



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

Thème : Amélioration de la qualité et sécurité des patients (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:	Quality Improvement and Patient Safety	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	30 résultats sur 57

1. Interprofessional Communications Skills Development Workshops

Implementation Year: Jeudi, janvier 6, 2005 - 14:45	Location: Nouvelle-Écosse	Practice Website: http://www.cancercare.ns.ca/en/home/healthprofessionals/education/excellence/default.aspx
---	---------------------------	---

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to improve community cancer care for patients and families by enhancing the communication skills of health care professionals across disciplines. The pilot series of interprofessional communications skills development workshops were initially implemented in 2005 and formally commenced in 2006 through Cancer Care Nova Scotia and Dalhousie University's Continuing Medical Education. Since the pilot year, these workshops have been informally integrated into the Health Professional Education workshops.

CONTACT INFORMATION:

Name: Meg McCallum Title: Provincial Manager, Education and Patient Navigation Organization: Cancer Care Nova Scotia Email address: meg.mccallum@ccns.nshealth.ca Telephone number: 902-473-3781

2. 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

3. Communities of Practice

Implementation Year: Vendredi, janvier 6, 2006 - 14:45	Location: Alberta	Practice Website:
--	-------------------	-------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice facilitates the implementation of interprofessional learning and care environments for students and providers. Through the support of Alberta Health Services, 'Communities of Practice' were initially piloted at seven practice sites across the province in 2006-2007. This model has continued to develop and now, there are over fifty Communities of Practice integrated within Alberta Health Services.

CONTACT INFORMATION:

Name: Esther Suter Title: Director, Workforce Research and Evaluation Organization: Alberta Health Services Email address: esther.suter@albertahealthservices.ca Telephone number: 403-943-0183



4. Collaborative Practice & Learning Environments

Implementation Year: Mercredi, janvier 6, 2010 - 14:45	Location: Alberta	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to develop, implement and evaluate innovative interprofessional (IP) approaches to health care delivery across selected health care practice sites in Alberta, British Columbia, Manitoba and Saskatchewan. The multi-jurisdictional initiative began in 2010 and has been carried out by The Northern and Western Health Human Resource Forum in partnership with the Western Canadian Interprofessional Health Collaborative (WCIHC). The selected sites will constitute Collaborative Practice & Learning Environments (CP&LEs), providing a model for exemplary collaborative practice and hosting IP clinical student placements.

CONTACT INFORMATION:

Name: Esther Suter **Title:** Director, Workforce Research and Evaluation **Organization:** Alberta Health Services **Email address:** esther.suter@albertahealthservices.ca **Telephone number:** 403-943-0183

5. Adopting Research to Improve Care Project (ARTIC)

Implementation Year: Mercredi, janvier 6, 2010 - 14:30	Location: Ontario	Practice Website: http://caho-hospitals.com/partnerships/adopting-research-to-improve-care-artic/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to integrate evidence-based research into the systematic improvement of health care service quality. The 'Adopting Research to Improve Care' Project (ARTIC) was launched through the network of the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) in 2010 and has initiated six evidence implementation projects to date.

CONTACT INFORMATION:

Name: Chris Paterson **Title:** Director, Stakeholder Relations **Organization:** Council of Academic Hospitals in Ontario **Email address:** cpaterson@caho-hospitals.com **Telephone number:** 416-402-4461

6. Learning Together with Cases

Implementation Year: Jeudi, décembre 9, 2010 - 16:00	Location: Ontario	Practice Website: https://meds.queensu.ca/central/community/learningwithcases
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice facilitates the accessibility of interprofessional education for students and educators of health disciplines at pre-licensure levels. 'Learning Together with Cases' was initiated out of the Office of Interprofessional Education and Practice in the Faculty of Medicine at Queen's University in Kingston, Ontario. Beginning in 2010 as an eighteen-month pilot project, this program has informed the ongoing integration of interprofessional educational learning modules at the University. In the developmental stages of the program, participants included 100 first year medical students enrolled in an introductory musculoskeletal course, paired with 84 second year nursing students and 23 advanced practice nursing students studying geriatrics. Twenty-six second year occupational therapy master's students were involved as virtual consultants for student colleagues.

CONTACT INFORMATION:

Name: Lindsay Davidson **Title:** Associate Professor **Organization:** Queen's University, Department of Surgery, Division of Orthopaedics **Email address:** davidsonol@KGH.KARI.NET **Telephone number:** 613-544-9626 **Information last updated on:** November 6, 2013

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. Improving Medication Prescribing and Outcomes Via Medical Education (Manitoba IMPRxOVE™)

Implementation Year: Vendredi, décembre 9, 2011 - 15:00	Location: Manitoba	Practice Website:
---	---------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice improves safety and health outcomes for patients receiving medications for mental health conditions and involves family physicians, psychiatrists, and a private sector information technology and clinical analytics firm. The practice was launched in Manitoba in June 2011 to approximately half of the physicians eligible for the program. It was rolled out to remaining physicians in January 2013.

CONTACT INFORMATION:

Jeff Onyskiw, A/Director Manitoba Health – Drug Management Policy Unit 3014 - 300 Carlton Street Winnipeg, Manitoba R3B 3M9 Telephone: (204) 788-6436 Email: Jeff.Onyskiw@gov.mb.ca

9. 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

10. 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

11. The Caring Together Project

Implementation Year: Lundi, décembre 9, 2013 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------



SNAPSHOT:

This innovative practice facilitates interprofessional practice for palliative care givers. The Caring Together Project was initiated in 2007 as an online learning resource and piloted in two not-for-profit long term care homes in Ontario involving a total of 55 staff members. Since the project continued from its pilot phase, the e-learning resource has been integrated into interprofessional course work for health science students at the University of Ottawa (2013).

CONTACT INFORMATION:

Name: Emma Stodel **Title:** Consultant **Organization:** Learning 4 Excellence **Email address:** estodel@learning4excellence.com **Telephone number:** 613-822-7060 **Information last updated on:** November 14, 2013

12. Better Outcomes Registry & Network (BORN)

Implementation Year: Mercredi, décembre 9, 2009 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.bornontario.ca/en/about-born/
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative program collects, shares and protects data around each child born in Ontario to inform subsequent programming for maternal and child health care and services, and broader quality improvement in the province. The Better Outcomes Registry & Network (BORN) was established in 2009 through the Children's Hospital of Eastern Ontario in Ottawa. In the 2011 to 2012 fiscal year, BORN collected data on 142,376 babies across the province, and now connects more than 5000 users to data that span all levels of care from pre-pregnancy to early childhood.

CONTACT INFORMATION:

Name: Mari Teitelbaum **Title:** Director **Organization:** BORN **Email address:** info@BORNOntario.ca **Telephone number:** 613.737.7600 x 6022 **Information last updated on:** November 12, 2013

13. Équipes de santé d'infirmières et infirmiers et de diététiciens pour prévenir les complications liées au diabète

Implementation Year: Samedi, novembre 27, 2004 - 10:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001687
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore la qualité du contrôle du diabète en ayant recours à des équipes interprofessionnelles de soins de santé effectuant des interventions auprès des personnes âgées de 17 ans et plus atteintes de diabète et d'hypertension ou d'albuminurie. Le projet pilote initial a été inauguré dans cinq collectivités au nord de l'Alberta en 2004. On a développé depuis le programme dans huit collectivités au total (deux collectivités urbaines et six rurales), desservant plus de 3 000 patients.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Carolyn Good **Titre :** Coordinatrice du bureau **Organisme :** Diabetic Nephropathy Prevention Clinics (cliniques de prévention de la néphropathie diabétique), Alberta Health Services **Courriel :** carolyn.good@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 780-407-1443 **Dernière mise à jour :** 26 juillet 2013

14. 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

15. Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Program (ACPAC) ou le programme destiné aux cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite

Implementation Year: Dimanche, novembre 27, 2005 - 09:30	Location: Ontario	Practice Website: http://chronicdiseases.ca/arthriti/
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à améliorer les compétences des cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite. Lancé en 2005 à l'Hôpital St. Michael, en collaboration avec The Hospital for Sick Children à Toronto, le programme interprofessionnel compte maintenant plus de 37 diplômés qui travaillent dans des milieux cliniques variés aux quatre coins de l'Ontario.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Katie Lundon, B.Sc. (physio.), M.Sc., Ph.D. ou Dre Rachel Shupak, M.D., FRCP(C) **Titre :** Directrice générale du programme **Organisme :** Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care, Hôpital St. Michael **Courriel :** k.lundon@cogeco.ca **Dernière me à jour :** Le 1er août 2013

16. 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

17. Équipes de santé d'infirmières et infirmiers et de diététiciens pour prévenir les complications liées au diabète

Implementation Year: Vendredi, novembre 26, 2004 - 14:00	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001687
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice améliore la qualité du contrôle du diabète en ayant recours à des équipes interprofessionnelles de soins de santé effectuant des interventions auprès des personnes âgées de 17 ans et plus atteintes de diabète et d'hypertension ou d'albuminurie. Le projet pilote initial a été inauguré dans cinq collectivités au nord de l'Alberta en 2004. On a développé depuis le programme dans huit collectivités au total (deux collectivités urbaines et six rurales), desservant plus de 3 000 patients.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Carolyn Good **Titre :** Coordinatrice du bureau **Organisme :** Diabetic Nephropathy Prevention Clinics (cliniques de prévention de la néphropathie diabétique), Alberta Health Services **Courriel :** carolyn.good@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 780-407-1443 **Dernière mise à jour :** 26 juillet 2013

18. Cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité

Implementation Year: Mercredi, novembre 7, 2012 -	Location: National	Practice Website:
---	---------------------------	--------------------------



11:30

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice fournit des outils stratégiques visant à aider à orienter l'amélioration de la qualité continue en ce qui concerne l'élaboration des politiques et programmes gouvernementaux en soins de santé. La pratique fut inaugurée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada en 2012 afin d'établir un système national d'agrément culturellement significatif pour les services de santé et traitement des Premières nations et des Inuits dans les réserves au Canada et est mise en œuvre par un petit groupe de personnel et un consultant externe en formation.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jennifer Greene **Titre :** Gestionnaire, Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément **Organisme :** Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, gouvernement du Canada **Courriel :** jennifer.greene@hc-sc.gc.ca **Téléphone :** 613-954-2295

19. Patient's View : un programme de signalement par la famille pour la sécurité des patients

Implementation Year: Mercredi, novembre 7, 2012 - 11:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: www.bcpsls.ca
---	--	---

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice met à contribution les patients et les familles afin de déclarer des événements indésirables en mettant sur pied un programme de signalement par la famille pour la sécurité des patients à l'aide d'un modèle de mobilisation en face-à-face et de bénévoles formés. Lancé en 2012 dans une unité de malades hospitalisés d'un hôpital de soins tertiaires pédiatrique, en Colombie-Britannique, le projet pilote initial s'étend maintenant à d'autres unités de l'hôpital.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Denise Hudson **Titre :** Responsable de la qualité, Éducation et gestion du changement **Organisme :** British Columbia Patient Safety and Learning System **Courriel :** dhudson@cw.bc.ca **Téléphone :** 604-877-6427

20. Le programme Managing Obstetrical Risk Efficiently (MOREOB) en Colombie-Britannique

Implementation Year: Mercredi, novembre 6, 2013 - 15:15	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://moreob.com/
---	--	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à inculquer une culture de la sécurité en obstétrique. Lancée en Colombie-Britannique dans le territoire couvert par la Northern Health Authority, la pratique faisait appel à une équipe composée d'éducateurs, d'obstétriciens, de médecins, de sages-femmes, de membres du personnel d'unités des naissances, d'infirmières, d'administrateurs et de vérificateurs

CONTACT INFORMATION:

Nom : Fraser Bell **Titre :** Vice-président, Planification, qualité et gestion de l'information **Organisme :** Northern Health Authority **Courriel :** fraser.bell@northernhealth.ca **Téléphone :** 250-565-2649

21. Outil d'identification et de communication des incidents préjudiciables en milieu hospitalier

Implementation Year: Jeudi, novembre 5, 2009 - 14:45	Location: Ontario	Practice Website:
---	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice permet d'établir les incidents préjudiciables dans le contexte de la sécurité des patients de manière simple et accessible. L'outil fut mis à l'essai au départ en 2009 et est maintenant entièrement intégré à tous les emplacements d'un organisme de la santé de taille importante en Ontario.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Paula Chidwick **Titre :** Directrice, Éthique clinique et organisationnelle **Organisme :** William Osler Health System **Courriel :** paula.chidwick@williamoslerhs.ca **Téléphone :** 416-274-6246



22. Physicians Data Collaborative (PDC)

Implementation Year: Jeudi, octobre 7, 2010 - 14:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	---------------------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice comble le besoin d'améliorer les soins aux patients en permettant les échanges de données cliniques entre les divisions de la pratique familiale. Elle a été lancée en Colombie-Britannique avec 25 divisions de la pratique et reposait sur le travail d'une équipe de développement composée d'un expert-conseil de MEDIC, d'un gestionnaire de projet et d'un conseil d'administration comprenant des représentants de toutes les régies de la santé et des établissements d'enseignement.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Claire Doherty **Titre :** Directrice administrative **Organisme :** Physicians Data Collaborative **Courriel :** physiciansdatacollaborative@yahoo.ca
Téléphone : S.O.

23. Patient Navigation Program for Low-Income Women with Breast Cancer: Seminal Innovation at Harlem Hospital, New York City (programme d'orientation des patients pour les femmes atteintes du cancer du sein et ayant un faible revenu : innovation déterminante)

Implementation Year: Dimanche, octobre 7, 1990 - 14:15	Location: International	Practice Website: http://www.hpfreemanpni.org/
---	--------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique innovatrice aborde les obstacles que connaissent les femmes ayant un faible revenu lors du dépistage, du diagnostic et du traitement du cancer du sein. La pratique a été inaugurée à New York au centre hospitalier de Harlem et faisait intervenir des membres de la collectivité ayant reçu une formation en orientation des patients.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Amber Paquette **Titre :** Stratège en développement **Organisme :** Harold P. Freeman Patient Navigation Institute **Courriel :** apaquette@hpfreemanpni.org **Téléphone :** 1-646-380-4060

24. 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

25. Projet d'automatisation des activités liées aux soins à domicile : rationaliser la coordination des soins à domicile à l'aide de téléphones cellulaires

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2011 - 11:30	Location: National	Practice Website:
---	---------------------------	--------------------------



SNAPSHOT:

Cette pratique simplifie les communications et la coordination du personnel chargé des soins à domicile à l'aide d'une application pour les téléphones cellulaires. Lancé en 2011 par le service de soins à domicile Saint Elizabeth Health Care, ce projet faisait appel au personnel soignant d'un bout à l'autre du pays.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Mary Lou Ackerman, vice-présidente, capacités opérationnelles **Organisme :** Saint Elizabeth Health Care **Courriel :** mackerman@saintelizabeth.com **Téléphone :** 905-968-6451

26. Antimicrobial Stewardship Program to Decrease Hospital Infections

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 11:00	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique aborde la question de l'optimisation de l'utilisation d'antimicrobiens comme moyen pour lutter contre les infections d'origine hospitalière et pour améliorer la sécurité des patients. En avril 2010, le Toronto East General Hospital a mis sur pied un programme de gestion des antimicrobiens (PGA) dans le cadre du projet de gestion des antimicrobiens de l'Ontario.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Jeff Powis, directeur, Programme de gestion des antimicrobiens **Organisme :** Toronto East General Hospital **Courriel :** jpowi@tegh.on.ca **Téléphone :** 416-4698-6252

27. Choosing Wisely: Educating patients and physicians to select appropriate tests and treatments ou enseigner aux patients et aux médecins à choisir les analyses et les traitements pertinents

Implementation Year: Mardi, novembre 1, 2011 - 00:45	Location: International	Practice Website: http://www.choosingwisely.org/
---	--------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice vise à mieux renseigner et éduquer les patients au sujet des analyses et des traitements médicaux afin de leur permettre de décider, en partenariat avec leur médecin, s'ils sont nécessaires ou non. Lancée aux États-Unis par la National Physicians Alliance, la pratique a fait appel à la rétroaction de plus de 500 000 médecins depuis ses débuts.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dre Christine K. Cassel Titre : Présidente et chef de la direction **Organisme :** American Board of Internal Medicine **Courriel :** ccassel@abim.org **Téléphone :** 215-446-3528 **Dernière mise à jour :** 20 juin 2013

28. The Stroke and TIA Collaborative ou le collectif sur l'AVC et l'accident ischémique transitoire

Implementation Year: Jeudi, septembre 8, 2011 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/stroke-and-tia/
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice améliore la gestion des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que l'utilisation des indicateurs. Lancée dans 29 établissements en Colombie-Britannique, la pratique faisait appel à un corps professoral composé de quatre neurologues spécialistes de l'AVC, d'une infirmière clinicienne enseignante, d'un urgentologue, d'un coordonnateur des soins pour les victimes d'AVC, d'une équipe d'évaluation rapide des AVC, d'un survivant d'un AVC, et de 17 équipes de professionnels de la santé qui participaient au collectif.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Devin Harris Titre : Responsable de clinique **Organisme :** Stroke and TIA Initiative **Courriel :** devinh@shaw.ca; dharris@bcpsqc.ca **Téléphone :** S.O. **Dernière mise à jour :** Le mercredi 26 juin 2013

29. Rencontres sur le rendement : rassembler les équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité



Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice est un moyen pour les équipes interprofessionnelles de communiquer, de collaborer et de surveiller les progrès réalisés dans le but d'améliorer la qualité au point de service. Lancée en Ontario en novembre 2011, cette pratique interactive a lieu dans plusieurs unités de soins aux patients réparties entre trois sites d'un organisme de santé.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Kiki Ferrari **Titre :** Directrice exécutive, Services cliniques **Organisme :** William Osler Health System **Courriel :** kiki.ferrari@williamoslerhs.ca
Téléphone : 905-494 2120, poste 50167 **Dernière mise à jour :** Le 6 mai 2013

30. Saskatchewan's Clinical Practice Redesign (CPR) (remaniement de la pratique clinique de la Saskatchewan)

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 01:00	Location: Saskatchewan	Practice Website: https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&lang=1&pre=view
---	-------------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Lisa Clatney **Titre :** Directrice de programme **Organisme :** Conseil sur la qualité des soins de santé **Courriel :** lclatney@hqc.sk.ca **Téléphone :** 306-668-8810, poste 106



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

Interprofessional Communications Skills Development Workshops

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative practice aims to improve community cancer care for patients and families by enhancing the communication skills of health care professionals across disciplines. The pilot series of interprofessional communications skills development workshops were initially implemented in 2005 and formally commenced in 2006 through Cancer Care Nova Scotia and Dalhousie University’s Continuing Medical Education. Since the pilot year, these workshops have been informally integrated into the Health Professional Education workshops.

PRACTICE DESCRIPTION:

In 2004, a needs assessment was conducted with health care professionals working with oncology patients in community care settings across Nova Scotia. From this assessment, interprofessional communication emerged as one of the priority areas requiring improvement in order to strengthen both quality of services and effective use of health human resources. The initial development the interprofessional communication skills development workshops involved an integrated evaluation to assess the process and impact of four 2-hour workshops. These workshops focused on the following areas:

- 1) Essential Communication Skills
- 2) Delivering Difficult News and Providing Support
- 3) When Patients and Families Are Angry
- 4) Managing Conflict in the Workplace

Targeted for trained health professionals, these workshops were structured to present the background evidence behind the interventions, enable opportunities to observe practice skills through role play scenarios by professional actors, and provide a platform to debrief different approaches. All of the workshops were facilitated by communication experts.

This innovative practice received funding from Health Canada’s Transition Fund and continues to collaborate with acting services provided by Irondale Ensemble Theatre, Halifax. Other stakeholders include The Alliance for Continuing Medical Education, the Society for Academic Continuing Medical Education, the Council on Continuing Medical Education, and the Association for Hospital Medical Education.

IMPACT:

Evaluations were conducted pre- and post- the initial implementation of the workshops, as well as three months after for follow-up. At the time of this assessment, 518 professionals representing over 20 health professions attended a total of 17 workshops. Of these health professionals, nurses comprised over 50% of participants, followed by care coordinators and social workers. Comparisons from before and after the workshops indicated that self-reported communication skills showed statistically significant improvement and 92% of respondents indicated intention to change their communication practices after the workshops. Of the 68 respondents that participated in the follow-up, 59 (87%) reported positive changes of reception among respective patients, including patients asking more questions. In terms of interprofessional impact, 98% (299/306) reported that interacting with other health professionals enhanced their learning and increased understanding around respective roles.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

As an approach for integrating some level of sustainability, the workshops included a “train the trainer” program for highly skilled facilitators and actors. Twenty-six health professionals completed 3-days of training and offered 6 workshops in teams of 3 to 5. Despite positive responses to extend the program beyond its initial workshops there have been significant challenges to maintain the sustainability of the volunteer facilitator program. In order for the facilitator teams to continue to be integrated,



volunteer facilitators identified that institutional and direct management support would be needed.

Lessons learned from the implementation of these workshops included: a) that interactive workshops can be used as effective tools to improve interprofessional communication skills and behavior; b) that interprofessional communication is a highly sought competency area for health professional participants; and c) that the interaction among different types of health professionals was considered to enhance learning. The main challenge was reported around gaining commitment from volunteers to continue as professional facilitators of the program.

Several continuing professional development initiatives focused on interprofessional competency development exist across the country. This particular series of workshops are unique to the province of Nova Scotia based on the level of coordination enabled through Cancer Care Nova Scotia, reaching as many affiliated health care professionals as possible.

CONTACT INFORMATION:

Name: Meg McCallum

Title: Provincial Manager, Education and Patient Navigation

Organization: Cancer Care Nova Scotia

Email address: meg.mccallum@ccns.nshealth.ca

Telephone number: 902-473-3781

Information last updated on: December 18, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links

Personal Communications:

Brian Taylor, Project Officer, Cancer Care Nova Scotia [email]

Publications:

Sargeant, J., MacLeod, T., Murray, A. (2011) An interprofessional approach to teaching communication skills. *J Contin Educ Health Prof*, 31(4): 265-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22189990>

Sargeant, J., Hill, T. (2008) Partners for Interprofessional Cancer Education (PICE): Cultivating Communities of Practice for Collaborative care, Evaluation Report.

External Source: <http://www.cancercare.ns.ca/en/home/healthprofessionals/education/excellence/default.aspx>



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](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/csfr/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](#)

Communities of Practice

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

SNAPSHOT: This innovative practice facilitates the implementation of interprofessional learning and care environments for students and providers. Through the support of Alberta Health Services, ‘Communities of Practice’ were initially piloted at seven practice sites across the province in 2006-2007. This model has continued to develop and now, there are over fifty Communities of Practice integrated within Alberta Health Services.

PRACTICE DESCRIPTION:

Communities of Practice involve health care providers from various disciplines who work together to develop solutions around ways to better meet patient needs. Practice changes generated focus on the expanded capacities health human resources through interprofessional collaboration. Examples of practice changes introduced include improving communication processes through regular staff meetings across all health care personnel located at different health care centres and streamlining admission and discharge processes through the consolidation of multiple patient intake forms. Communities of Practice also promote interprofessional mentoring programs for students to benefit from learning about the roles and capacities of other health care providers they will be working with in the practice setting. These mentoring experiences are offered in addition to formal preceptorship or clinical supervision.

The pilot phase of this project was funded by Health Canada’s initiative, Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice. The project team had members from two former regional health authorities (Calgary Health Region and Capital Health in Edmonton), two universities (University of Calgary, University of Alberta) and three colleges (Mount Royal College [now Mount Royal University], Bow Valley College, SAIT Polytechnic).

IMPACT:

No formal evaluation has been conducted. Anecdotally, improved relations and a greater sense of cohesion have been reported among participating health care providers where Communities of Practice is active and changes have been introduced. Communities of Practice have been viewed as a way to increase awareness around the importance and efficacies of integrating interprofessionalism into education and practice. Furthermore, it has enabled a space to assess existing structures and processes and to explore new ways of doing things.

Successes were found in improvements to communication processes, internally or externally, allowing providers to exchange patient care information more effectively. Changing admission or discharge information processes eliminated unnecessary or duplicate documentation, increased opportunities to jointly examine patient issues and engage in shared decisions.

For participating students, interprofessional mentoring was reported to improve students’ clinical practicum experiences and the classroom activities enhanced students’ interprofessional competencies. Areas most affected were knowledge of roles (e.g., understand and appreciate the roles and responsibilities of other professions, demonstrate awareness of how the roles of providers relate to each other), communication skills (e.g., use language that is appropriate to the target audience, model interpersonal skills in building consensus and problem solving) and collaboration skills (e.g., engage in shared goal settings and decision making, partner with other organizations to coordinate patient care).

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

After the completion of the pilot phase in 2007, one of the Communities of Practice facilitators took on a permanent position with the Knowledge Management Team in Alberta Health Services. This facilitator has been integral for the development and implementation of the Communities of Practice training programs and educational resources that have been used across health care settings in the province. The facilitator has provided consultations and mentoring to persons interested in developing Communities of Practice in their own locations. More recently the facilitator has been supported by a team of 6 to 8 co-consultants dedicated to integrating Communities of Practice across Alberta. The program is now in the fifth cohort of facilitator training, with 20 people having completed in each cohort. The spread of 7 to 50 Communities of Practice over the last



seven years is indicative of the scalability of this mode of quality improvement. They have also covered a variety of health care areas such as accreditation, community mental health, patient engagement, quality metrics, emergency medical services, senior's health, demonstrating the programs' broader applicability.

CONTACT INFORMATION:

Name: Esther Suter
Title: Director, Workforce Research and Evaluation
Organization: Alberta Health Services
Email address: esther.suter@albertahealthservices.ca
Telephone number: 403-943-0183

Information last updated on: November 15, 2013

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

Personal Communications:

Esther Suter; November 15, 2013 [email]

Publications:

Suter, E., Taylor, L., Arthur, N., Clinton, M. (2008) Creating an interprofessional learning environment through communities of practice: An alternative to traditional preceptorship - Final report

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-hswru-iecpcp-report-2008.pdf>

Suter E, Arndt J, Lait J, Jackson K, Kipp J, Taylor L, Arthur N. How can front line managers demonstrate leadership in enabling interprofessional practice? Healthcare Management FORUM, 2008, 20(4):38-42.

White D, Suter E, Parboosingh J, Taylor E. Communities of practice: creating opportunities to enhance quality of care and safe practices. Quarterly Healthcare Quarterly, 2008, 11(Sp):80-84.

Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor L, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. Journal of Interprofessional Care 2009, 23(1):41-51.

Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor L, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. Journal of Interprofessional Care 2009, 23(1):41-51.

Trojan L, Suter E, Arthur N, Taylor E. Evaluation framework for a multi-site interprofessional practice and education intervention. Journal of Interprofessional Care, 2009, 23 (4): 380-389.



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

Collaborative Practice & Learning Environments

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	

SNAPSHOT: This innovative practice aims to develop, implement and evaluate innovative interprofessional (IP) approaches to health care delivery across selected health care practice sites in Alberta, British Columbia, Manitoba and Saskatchewan. The multi-jurisdictional initiative began in 2010 and has been carried out by The Northern and Western Health Human Resource Forum in partnership with the Western Canadian Interprofessional Health Collaborative (WCIHC). The selected sites will constitute Collaborative Practice & Learning Environments (CP&LEs), providing a model for exemplary collaborative practice and hosting IP clinical student placements.

PRACTICE DESCRIPTION:

In Alberta, two community mental health outpatient clinics were recruited for this project. Staff at both clinics demonstrated a collaborative, client-centred care philosophy with following objectives: 1. Increase IP competencies of providers; 2. Develop structures and processes to facilitate collaborative practice; 3. Develop staff competencies to act as IP mentors for students; and 4. Increase capacity for IP student placements. At both sites, students from different disciplines started their practicum and were also interested in learning more about collaborative practice. External facilitators guided the staff and student discussions every two weeks for about one hour to focus on areas for change and to assist with the design of the strategies. Most team members also attended three workshops for in-depth discussions on current concerns.

Tools and approaches from Human Systems Dynamics were used to structure the conversations and arrive at meaningful strategies at the practice and systems levels (<http://www.hsdinstitute.org/>). Staff used the *Legacy Sustainability Framework* as developed by Royce Holladay to plan a sustainable interprofessional mentoring strategy by considering relevant factors (e.g., coherence, commitment, connections, constructs, communication, capacity building and continuous assessment). The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) Interprofessional Practice Competency Framework laid the foundation for the competency discussions (www.CIHC.ca).

Funding was provided by Alberta Health through the Health Workforce Action Plan and Health Canada.

IMPACT:

Following the initial research and development stages of the project in 2010, an evaluation was conducted to assess the outcomes, process, and context (staff and manager interviews). The evaluation was designed specifically to monitor changes in knowledge, attitudes, skills, and behaviours among program participants. Two validated tools were used to quantitatively measure these changes, in relation to interprofessional practice and changes in communication and relationships. Overall, staff reported having developed a greater awareness for the need to collaborate, identify issues within each team, and implement collaborative practice changes. Team members concurred that the overall level of collaboration at the clinics had increased. The majority of students stated that they gained greater awareness about how other practitioners work at the clinics and that collaborative practice is an important part of client care. At the time of the evaluation, client processes that had associated improvements included triage, discharge, treatment of clients with concurrent mental health and addictions issues.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

This approach to creating Collaborative Practice & Learning Environments is highly transferrable to other practice settings for both students and staff. While the initial project was limited to one year, this model of education and effort to improve IP care has since been formally integrated into the Health Professions Practice & Strategy Portfolio at Alberta Health Services.

One of the greatest benefits to this practice has been the ability to increase capacity for interprofessional mentoring of students (e.g., evaluating interprofessional skills, recognizing interprofessional opportunities). Staff indicated that external facilitators and internal champions endorsing the project were crucial to the successful development and completion of the project. The Interprofessional Mentoring Guide enabled supervisors to systematically develop and evaluate the learning modules across disciplinary backgrounds.



CONTACT INFORMATION:

Name: Esther Suter
Title: Director, Workforce Research and Evaluation
Organization: Alberta Health Services
Email address: esther.suter@albertahealthservices.ca
Telephone number: 403-943-0183

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

Deutschlander, S, Suter, E. 2011. Interprofessional Mentoring Guide. Available at:

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-wre-ip-mentoring-guide.pdf>.

Suter, E., Deutschlander, S. 2011. Creating Collaborative Practice & learning Environments (CP&LE Project)- Final Report. Available at: <http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-wre-ccple-report.pdf>.

Personal Communications:

Esther Suter; November 14, 2013 [email]

Publications:

Suter, E., Taylor, L., Arthur, N., Clinton, M. (2008) Creating an interprofessional learning environment through communities of practice: An alternative to traditional preceptorship - Final report

<http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-hswru-iecpcp-report-2008.pdf>



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

Adopting Research to Improve Care Project (ARTIC)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

SNAPSHOT: This innovative practice aims to integrate evidence-based research into the systematic improvement of health care service quality. The 'Adopting Research to Improve Care' Project (ARTIC) was launched through the network of the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) in 2010 and has initiated six evidence implementation projects to date.

PRACTICE DESCRIPTION:

The Council of Academic Hospitals of Ontario is a non-profit association involving 24 academic hospitals across Ontario. Each member hospital is directly affiliated with a university medical or health sciences faculty and focuses on the bridging of research and teaching to provide innovative and specialized patient care. Based on the Council's Strategic Plan for 2010-2015, the internal governance is structured to facilitate collaboration among experts and prioritize multidisciplinary leadership.

The projects below represent the six projects that have been implemented to date. Each project was selected after undergoing a rigorous research application process. In 2010, the ARTIC Projects were funded by the Council of Academic Hospitals in Ontario with each participating hospital providing in kind support and human resources. After recognizing the impact of these programs on systematic implementation of new evidence, CAHO received another \$6.3 million over three years, aligning with the Excellent Care for All Strategy (<http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ecfa/>).

2010-2011:

- 1) 'Handy Audit'—an innovative auditing tool that measures hand hygiene compliance in health care settings.
- 2) 'Canadian C-Spine Rule'—a clinical decision tool for emergency department nurses; designed to reduce wait times and approve appropriateness of care by identifying patients who do not require immobilization.

2011-2012:

- 3) 'Move-On'—an interprofessional approach to focus on mobilization of elderly patients staying in hospital.
- 4) 'Antimicrobial Stewardship Program'—optimization of antimicrobial use in intensive care units.

2012-2013:

- 5) 'Transitional Discharge Model'—support of successful transition from hospital to the community for people diagnosed with mental illness.
- 6) 'Implementing an Enhanced Recovery after Surgery'—a guideline to implement a range of interventions for patients undergoing colorectal surgery.

Affiliated hospitals and research institutes include: Baycrest Centre for Geriatric Care, Baycrest Centre for Addiction and Mental Health, Bruyère Continuing Care, Children's Hospital of Eastern Ontario, Hamilton Health Sciences, Health Science North, Hôpital Montfort, Hotel Dieu Hospital Kingston, Kingston General Hospital, Lawson Health Research Institute, London Health Sciences Centre, Mount Sinai Hospital, North York General Hospital, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Providence Care, Royal Ottawa Health Care Group, St. Joseph's Healthcare Hamilton, St. Joseph's Health Care London, St Michael's Hospital, Sudbury Regional Hospital, Sunnybrook Health Sciences Centre, The Hospital for Sick Children, The Ottawa Hospital, Toronto Rehabilitation Institute, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, University Health Network, and Women's College Hospital.



IMPACT:

As part of CAHO's mandate, each initiative under ARTIC has involved an integrated evaluation. To briefly summarize reports on the successes of the respective initiatives:

- 1) The 'Handy Audit' was completed as of December 2011 and 15 of the 16 participating hospitals have renewed their contracts with the Handy Metrics distribution company.
- 2) The 'Canadian C-Spine Rule' has passed testing for accuracy, reliability, and safety among triage nurses and has been widely adopted by emergency department physicians across member hospitals.
- 3) The impact of 'Move On' has not yet been publically shared but it is working collaboratively with 14 member hospitals and is expected to improve rates of regular mobilization in hospitalized elderly patients (currently estimated at less than 30%).
- 4) The anticipated effect of the 'Antimicrobial Stewardship Program' will reduce antimicrobial use in intensive care units by 12-25% and reduce antimicrobial costs to the units by 23-41%; the program is currently participating with 12 collaborating health centres/hospitals.
- 5) In a study involving 4 psychiatric facilities, length of stay was reduced by an average of 116 days per client after the introduction of the 'Transitional Discharge Model'. This resulted in \$12 million worth of freed bed space from the 200 intervention group compared to the control group and \$4,400 of reduced consumption of hospital and emergency room services per person in year post discharge.
- 6) The 'Implementing an Enhanced Recovery After Surgery' project demonstrated a 50% decrease in postoperative complications and reducing average length of stay postoperative care by 2 or more days.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

ARTIC is one of two broad-reaching partnerships working under the support of the Council of Academic Hospitals for Ontario. The other innovative partnership developed is the Physician Quality Improvement Initiative. This physician-led collaborative program involves all 24 of its member hospitals and provides an opportunity for physicians to share best practices, gain feedback performance, access tools for continuing professional development (<http://caho-hospitals.com/partnerships/physician-quality-improvement-initiative-pqii/>).

ARTIC is currently developing its Knowledge Translation tools in order to advance adoption of research evidence into practice to broader settings.

CONTACT INFORMATION:

Name: Chris Paterson

Title: Director, Stakeholder Relations

Organization: Council of Academic Hospitals in Ontario

Email address: cpaterson@caho-hospitals.com

Telephone number: 416-402-4461

Information last updated on: October 31, 2013

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

Council of Academic Hospitals in Ontario. (2013). Ontario Research Hospitals : Building a Healthier, Wealthier and Smarter Ontario. 2012-13 Annual Report

http://caho-hospitals.com/wp-content/uploads/2013/09/CAH-103-AR2013_Web.pdf

External Source: <http://caho-hospitals.com/partnerships/adopting-research-to-improve-care-artic/>



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

Learning Together with Cases

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative practice facilitates the accessibility of interprofessional education for students and educators of health disciplines at pre-licensure levels. ‘Learning Together with Cases’ was initiated out of the Office of Interprofessional Education and Practice in the Faculty of Medicine at Queen’s University in Kingston, Ontario. Beginning in 2010 as an eighteen-month pilot project, this program has informed the ongoing integration of interprofessional educational learning modules at the University. In the developmental stages of the program, participants included 100 first year medical students enrolled in an introductory musculoskeletal course, paired with 84 second year nursing students and 23 advanced practice nursing students studying geriatrics. Twenty-six second year occupational therapy master’s students were involved as virtual consultants for student colleagues.

PRACTICE DESCRIPTION:

The goal for the Learning Together with Cases program is to provide resources for teachers wishing to include interprofessional education in existing courses for pre-licensure health professionals. The areas of focus are guided by the Canadian Interprofessional Health Collaborative’s National Framework for Interprofessional Competencies, prioritizing: 1) Role Clarification, 2) Team Functioning, 3) Patient/Client/Family/Community-Centred Care, 4) Collaborative Leadership, 5) Interprofessional Communication, and 6) Interprofessional Conflict Resolution. Initial funding was received from HealthForce Ontario.

The Learning Together with Cases program is facilitated through an open-source, online software, providing a library of interprofessional cases that highlights competencies and requisite knowledge, skills, attitudes, and values. The ‘interprofessional toolbox’ provides resources for targeted skills development, mechanisms for ensuring patient safety, and involvement of patient perspectives. This space also allows a platform for teachers to discuss challenges and successes, faculty development guidelines, and knowledge translation strategies.

Since the completion of the pilot project phase, the Learning Together with Cases Program is currently being used as a learning tool to inform and provide resources for educators incorporating interprofessional tools into respective health sciences programming, however, no students are currently enrolled in the program.

IMPACT:

At the end of the interprofessional education sessions of the pilot phase (2011), students from each discipline were asked to participate in a focus group. Reports around respectful and engaging interaction were consistent across disciplines. The most beneficial aspects to the program were around increased understanding of respective scopes of practice and how cumulative knowledge bases effectively improved the provision of integrated care for patients.

Faculty members have presented the work of Learning Together with Cases at conferences such as: Interprofessional Education Ontario (2011), the International Conference on Residency Education with the Royal College of Physicians and Surgeons (2010), and the Canadian Conference on Medical Education (2010).

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The development of this program was informed by previous efforts from within the Faculty of Health Sciences at Queen’s University, which had offered an interprofessional patient safety course through the School of Medicine, School of Nursing and School of Rehabilitation Therapy in 2007 and 2008. The program involved a blended instructional design constructed around a series of virtual patient scenarios, allowing for both individual online learning and collaborative face-to-face interprofessional team-based learning sessions. This program was funded by the Canadian Patient Safety Institute (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/Pages/default.aspx>) supported by the Queen’s University Office of Health Sciences Education and Practice. It was active for two years, with 200 students involved each year, and survey results indicated that the program was effective in raising student awareness of core patient safety principles and improving understanding of the roles of



other health care providers. Despite positive evaluations, the program was discontinued due to obstacles around incongruent curricula between faculties and through this, the Learning Together with Cases platform.

At this time, the degree to which Learning Together with Cases will continue at Queen's remains unclear. In terms of transferability, questions remain around whether or not these programs should be mandatory and implemented more broadly, and whether interprofessional educational programs should be offered at the earlier stages of health students' educational careers or later, once students have had the opportunity to develop discipline-specific skills and professional identities.

CONTACT INFORMATION:

Name: Lindsay Davidson

Title: Associate Professor

Organization: Queen's University, Department of Surgery, Division of Orthopaedics

Email address: davidsonl@KGH.KARI.NET

Telephone number: 613-544-9626

Information last updated on: November 6, 2013

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

Publications:

Davidson, L., Walz, L. (2013) Virtual Patient Stories as a Facilitator of IPE: A Pilot Study. *The Journal of the International Association of Medical Science Educators*, 23(3S): 419-420. http://www.iamse.org/ijamse/volume23-3s/23-3s_419-420.pdf

Davidson, L., Aiken, A., Donnelly, C. (2008) Learning about Patient Safety through an Interprofessional Lens. Canadian Patient Safety Institute. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/research/cpsiresearchcompetitions/2006/documents/davidson/reports/davidson%20full%20report.pdf>

Personal Communications:

Dr. Lindsay Davidson, Associate Professor, Queens University, School of Medicine, Department of Surgery; October 17, 2013 [email].

External Source: <https://meds.queensu.ca/central/community/learningwithcases>



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](#)

Improving Medication Prescribing and Outcomes Via Medical Education (Manitoba IMPRxOVE™)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

Snapshot:

This innovative practice improves safety and health outcomes for patients receiving medications for mental health conditions and involves family physicians, psychiatrists, and a private sector information technology and clinical analytics firm. The practice was launched in Manitoba in June 2011 to approximately half of the physicians eligible for the program. It was rolled out to remaining physicians in January 2013.

Practice Description:

In June 2011, Manitoba Health launched the Manitoba IMPRxOVE™ program. Manitoba contracted with Comprehensive NeuroSciences of Canada (CNSC), a wholly owned subsidiary of U.S.-based Care Management Technologies, to develop the program. Manitoba IMPRxOVE™ delivers an audit and feedback intervention based on CNSC's proprietary clinical algorithms to improve safety and health outcomes for Manitobans who are receiving medications for mental health conditions. CNSC conducts monthly reviews of the pharmacy claims data in the Ministry of Health's Drug Program Information Network (DPIN). The purpose of these reviews is to evaluate the quality and appropriateness of the prescription of behavioural medications, and to identify patients at risk due to inappropriate use. If a prescribing pattern that places a patient at risk of a negative health outcome is identified, feedback in the form of evidence-based, patient-specific information—including prescribing alternatives—is mailed to the physician for consideration. Prescribing and treatment decisions remain with the treating physician, based on assessment of patient needs. Before the program was launched, advisory panels of family physicians and psychiatrists, led by the heads of the University of Manitoba Departments of Psychiatry and Family Medicine-Primary Care, identified clinical scenarios in which medication management could be optimized. Physician participation in the IMPRxOVE™ program is voluntary.

Impact:

This innovative practice has been in operation since June 2011. An evaluation of the program is currently underway. Prior to launch of the program, the Provincial Drug Program obtained input from the head of the University of Manitoba Department of Psychiatry, the Manitoba Centre for Health Policy, and Care Management Technologies to identify preliminary research objectives/hypotheses, criteria for evaluation, and data requirements for evaluating program effects. To facilitate evaluation, a researcher from the Manitoba Centre for Health Policy randomized the 1,417 physicians eligible for the program into a control and an active mailing group, with a plan to maintain the randomization for 12 months, at which time data analysis would begin. Early evidence suggests that physicians who receive the mailing tend to reduce the frequency with which they engage in the behaviour identified in the indicator.

Applicability/Transferability

The practice informant did not indicate other practices that Manitoba IMPRxOVE™ adapted and was unaware if the program itself was used as a model elsewhere. However, research indicates that the program has been implemented with different indicators in HMOs in the United States.

The success of this specific program is dependent upon government commitment, the support of clinical leaders (department heads of family medicine and psychiatry), establishing an evaluation framework, ensuring compliance with provincial health information regulations, and the willingness of physicians to participate.

Contact Information:

Jeff Onyskiw,



A/Director

Manitoba Health – Drug Management Policy Unit

3014 - 300 Carlton Street

Winnipeg, Manitoba R3B 3M9

Telephone: (204) 788-6436

Email: Jeff.Onyskiw@gov.mb.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.

Government of Manitoba. (2011, June 20). Province announces launch of Manitoba Imprxove program. [News Release]. Retrieved from <http://news.gov.mb.ca/news/?item=11801>

University of Manitoba Faculty of Medicine. (2013). *Upcoming MCHP reports*. Retrieved from <http://umanitoba.ca/facultie/medicine/units/mchp/deliverables.html>



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](#)

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](#)

The Caring Together Project

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative practice facilitates interprofessional practice for palliative care givers. The Caring Together Project was initiated in 2007 as an online learning resource and piloted in two not-for-profit long term care homes in Ontario involving a total of 55 staff members. Since the project continued from its pilot phase, the e-learning resource has been integrated into interprofessional course work for health science students at the University of Ottawa (2013).

PRACTICE DESCRIPTION:

Elderly individuals receiving care at the end of their lives require care from a variety of caregivers. Recognizing gaps in interprofessional education particularly for the delivery of palliative care services, the Caring Together Project was designed to increase patient-centred care skills within a collaborative care model. Using case-based learning activities to allow participants to apply clinical theory in the practice setting, the project targets frontline caregivers including physicians, pharmacists, and nurses. The electronic format enables the interactive modality of drawing upon the knowledge and experience of health care professionals, educators, academics, and industry while integrating the patient perspective. This project was originally funded in part by an Inukshuk Wireless Grant. After the initial pilot phase, the core components of the Caring Together Project have been integrated into health sciences interprofessional programming at the University of Ottawa, most recently as an elective for third year Health Sciences students (2013).

IMPACT:

The latest data available regarding the impact of the Caring Together Project are derived from the evaluation conducted alongside the pilot implementation (2008-2009). The assessment examined the effectiveness of using the online learning resource to increase palliative care and interprofessional care skills as well as the stimulation of respective knowledge translation in the workplace. An experimental group (128 residents and 189 staff) was compared to a controlled replication group (100 residents and 88 staff) drawn from two long-term care homes in Ontario. From these two settings, a total of 55 caregivers from 19 disciplines volunteered to participate in the project, of which 94% completed the learning resource and evaluation.

Overall, the online learning resource met the learners' needs for accessing relevant education materials that could be applied to their practice settings to effectively care for residents at the end of life. Participants reported that these resources enabled them to learn with, from, and about one another in an engaging and convenient way. Perceptions of knowledge transfer and effectiveness of the resources were positive, however, associated evidence was weak. There was no distinctive change in attitudes toward interprofessional care, however, this was attributed to relatively high baseline attitudes.

While the Caring Together resources are still being used intermittently for interprofessional health sciences education at the University of Ottawa, current data are not publically available as the projects are intended for registered staff and students.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The development of the Caring Together Project has been informed by previous work conducted by related innovators with similar intentions to improve quality of collaborative care through e-learning initiatives. A variation of Caring Together that focused on dementia care was initiated as a pilot project from 2003 to 2004. Later, 'the Working Together Project' was piloted in the spring of 2006 through collaboration of experts from: the Elisabeth Bruyere Research Institute; Bruyere Continuing Care; and the University of Ottawa's Faculty of Education, Centre for e-Learning, Department of Family Medicine, and the Primary Health Care Nurse Practitioner Program in the School of Nursing (funded by the Ministry of Health and Long Term Care). 'E-Physician Health' was then launched in October 2009, branded as 'the world's first comprehensive online physician health and wellness resource' (<http://ephysicianhealth.com/>). It has been used by over 27,000 individuals from over 130 countries. The most recent related initiative is the 'Caring for Persons with Spinal Cord Injury' project (<http://eprimarycare.onf.org/>), which went live in March 2013 and has yet to be evaluated.



Together, these initiatives are indicative of an educational shift towards more flexible and accessible resources for continuing education for health care professionals. Significant barriers have been experienced as a result of the general 'pilot nature' of the projects and difficulty ensuring continuity of funding, communication, and technical support.

CONTACT INFORMATION:

Name: Emma Stodel

Title: Consultant

Organization: Learning 4 Excellence

Email address: estodel@learning4excellence.com

Telephone number: 613-822-7060

Information last updated on: November 14, 2013

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

Publications:

MacDonald, C., Stodel, E., Hall, P., Weaver, L. (2009) The Impact of an Online Learning Resource Designed to Enhance Interprofessional Collaborative Practice in Palliative Care: Findings from the Caring Together Pilot Project. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(1): 42-66. <http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/6/17>

Macdonald, C. J., Archibald, D., Stodel, E. J., Chambers, L.W., Hall, P. (2008) Knowledge translation of interprofessional collaborative patient-centred practice: The Working Together Project experience. *McGill Journal of Education*, 43(3): 26.

Halabisky, B.L., Humbert, J., **Stodel, E.J.**, MacDonald, C.J., Chambers, L.W., Doucette, S., Dalziel, W.B., & Conklin, J. (2010). Elearning, knowledge brokering, and nursing: Strengthening collaborative practice in long-term care. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(5), 264-273.

MacDonald, C.J., Archibald, D., Kellam, H., Sun, R., **Stodel, E.J.**, & Puddester, D. (2011) Evaluation of online health and wellness resources for healthcare professionals. *International Journal of Advanced Corporate Learning*, 2(4), 18-23.

Personal Communications:

Emma Stodel; November 13, 2013 [telephone]



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

Better Outcomes Registry & Network (BORN)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative program collects, shares and protects data around each child born in Ontario to inform subsequent programming for maternal and child health care and services, and broader quality improvement in the province. The Better Outcomes Registry & Network (BORN) was established in 2009 through the Children’s Hospital of Eastern Ontario in Ottawa. In the 2011 to 2012 fiscal year, BORN collected data on 142,376 babies across the province, and now connects more than 5000 users to data that span all levels of care from pre-pregnancy to early childhood.

PROGRAM DESCRIPTION:

BORN gathers, aggregates and interprets data on every birth and young child in the province. Clinical data is gathered and used by professions in every health-sector setting including hospitals, midwifery practices, prenatal and newborn screening labs, fertility clinics, public health, follow-up clinics and some primary care offices and clinics.

A central component of BORN is its web-based information system (BIS – BORN Information System), which was formally launched in 2012. BORN has registry status under Ontario’s Personal Health Information Protection Act (2004) and this allows the organization to collect, use and disclose personal health information to facilitate and improve health care. Consequently, this system allows for real-time data entry and reporting, which can be accessed by every user at the contributing sites. Through this method of data collection, BORN is able to conduct regular performance measurement and direct subsequent research. An example of a more targeted reporting mechanism includes the Maternal Newborn Dashboard— a pilot project for the Ontario Antenatal Record, which uses key performance indicators to compare against population benchmark rates to improve the determination of data around congenital anomalies.

BORN is funded through the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and is administered by the Children’s Hospital of Eastern Ontario. Other collaborators include: E-Health Ontario, Health Quality Ontario; Newborn Screening Ontario; the Ontario Midwifery Program; the Ontario Hospital Association; Public Health Ontario; TARGetKids! Applied Research Group; the Provincial Council for Maternal and Child Health; Champlain Maternal Newborn Regional Program; the CHEO Research Institute; the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada; the Institute for Clinical Evaluative Sciences; the Canadian Neonatal Network; and the Southwestern Ontario Maternal, Newborn, Child and Youth Network; as well as fourteen Local Health Integration Networks.

IMPACT:

BORN’s data collection has been reported as integral to the success of partnered initiatives such as at Markham-Stouffville Hospital, where regular monitoring enabled a reduction in cesarean section rates. Another successful pilot program used BORN data to evaluate the efficacy of keeping mothers and newborns together right after birth rather than separating the newborn into a neonatal intensive care unit. Also, the ability to cross-reference births with Newborn Screening Ontario has helped to identify nearly 500 potentially missed screens, reducing unsatisfactory newborn screens for rare genetic diseases from 16% to 7% in one hospital during 2011-2012. Regular tracking of false positive and false negative rates enables screening laboratories to accurately assess and refine their performance.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

BORN grew out of efforts beginning in the 1980s with the then Perinatal Education Program of Eastern Ontario (now the Champlain Maternal Newborn Regional Program) which led to the aggregation of data across the province.

For knowledge translation purposes, BORN has a committee structure that is responsible for ensuring consistency of practice across Ontario. It uses communication technologies such as webinars to provide regular education, information and training sessions in more remote settings; and conducts regular clinical data reporting which can be accessed across affiliated institutions. BORN also works with maternal child groups in other provinces to provide comparative perspectives on such things as antenatal care pathways and C-section trends.



CONTACT INFORMATION:

Name: Mari Teitelbaum

Title: Director

Organization: BORN

Email address: info@BORNOntario.ca

Telephone number: 613.737.7600 x 6022

Information last updated on: November 12, 2013

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

Publications:

2011-2012. BORN: Better Outcomes Registry & Network

<http://www.bornontario.ca/assets/documents/BORN%202011-2012%20Program%20Report.pdf>

Other:

<http://www.bornontario.ca/assets/documents/webinars/BORN%20Partnership%20-%20eHealth%20Ontario%20&%20PCMH.pdf>

External Source: <http://www.bornontario.ca/en/about-born/>



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

Équipes de santé d'infirmières et infirmiers et de diététiciens pour prévenir les complications liées au diabète

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore la qualité du contrôle du diabète en ayant recours à des équipes interprofessionnelles de soins de santé effectuant des interventions auprès des personnes âgées de 17 ans et plus atteintes de diabète et d'hypertension ou d'albuminurie. Le projet pilote initial a été inauguré dans cinq collectivités au nord de l'Alberta en 2004. On a développé depuis le programme dans huit collectivités au total (deux collectivités urbaines et six rurales), desservant plus de 3 000 patients.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Pour aborder le fardeau de plus en plus grandissant du diabète et de la maladie chronique du rein, on a mis sur pied des équipes interprofessionnelles afin d'inclure une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et un diététicien autorisé dans les cliniques comportant un endocrinologue, un néphrologue, une infirmière ou un infirmier praticien avancé et gestionnaire de projet, un pharmacien et un commis. Parmi les fonctions de l'infirmière ou de l'infirmier et du diététicien, mentionnons la promotion de l'élaboration et de l'utilisation de lignes directrices et protocoles fondés sur des données probantes, aidant à contrôler les facteurs de risque à l'aide d'une assistance professionnelle sur le mode de vie, de suivis réguliers et de l'adaptation d'interventions multifactorielles selon le perfectionnement individuel.

On a fait la promotion des cliniques auprès des fournisseurs de soins de santé afin d'entreprendre le processus d'orientation-recours. L'admission de nouveaux patients comprenait une évaluation normalisée menée par l'infirmière ou l'infirmier et le diététicien (d'une durée de deux heures); les visites subséquentes étaient d'une durée d'une heure et on a envoyé les rapports de chaque visite au médecin orienteur. Le programme d'éducation pour les infirmières et infirmiers et diététiciens associés à la mise en place de ce modèle de soins comprenait un programme de formation initiale en classe d'une durée de cinq jours, suivi de séances de formation mensuelles d'une journée, de séances de télésanté toutes les deux semaines et d'un mentorat continu sur place par l'infirmière ou l'infirmier praticien avancé du programme.

Au départ, le projet pilote était financé par le gouvernement provincial, avec un budget initial de 800 000 dollars par année. Le financement relève maintenant du Programme rénal du nord de l'Alberta, et de la régie régionale de la santé en tant qu'employeur intérimaire.

RÉPERCUSSIONS :

Lors de la période initiale de collecte de données entre 2004 et 2005, on a reçu 570 clients dirigés, dont 99 p. cent étaient admissibles et provenaient essentiellement de médecins de famille (au lieu de spécialistes). Une période d'évaluation plus longue s'est poursuivie jusqu'en 2007, au cours de laquelle on a effectué le suivi de 235 patients pendant une année d'obtention de services. On a signalé des améliorations importantes du point de vue clinique chez les patients pour l'ensemble des indicateurs en ce qui concerne la tension artérielle, la glycémie, les taux de lipide et l'albuminurie. Toutefois, les patients qui ne respectaient pas les changements de mode de vie comme le renoncement au tabac présentaient de moins bons résultats cliniques. La réussite a été attribuée au rôle de l'équipe interprofessionnelle et aux visites de suivi visant à renforcer les conseils des médecins pour mettre en pratique les changements de mode de vie. Le coût des visites de suivi s'élevait à 130 dollars chacune, mais aucune évaluation officielle du rapport coût-efficacité n'a été effectuée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique innovatrice est considérée transférable, tel que le démontre son développement dans d'autres collectivités du nord de l'Alberta suivant la période initiale du projet pilote. Bien que l'une des premières cliniques à Red Deer soit fermée, il y



a maintenant huit collectivités hébergeant ces cliniques interprofessionnelles, qui effectuent le suivi de 1 800 patients au total. Parmi les cliniques actives, mentionnons les suivantes :

- Edmonton, Centre de santé communautaire du Nord-Est (date d'établissement en janvier 2004);
- Vermilion (date d'établissement en janvier 2004);
- Hinton (date d'établissement en janvier 2004);
- Wetaskiwin (date d'établissement en janvier 2004);
- Edmonton, Hôpital des Sœurs-grises (date d'établissement en octobre 2005);
- Edson (date d'établissement en janvier 2007);
- Grande Prairie (date d'établissement en février 2007);
- Fort McMurray (date d'établissement en juin 2008).

Parmi les défis dans le cadre du contexte qui ont été notés, mentionnons la sous-utilisation continue de thérapies éprouvées, la pénurie de médecins en milieu rural et les systèmes de paiement à l'acte qui ne sont pas conformes à la gestion continue des maladies chroniques. En ce qui a trait notamment à la mise en place de nouveaux programmes, une communication méthodique s'avérait nécessaire afin d'établir la confiance concernant la transcendance des rôles traditionnels exercés par les infirmières et infirmiers autorisés et de gérer les perceptions concernant le recoupement des services avec les programmes préexistants. Parmi les principaux facteurs contribuant à la réussite de ce programme, mentionnons le partenariat avec les régies régionales de la santé et la réception positive des collectivités participantes.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Carolyn Good

Titre : Coordinatrice du bureau

Organisme : Diabetic Nephropathy Prevention Clinics (cliniques de prévention de la néphropathie diabétique), Alberta Health Services

Courriel : carolyn.good@albertahealthservices.ca

Téléphone : 780-407-1443

Dernière mise à jour : 26 juillet 2013

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

Publications :

Senior, P.A., MacNair, L. et K. Jindal. *Delivery of multifactorial interventions by nurse and dietitian teams in a community setting to prevent diabetic complications: A quality improvement report*, dans *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 51, n° 3, 2008, p. 425-434. Extrait de : <http://www.ajkd.org/article/S0272-6386%2807%2901586-7/abstract>.

Gamble, J.M., Hoang, H., Eurich, D.T., Jindal, K.K. et P.A. Senior. *Patient level evaluation of community-based, multifactorial intervention to prevent diabetic nephropathy in northern Alberta, Canada*, dans *Journal of Primary Care & Community Health*, vol. 3, 2012, p. 111-119. Extrait de : <http://jpc.sagepub.com/content/3/2/111.full.pdf+html>.

Communications personnelles :

Senior, P.A. (25 juillet 2013). [Professeur adjoint et chercheur principal, Université de l'Alberta].

McKenzie, J. (July 25, 2013). [Gestionnaire de projet, Alberta Health Services].

External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001687>



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](#)

Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care Program (ACPAC) ou le programme destiné aux cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins de santé primaires
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à améliorer les compétences des cliniciens de niveau avancé qui soignent des patients souffrant d'arthrite. Lancé en 2005 à l'Hôpital St. Michael, en collaboration avec The Hospital for Sick Children à Toronto, le programme interprofessionnel compte maintenant plus de 37 diplômés qui travaillent dans des milieux cliniques variés aux quatre coins de l'Ontario.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme ACPAC a été conçu dans le but de s'attaquer aux problèmes liés à l'accessibilité des services offerts par des spécialistes du traitement de l'arthrite pour les personnes qui vivent avec la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrose et de se réorienter vers une approche interprofessionnelle de la prestation des soins qui met davantage l'accent sur le patient. Le programme ACPAC vise à offrir une formation avancée complète en rhumatologie et en orthopédie en optimisant la portée des ressources humaines en santé existantes. Ce programme de formation théorique et clinique destiné aux titulaires d'un permis d'exercice s'adresse aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes et au personnel infirmier de niveau avancé qui désirent perfectionner leurs connaissances et leurs pratiques pour le traitement des troubles musculosquelettiques et de l'arthrite. Le programme d'études normalisé, qui est donné par plus de 90 enseignants de plusieurs disciplines en Ontario, respecte des normes de formation et d'évaluation rigoureuses. Les personnes qui suivent le programme reçoivent un certificat du département de l'éducation permanente et du perfectionnement professionnel de la faculté de médecine de l'Université de Toronto. Les diplômés de ce programme sont appelés à faire un triage efficace, à fouiller les antécédents des patients de manière exhaustive et à soumettre ces derniers à un examen physique, à interpréter les résultats des tests de laboratoire et de l'imagerie diagnostique, à procéder à un dépistage précoce ou à entreprendre une surveillance et un suivi du traitement, à évaluer les médicaments et les complications et à éduquer les patients dans le contexte des troubles musculosquelettiques afin d'améliorer l'efficacité globale des soins.

Jusqu'à présent, le financement du programme ACPAC a été assuré principalement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et, en partie, par les droits de scolarité individuels. Le programme est approuvé par l'Alliance de l'arthrite du Canada ainsi que par la Société canadienne de rhumatologie. La Société de l'arthrite, les acteurs de l'industrie et le milieu universitaire (éducation permanente et perfectionnement professionnel de la faculté de médecine de l'Université de Toronto) figurent parmi les autres intervenants clés.

RÉPERCUSSIONS :

Les évaluations d'impact ont ciblé les fournisseurs de soins de santé qui participent au programme. Ces évaluations comportent des sondages qui recueillent de façon continue les impressions des étudiants inscrits au programme ACPAC à la ligne de départ, au milieu du parcours, puis à des intervalles de six et de 12 mois après l'obtention de leur diplôme. Des mesures des résultats, qui ont été créées avant la mise sur pied du programme, ont contribué à éclairer la conception du programme pour les années ultérieures. Les points particulièrement intéressants de ces évaluations sont notamment la détermination des modifications à apporter aux compétences nécessaires pour assumer les rôles, l'élaboration de normes pour les pratiques exemplaires et le repérage des obstacles et des outils habilitants pour les diplômés récents qui doivent s'acquitter de leur nouveau rôle dans des milieux cliniques diversifiés.

Selon les sondages réalisés et publiés en 2011, tous les diplômés étaient satisfaits du programme et l'ont trouvé très utile pour leurs pratiques cliniques. Les évaluations à l'échelle du système ont révélé des améliorations de l'accès, surtout dans les



régions rurales et éloignées, de l'incidence perçue des résultats pour les patients et des possibilités pour mieux faire connaître et élargir les rôles. Une évaluation exhaustive des services de santé menée auprès des diplômés du programme ACPAC peut être consultée dans le rapport sur les résultats du programme ACPAC à l'échelle du système (<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/programs/acpac-executive-summary.pdf>), qui a été présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en janvier 2012.

Le programme ACPAC a récolté plusieurs distinctions, y compris le prix d'excellence Colin Woolf pour l'élaboration de cours décerné par le département de l'éducation permanente et du perfectionnement professionnel en 2007, le prix d'excellence Ted Freeman pour la conception et la prestation d'une formation théorique sur les soins de santé destinée aux titulaires de permis d'exercice de l'Ontario attribué en 2008 et le prix d'innovation en ressources humaines remis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 2009.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

S'appuyant sur les retombées positives signalées depuis la mise sur pied du programme ACPAC, on cherche actuellement à obtenir un autre engagement d'aide financière échelonné sur cinq ans auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi qu'un appui non financier auprès des intervenants déterminés. Pendant cette période de transition, la Société de l'arthrite a financé généreusement le programme pour 2013-2014. L'accent sera accordé à l'élaboration d'un cadre national pour une formation normalisée sur le traitement de l'arthrite destinée aux titulaires d'un permis d'exercice, dont l'Université de Toronto demeurera le site central, et à l'expansion possible des affiliations avec d'autres établissements universitaires afin de créer des constituantes dans l'ouest et l'est du Canada. Au fur et à mesure que ce programme continuera d'évoluer, les points à aborder seront notamment les obstacles liés à la réglementation des établissements et des professions, l'accès et l'efficacité des soins ainsi que les indicateurs de coûts. En ce qui concerne les facilitateurs, les directives médicales et le soutien administratif auraient aidé à surmonter les problèmes d'ordre juridique afin que le fournisseur de soins le plus adéquat puisse fournir les services nécessaires, ce qui a pour effet de diminuer la dépendance directe envers les médecins et d'accroître l'efficacité globale du système. Les directeurs des programmes soulignent l'importance de l'effet de retombée sur les diplômés du programme ACPAC, dont la présence pourrait changer la prestation du traitement de l'arthrite dans leur lieu d'exercice respectif au sein des milieux cliniques diversifiés.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Katie Lundon, B.Sc. (physio.), M.Sc., Ph.D. ou D^{re} Rachel Shupak, M.D., FRCP(C)

Titre : Directrice générale du programme

Organisme : Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care, Hôpital St. Michael

Courriel : k.lundon@cogeco.ca

Dernière mise à jour : Le 1^{er} août 2013

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

Publication :

Lundon, K., Shupak, R., Reeves, S., Schneider, R. et McIlroy, J.H. (2009). The Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care program: An interprofessional model for transfer of knowledge for advanced practice practitioners. *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), 198–200. Extrait de : <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13561820802379987>

Autre profil :

Chronic Disease Management. (s.d.). ACPAC: Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care program 2013–2014. Extrait de : www.chronicdiseases.ca/arthriti

Communications personnelles :

Lundon, K. (courriels, 1^{er} août 2013).

External Source: <http://chronicdiseases.ca/arthriti/>



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](#)

Équipes de santé d'infirmières et infirmiers et de diététiciens pour prévenir les complications liées au diabète

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique innovatrice améliore la qualité du contrôle du diabète en ayant recours à des équipes interprofessionnelles de soins de santé effectuant des interventions auprès des personnes âgées de 17 ans et plus atteintes de diabète et d'hypertension ou d'albuminurie. Le projet pilote initial a été inauguré dans cinq collectivités au nord de l'Alberta en 2004. On a développé depuis le programme dans huit collectivités au total (deux collectivités urbaines et six rurales), desservant plus de 3 000 patients.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Pour aborder le fardeau de plus en plus grandissant du diabète et de la maladie chronique du rein, on a mis sur pied des équipes interprofessionnelles afin d'inclure une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé et un diététicien autorisé dans les cliniques comportant un endocrinologue, un néphrologue, une infirmière ou un infirmier praticien avancé et gestionnaire de projet, un pharmacien et un commis. Parmi les fonctions de l'infirmière ou de l'infirmier et du diététicien, mentionnons la promotion de l'élaboration et de l'utilisation de lignes directrices et protocoles fondés sur des données probantes, aidant à contrôler les facteurs de risque à l'aide d'une assistance professionnelle sur le mode de vie, de suivis réguliers et de l'adaptation d'interventions multifactorielles selon le perfectionnement individuel.

On a fait la promotion des cliniques auprès des fournisseurs de soins de santé afin d'entreprendre le processus d'orientation-recours. L'admission de nouveaux patients comprenait une évaluation normalisée menée par l'infirmière ou l'infirmier et le diététicien (d'une durée de deux heures); les visites subséquentes étaient d'une durée d'une heure et on a envoyé les rapports de chaque visite au médecin orienteur. Le programme d'éducation pour les infirmières et infirmiers et diététiciens associés à la mise en place de ce modèle de soins comprenait un programme de formation initiale en classe d'une durée de cinq jours, suivi de séances de formation mensuelles d'une journée, de séances de télésanté toutes les deux semaines et d'un mentorat continu sur place par l'infirmière ou l'infirmier praticien avancé du programme.

Au départ, le projet pilote était financé par le gouvernement provincial, avec un budget initial de 800 000 dollars par année. Le financement relève maintenant du Programme rénal du nord de l'Alberta, et de la région régionale de la santé en tant qu'employeur intérimaire.

RÉPERCUSSIONS :

Lors de la période initiale de collecte de données entre 2004 et 2005, on a reçu 570 clients dirigés, dont 99 p. cent étaient admissibles et provenaient essentiellement de médecins de famille (au lieu de spécialistes). Une période d'évaluation plus longue s'est poursuivie jusqu'en 2007, au cours de laquelle on a effectué le suivi de 235 patients pendant une année d'obtention de services. On a signalé des améliorations importantes du point de vue clinique chez les patients pour l'ensemble des indicateurs en ce qui concerne la tension artérielle, la glycémie, les taux de lipide et l'albuminurie. Toutefois, les patients qui ne respectaient pas les changements de mode de vie comme le renoncement au tabac présentaient de moins bons résultats cliniques. La réussite a été attribuée au rôle de l'équipe interprofessionnelle et aux visites de suivi visant à renforcer les conseils des médecins pour mettre en pratique les changements de mode de vie. Le coût des visites de suivi s'élevait à 130 dollars chacune, mais aucune évaluation officielle du rapport coût-efficacité n'a été effectuée.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique innovatrice est considérée transférable, tel que le démontre son développement dans d'autres collectivités du nord de l'Alberta suivant la période initiale du projet pilote. Bien que l'une des premières cliniques à Red Deer soit fermée, il y



à maintenant huit collectivités hébergeant ces cliniques interprofessionnelles, qui effectuent le suivi de 1 800 patients au total. Parmi les cliniques actives, mentionnons les suivantes :

- Edmonton, Centre de santé communautaire du Nord-Est (date d'établissement en janvier 2004);
- Vermilion (date d'établissement en janvier 2004);
- Hinton (date d'établissement en janvier 2004);
- Wetaskiwin (date d'établissement en janvier 2004);
- Edmonton, Hôpital des Sœurs-grises (date d'établissement en octobre 2005);
- Edson (date d'établissement en janvier 2007);
- Grande Prairie (date d'établissement en février 2007);
- Fort McMurray (date d'établissement en juin 2008).

Parmi les défis dans le cadre du contexte qui ont été notés, mentionnons la sous-utilisation continue de thérapies éprouvées, la pénurie de médecins en milieu rural et les systèmes de paiement à l'acte qui ne sont pas conformes à la gestion continue des maladies chroniques. En ce qui a trait notamment à la mise en place de nouveaux programmes, une communication méthodique s'avérait nécessaire afin d'établir la confiance concernant la transcendance des rôles traditionnels exercés par les infirmières et infirmiers autorisés et de gérer les perceptions concernant le recoupement des services avec les programmes préexistants. Parmi les principaux facteurs contribuant à la réussite de ce programme, mentionnons le partenariat avec les régions régionales de la santé et la réception positive des collectivités participantes.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Carolyn Good

Titre : Coordinatrice du bureau

Organisme : Diabetic Nephropathy Prevention Clinics (cliniques de prévention de la néphropathie diabétique), Alberta Health Services

Courriel : carolyn.good@albertahealthservices.ca

Téléphone : 780-407-1443

Dernière mise à jour : 26 juillet 2013

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

Publications :

Senior, P.A., MacNair, L. et K. Jindal. *Delivery of multifactorial interventions by nurse and dietitian teams in a community setting to prevent diabetic complications: A quality improvement report*, dans *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 51, n° 3, 2008, p. 425-434. Extrait de : <http://www.ajkd.org/article/S0272-6386%2807%2901586-7/abstract>.

Gamble, J.M., Hoang, H., Eurich, D.T., Jindal, K.K. et P.A. Senior. *Patient level evaluation of community-based, multifactorial intervention to prevent diabetic nephropathy in northern Alberta, Canada*, dans *Journal of Primary Care & Community Health*, vol. 3, 2012, p. 111-119. Extrait de : <http://jpc.sagepub.com/content/3/2/111.full.pdf+html>.

Communications personnelles :

Senior, P.A. (25 juillet 2013). [Professeur adjoint et chercheur principal, Université de l'Alberta].

McKenzie, J. (July 25, 2013). [Gestionnaire de projet, Alberta Health Services].



External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=service&rid=1001687>



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

Cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:		CADRE CATÉGORIE:	

APERÇU : Cette pratique innovatrice fournit des outils stratégiques visant à aider à orienter l'amélioration de la qualité continue en ce qui concerne l'élaboration des politiques et programmes gouvernementaux en soins de santé. La pratique fut inaugurée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada en 2012 afin d'établir un système national d'agrément culturellement significatif pour les services de santé et traitement des Premières nations et des Inuits dans les réserves au Canada et est mise en œuvre par un petit groupe de personnel et un consultant externe en formation.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité (CSAQ) de la DGSPNI s'appuie sur la vision et les activités de la Direction générale visant à établir un système national d'agrément culturellement significatif pour les services de santé et traitement des Premières nations et des Inuits dans les réserves au Canada. Le CSAQ assure une compréhension commune de ce que représente la qualité pour la DGSPNI à l'aide d'une approche intégrée à l'échelon de la Direction générale destinée à l'usage de l'administration centrale et du personnel régional. Le CSAQ a pour but d'intégrer l'amélioration de la qualité pour tous les aspects touchant les programmes de la DGSPNI. Plus précisément, le cadre vise à :

- démontrer un leadership et un engagement pour l'amélioration de la qualité des services de santé des Premières nations et des Inuits;
- mieux harmoniser les activités et les initiatives d'amélioration de la qualité au sein de la DGSPNI;
- assurer la qualité et la valeur des services et des programmes à l'aide de l'amélioration de la qualité de façon continue et coordonnée.

Parmi les éléments composant le cadre, mentionnons une vision, un objectif, des principes directeurs et six aspects touchant la qualité :

- accessible
- axé sur la clientèle
- culturellement compétent
- efficace
- efficient
- sécuritaire

Il est prévu que la mise en œuvre complète sera réalisée en 2017, soit environ cinq ans après la date d'inauguration. La mise en œuvre est déterminée selon le modèle d'amélioration et comprend l'utilisation de cycles PEEA (Planification-Exécution-Étude-Action). Sept facteurs clés ont été établis afin d'aider à orienter les activités de mise en œuvre : un leadership solide, des plans d'amélioration de la qualité bien définis, la communication efficace des activités d'amélioration de la qualité, la motivation et la volonté d'amélioration, la mesure du rendement et l'évaluation, un soutien adéquat pour la mise en œuvre ainsi que la célébration et la reconnaissance de la réussite.



Tout au cours de la phase de mise en œuvre, une unité responsable de l'amélioration de la qualité et l'agrément coordonnera la formation et l'aide nécessaires afin d'aider les équipes de programme à apprendre comment élaborer et mettre en œuvre des plans d'amélioration de la qualité. Cette unité fera également l'inauguration d'un guide de l'utilisateur et abordera les prescripteurs, comme le groupe de gestion du changement de la DGSPNI, afin d'aider à promouvoir le cadre. Au cours de la première année de mise en œuvre, on a recherché des adopteurs précoces volontaires, notamment le personnel responsable des politiques de soins primaires et le personnel d'autres secteurs de programme. Au cours de la deuxième année, la formation sera dispensée par un expert à l'externe et par le personnel de la DGSPNI.

RÉPERCUSSIONS :

Le cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité de la DGSPNI fut mis en œuvre à l'automne 2012 et n'a pas fait l'objet d'une évaluation à l'heure actuelle.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le fondement du cadre stratégique s'appuie sur un examen approfondi des initiatives et approches en matière d'amélioration de la qualité au Canada (p. ex. les conseils provinciaux sur la qualité des soins de santé) et, à l'échelle internationale, comme au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Suède. D'autres recherches sur l'amélioration de la qualité des services propres à la santé autochtone portaient sur les modèles en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Cette initiative est, en théorie, applicable et transférable à d'autres établissements visant à mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité.

Plusieurs leçons retenues peuvent aider d'autres intervenants à appliquer cette pratique à d'autres établissements :

- Lors de l'élaboration du cadre, les fonctionnaires issus de divers ministères au niveau opérationnel aideront à harmoniser le contenu du nouveau cadre selon les initiatives connexes (comme les cadres stratégiques pour l'agrément et les outils d'amélioration de la qualité en ce qui concerne la prestation des services).
- La consultation d'experts à l'externe pour examiner le cadre peut aider à améliorer la crédibilité dans le contexte canadien.
- La mise en œuvre nécessite du temps, la gestion du changement et la formation du personnel.
- Il est important de prévoir la disponibilité limitée des ressources qui sont nécessaires pour la mise en œuvre d'un cadre d'amélioration de la qualité en période de compressions budgétaires du gouvernement fédéral.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jennifer Greene

Titre : Gestionnaire, Programme d'amélioration de la qualité et d'agrément

Organisme : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, gouvernement du Canada

Courriel : jennifer.greene@hc-sc.gc.ca

Téléphone : 613-954-2295

Dernière mise à jour : 21 août 2013

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

Autres :

Santé Canada, DGSPNI. Réponse au Sondage du Conseil canadien de la santé sur l'amélioration de la qualité des soins de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, 20 août 2012.

Santé Canada, DGSPNI. (examen en date du 26 août 2013). [Santé Canada, DGSPNI, bureau du sous-ministre adjoint]



Greene, J. (entrevue en date du 19 juillet 2013). [Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits].

Publications

Santé Canada. *Agrément des services de santé des Premières nations et des Inuits – Cadre stratégique*, 2009. Extrait de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/accred-agrem/acc-agr-fra.php>.

Santé Canada. *Building quality healthcare*, Ottawa, Ontario, gouvernement du Canada, 2011.

Santé Canada, DGSPNI. *Quality Improvement Policy Framework*, Ottawa, Ontario, gouvernement du Canada, 2012.



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

Patient's View : un programme de signalement par la famille pour la sécurité des patients

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice met à contribution les patients et les familles afin de déclarer des événements indésirables en mettant sur pied un programme de signalement par la famille pour la sécurité des patients à l'aide d'un modèle de mobilisation en face-à-face et de bénévoles formés. Lancé en 2012 dans une unité de malades hospitalisés d'un hôpital de soins tertiaires pédiatrique, en Colombie-Britannique, le projet pilote initial s'étend maintenant à d'autres unités de l'hôpital.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Selon des études réalisées au Canada et dans d'autres pays, les événements indésirables qui causent des méfaits toucheraient environ 10 % des patients admis à l'hôpital et près de la moitié de ces événements seraient évitables. Dans les hôpitaux pédiatriques canadiens, plus de 9 % des enfants connaissent un événement indésirable, et le risque est presque trois fois plus élevé dans les centres d'études que dans les hôpitaux communautaires. Afin de diminuer la fréquence des événements indésirables, les responsables doivent pouvoir disposer de renseignements fiables, tirer des leçons de ces renseignements et mettre les enseignements en application dans le but de rendre le système de soins de santé plus sécuritaire. De nombreuses occasions d'amélioration sont ratées parce que les rapports réalisés par les fournisseurs sous-représentent de manière importante les taux réels d'événements indésirables. Les événements décelés par les patients et les familles apportent donc une perspective unique sur la sécurité des patients.

Un outil sur le Web appelé le Bedside Observer (observateur de chevet) a été conçu et évalué en 2008-2009. Les signalements des inquiétudes des familles à l'égard des enfants admis dans une unité du BC Children's Hospital ont été recueillis à l'aide d'une version du BC Patient Safety & Learning System (BC PSLs), un système de déclaration d'effets indésirables sur le Web. La recherche a validé l'outil et le processus, en plus de montrer que les familles sont capables de déceler et de signaler de manière fiable des événements indésirables légitimes.

Afin de mettre cette recherche en pratique, un groupe d'étude du BC PSLs et du BC Children's Hospital a lancé un projet pilote dans une unité de malades hospitalisés en août 2012. Un modèle novateur de mobilisation en face-à-face des patients et des familles a été mis à l'essai. Huit personnes sélectionnées parmi un bassin de bénévoles ont reçu une orientation sur le nouveau rôle et ont été déployées avec un ordinateur portable afin de recueillir le « point de vue du patient ». Le personnel de l'unité pilote a été informé et mobilisé à l'aide de visites d'inspection, d'affiches et de courriels.

Le processus fonctionne de la façon suivante :

- Les bénévoles reçoivent une liste de l'infirmière responsable sur laquelle figurent les familles des patients dont le congé est prévu dans les 48 heures qui seraient de bonnes candidates pour l'entrevue.
- Les bénévoles approchent et mobilisent les familles qui sont au chevet des patients en les invitant à raconter leurs préoccupations relatives à la sécurité à l'aide de l'ordinateur portable et d'un outil sur le Web validé.
- Le responsable de la qualité examine le rapport, puis le personnel et les responsables se servent de la rétroaction pour planifier des mesures opportunes ainsi que des améliorations de la qualité.

Malgré l'accent mis sur les événements indésirables et sur les préoccupations relatives à la sécurité, les familles sont quand même invitées à décrire toutes les mesures qu'elles ont vu le personnel ou l'administration de l'hôpital prendre pour rendre les soins sécuritaires.

RÉPERCUSSIONS :



L'outil Web Patient's View s'inspire d'un outil mis à l'essai et validé qui était anciennement connu sous le nom de Bedside Observer, dont l'évaluation officielle a été relatée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Le projet pilote actuel a été évalué pendant une période de 10 semaines et jugé efficace selon plusieurs indicateurs. Cinquante et un pour cent des familles admissibles y ont participé ($n = 51$), ce qui représente 12 % de l'ensemble des congés d'hôpital. Les familles ont aimé se faire questionner sur leurs expériences et elles étaient en mesure de faire des déclarations exactes et légitimes sur des événements indésirables et des préoccupations liées à la sécurité. Parmi les 76 préoccupations signalées, 70 (92 %) ont été évaluées et jugées valables par deux experts de la sécurité des patients indépendants. Les signalements sur la sécurité portaient sur les médicaments, le matériel, des complications liées aux soins et le manque de communication entre la famille et le personnel.

Le modèle pour les bénévoles a permis de mobiliser les familles et de leur donner une autre tribune pour témoigner. Les bénévoles se sont également sentis appréciés et ils ont déclaré avoir reçu une formation et un soutien adéquats. Tous les bénévoles recommanderaient l'expérience à d'autres personnes.

Les renseignements glanés parmi les rapports réalisés dans le cadre du programme Patient's View ont permis au personnel et aux responsables d'améliorer les communications avec les familles et d'éclairer les initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité, notamment l'adoption de nouvelles méthodes pour le bilan comparatif des médicaments et les transferts de soins ainsi que la normalisation des processus pour la maîtrise de la douleur post-opératoire et pour la gestion de la circulation dans le service des urgences.

Le modèle pour les bénévoles favorise la collecte de données gratuite. Il y a toutefois des coûts liés au matériel et au personnel. L'ordinateur portable utilisé au début du programme sera bientôt un iPad qui aura été donné à l'hôpital. Le personnel est composé d'un responsable de projet (0,4 ETP) qui forme les bénévoles, qui supervise la mise en œuvre du programme et qui rassemble les données chaque mois afin de renseigner la direction sur les priorités liées à l'amélioration de la qualité. Le temps nécessaire pour examiner les rapports présentés est minime et faisable. Par exemple, pour 51 rapports multipliés par cinq minutes par examen, il a fallu 4,25 heures au cours du projet pilote.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le projet pilote, qui tentait de mettre la recherche en pratique, faisait appel à un outil sur le Web adapté d'une version antérieure qui avait déjà été évaluée et validée officiellement.

Commune programme Patient's View s'étend à d'autres unités du BC Children's Hospital, il peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux de soins actifs. Le Great Ormond Street Hospital, à Londres, au Royaume-Uni, et The Hospital for Sick Children, à Toronto, mettent déjà la méthode à l'essai. On estime que les résultats positifs peuvent être reproduits dans d'autres milieux. En plus d'avoir été mis à l'essai auprès de la population pédiatrique, ce modèle sera également testé auprès de la population adulte en 2014.

Les principaux facteurs de réussite :

- former un groupe d'étude interprofessionnel dévoué pour la conception et la mise en place;
- avoir le soutien de la haute direction;
- recueillir les impressions des patients et des familles, du personnel clinique ainsi que des responsables de la qualité et de la sécurité;
- faire appel à des bénévoles qui aimeraient faire carrière dans le domaine de la santé.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : www.bcpsls.ca

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Denise Hudson

Titre : Responsable de la qualité, Éducation et gestion du changement

Organisme : British Columbia Patient Safety and Learning System



Courriel : dhudson@cw.bc.ca

Téléphone : 604-877-6427

Dernière mise à jour : Le 22 juillet 2013

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

Communication personnelle :

Hudson, D. (présentation originale, juillet 2013). [BC PSLs].

Publications :

De Fries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J. et Boermeester, M.A. (2008). « The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review », *Quality & Safety in Health Care*, vol. 17, n° 3, p. 216–223. Extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569153/>

Matlow, A.G., Baker, G., Flintoft, V., Cochrane, D., Coffey, M., Cohen, E., ... Nijssen-Jordan, C. (2012). « Adverse events among children in Canadian hospitals: The Canadian paediatric adverse events study », *CMAJ*, vol. 184, n° 13. doi: 10.1503/cmaj.112153. Extrait de : <http://www.cmaj.ca/content/184/13/E709.full>

Daniels, J.P., Hunc, K., Cochrane, D.D., Carr, R., Shaw, N.T., Taylor, A., ... Ansermino, J.M. (2012). « Identification by families of pediatric adverse events and near misses overlooked by health care providers », *CMAJ*, vol. 184, n° 1. doi: 10.1503/cmaj.110393. Extrait de : <http://www.cmaj.ca/content/184/1/29.full>

External Source: www.bcpsls.ca



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

Le programme Managing Obstetrical Risk Efficiently (MOREOB) en Colombie-Britannique

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à inculquer une culture de la sécurité en obstétrique. Lancée en Colombie-Britannique dans le territoire couvert par la Northern Health Authority, la pratique faisait appel à une équipe composée d'éducateurs, d'obstétriciens, de médecins, de sages-femmes, de membres du personnel d'unités des naissances, d'infirmières, d'administrateurs et de vérificateurs

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme MORE^{OB} est une initiative interprofessionnelle axée sur la sécurité des patientes qui a pour but de diminuer le nombre d'événements indésirables et d'erreurs en obstétrique. Le programme a été conçu pour aider à créer un milieu de travail dans l'unité des naissances qui élimine les cloisonnements professionnels autonomes, la hiérarchie organisationnelle, l'absence de communication, le travail d'équipe non coordonné et la culture du blâme.

Le programme permet d'atteindre cet objectif en réunissant l'équipe d'obstétrique pour effectuer un examen régulier de la formation, des pratiques et des cas. Les activités prévues par le programme sont notamment des analyses de l'environnement, des sondages sur la satisfaction des patientes, des mises à jour sur les nouvelles données probantes et les pratiques exemplaires, des ateliers ainsi que des exercices liés aux compétences.

La structure du programme MORE^{OB} repose sur les principes des organisations à haute fiabilité suivants :

- 1) La sécurité des patients est la priorité et la responsabilité de tous.
- 2) La communication est très importante.
- 3) Les opérations sont un effort d'équipe.
- 4) La hiérarchie disparaît en situation d'urgence.
- 5) Des répétitions sont prévues pour les situations d'urgence.
- 6) Des examens interprofessionnels sont menés régulièrement.

Le programme MORE^{OB} a été initialement créé par la division de la sécurité des patientes de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en 2002. La Northern Health Authority de Colombie-Britannique a adopté le programme MORE^{OB} dans ses établissements cliniques en 2006.

RÉPERCUSSIONS :

Les progrès et les résultats de la mise en place du programme MORE^{OB} en Colombie-Britannique ont été relatés dans le portail de l'innovation en santé de la Colombie-Britannique ainsi que dans des sites Web gouvernementaux et des revues spécialisées.

L'évaluation du programme en 2009 a indiqué que 93 % des fournisseurs de soins de santé en obstétrique de Northern Health, y compris des médecins, des sages-femmes, des infirmières et des administrateurs, ont participé à l'initiative. Lors de l'évaluation des résultats, le Patient Safety and Quality Council a déclaré que la région sanitaire avait connu une croissance sur le plan des capacités en matière de leadership visant à rendre les soins aux patients plus sûrs. Les sondages ont donné à entendre que les fournisseurs de soins saisissent mieux la culture de travail, ce qui se traduit par une amélioration du maintien en poste et du recrutement dans tous les secteurs. Il y a un meilleur esprit d'équipe et, comme les participants travaillent de



façon plus cohérente, ils sont de plus en plus fiers de faire partie de l'équipe. Le changement de culture auto-déclaré a connu une augmentation et une amélioration constantes selon l'outil d'évaluation du changement de culture. Les résultats liés à l'amélioration des connaissances se sont améliorés. De façon plus précise, toutes les disciplines ont fait preuve d'une base de connaissances commune. Les participants comprennent l'importance de vérifier et de suivre régulièrement les événements qui n'ont pas causé de préjudices et de participer aux exercices courants liés aux compétences et aux urgences. Les renseignements statistiques obtenus de la base de données du programme de santé périnatale de la Colombie-Britannique montrent également des améliorations dans le nombre de déclenchements artificiels du travail, d'accouchements par césarienne et de nouveau-nés qui ont des gaz dans le sang de leur cordon ombilical après l'accouchement.

Les succès remportés par la Northern Health Authority lui ont valu le BC Quality Award 2009 décerné par le British Columbia Patient Safety and Quality Council pour la mise sur pied du programme MORE^{OB}.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Depuis la mise en place du programme MORE^{OB} par la Northern Health Authority, l'initiative a été mise sur pied aux quatre coins du Canada ainsi qu'aux États-Unis, où elle a donné de bons résultats. Le programme s'étend dans plus de 260 hôpitaux et compte 13 000 participants.

Après plus de 10 ans d'activité en Amérique du Nord, les hôpitaux participants indiquent que le programme MORE^{OB} a :

- ? amélioré les résultats et diminué les préjudices envers les mères et les bébés;
- ? diminué les coûts engendrés par les poursuites en responsabilité médicale et le coût moyen par réclamation;
- ? amélioré la normalisation et l'uniformité des pratiques liées aux soins;
- ? amélioré et entretenu la culture axée sur la sécurité des patientes;
- ? amélioré les connaissances cliniques de base pour les participants dans tous les niveaux de soins hospitaliers;
- ? créé un environnement dans lequel les participants veulent demeurer engagés.

De plus, les données d'une étude indépendante ont révélé que le programme MORE^{OB} a eu des effets positifs et durables, notamment :

- une diminution de 12 % de la durée des séjours de plus de deux jours;
- une diminution de 31 % de l'usage de ventilateurs pour les nourrissons;
- une diminution de 24 % de la morbidité infantile élevée;
- une diminution de 18 % de la mortalité infantile.

En Colombie-Britannique, le programme MORE^{OB} a été mis sur pied à Kamloops et à Kelowna en 2012 et en 2013 respectivement. Il n'y a pas eu d'évaluation dans ces localités à cette étape-ci.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Fraser Bell

Titre : Vice-président, Planification, qualité et gestion de l'information

Organisme : Northern Health Authority

Courriel : fraser.bell@northernhealth.ca

Téléphone : 250-565-2649

Dernière mise à jour : Le vendredi 30 août 2013

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

Publication :



Joint Position Paper Working Group. (2012). « Joint position paper on rural maternity care », *Can J Rural Med*, vol. 17, n° 4, p. 135–143. Extrait de : <http://srpc.ca/rr2013/thebus/jpponmc.pdf>

Autres : (incluant les soumissions, les résumés et les présentations)

BC Health Innovation. (octobre 2009). *Managing obstetrical risk efficiently (MOREob)*. Extrait de : <https://www.healthinnovation.gov.bc.ca/hir/faces/CategoryListing.jsp>

Salus Global. (2011). *More^{OB}: Taking care of life*. Extrait de : <http://moreob.com/images/pdfs/en/moreob-brochure.pdf>

Jensen, C. (28 octobre 2009). *B.C. health region wins provincial patient safety award for implementing MORE^{OB}*. Extrait de : <http://www.moreob.com/news/15-bc-health-region>

2009 BC Quality Awards:
<http://bcpsqc.ca/bc-quality-awards/2009-bc-quality-awards/northern-health-managing-obstetrical-risk-efficiently/>

External Source: <http://moreob.com/>



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

Outil d'identification et de communication des incidents préjudiciables en milieu hospitalier

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU :

Cette pratique innovatrice permet d'établir les incidents préjudiciables dans le contexte de la sécurité des patients de manière simple et accessible. L'outil fut mis à l'essai au départ en 2009 et est maintenant entièrement intégré à tous les emplacements d'un organisme de la santé de taille importante en Ontario.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'outil d'identification des incidents préjudiciables a été conçu pour contribuer à établir une culture de sécurité des patients. Malgré les efforts diversifiés (comme la mise en œuvre de programmes d'éducation, l'élaboration de politiques, les cartes de flux, les études documentaires, les présentations par affiches et les exposés) effectués au fil des ans dans le William Osler Health System (WOHS), il n'y avait toujours pas de consensus au sein de l'organisation sur ce qui constituait un incident préjudiciable. Étant donné l'engagement de l'organisation en matière de qualité et de sécurité des patients, cet outil a été conçu pour aider les membres du personnel à établir les incidents préjudiciables qu'ils avaient l'obligation de communiquer.

Selon l'outil, un incident préjudiciable se définit de la façon suivante : « Un incident qui est imprévu dans la prestation de soins de santé et qui entraîne un préjudice, et n'est pas attribuable à des complications reconnues et a une incidence négative sur la santé et la qualité de vie d'un patient. » L'outil a été conçu pour être accessible pour tous. Il pose quatre questions simples :

- 1) L'événement a-t-il causé un préjudice (a-t-il eu une incidence négative sur la santé ou le bien-être général) chez le patient dans le moment présent, et/ou causera-t-il un préjudice dans l'avenir?
- 2) L'événement était-il imprévu?
- 3) L'événement s'est-il produit au cours d'un traitement médical?
- 4) L'événement a-t-il été causé par un facteur autre que la maladie ou l'affection sous-jacente du patient?

Une réponse affirmative à l'ensemble de ces quatre questions permet d'établir un incident préjudiciable. La communication et le rapport suivent l'identification. La mise en œuvre de l'outil a démontré qu'une fois que l'on avait surmonté l'obstacle lié à l'identification, les obligations en matière de communication et de rapport étaient claires et bien comprises par les membres du personnel.

La création de l'outil a été amorcée sous la forme d'un projet d'amélioration de la qualité suivant un examen d'Agrément Canada en 2009, et l'outil a été conçu par l'éthicien de l'hôpital. Il est maintenant entièrement intégré et implanté à tous les emplacements du WOHS. On a procédé à la mise en œuvre de l'outil à l'aide de séances d'information régulières en petits groupes sur la sécurité du personnel. Des versions sous forme aimantée de l'outil de communication sont affichées dans de nombreux secteurs de l'hôpital, tandis que l'outil de poche est utilisé par le personnel et les médecins. L'outil n'a pas été modifié de sa forme originale et on continue de l'utiliser afin d'établir les événements indésirables.

RÉPERCUSSIONS :

On a évalué l'outil de poche à la suite de la mise en œuvre en mesurant le pourcentage de communications par rapport au nombre total d'incidents liés à l'administration de médicaments ainsi qu'aux tests et procédures lors des périodes s'échelonnant d'avril à décembre 2009 et de janvier à septembre 2010. Selon les résultats, le nombre de communications s'est accru de façon avantageuse.



À la suite de la mise en œuvre, le pourcentage de communications en lien avec le nombre total d'incidents s'est accru pour les erreurs liées à l'administration de médicaments. Le pourcentage de communications le plus faible était en juin 2009 et inférieur à 20 p. cent; le pourcentage de communication des incidents liés à l'administration de médicaments se situe maintenant en moyenne à 40 p. cent. Au cours de la même période, le pourcentage de communications en lien avec le nombre total de tests et procédures s'est également accru de manière considérable. En avril 2010 et juin 2010, on a atteint un pourcentage de communication totale (100 p. cent) des incidents liés aux tests et procédures. Le pourcentage le plus faible se situait à 20 p. cent en octobre 2009, mais il n'a pas diminué à moins de 40 p. cent au cours de 2010. Les témoignages des membres du personnel confirment également que l'outil est utile lorsqu'il s'agit de préciser dans quels cas on doit communiquer et faire rapport d'un incident, et leur donne l'assurance que l'identification des incidents n'est pas effectuée de façon arbitraire.

Aucun coût n'est associé à cet outil mis à part le temps nécessaire pour l'éthicien pour informer le personnel et la production de cartes de poche et supports magnétique.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cet outil constitue un élément principal de la création d'une culture de sécurité des patients, car on ne disposera d'aucun processus d'identification et de communication, à moins que l'on convienne de l'identification par un moyen simple des incidents préjudiciables qui doivent être communiqués.

L'outil provient du département de l'éthique au WOHS et ne s'appuie sur aucun autre modèle. Il fut mis à l'essai pour la première fois en 2009 et est maintenant répandu et entièrement intégré dans tous les secteurs du WOHS. De plus, on a partagé l'outil avec d'autres hôpitaux partout en Ontario. Il a suscité l'attention après avoir remporté le prix *3M Quality & Safety Award* lors de la *Health Achieve Conference* de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (2010), et d'autres hôpitaux s'intéressent à adapter l'outil pour leur établissement. L'outil peut, en théorie, être transférable et applicable à d'autres hôpitaux dans la province et partout au Canada.

Une des leçons retenues lors de la mise en œuvre est de concevoir l'outil avec un support magnétique et de l'afficher bien en vue dans les salles de l'hôpital. L'outil n'a pas été modifié de sa forme originale et demeure d'actualité au fil du temps. Alors que d'autres méthodes de diffusion, comme les affiches, sont souvent éliminées au fil du temps, l'outil magnétique demeure en place. Afficher un outil à un endroit où il sera visible et durable constitue un aspect important du transfert des connaissances et de l'intégration des nouvelles pratiques.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Paula Chidwick

Titre : Directrice, Éthique clinique et organisationnelle

Organisme : William Osler Health System

Courriel : paula.chidwick@williamoslerhs.ca

Téléphone : 416-274-6246

Dernière mise à jour : 16 juillet 2013

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

Communications personnelles :

Chidwick, P. (examen et rétroaction en date de juillet 2013). [William Osler Health System].

Publications :

Institut canadien pour la sécurité des patients. *Canadian Disclosure Guidelines: Being open with patients and families*, novembre 2011. Extrait de : www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/disclosure/pages/default.aspx.

Autres profils :

Autres :

Chidwick, P. Présentation de résumé dans le cadre du Symposium national sur les soins de santé intégrés du Conseil canadien



de la santé (2012).



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

Physicians Data Collaborative (PDC)

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Dossiers de santé électroniques
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice comble le besoin d'améliorer les soins aux patients en permettant les échanges de données cliniques entre les divisions de la pratique familiale. Elle a été lancée en Colombie-Britannique avec 25 divisions de la pratique et reposait sur le travail d'une équipe de développement composée d'un expert-conseil de MEDIC, d'un gestionnaire de projet et d'un conseil d'administration comprenant des représentants de toutes les régions de la santé et des établissements d'enseignement.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Physicians Data Collaborative (PDC) est un organisme sans but lucratif qui permet d'utiliser les données cliniques en collaboration pour améliorer les soins aux patients. Le PDC a été créé en 2010 et incorporé en février 2012. Vingt-cinq divisions de la pratique familiale de toute la Colombie-Britannique soutiennent le PDC financièrement. Outre ce financement vital, les divisions participantes fournissent au PDC les conseils et l'information dont il a besoin pour planifier ses activités et échanger des données en toute sécurité par l'entremise d'un réseau de données distribué. Dans le réseau de données distribué du PDC, les données des patients sont toujours contrôlées par leur médecin. Dans cette conception, plutôt que d'envoyer des données à un dépôt central, on ne fait qu'échanger des informations sommaires. Les questions sont envoyées aux pratiques et seules les réponses aux questions sont renvoyées. Le centre résume alors les résultats de toutes les pratiques.

Le PDC a pour but de créer un réseau de données distribué qui repose sur les médecins de première ligne et appartient aux divisions et est contrôlé par celles-ci. Le réseau de données pourrait permettre :

- De fournir des données pour motiver et évaluer les initiatives des divisions et appuyer les demandes de financement des divisions;
- De réaliser des activités d'amélioration de la qualité des soins cliniques et une pratique réflexive en matière de formation médicale continue (FMC);
- De répondre aux questions relatives aux soins cliniques et à la recherche qui présentent un intérêt pour les praticiens de première ligne;
- De répondre aux questions sur la santé de la population pour faciliter la gestion du système de santé et améliorer les soins aux patients.

Les principes fondamentaux du travail du PDC consistent à assurer la transparence du processus, à adopter une approche coopérative au développement et à utiliser les données de manière à maintenir la confidentialité des renseignements des médecins et des patients.

Le conseil d'administration du PDC comprend des résidents des cinq régions de la santé de la Colombie-Britannique et des utilisateurs de six systèmes de dossiers médicaux électroniques : Profile (Intrahealth), Jonoke, Med Access, MOIS, OSCAR et Wolf (TELUS Health Solutions). Le conseil se réunit une fois par mois, généralement par téléconférence. Des réunions en personne d'une journée ont lieu trimestriellement.

RÉPERCUSSIONS :

Le PDC, qui est encore en phase émergente, a mis l'accent sur le développement de son infrastructure et commencé par réaliser de petits projets d'amélioration de la qualité. Les jalons sont publiés sous forme de mises à jour et de rapports annuels sur son site Web.

À l'été de 2012, le PDC a commencé par retenir les services de Mohawk eHealth Development and Innovation Centre (MEDIC)



comme expert-conseil en informatique et à travailler à son cadre de conception technique. En novembre 2012, MEDIC a présenté son rapport final sur les spécifications pour les composants du réseau de données distribué, le site Web du PDC était prêt à entrer en service et un projet de recherche et d'évaluation des données des DME était en train d'être réalisé avec l'Université de la Colombie-Britannique. La charte du PDC a été rédigée dans le cadre des tables rondes provinciales des divisions de la pratique familiale et approuvée ensuite à l'hiver 2013.

En février 2013, le PDC était en train de créer activement des partenariats et de travailler avec les intervenants à de petits projets d'amélioration de la qualité. Par exemple, le projet de recherche et d'évaluation des données des DME a été achevé et un aperçu d'un composant adaptateur des DME a été créé pour rendre utilisable le réseau de données distribué. Le PDC a embauché un gestionnaire de projet chargé de diriger ces initiatives. Depuis, il a publié son premier rapport annuel qui présente un plan stratégique, une liste des divisions participantes, une définition des rôles, les progrès réalisés en matière de développement du logiciel et les projets à faible technicité réussis en cours de réalisation. D'autres résultats, y compris l'exploitabilité et la présentation des rapports sur la satisfaction des médecins, restent à venir.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le PDC est en partie une adaptation de l'approche adoptée par Pegasus Health à l'utilisation des données cliniques en collaboration visant à améliorer les soins aux patients au cours des vingt dernières années. Pegasus Health est une association de praticiens indépendants de Christchurch, en Nouvelle-Zélande, très semblable à la Division de la pratique familiale en C.-B.

SITE WEB DE LA PRATIQUE :

<https://www.divisionsbc.ca/datacollaborative/home>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Claire Doherty

Titre : Directrice administrative

Organisme : Physicians Data Collaborative

Courriel : physiciansdatacollaborative@yahoo.ca

Téléphone : S.O.

Dernière mise à jour : Le 6 août 2013

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

Hobson, B. (2013) *Physicians Data Collaborative*. [Notes d'une présentation faite au Forum de la qualité de la C.-B.] Consulté à l'adresse <http://www.slideshare.net/bcpsqc/b8-bruce-hobson-16790135>

Divisions de la pratique familiale (pas de données) *Physicians Data Collaborative*. Consulté à l'adresse <https://www.divisionsbc.ca/provincial/pdc>

LEAD Lab (mars 2013). *BC primary care distributed data networks workshop*. [Notes de présentation]. Consulté à l'adresse <http://www.leadlab.ca/wp-content/uploads/2013/03/SCOOP-01-Mar-2013.pdf>



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

Patient Navigation Program for Low-Income Women with Breast Cancer: Seminal Innovation at Harlem Hospital, New York City (programme d'orientation des patients pour les femmes atteintes du cancer du sein et ayant un faible revenu : innovation déterminante)

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	De pointe

APERÇU :

Cette pratique innovatrice aborde les obstacles que connaissent les femmes ayant un faible revenu lors du dépistage, du diagnostic et du traitement du cancer du sein. La pratique a été inaugurée à New York au centre hospitalier de Harlem et faisait intervenir des membres de la collectivité ayant reçu une formation en orientation des patients.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le premier programme d'orientation des patients a été établi à New York afin de réduire les disparités concernant l'accès au diagnostic et au traitement du cancer, en particulier chez les minorités ayant un faible revenu et non assurées. Ce programme tenait compte des résultats du *Report to the Nation on Cancer in the Poor in 1989* (rapport national sur le cancer chez les démunis en 1989) de l'American Cancer Society (ACS), et était financé au moyen d'une subvention de l'ACS.

Le programme inaugural avait pour objectif principal d'éliminer les obstacles concernant le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins de soutien en temps opportun du cancer du sein. Ce modèle diffère des autres modèles de soutien aux patients, tels que les travailleurs sociaux en milieu hospitalier ou les défenseurs des droits des patients, en étant axé sur un problème de santé plutôt que sur l'objectif plus vaste d'améliorer l'état de santé en général. Les intervenants-pivots bâtissent des relations avec les patients afin de déterminer, de prévoir et d'aider à atténuer les obstacles, notamment les problèmes d'ordre suivant :

- les finances;
- la langue, la communication et l'information;
- les rendez-vous manqués et la perte de résultats;
- les soins adaptés à la culture;
- la distance géographique;
- la crainte et les émotions.

Les premiers intervenants-pivots pour les patients au centre hospitalier de Harlem étaient principalement des gens non spécialistes choisis parmi la collectivité. Aucun niveau d'études particulier n'était exigé, mais les intervenants-pivots étaient sensibles culturellement à la collectivité qu'ils desservaient, connaissaient très bien le système de soins de santé et avaient des relations très étroites avec les principaux décideurs au sein du système. Depuis 1990, le modèle d'orientation des patients s'est élargi au même titre que les qualifications des intervenants-pivots, qui sont souvent des professionnels de la santé chevronnés ou des diplômés de programmes de formation en orientation des patients. Le Harold P. Freeman Patient Navigation Institute de New York comporte un programme de certificat en orientation des patients qui est offert par son homonyme, le fondateur de l'orientation des patients.



RÉPERCUSSIONS :

Dans le cadre des recherches menées à l'hôpital de Harlem, on effectuait une comparaison des résultats cliniques des femmes afro-américaines démunies sur le plan économique et traitées contre le cancer du sein avant et après l'introduction d'intervenants-pivots. À la suite de la mise en œuvre du programme d'orientation des patients, le taux de survie quinquennal s'est accru de 39 à 70 p. cent. Ces résultats ont été publiés dans le *Journal of the American College of Surgeons* et *Cancer*. Il semble que l'amélioration des résultats au centre hospitalier de Harlem soit attribuable à deux facteurs principaux : les examens cliniques des seins gratuits et à coût réduit, qui ont permis d'effectuer le dépistage précoce de résultats anormaux, et l'orientation des patients, qui a permis d'assurer le diagnostic et le traitement en temps opportun.

Bien qu'il n'y ait pas de données accessibles sur les coûts et économies du programme initial d'orientation des patients, en général, les coûts d'orientation sont tributaires des besoins et des objectifs du programme. En ce qui concerne les programmes qui exigent seulement l'orientation des ressources du système médical, des gens non spécialistes peuvent être embauchés à un coût réduit. Si un programme exige d'être doté d'un intervenant-pivot ayant reçu une formation davantage spécialisée, comme une infirmière en oncologie, les coûts s'accroissent en conséquence. Le National Cancer Institute et l'ACS parrainent un programme de recherche en orientation des patients à neuf établissements ainsi qu'une évaluation continue de l'incidence et de la rentabilité du programme.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le programme d'orientation des patients a d'abord été mis en œuvre à Harlem afin d'aborder les disparités liées au traitement du cancer du sein chez les femmes afro-américaines. Toutefois, à ce jour, on utilise et on met en œuvre le programme d'orientation des patients qui s'applique à une vaste gamme de cancers, de maladies chroniques et de populations à risque, notamment les Autochtones, les collectivités asiatiques et les résidents en milieu rural.

Depuis cette innovation déterminante en 1990, des centaines de programmes d'orientation des patients différents ont été établis partout aux États-Unis et ailleurs dans le monde, notamment au Canada, en Australie et en Europe. Aux États-Unis, la pratique inaugurale a servi de modèle à la *Patient Navigator Outreach and Chronic Disease Prevention Act* de 2005 (loi américaine concernant les services d'approche des intervenants-pivots pour les patients et la prévention des maladies chroniques), qui autorisait l'affectation de 25 millions de dollars américains afin d'établir des services d'orientation pour les collectivités démunies et en milieu rural dans tout le pays.

Peu après la mise en œuvre de services d'orientation des patients à New York, Cancer Care Nova Scotia a commencé à mettre en place un service similaire, le [Nova Scotia Cancer Navigation program](#) (programme d'orientation pour les patients atteints du cancer de la Nouvelle-Écosse). Ce programme avait pour objectif d'améliorer la qualité des soins en munissant les patients de l'information nécessaire, en leur offrant un soutien et en coordonnant leurs rendez-vous. Un rapport d'évaluation officiel publié en 2004 par Cancer Care Nova Scotia confirmait que les patients atteints du cancer et leurs familles ont bénéficié du programme de façon importante en ce qui concerne la gestion des troubles affectifs, les besoins en matière d'information et les défis sur le plan logistique liés au traitement du cancer. Des programmes d'orientation ont maintenant été établis dans presque toutes les provinces au Canada.

SITE WEB DE LA PRATIQUE :

<http://www.hpfreemanpni.org/>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Amber Paquette

Titre : Stratège en développement

Organisme : Harold P. Freeman Patient Navigation Institute

Courriel : apaquette@hpfreemanpni.org

Téléphone : 1-646-380-4060

Dernière mise à jour : Juillet 2013

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



Publications :

Freeman, H.P. *Patient navigation: A community based strategy to reduce cancer disparities*, dans *Journal of Urban Health*, vol. 83, n° 2, 2006, p. 139–141.

Freeman, H.P. et R.L. Rodrigues. *History and principles of patient navigation*, dans *Cancer*, vol. 117, n° 15, 2001, p. 3537–3540.

Oluwole, S.F., Ali, A., Adu, A., Blane, B.P., Barlow, B., Oropeza, R. et H.P. Freeman. *Impact of a cancer screening program on breast cancer stage at diagnosis in a medically underserved urban community*, dans *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 196, n° 2, 2003, p. 180–188.

Walkinshaw, E. *Patient navigators becoming the norm in Canada*, dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, n° 15, 2011, p. 1109-1110.

External Source: <http://www.hpfreemanpni.org/>



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](#)

Projet d'automatisation des activités liées aux soins à domicile : rationaliser la coordination des soins à domicile à l'aide de téléphones cellulaires

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Dossiers de santé électroniques
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique simplifie les communications et la coordination du personnel chargé des soins à domicile à l'aide d'une application pour les téléphones cellulaires. Lancé en 2011 par le service de soins à domicile Saint Elizabeth Health Care, ce projet faisait appel au personnel soignant d'un bout à l'autre du pays.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le projet d'automatisation des activités de Saint Elizabeth nécessitait la distribution de 5 000 appareils BlackBerry au personnel de première ligne chargé des soins à domicile, aux coordonnateurs des services, aux superviseurs et aux directeurs régionaux canadiens âgés de 19 à 73 ans, qui possédaient tous des degrés d'aisance variés avec la technologie. L'application CellTrak a été installée sur tous les appareils BlackBerry distribués. À l'aide de l'application CellTrak, les objectifs du projet consistaient à :

1. automatiser la collecte des kilomètres et des heures de déplacements afin de réaliser des économies en utilisant une fonction qui recommande le meilleur parcours;
2. automatiser le processus de vérification des visites pour des soins à domicile dans le cadre du processus de prestation des services;
3. réorganiser et simplifier les processus de communication et de documentation.

Tous les membres du personnel chargé des soins à domicile de Saint Elizabeth ont appris à se servir du portail CellTrak et à utiliser d'autres fonctions BlackBerry comme le courrier électronique, l'application BlackBerry Messenger et l'envoi de messages textes. Le projet d'automatisation des activités a permis de suivre de près l'orientation stratégique de Saint Elizabeth afin d'investir dans les employés en leur fournissant les connaissances et les outils nécessaires pour prodiguer des soins à domicile exceptionnels aux clients. Les membres du personnel chargé des soins à domicile ont également pu transformer leurs services en automatisant la collecte de données avec l'application CellTrak, qui donne des renseignements pour la prise de décisions et le transfert des connaissances.

RÉPERCUSSIONS :

Selon les responsables de Saint Elizabeth, le projet d'automatisation des activités avait permis d'accomplir les réalisations suivantes au mois de mars 2013 :

- une diminution de 70 % de l'utilisation de la messagerie vocale : le personnel se sert du courrier électronique pour communiquer avec son bureau régional, ce qui a pour effet de libérer des lignes téléphoniques pour les clients qui appellent;
- l'automatisation de la collecte de renseignements sur les kilomètres et les heures de déplacements auprès du personnel, qui a permis de réaliser des économies importantes;
- l'automatisation des processus de vérification des visites pour les soins à domicile : 98 % des visites sont maintenant vérifiées par voie électronique;
- le remplacement des téléavertisseurs par une application de téléavertissement BlackBerry, qui s'est traduit par des économies supplémentaires;



- la armalisation des protocoles de communication à l'échelle de l'organisation.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Le projet d'automatisation des activités est le premier programme automatisé national du genre au Canada. L'un des facteurs à prendre en considération pour la mise en place de ce programme est que Saint Elizabeth Health Care offre des services de soins à domicile qui nécessitent une communication avec le personnel qui travaille à distance ainsi qu'une coordination de ces employés. De plus, même si le personnel a reçu une formation normalisée sur l'application CellTrak et d'autres fonctions BlackBerry, Saint Elizabeth a mis l'accent sur les capacités de l'utilisateur final et a personnalisé une formation afin de répondre aux besoins individuels. Les responsables de Saint Elizabeth ont déclaré que cette initiative a eu un effet direct sur les résultats liés à la conformité de l'ensemble du personnel diversifié.

SITE WEB DE LA PRATIQUE : s.o.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Mary Lou Ackerman, vice-présidente, capacités opérationnelles

Organisme : Saint Elizabeth Health Care

Courriel : mackerman@saintelizabeth.com

Téléphone : 905-968-6451

Dernière mise à jour : Le 10 juillet 2013

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

Distinctions :

Prix Canada pour l'excellence 2012: <http://www.nqi.ca/en/awards/2012-cae-recipients/2012-cae-profiles/2012-caeprofile-se3>

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé:

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



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

Antimicrobial Stewardship Program to Decrease Hospital Infections

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique aborde la question de l'optimisation de l'utilisation d'antimicrobiens comme moyen pour lutter contre les infections d'origine hospitalière et pour améliorer la sécurité des patients. En avril 2010, le Toronto East General Hospital a mis sur pied un programme de gestion des antimicrobiens (PGA) dans le cadre du projet de gestion des antimicrobiens de l'Ontario.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La résistance aux antimicrobiens est un problème de santé publique connu. La gestion des antimicrobiens et la prescription adéquate d'antibiotiques sont indispensables pour enrayer l'émergence continue d'organismes résistants aux antimicrobiens. La surutilisation des antimicrobiens dans les hôpitaux de soins actifs favorise l'émergence de souches résistantes comme le *Staphylococcus aureus* (SARM) et le *Clostridium difficile* (*C. difficile*). La documentation a montré que l'utilisation adéquate d'antimicrobiens peut diminuer la présence d'organismes résistants aux antibiotiques qui provoquent des infections nosocomiales.

L'étude pilote sur le PGA au Toronto East General Hospital en 2010 était menée par une équipe interprofessionnelle, dirigée par un pharmacien, qui rencontrait quotidiennement les médecins traitants à l'unité de soins intensifs (USI), et par un spécialiste des maladies infectieuses, afin de déterminer la prescription adéquate d'antibiotiques pour les patients. Le pharmacien du PGA transmettait par la suite les suggestions destinées à optimiser les antimicrobiens en personnalisant les communications sur les utilisateurs finaux à chaque médecin traitant selon les préférences des utilisateurs. Grâce à la réussite du projet pilote, le PGA a été élargi de manière à inclure toutes les zones de soins actifs pour les patients adultes hospitalisés du Toronto East General Hospital.

RÉPERCUSSIONS :

Une équipe responsable des maladies infectieuses, composée d'un médecin et d'un pharmacien, a procédé à une vérification prospective et a fourni une rétroaction au cours de l'étude pilote sur le PGA, c'est-à-dire d'avril à juin 2010. L'équipe responsable des maladies infectieuses rencontrait l'équipe de l'USI tous les jours afin de discuter de l'optimisation de l'utilisation des antimicrobiens. On a comparé le coût et l'utilisation des médicaments antimicrobiens ainsi que les taux d'infection à *C. difficile* pendant la période pilote par rapport à la même période de l'année précédente, soit d'avril à juin 2009. La stratégie s'est poursuivie, à raison de trois jours par semaine, au cours des trois mois qui ont suivi la fin de la phase pilote, soit de juillet à septembre 2010.

Après la venue du PGA, le coût des médicaments antimicrobiens a diminué de manière importante : la réduction de 27 917 \$ comparativement à la même période de l'année précédente équivaut à une diminution de 15,45 \$ (36,2 %) par jour-patient (42,63 \$ par rapport à 27,18 \$). L'utilisation d'agents antimicrobiens antipseudomonaux à large spectre avait également grandement diminué, en passant de 63,16 à 38,59 doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) par 100 jours-patient (une réduction de 38,9 %). Après la période pilote, le taux avait diminué encore plus, en se situant à 28,47 DTQ par 100 jours-patient. Il n'y a pas eu de cas d'infection à *C. difficile* pendant la période pilote, et on a signalé un cas durant la période qui a suivi la phase pilote (taux global de 0,42 cas par 1 000 jours-patient). Ce taux était inférieur (mais pas très différent) au taux observé pour les mois d'avril à septembre 2009 (1,87 cas par 1 000 jours-patient). Il n'y avait pas de différences dans le taux de mortalité ni dans la gravité des maladies.

Les médecins et les patients font valoir que l'équipe du PGA est devenue une partie intégrante dans les habitudes changeantes de prescription d'antimicrobiens et dans l'instauration d'une culture positive au Toronto East General Hospital. Les résultats de l'évaluation du Programme sont publiés dans la National Library of Medicine des États-Unis.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :



Il y a des PGA un peu partout au Canada, mais ils sont surtout concentrés dans les hôpitaux de l'Ontario en raison de la stratégie de gestion des antimicrobiens de la province, un projet de gestion des antimicrobiens dirigé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) pour l'Ontario dans le cadre d'un projet d'application des connaissances en plusieurs étapes. Pendant la première phase, un sondage exhaustif a été mené afin d'examiner l'état actuel des pratiques de gestion des antimicrobiens en milieu hospitalier en Ontario. Dans la deuxième phase, l'équipe de projet du PGA de l'ISMP s'est réunie afin de classer par ordre de priorité les interventions qui étaient jugées pertinentes et efficaces. Les six interventions suivantes ont été retenues :

- la mise sur pied d'un programme de gestion des antimicrobiens dans les hôpitaux;
- un outil d'auto-évaluation pour la gestion des antimicrobiens;
- une vérification prospective avec une intervention et une rétroaction au niveau des patients et des prescripteurs individuels;
- une éducation ou une formation pour renforcer les capacités de gestion des antimicrobiens;
- une collecte de données et une rétroaction dans les établissements ou dans le cadre du programme;
- l'adaptation d'une thérapie antimicrobienne, y compris une désescalade, une rationalisation et le remplacement des antibiotiques intraveineux par des antibiotiques oraux.

La troisième phase consistait à mettre ces interventions à l'essai dans un échantillon représentatif d'hôpitaux pilotes. Avec les premiers succès observés à l'unité de soins intensifs (USI) dans le cadre de l'étude pilote en 2010, le Toronto East General Hospital est l'un des premiers établissements au Canada à élargir le PGA de manière à inclure toutes les zones de soins actifs pour les patients adultes hospitalisés dans l'établissement. L'échange de renseignements, les communications entre homologues et l'aide à la décision, qui étaient tous des facteurs clés de cette réussite, ont été mis en application lors de l'instauration du programme de gestion des antimicrobiens dans l'ensemble de l'hôpital. Un PGA à l'échelle de l'hôpital peut théoriquement être appliqué et transféré dans d'autres milieux au Canada.

LIENS EXTERNES : s.o.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Jeff Powis, directeur, Programme de gestion des antimicrobiens

Organisme : Toronto East General Hospital

Courriel : jpowi@tegh.on.ca

Téléphone : 416-4698-6252

Dernière mise à jour : Le 11 juillet 2013

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

Leung, V., Gill, S., Sauve, J., Walker, K., Stumpo, C. et Powis, J. (2011). Growing a "positive culture" of antimicrobial stewardship in a community hospital. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 64(5), 314–320. Résumé extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203822/>

Autre :

Institute for Safe Medicine Practices (ISMP) Canada. (sans date). *Ontario antimicrobial stewardship project: Preserving antibiotics for future generations*. Extrait de : <http://www.ismp-canada.org/abx/>

Distinctions :

Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé:



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



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

Choosing Wisely: Educating patients and physicians to select appropriate tests and treatments ou enseigner aux patients et aux médecins à choisir les analyses et les traitements pertinents

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Quality Improvement and Patient Safety
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice vise à mieux renseigner et éduquer les patients au sujet des analyses et des traitements médicaux afin de leur permettre de décider, en partenariat avec leur médecin, s'ils sont nécessaires ou non. Lancée aux États-Unis par la National Physicians Alliance, la pratique a fait appel à la rétroaction de plus de 500 000 médecins depuis ses débuts.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

De nombreux experts s'entendent pour dire que la prestation actuelle des soins de santé aux États-Unis engendre trop de gaspillage, tandis que certains affirment que jusqu'à 30 % des soins prodigués sont dédoublés ou inutiles et qu'ils peuvent ne pas améliorer la santé des personnes. Les médecins et les patients doivent collaborer et parler des décisions judicieuses liées aux traitements. Cela signifie choisir des soins qui sont justifiés par des données probantes qui montrent qu'ils donnent de bons résultats pour des patients comme eux, qu'ils ne sont pas des dédoublements d'autres analyses ou interventions qui ont déjà été pratiquées, qu'ils ne leur nuiront pas et qu'ils sont vraiment nécessaires.

Choosing Wisely est une initiative de l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation destinée à aider les médecins et les patients à parler de la surutilisation des analyses et des interventions et à soutenir les efforts déployés par les médecins pour aider les patients à faire des choix avisés et efficaces à l'égard de leurs soins. Reconnaisant l'importance de la collaboration entre les médecins et les patients, de grandes sociétés de spécialistes se sont jointes à l'initiative Choosing Wisely afin d'aider à améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé. Dans le cadre de cette initiative, chaque société de spécialistes participante a dressé des listes des choses que les médecins et les patients devraient remettre en question qui comportent également des recommandations précises fondées sur des données probantes dont les médecins devraient discuter avec leurs patients afin d'aider ces derniers à prendre de meilleures décisions compte tenu de leur situation individuelle.

Ces listes visent à stimuler les discussions sur la nécessité – ou l'inutilité – de plusieurs analyses ou traitements fréquemment prescrits. Ce concept a été initialement mis à l'essai par la National Physicians Alliance, qui a créé un ensemble de trois listes afin de favoriser une utilisation plus efficace des ressources en matière de soins de santé. Consumer Reports, le plus important organisme de défense des consommateurs indépendant à but non lucratif, a également pris part à la campagne afin de proposer des ressources pour inciter les consommateurs et les médecins à se lancer dans des conversations de ce genre. Consumer Reports coordonne les organismes orientés sur le consommateur afin d'aider à diffuser de l'information et d'enseigner aux patients à prendre de meilleures décisions.

RÉPERCUSSIONS :

Cette pratique novatrice a été mise sur pied en 2011 d'un bout à l'autre des États-Unis et, bien qu'elle n'ait pas fait l'objet d'une évaluation à cette étape-ci, plusieurs centres d'études projettent de faire des comptes rendus, de façon indépendante, sur l'incidence de la campagne. La pratique a commencé par trois listes des cinq choses que les médecins et les patients devraient remettre en question dans les domaines de la médecine familiale, de la médecine interne et de la pédiatrie. Depuis le projet pilote, l'initiative Choosing Wisely a incité neuf sociétés de spécialistes à publier leurs propres listes en avril 2012 et 17 autres sociétés de spécialistes à diffuser leurs listes en février 2013. Ces 26 listes peuvent actuellement être consultées sur le



site Web Choosing Wisely. Elles sont accompagnées de 34 ressources adaptées aux besoins des malades et de rapports de consommation. D'autres listes devraient être rendues publiques d'ici la fin de 2013 par 20 sociétés de spécialistes supplémentaires.

Cette initiative a également été annoncée à grande échelle dans les médias et les journaux, y compris dans le *New England Journal of Medicine*, le *New York Times*, *Health Affairs* et *l'Associated Press*. Dans les 72 premières heures qui ont suivi son lancement, le site Web Choosing Wisely a été consulté par 100 000 médecins et patients.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'initiative Choosing Wisely n'a pas été adaptée à partir d'une autre administration. Un chercheur à l'Hôpital St. Michael à Toronto envisage de mettre sur pied un modèle similaire en Ontario qui s'appellerait Thinking Twice (pensez-y bien). La campagne a été citée dans le cadre d'un mouvement plus vaste, notamment dans plusieurs campagnes comparables, et le German Network for Evidence-Based Medicine a songé à adapter les concepts du programme au système de soins de santé allemand. L'initiative Choosing Wisely peut donc théoriquement être appliquée et transférée dans d'autres milieux.

La campagne Choosing Wisely cerne les entraves suivantes qui nuisent à l'atteinte des objectifs :

- Plusieurs recommandations dans la campagne nécessitent une formation clinique pour être bien comprises et de nombreux patients ont tendance à suivre les recommandations de leurs médecins sans poser de questions, même s'ils en ont.
- Le système médical aux États-Unis est conçu de manière à ce que la plupart des médecins soient rémunérés lorsqu'ils prodiguent un traitement et à ce qu'ils ne soient pas rémunérés lorsqu'ils ne recommandent pas un traitement. Ce système créé chez les médecins une tendance de recommander un plus grand nombre de traitements.
- Les détracteurs ont tendance à voir les efforts investis pour diminuer les services médicaux aux États-Unis comme un « rationnement des soins de santé ». Comme les médecins ne veulent pas être considérés comme des praticiens qui privent leurs patients de soins, ils hésitent à modifier les comportements établis d'une quelconque façon qui diminue le nombre de traitements qu'ils prescrivent. Les médecins affirment qu'ils se sentent souvent contraints d'exercer une médecine défensive en procédant à des analyses supplémentaires afin d'éviter les poursuites en justice.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^{re} Christine K. Cassel
Titre : Présidente et chef de la direction
Organisme : American Board of Internal Medicine
Courriel : ccassel@abim.org
Téléphone : 215-446-3528
Dernière mise à jour : 20 juin 2013

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

Publications:

Volpp, K.G. (2012). Choosing Wisely: Low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 308(16), 1635–1636. doi:10.1001/jama.2012.13616

The JAMA Network. (sans date) The "Top 5" lists in primary care: Meeting the responsibility of professionalism. *Archives of Internal Medicine*, 171(15), 1385–1390. doi:10.1001/archinternmed.2011.231. Extrait de : <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1105881>

Autre profil :

Wikipedia. (7 juin 2013). Choosing Wisely. Extrait de : http://en.wikipedia.org/wiki/Choosing_Wisely

Autres :

ABIM Foundation (sans date). *Choosing Wisely: About the campaign*. Extrait de : http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/09/031913_Choosing-Wisely-One-Page.pdf

ABIM Foundation. (21 février 2013). Choosing Wisely news conference. Extrait de : <http://www.youtube.com/embed/m6L46QlotOM>

Levinson, W. (avril 2013). Thinking Twice/Choosing Wisely. *MediNews*. Toronto: University of Toronto Department of Medicine.



Extrait de : http://www.deptmedicine.utoronto.ca/Medinews/medi_newsletter/April_2013/Chair_s_Article.htm

External Source: <http://www.choosingwisely.org/>



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

The Stroke and TIA Collaborative ou le collectif sur l'AVC et l'accident ischémique transitoire

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice améliore la gestion des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que l'utilisation des indicateurs. Lancée dans 29 établissements en Colombie-Britannique, la pratique faisait appel à un corps professoral composé de quatre neurologues spécialistes de l'AVC, d'une infirmière clinicienne enseignante, d'un urgentologue, d'un coordonnateur des soins pour les victimes d'AVC, d'une équipe d'évaluation rapide des AVC, d'un survivant d'un AVC, et de 17 équipes de professionnels de la santé qui participaient au collectif.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En Colombie-Britannique, l'AVC est la principale cause d'invalidité de longue durée acquise parmi les adultes et la troisième cause de décès en importance. Il y a des pratiques exemplaires présentées par la Stratégie canadienne de l'AVC et les groupes de travail spécialisés en AVC qui se concentrent sur la prévention de l'AVC, la gestion des AVC aigus et la réadaptation des victimes d'AVC chroniques. Ces lignes directrices sur l'AVC ne sont toutefois pas toujours mises en pratique. Afin de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à un accident ischémique cérébral (AIC), le British Columbia Patient Safety and Quality Council (BCPSQC) a lancé l'initiative Stroke and TIA Collaborative, qui est financée par ce conseil ainsi que par la régie provinciale de la santé, l'hôpital St. Paul et ESD Stroke Rehabilitation Inc.

L'initiative a rassemblé un groupe interdisciplinaire de professionnels de la santé afin de discuter de la meilleure façon d'assurer les soins aux victimes d'AVC dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité associées à l'AVC. Le groupe a fixé plusieurs objectifs liés aux processus, comme prévenir la progression de l'AVC à partir d'un accident ischémique transitoire (AIT), améliorer l'intervention pharmacologique aiguë (tPA), assurer une meilleure observation des pratiques exemplaires et favoriser la multiplication des transitions du service des urgences vers des services de prévention secondaires. Le collectif s'est servi d'une méthodologie d'amélioration structurée qui prévoyait quatre séances d'apprentissage en face à face, l'accès au corps professoral d'experts, un encadrement par des conseillers en amélioration ainsi que des webinaires à toutes les deux semaines. Chaque discussion et séance d'apprentissage était suivie d'un cycle planifier-réaliser-arrêter-évaluer (PRAE) afin de mettre à l'essai l'efficacité des pratiques proposées.

RÉPERCUSSIONS :

Tout au long de l'intervention, le BCPSQC a documenté les données qui portaient sur la participation, les mesures des résultats primaires et les mesures des processus. Les constatations ont été présentées publiquement à l'occasion du forum sur la qualité en Colombie-Britannique, du Congrès canadien de l'AVC 2012 et du congrès international sur l'AVC, dans des communiqués de presse de la régie de la santé et de la province, sur le site Web du BCPSQC ainsi que dans des publications universitaires. Plusieurs pratiques, comme le triage et les tests de déglutition, ont également été publiées sous forme de vidéos didactiques sur le site Web du BCPSQC et sur YouTube. En outre, plusieurs cas de réussite qui soulignent les réalisations particulières dans les hôpitaux ont été publiés sur le site Web du BCPSQC.

Le collectif a obtenu la participation de 17 équipes qui représentaient 29 établissements. Ces équipes étaient composées en grande partie de gestionnaires et d'infirmières, et la contribution la plus importante provenait du personnel infirmier (environ 45 %). Quant aux progrès liés à l'amélioration, en mai 2012, 90 % des membres déclaraient avoir réalisé des améliorations durables dans la gestion de l'AVC, quatre régies de la santé sur cinq avaient observé de légères diminutions de la mortalité dans les 30 jours et trois régies de la santé sur cinq avaient augmenté l'administration d'activateurs tissulaires du plasminogène (tPA). Les mesures des résultats, parmi les 11 pratiques exemplaires choisies, étaient au nombre des autres mesures de collaboration. Par exemple, le délai d'attente pour l'administration des médicaments avait diminué de 25 %, le temps d'attente pour les services d'imagerie, comme les tomodensitographies par ordinateur, avait été écourté de près de 50 minutes, la mobilisation en l'espace de 24 heures avait atteint 90 % et la vérification des taux de glucose des patients au moment de leur admission était passée à 100 %.



Il y a également eu une augmentation de la collaboration et du transfert des connaissances entre les établissements ainsi qu'une accélération de la mise en place des pratiques exemplaires au sein des régies de la santé.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce collectif a été formé dans le cadre de l'initiative de Gestion des soins cliniques (GSC) (http://innovation.healthcouncilcanada.ca/ip/1226?keys=CCM&tid=All&tid_1=All&term_node_tid_depth=All&tid_2=All&field_ip_publication_date_value%5Bmin%5D%5Byear%5D=&field_ip_publication_date_value%5Bmax%5D%5Byear%5D), plus précisément de la CCM Stroke Initiative. La démarche a obtenu une reconnaissance nationale, grâce à des exposés et à des publications, qui a amené Calgary et la Saskatchewan à se joindre au prochain collectif, qui poursuivra les efforts investis dans le cadre du projet en 2011-2012.

Cette pratique peut théoriquement être transférée dans différents établissements si des professionnels de la santé de tous les niveaux y participent, s'il y a une compréhension de la culture et du contexte dans lesquels les soins sont prodigués et si les forces des professionnels de la santé sont reconnues et mises en valeur au cours des activités.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Devin Harris
Titre : Responsable de clinique
Organisme : Stroke and TIA Initiative
Courriel : devinh@shaw.ca; dharris@bcpsqc.ca
Téléphone : S.O.
Dernière mise à jour : Le mercredi 26 juin 2013

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

BC Patient Safety & Quality Council. (sans date) *Stroke and TIA collaborative*. Extrait de : <http://bcpsqc.ca/blog/events/stroke-tia-collaborative/>

Harris, D. (2013) *Improving stroke and TIA care in the emergency department in B.C.: The stroke and TIA collaborative* [diapositives de présentation]. Extrait de : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/e4-devin-harris-17688450>

BC Patient Safety & Quality Council. (14 juin 2012). *How hospitals in British Columbia are improving stroke care*. Extrait de : <http://www.youtube.com/watch?v=TUFAaqKwtVo&feature=plcp>

BC Patient Safety & Quality Council. (17 mai 2012). *Swallowing screen demonstration for the BC Stroke and TIA collaborative*. Extrait de : <http://www.youtube.com/watch?v=HWppunNihJU>

BC Patient Safety & Quality Council. (sans date) *Stroke and TIA* [site Web du projet]. <http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/stroke-and-tia/>

BC Patient Safety & Quality Council. (sans date) *Stroke collaborative—Success stories*. Extrait de : <http://bcpsqc.ca/blog/newsandinsights/stroke-collaborative-success-stories/>

External Source: <http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/stroke-and-tia/>



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

Rencontres sur le rendement : rassembler les équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice est un moyen pour les équipes interprofessionnelles de communiquer, de collaborer et de surveiller les progrès réalisés dans le but d'améliorer la qualité au point de service. Lancée en Ontario en novembre 2011, cette pratique interactive a lieu dans plusieurs unités de soins aux patients réparties entre trois sites d'un organisme de santé.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Instaurer une culture axée sur la prise en charge collective et la collaboration à la grandeur de n'importe quelle organisation peut être tout un défi. Afin de tirer parti de l'ingéniosité des équipes interprofessionnelles à la ligne de front, le William Osler Health System a mis sur pied des rencontres sur le rendement qui permettent d'expérimenter, d'évaluer et d'améliorer continuellement les priorités de l'organisation au point de service. Nées d'une initiative orientée sur l'accès et le roulement à l'échelle de l'organisation, les rencontres sur le rendement sont de courtes réunions quotidiennes ciblées de cinq à dix minutes avec le personnel qui sont consacrées à l'amélioration de la qualité. Les rencontres sont une occasion pour les fournisseurs de soins de santé et pour le personnel de soutien de discuter du rendement de la journée précédente selon des données en temps réel et d'unir les efforts afin de cerner les obstacles, de trouver des solutions et de célébrer les réussites conjointes.

Dirigées par le gestionnaire de soins aux patients de chaque unité, les rencontres mettent à contribution tous les membres de l'unité, c'est-à-dire les médecins, le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux ainsi que le personnel administratif et de soutien et même, à l'occasion, les patients et les visiteurs. Les rencontres font appel à des techniques de gestion visuelles afin d'aider les équipes interprofessionnelles à communiquer dans le même langage par le truchement d'un affichage normalisé appelé tableau des signes vitaux. Chaque jour, le gestionnaire de soins aux patients se procure les données de la veille, à partir d'un portail en ligne de données sur le rendement, qu'il affiche sur son tableau. Ces données quotidiennes sont reliées à la fiche de pointage de l'organisation. Les données comprennent les commentaires directs des patients qui sont recueillis par l'entremise du centre d'appels Osler. Le personnel infirmier du centre d'appels communique par téléphone avec la plupart des patients hospitalisés dans les 48 heures qui suivent leur congé afin de s'informer de leur expérience. Grâce aux rencontres, le personnel présente des suggestions d'amélioration et est en mesure de mettre en place des solutions à l'aide de ressources et d'un soutien. Cette façon de procéder responsabilise les intervenants sur le plan individuel et permet à chaque personne de jouer un rôle dans la réussite de l'organisation.

Les tableaux des rencontres sur le rendement sont situés dans les aires publiques des unités destinées aux patients, aux familles et aux visiteurs afin d'inciter toutes ces personnes à poser des questions à leur sujet. Les patients et les familles ont également participé à la rencontre. Des initiatives formidables qui ont des incidences sur la prestation des soins aux clients et aux familles sont issues d'une rencontre de ce genre. Par exemple, l'achat de chaussettes antidérapantes pour les patients qui sont particulièrement vulnérables aux chutes afin de les empêcher de tomber est fondé sur une idée qui émane d'une rencontre.

Cette initiative, qui a été lancée en novembre 2011 aux trois sites du William Osler Health System, s'est rapidement répandue à toutes les autres unités de soins aux patients ainsi que dans quelques domaines de service non cliniques. Pour mettre sur pied des rencontres sur le rendement, il a fallu déterminer un champion principal du leadership, car un leadership spécialisé s'avère nécessaire pour mettre en œuvre cette initiative et pour en surveiller le déroulement. Il est également important que le travail soit « normalisé », c'est-à-dire qu'il comporte des étapes uniformes écrites et claires sur la façon de procéder pour tenir une rencontre, et que la démarche soit uniformisée dans l'ensemble de l'organisation.

RÉPERCUSSIONS :



Les rencontres sur le rendement sont évaluées de trois grandes façons. Premièrement, la participation des unités est évaluée à l'aide de vérifications mensuelles des tableaux des signes vitaux dans l'ensemble de l'organisation, puis elle est suivie par un accompagnement pour les unités à l'intérieur desquelles la participation est moins uniforme. Deuxièmement, l'efficacité des rencontres est mesurée en comparant les progrès aux paramètres de rendement de l'organisation, qui sont évalués chaque mois aux échelons des cadres et des dirigeants cliniques et des programmes. Si les objectifs ne sont pas atteints, les dirigeants des programmes et des unités collaborent avec le personnel de première ligne afin de dresser des plans d'amélioration. Troisièmement, les dirigeants offrent un soutien sous forme de mentorats d'égal à égal pour les chefs de rencontres. Les dirigeants des soins aux patients assistent également aux rencontres chaque semaine et accompagnent les chefs de rencontres.

Bien que la pratique des rencontres sur le rendement n'ait pas été évaluée officiellement à cette étape-ci, les témoignages personnels, les observations et les résultats préliminaires donnent à entendre qu'elle peut contribuer à l'amélioration des paramètres de rendement et qu'elle est susceptible de donner des résultats positifs pour la santé.

Les rencontres ont amélioré le rendement et joué un rôle de premier plan dans la création d'équipes interprofessionnelles très efficaces, en transformant la communication et en instituant une culture orientée sur la communication ouverte, la confiance et l'appartenance. Parmi les exemples de réussites qui découlent des rencontres, il y a l'amélioration du temps consacré au lit du malade hospitalisé, qui a diminué de plus de la moitié, ainsi que la diminution des taux de chutes et d'infections urinaires. Dans les domaines de service non cliniques, comme la gestion des renseignements sur la santé, les rencontres ont permis de réduire le temps consacré au traitement de la distribution des documents ainsi que le délai d'exécution pour la préparation du dossier du patient. Les principaux facteurs de réussite sont notamment une approche multidisciplinaire qui met les médecins à contribution, la participation hebdomadaire des directeurs de programmes afin d'offrir un accompagnement et un encadrement ainsi que la participation régulière de l'équipe de la haute direction. Les membres du conseil d'administration ont également assisté aux rencontres, qui ont contribué à les sensibiliser davantage à l'incidence directe de ces réunions sur les initiatives de qualité et de sécurité.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique a été mise sur pied dans le cadre de la stratégie axée sur le processus d'amélioration du rendement dans les salles d'urgence et les autres niveaux de soins de l'Ontario. Le concept de la rencontre sur le rendement, qui a été adapté afin d'être utilisé dans le William Osler Health System, n'est pas nouveau, mais il a été bonifié par l'inclusion de données en temps réel sur la satisfaction des patients.

Comme elle est efficace pour intégrer des équipes interprofessionnelles, la pratique des rencontres sur le rendement dans les unités cliniques d'essai s'est rapidement répandue à tous les domaines cliniques et à la plupart des domaines non cliniques et administratifs dans deux sites hospitaliers ainsi qu'au site administratif. Les champions de la haute direction qui donnent des conseils et qui surveillent les progrès, les services d'aide à la décision liés à la collecte et à la communication des paramètres, le guide normalisé à l'intention des chefs de rencontres ainsi que les ressources pour la gestion du changement et la gestion des projets afin d'aider les équipes à mettre en place les solutions sont les éléments clés qui ont permis d'élargir l'adoption de la pratique.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Kiki Ferrari
Titre : Directrice exécutive, Services cliniques
Organisme : William Osler Health System
Courriel : kiki.ferrari@williamoslerhs.ca
Téléphone : 905-494 2120, poste 50167
Dernière mise à jour : Le 6 mai 2013

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

Communication personnelle :

Ferrari, K. (rétroaction et examen, 6 mai 2013). [William Osler Health System].

Publications:

Autres profils :

Autre :

Ferrari, K. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil



canadien de la santé (2012).



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

Saskatchewan's Clinical Practice Redesign (CPR) (remaniement de la pratique clinique de la Saskatchewan)

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

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Dans le cadre de l'Initiative chirurgicale de la Saskatchewan, l'Association médicale de la Saskatchewan (AMS), le Conseil provincial sur la qualité des soins de santé et le ministère de la Santé ont inauguré en 2007 une initiative conjointe intitulée *Saskatchewan Clinical Practice Redesign* (CPR) (remaniement de la pratique clinique (RPC) de la Saskatchewan). Ce programme aide les professionnels de la santé à améliorer les communications, à rationaliser les méthodes des cabinets médicaux et à mettre à profit le temps de tous les employés, créant ainsi un milieu de travail plus acceptable et la possibilité de prodiguer des soins de qualité plus rapidement. Le RPC constitue un ensemble d'outils et de méthodologies qui permettent d'améliorer l'accès aux soins, les communications, les méthodes des cabinets médicaux et l'efficacité entre les cabinets médicaux et d'autres fournisseurs de soins de santé. Les médecins peuvent avoir accès aux outils de RPC et les modifier afin de répondre à leurs propres besoins et d'aborder leurs défis uniques. Certains outils de RPC comportent des stratégies sur ce qui suit :

- la répartition du temps pour les rendez-vous fixés;
- la gestion des manquants au rendez-vous;
- les appels de rappel pour les patients.

Les médecins inscrits au programme ont la possibilité d'examiner les défis liés à leur pratique avec un formateur désigné en milieu de travail pour le RPC, ainsi que de concevoir un plan d'action adapté afin d'améliorer l'efficacité des méthodes courantes des cabinets médicaux. Dans l'ensemble, le RPC est structuré en vue d'atteindre quatre objectifs principaux :

- améliorer l'expérience du patient;
- améliorer l'accès et l'efficacité au sein des milieux de pratique;
- améliorer l'accès et l'efficacité parmi les milieux de pratique;
- améliorer l'expérience du personnel.

RÉPERCUSSIONS :

Le RPC est en cours dans diverses pratiques et cliniques. Il comporte un système en ligne, TransformMyPractice.ca, grâce auquel les médecins et les chirurgiens peuvent faire le suivi et l'évaluation de leurs progrès. Un exemple de réussite de la mise en œuvre du RPC est la clinique des troubles du sommeil de la région sanitaire Qu'Appelle de Regina. Après la mise en œuvre du RPC, on a demandé aux patients de la rétroaction concernant leur expérience. Selon les résultats du sondage en 2010-2011, 62 p. cent des patients de cette clinique des troubles du sommeil ont indiqué leur grande satisfaction concernant leur expérience clinique après la mise en œuvre des outils du RPC.

Des entrevues avec d'autres patients ont révélé leur satisfaction à l'égard de l'accès aux soins. Par exemple, un communiqué du SMA dressait le portrait d'un patient qui avait besoin d'un accès rapide aux soins après une blessure à la jambe. Il était très impressionné par la rapidité avec laquelle il a pu fixer un rendez-vous et recevoir le traitement dont il avait besoin à l'aide du programme d'accès amélioré, qui fait partie du RPC. Il a attribué son expérience positive à la participation de son médecin à la procédure de réservation préalable et au RPC. Les médecins se sont également montrés satisfaits de leur expérience, en déclarant que le RPC les a aidés à mieux gérer et établir la priorité de leurs cas afin d'améliorer le flux des patients et de réduire les temps d'attente. La plupart des chirurgiens ont manifesté un intérêt concernant le développement des services de RPC.



APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien que des volets du RPC, comme le programme d'accès amélioré, aient été mis en œuvre précédemment au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans d'autres provinces au Canada (Nouvelle-Écosse), la Saskatchewan est la première compétence à mettre en œuvre le RPC en tant qu'approche holistique concernant les soins aux patients et l'amélioration de la qualité dans l'ensemble des services de santé.

La mise en œuvre du RPC s'est répandue partout dans la province. En date de mars 2012, 63 cliniques en Saskatchewan, comportant près de 100 cliniciens et 350 membres du personnel, utilisaient activement cette pratique innovatrice. De nombreux établissements ont manifesté leur intérêt à l'égard du RPC et recrutent actuellement des formateurs en milieu de travail pour le RPC afin de les aider à mieux déterminer de quelle façon le RPC peut améliorer leurs pratiques.

La transférabilité de cette pratique s'avère possible. Toutefois, les besoins liés aux caractéristiques particulières de chaque clinique, notamment le nombre de patients et les données démographiques, doivent être pris en considération. De plus, on doit également tenir compte de la réflexion d'ordre plus général des médecins et du personnel en ce qui concerne la prestation d'un accès le même jour et les efforts visant la réduction des temps d'attente (ou aucun temps d'attente).

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

- Gouvernement de la Saskatchewan. (mars 2012). *The Sooner, safer, smarter newsletter*.
<http://www.health.gov.sk.ca/s3-mar-2012>
- Association médicale canadienne. (5 décembre 2011). *A collection of referral and consultation process improvement projects*.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/Referrals/ReferralProjectCollection.pdf
- Association médicale de la Saskatchewan. (automne 2010). *New initiative to spread tools and principles to Saskatchewan practices*. Tiré du *SMA News Digest*. <https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=329>
- Hudec, J.C. (2010). *Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use*. *Canadian Family Physician*, vol. 56, n° 10, e361–e367.
<http://www.cfp.ca/content/56/10/e361.full>
- *Clinical practice redesign (CPR)* [Notes de présentation].
<http://www.qualitysummit.ca/documents/W3-Clinical-Practice-Redesign.pdf>
- Association médicale de la Saskatchewan. *Clinical practice redesign (CPR)* [site Web du projet].
<https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&lang=1&pre=view>

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Lisa Clatney
Titre : Directrice de programme
Organisme : Conseil sur la qualité des soins de santé
Courriel : lclatney@hqc.sk.ca
Téléphone : 306-668-8810, poste 106

Dernière mise à jour : février 2013

External Source: <https://www.sma.sk.ca/Default.aspx?cid=838&lang=1&pre=view>