). *Together Is Better* [campagne]. Consulté à l'adresse <http://www.togetherisbetter.ca>

External Source: <http://www.sscy.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Regroupement des renvois aux soins de spécialistes en Saskatchewan

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique innovatrice aborde la question de l'amélioration de l'accès et de la diminution des temps d'attente concernant les services de spécialiste en associant le flux des renvois à la capacité des spécialistes à l'aide d'un processus d'orientation-recours uniformisé et centralisé. Le programme fut inauguré en Saskatchewan en juin 2010 et s'est élargi maintenant à 20 bureaux de spécialistes dans la province.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le regroupement des renvois en Saskatchewan débuta en 2010 dans le cadre de la Saskatchewan Surgical Initiative (Initiative chirurgicale de la Saskatchewan), un effort concerté du gouvernement, des organismes de santé et des fournisseurs et patients visant à offrir des soins chirurgicaux en temps plus opportun et de façon plus sécuritaire et intelligente.

En tant que l'un des aspects liés à des soins plus opportuns, le processus de regroupement des renvois a été mis en place afin d'aborder la répartition inégale des patients parmi les chirurgiens et d'optimiser l'utilisation de tous les chirurgiens. Lorsqu'un groupe de spécialistes regroupent leurs renvois, les patients sont confiés au prochain médecin consultant disponible du groupe qui possède l'expertise requise pour traiter le problème de santé pour lequel le client a été dirigé. Cette approche optimise l'utilisation de tous les spécialistes d'un groupe de manière égale, entraînant un accès plus rapide pour les patients.

Les Services de gestion des renvois (SGR), une nouvelle division de la Ligne Info-Santé de la Saskatchewan, offre aux groupes de spécialistes un service d'admission centralisé pour le regroupement des renvois dans toute la province. En confiant le processus d'orientation-recours à ce service provincial, les groupes de spécialistes peuvent assurer la gestion des renvois et des notifications à l'aide d'un processus rationalisé. Les SGR accusent réception du renvoi auprès du médecin orienteur et communiquent avec le patient dans un délai de deux semaines pour fixer un rendez-vous. Les spécialistes reçoivent régulièrement des rapports sur les types d'états pathologiques traités, la durée des temps d'attente des patients et d'autres renseignements qui peuvent servir à gérer la demande future et à améliorer davantage la prestation des soins de santé.

On a élaboré un guide de mise en œuvre de 36 pages afin d'offrir aux chirurgiens spécialisés un processus de base pour mettre en place le regroupement des renvois dans leur pratique. On peut avoir accès à ce guide au lien suivant : <http://www.sasksurgery.ca/provider/pooledreferrals.html>.

RÉPERCUSSIONS :

Le regroupement des renvois a pour résultat principal de rééquilibrer la répartition des cas de chirurgie parmi les spécialistes au sein du système de santé. L'approche en matière de regroupement des renvois est évaluée officiellement par le Saskatchewan Health Quality Council (Conseil sur la qualité des soins de santé de la Saskatchewan). L'évaluation comprend des sondages auprès des patients, des médecins orienteurs et des spécialistes. Les premiers résultats de sondage ont indiqué des résultats positifs. Parmi certains des avantages du regroupement des renvois, mentionnons les suivants :

Pour les patients

- peuvent choisir de consulter un chirurgien en particulier ou le premier spécialiste disponible;
- les temps d'attente sont répartis de façon égale parmi les spécialistes;



- les rendez-vous sont fixés à l'aide d'un processus uniformisé qui permet d'améliorer les notifications;
- réduction de l'anxiété associée à l'attente.

Pour les médecins orienteurs

- n'ont pas besoin de rechercher des spécialistes de sous-spécialités, puisque le renvoi est réacheminé à l'aide des SGR;
- un processus d'orientation-recours uniformisé permet de gagner du temps pour les médecins en effectuant le renvoi de leurs patients à des spécialistes.

Pour les spécialistes

- répartit le flux de patients parmi l'ensemble des spécialistes, en diminuant ainsi la pression exercée sur certaines pratiques tout en assurant la sécurité d'emploi et d'entreprise pour les autres;
- meilleur contrôle de leur pratique et la capacité de choisir des sous-spécialités;
- amélioration des communications grâce à un processus d'orientation-recours uniformisé et centralisé;
- quantité accrue de données concernant les renvois et les temps d'attente associés, à l'appui des efforts d'amélioration continue.

Le programme de regroupement des renvois a été élargi à l'échelle provinciale à la suite d'un projet pilote couronné de succès, dirigé en collaboration avec le groupe de spécialistes en obstétrique et gynécologie de Regina. Pendant le projet pilote d'une durée de cinq mois, les temps d'attente moyens ont diminué de 44 à 24 jours, et 43 p. cent des patients ont choisi de consulter le prochain spécialiste disponible.

Les groupes participant au programme de regroupement des renvois recueillent également des données sur le nombre de patients, les états pathologiques pour lesquels les patients sont dirigés et le temps d'attente de chaque patient pour avoir accès à un spécialiste. Cela fournit aux spécialistes et aux administrateurs des données importantes, comme le taux de demande concernant les différents spécialistes, en aidant le système à assurer qu'il y a suffisamment de spécialistes afin de satisfaire aux besoins de la population.

Le gouvernement prévoit que le programme coûtera 200 000 dollars par année, et que les avantages à long terme l'emporteront sur le coût du programme.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme de regroupement des renvois a été mis en place dans la province dans le cadre de la Saskatchewan Surgical Initiative (Initiative chirurgicale de la Saskatchewan). Toutefois, le regroupement des renvois n'est pas un concept nouveau. Le regroupement a été appliqué avec succès par de nombreuses industries et entreprises, notamment d'autres systèmes de santé. Le National Health Service (NHS) (Service national de la santé) du Royaume-Uni a utilisé cette approche pendant plus d'une décennie. En 2010, les dirigeants des services de soins de santé de la Saskatchewan ont visité le NHS pour en apprendre davantage sur la façon dont le regroupement des renvois peut réduire considérablement les temps d'attente et maintenir des temps d'attente réduits pour les patients.

À ce jour, 20 groupes de spécialistes ont commencé à regrouper les renvois dans toute la Saskatchewan. Ces groupes comprennent des services comme la chirurgie générale, l'orthopédie, l'obstétrique et la gynécologie et les spécialités cardiovasculaires. Le gouvernement provincial s'est engagé à regrouper toutes les pratiques de chirurgie (environ 47 groupes) dans la province d'ici le 31 mars 2016.

Cette pratique est mise en place dans d'autres régions au Canada, notamment au Manitoba, en Alberta et dans certaines provinces de l'Atlantique. Le regroupement des renvois peut être utilisé par les groupes de spécialistes qui sont soit situés au même endroit, soit disséminés géographiquement, et peut être adapté selon divers modèles de paiement.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : <http://www.sasksurgery.ca/provider/pooledreferrals.html>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Ron Epp



Titre : Gestionnaire principal de projet

Organisme : Saskatchewan Surgical Initiative

Courriel : repp@health.gov.sk.ca

Téléphone : 306 787-7261

Dernière mise à jour : Juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens pertinents suivants :

Communications personnelles :

Epp, R. (examen, juillet 2013). [Saskatchewan Surgical Initiative].

Publications :

Gouvernement de la Saskatchewan, ministère de la Santé. *Pooled referrals: Implementation guide for specialists*, février 2013. Extrait de : <http://www.sasksurgery.ca/pdf/pooled-referrals-implementation-guide-feb-2013.pdf>.

Autres :

Gouvernement de la Saskatchewan. *New referral methods speed up medical care*, 26 novembre 2012. [Communiqué]. Extrait de : <http://www.gov.sk.ca/news?newsId=5527e569-5b79-4518-8485-36dcb0761a2b>.

Cornet, D. *Surgeons adopt cutting-edge pooling system*, dans *Prince Albert Daily Herald*, 16 avril 2012. Extrait de : <http://www.paherald.sk.ca/Local/News/2012-04-16/article-2955418/Surgeons-adopt-cutting-edge-pooling-system/1>.

CBC News. *New referral system speeds doctor appointments*, 26 novembre 2012. Extrait de : <http://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/story/2012/11/26/sk-referral-management-health-121126.html>.

External Source: <http://www.sasksurgery.ca/provider/pooledreferrals.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Le projet d'amélioration des processus d'imagerie par résonance magnétique : faciliter l'accès des patients aux services d'imagerie

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique aborde le besoin de faciliter l'accès des patients aux services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en apportant des améliorations aux processus administratifs liés à l'IRM. Entre les mois d'octobre 2008 et de mars 2012, tous les établissements d'IRM de l'Ontario ont pris part à ce programme.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme est une initiative Lean Six Sigma qui met l'accent sur la création d'améliorations durables dans les processus liés à l'IRM en optimisant l'utilisation du personnel et du matériel en place à tous les établissements ontariens participants.

Le programme fait appel à la méthodologie Lean Six Sigma, une approche stratégique destinée à améliorer les processus et à diminuer les écarts en éliminant les aspects problématiques dans les processus et en uniformisant le flux des services. La méthodologie vise principalement à valoriser le patient et à habiliter le personnel ainsi que les cliniciens afin d'améliorer les soins aux patients. Il fait ressortir l'importance des données pour créer des solutions.

Le programme d'amélioration des processus d'IRM se concentre sur l'amélioration des processus dans les domaines suivants :

- le processus de réservation : en simplifiant le processus et en diminuant le temps d'attente, à partir du moment où la demande de RIM est reçue à l'établissement d'IRM jusqu'à l'étape où le rendez-vous est fixé, en passant par le stade où le patient est informé du rendez-vous;
- le système d'ordonnancement : en améliorant la répartition des ressources à l'IRM afin de tenir compte de la demande au sein de chaque population de patients et des contraintes liées aux ressources à l'intérieur du système;
- le roulement des patients le jour de l'examen : en simplifiant le processus le jour de l'examen afin d'optimiser du même coup le temps passé au scanner.

RÉPERCUSSIONS :

Dans l'ensemble, le programme d'amélioration des processus d'IRM a eu un effet positif sur le paysage de la prestation de l'IRM en Ontario en donnant notamment les résultats suivants :

- 80 % des établissements ont amélioré le temps d'attente du 90^e percentile avec une diminution provinciale combinée de 1 920 jours (ou une moyenne de 36 jours par établissement).
- 78 % des établissements ont augmenté leurs volumes mensuels moyens avec une hausse provinciale combinée de 5 275 examens (pour une moyenne de 98 examens par établissement).
- 80 % des établissements ont augmenté leur taux de patients passés au scanner dans une heure; c'est l'équivalent de 54 patients supplémentaires par jour à l'échelle de la province ou d'environ 20 000 patients par année, et ce, sans augmenter les ressources.
- 500 professionnels de la santé et dirigeants d'hôpitaux ont reçu une formation sur des méthodes et des outils d'amélioration de la qualité.



- 93 % des établissements ont continué de suivre les mesures du rendement, tandis que 75 % des établissements ont continué de discuter de ces mesures.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La méthodologie liée au processus Lean Six Sigma est employée dans des programmes dans la plupart des régions du Canada, mais la stratégie du programme d'amélioration des processus d'IRM est la première du genre au pays. Il y a un programme similaire à l'Akron Children's Hospital en Ohio, qui a toutefois été réalisé en dehors du programme provincial de l'Ontario. Le projet d'ordonnancement de l'IRM de l'Akron Children's Hospital a remporté un prix Lean Six Sigma en juin 2011 pour ses résultats exceptionnels en matière de santé.

LIEN EXTERNE : <http://www.mritoolkit.ca/>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Nahi Siklos, directrice principale de projet

Organisme : Réseau universitaire de santé

Courriel : nahi.siklos@uhn.ca

Téléphone : 416 603-5800, poste 2911

Dernière mise à jour : Le 10 juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Autres :

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé 2013, Collège canadien des leaders en santé. (sans date) Extrait de :

<http://www.cchl-ccls.ca/assets/awardsprogram/15.877-3M%20Health%20Awards...>

Adams, K. (24 janvier 2011). *MRI scheduling project wins Lean Six Sigma award*. Extrait de :

<http://inside.akronchildrens.org/2011/01/24/mri-scheduling-project-wins-...>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Programme de consultations externes intensives en réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Rehabilitation	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique aborde le besoin d'accroître l'accès aux services de réadaptation pour les survivants d'un AVC et les amputés à l'aide d'une équipe interprofessionnelle qui aide les patients à réintégrer leur collectivité. Cette pratique a été lancée en octobre 2011 dans deux collectivités de la Vancouver Island Health Authority (VIHA).

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme de consultations externes intensives en réadaptation compte des cliniques à Victoria et à Nanaimo pour les patients qui ont des niveaux d'invalidité modérés à la suite d'un AVC ainsi que pour les patients amputés. Le programme de consultations externes en réadaptation d'une durée de six à huit semaines propose une solution de rechange à la réadaptation traditionnelle offerte en milieu hospitalier aux patients hospitalisés en leur permettant de demeurer à la maison et de recevoir les services dans des établissements communautaires. L'équipe interprofessionnelle qui offre le programme est composée de physiothérapeutes, d'infirmières autorisées, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, d'assistants en réadaptation, de commis d'unités, d'orthophonistes, de prothésistes et de psychiatres.

L'équipe du programme de consultations externes intensives en réadaptation examine les patients (orientés par des médecins généralistes) afin de déterminer s'ils sont admissibles au programme, puis elle collabore avec l'équipe chargée des soins des patients hospitalisés afin d'assurer la transition de ces derniers vers les consultations externes afin qu'ils puissent avoir accès à des services de réadaptation dans des établissements communautaires.

RÉPERCUSSIONS :

L'équipe de la Vancouver Island Health Authority a recueilli les données des résultats à la fin de l'année et fait les constats suivants :

- Il y avait 129 patients inscrits au programme de consultations externes intensives en réadaptation.
- La durée du séjour à l'hôpital des patients inscrits au programme a diminué de :
 - onze jours pour les patients victimes d'un AVC à Nanaimo;
 - huit jours pour les patients amputés à Nanaimo;
 - huit jours pour les patients amputés à Victoria.
 - Environ 2 490 jours d'hospitalisation ont été épargnés, ce qui a permis de réaliser des économies de plus de 2,5 millions de dollars.
 - Les mesures de l'autonomie fonctionnelle au moment du congé, pour les deux groupes de patients, étaient supérieures à la moyenne nationale en 2009-2010 pour les patients hospitalisés qui quittaient des unités de réadaptation d'intensité élevée.

Les données des résultats donnent à entendre qu'un programme interprofessionnel de consultations externes intensives en réadaptation peut répondre de manière efficace aux besoins de ces groupes de patients tout en étant rentable. Des évaluations continues se poursuivront pendant la mise sur pied de ce modèle de soins au fur et à mesure qu'il prendra de l'expansion à l'échelle de la Vancouver Island Health Authority.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



La VIHA a choisi de poursuivre le programme de consultations externes intensives en réadaptation et d'élargir les critères de manière à inclure des groupes de patients complexes dans l'ensemble de la région de la santé. L'expansion de ce genre de programme est une partie intégrante du plan stratégique. Des programmes similaires sont offerts aux États-Unis. Il y a également un programme de consultations externes intensives en réadaptation à l'Hôpital général de Woodstock, en Ontario. Le programme de consultations externes intensives en réadaptation de l'Hôpital général de Woodstock a donné des résultats positifs pour les patients inscrits. Une évaluation officielle est en cours de planification.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : http://www.viha.ca/adult_rehab_services/outpatient_programs/iorp.htm

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Marci Ekland, directrice, services de réadaptation et développement de programmes régionaux externes

Organisme : Vancouver Island Health Authority

Courriel : marci.ekland@viha.ca

Téléphone : 250-755-7681, poste 52333

Dernière mise à jour : Le 10 juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Autres :

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé (2013) :
<http://www.cchl-ccls.ca/assets/awardsprogram/15,877-3M%20Health%20Awards...>

Woodstock Hospital. (sans date). *Intensive Rehabilitation Outpatient Program (IROP)*. Extrait de
http://www.wgh.on.ca/wgh/index.php?option=com_content&view=article&id=53...

External Source: http://www.viha.ca/adult_rehab_services/outpatient_programs/iorp.htm