

PAQ de l'Hôpital Notre-Dame Hospital (Hearst)

BUT		MESURE				CHANGEMENT					
Dimension de la qualité	Objectif	Mesure/indicateur	Rendement actuel	Cible à atteindre en 2013-2014	Justification de la cible	Niveau de priorité	Numéro de l'initiative	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes et mesures de processus	Objectif des idées de changement (2013-2014)	Remarques
Accessibilité	Réduire les temps d'attente en salle d'urgence	Temps d'attente en salle d'urgence : durée du séjour au 90 ^e centile pour les patients admis - du 4 ^e trim. de 2011-2012 au 3 ^e trim. de 2012-2013, iPort	19,38	17,5	La cible est fondée sur la moyenne des temps d'attente en salle d'urgence du RLSS de 17,5 h. (La cible prov. de 11,5 h n'est pas réalisable en raison de retards dus aux transports par voie aérienne et du fait qu'il n'y a pas d'USI à notre hôpital.)	2	1	Surveiller la durée du séjour	Produire un rapport pour surveiller les temps d'attente supérieurs à 10 heures	Elaboration du format du rapport au plus tard le 15 avril 2013	
							2	Aligner les processus de gestion des lits sur les pratiques exemplaires et les résultats cliniques	Réviser et analyser tous les cas où le temps d'attente est supérieur à 10 h et prendre des mesures pour réduire la durée là où c'est possible	100 % des cas examinés par le Comité d'utilisation	
							3	Fournir une rétroaction aux intervenants	S'assurer que le Comité de la qualité et des soins aux patients du conseil, le Comité consultatif des soins infirmiers et le Comité consultatif médical effectuent un examen trimestriel	4 examens trimestriels	
Efficacité	Assainir les finances de l'organisme	Marge totale (consolidée) : pourcentage selon lequel les revenus totaux (consolidés) d'un établissement sont supérieurs ou inférieurs à ses dépenses totales (consolidées), en excluant l'incidence de l'amortissement des immobilisations au cours d'un exercice donné - 3 ^e trim. de 2012-2013, NPRSSO	-1	-2	Des mesures importantes de restructuration sont en cours en vue d'équilibrer notre budget compte tenu de l'augmentation prévue de 0 %. Les résultats de certaines des initiatives en cours ne seront connus qu'au cours de 2014-2015.	1	1	Réaliser les objectifs fixés dans le plan opérationnel	S'assurer qu'un groupe de membres de la direction effectue un examen mensuel afin de voir à la mise en œuvre efficace des plans de restructuration	10 examens mensuels	
							2	Réaliser les objectifs fixés dans le plan capital	Élaborer un plan capital quinquennal pour voir à la gestion efficace des ressources	Élaboration du plan capital au plus tard le 1 ^{er} juin 2013	
Intégration des soins	Réduire la durée du séjour en soins de courte durée pour les CCP 04 - Maladies et troubles du système respiratoire	Durée moyenne du séjour en soins de courte durée pour les CCP 04 - Maladies et troubles du système respiratoire. Année de méthodologie : 2011, Exercice à la sortie : 2011-2012. Total de la pondération de la consommation de ressources par groupe-client.	8,4	6,8	La cible de 6,8 est établie par le RLSS-NE : (La moyenne nationale est de 7,8, la moyenne provinciale de 7,2, la moyenne du RLSS-NE de 6,8 et la moyenne des petits hôpitaux de la prov. de 6,5).	2	1	Surveillance et rétroaction	Passer en revue toutes les réadmissions pour la CCP 04 - Maladies et troubles du système respiratoire	Examen effectué pour toutes les réadmissions	
							2	Ordonnances standardisées pour les patients	Implanter les ordonnances standardisées, y compris les ordonnances pour l'admission afin d'uniformiser la date de congé prévue, voir à la planification du congé en temps opportun et à l'engagement des fournisseurs de services communautaires	Un ensemble d'ordonnances standardisées pour l'admission figurera au dossier de tous les patients admis au cours des 3 ^e et 4 ^e trimestres de 2013-2014	
							3	Informers les patients sur leurs soins	Utiliser des tableaux blancs dans toutes les chambres de patients; y indiquer le plan de mise en congé du patient pour que la famille et le patient puissent le voir	Conformité totale à la directive sur l'utilisation de tableaux blancs	
							4	Planification du congé appropriée pour les patients à risque	Mettre en œuvre les trois initiatives suivantes au congé du patient : 1) bilan comparatif des médicaments; 2) évaluation du risque (LACE); 3) rendez-vous de suivi confirmé avec le fournisseur de soins primaires après le congé	Conformité totale aux 3 initiatives pour chaque patient à risque élevé ayant obtenu son congé	
							5	Élaborer des programmes pour le traitement de la MPOC et de l'asthme de concert avec l'Équipe de santé familiale	Les patients atteints de ces troubles doivent être acheminés vers les services/programmes de l'Équipe de santé familiale en vue de l'obtention d'un suivi	Aiguillage de tous les patients vers l'Équipe de santé familiale pour suivi (3 ^e et 4 ^e trim. de 2013)	
							6	Examen des utilisateurs fréquents du système par le groupe de Maillons santé de la région	Un comité régional est en train d'être mis sur pied pour examiner et analyser les données sur les utilisateurs fréquents du système	Élaboration d'un dossier d'étude fondé sur une analyse et un examen des données	
							7	Services d'entretien ménager - en collaboration avec le programme Vieillir chez soi dans la communauté	S'assurer que les clients dont le nom figure sur une liste d'attente pour un lit dans un foyer de SLD aient accès à des services d'entretien ménager à prix abordable	Inscription de 10 clients pour l'obtention de services d'entretien ménager	
Réduire le temps passé inutilement aux soins actifs	Pourcentage de jours de niveaux de soins alternatifs (ANS) : nombre total de jours d'hospitalisation comme ANS, divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation, du 3 ^e trim. de 2011-2012 au 2 ^e trim. de 2012-2013, Base de données sur les congés des patients (BDPC), ICIS	27,7	26,32	Réduction de 5 % par rapport à notre rendement actuel (cible prov. de 28 % pour les petits hôpitaux, cible du RLSS-NE : 17 %)	1	1	Identifier les obstacles à la planification du congé	Mise en œuvre du processus de gestion de cas intensive en collaboration avec le CASC et les patients/familles pour identifier les facteurs qui empêchent le patient de retourner chez lui et y remédier	Processus de gestion de cas intensive effectué sur tous les patients identifiés		
						2	Équipement nécessaire à la mise en congé en temps opportun	Collaborer avec les partenaires communautaires pour que les patients puissent avoir accès à l'équipement nécessaire à leur congé	Fourniture en temps opportun de l'équipement nécessaire à tous les patients obtenant leur congé		
						3	Information sur les services offerts dans la communauté	Communication de renseignements sur la multitude de services offerts dans notre communauté aux fournisseurs de soins de santé et aux médecins	3 séances d'information au cours desquelles la liste des services est présentée et expliquée		
						4	Aiguillage au congé du patient	Voir à ce que les patients soient aiguillés vers les services communautaires appropriés en attendant d'obtenir un lit dans un foyer de soins de longue durée	Aiguillage de tous les patients vers les services appropriés - y compris la physio		
						5	Optimiser l'utilisation des services de réadaptation pour éviter que le patient ne présente une décompensation après son admission	Faire évaluer tous les nouveaux patients ayant besoin d'un ANS et les patients chroniques par le service de physiothérapie et dresser un plan de soins	Évaluation/plan d'action en place pour tous les nouveaux patients exigeant un ANS et patients chroniques		
						6	Séances d'information offertes aux soignants en coll. avec le prog. Vieillir chez soi dans la communauté	Séances de formation pour aider les soignants à composer avec les situations difficiles (en coll. avec le Collège Boréal)	2 séances de formation		
						7	Continuer à mettre en œuvre le programme Vieillir chez soi dans notre communauté	Tenue de réunions régulières avec les fournisseurs de soins de la communauté afin de voir à ce que les besoins des aînés dans la communauté soient satisfaits	4 réunions avec le comité local de Vieillir chez soi		

						9	Programme de prévention des chutes en coll. avec le prog. Vieillir chez soi dans la communauté	Mise en œuvre du programme de prévention des chutes en collaboration avec le bureau de santé	1 séance de formation sur la prévention des chutes		
						10	Transport en coll. avec le prog. Vieillir chez soi dans la communauté	Fournir un service de transport aux patients recevant des services de dialyse à Kapuskasing	Tous les patients conduits à leurs traitements		
	Réduire les taux de réadmissions inutiles à l'hôpital	Taux de réadmission de soins actifs dans les 28 jours pour les mêmes maladies ou maladies semblables	20,33	15,76	La cible est le ratio des réadmissions prévues à n'importe quel hôpital (cible fondée sur les preuves) conf. au rapport fourni par le RLISS. Les données sont pour l'année 2011.	2	1	Surveillance par le Comité d'utilisation	Passer en revue toutes les réadmissions 1) CCP 04 - Maladies et troubles du système respiratoire; 2) CCP 05 - Maladies et troubles du système circulatoire; 3) CCP 17 - Maladies mentales	Tous les patients réadmis dans les 30 derniers jours pour les mêmes diagnostics (ou semblables) feront l'objet d'un examen et des recommandations faites au CCM	
Approche centrée sur le patient	Améliorer la satisfaction des patients	Sondage interne (le cas échéant) : fournir le taux de réponse à une question générale telle que « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos parents et amis? » (Veuillez préciser la question et les réponses possibles dans le PAQ)	100	100	La cible est fixée à 100 % pour concorder avec le taux de 100 % obtenu au cours des dernières années.	2	1	Processus d'appel pour la mise en congé	Poursuivre la mise en œuvre du processus d'appel pour la mise en congé des patients hospitalisés et ceux ayant subi une chirurgie	25 % des patients hospitalisés recevront un appel; 25 % des patients ayant subi une chirurgie recevront un appel	La question est la suivante : « Recommanderiez-vous l'hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? » Réponses possibles : Oui et non
							2	Améliorer la satisfaction de la communauté des Premières Nations	Dresser un plan d'action pour donner suite aux problèmes soulevés par la communauté des Premières Nations et le mettre à jour	4 réunions trimestrielles où les trois problèmes prioritaires du trimestre précédent auront été résolus	
							3	Améliorer la communication avec les patients et la famille	Installer des tableaux blancs dans les chambres de patients de soins actifs pour communiquer avec les patients et leur famille (nom des fournisseurs de soins, date de congé prévue, besoins, etc.)	Tous les lits pour soins actifs munis d'un tableau blanc	
							4	Résoudre les problèmes de température soulevés régulièrement dans les sondages des patients	Mettre en œuvre le plan d'action pour donner suite aux problèmes de température de l'eau et des chambres	Plan d'action du Fonds de réaménagement de l'infrastructure du système de santé entièrement mis en œuvre	
Sécurité	Empêcher les chutes chez les patients	Chutes : pourcentage de résidents en soins continus complexes qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours - 2 ^e trim. de 2012-2013, SISLD	Aucune donnée à ce jour	8,4	La cible à atteindre est la moyenne provinciale de 8,4 %. (Meilleurs résultats obtenus par les hôpitaux qui ont des lits de soins de longue durée : 0,9 %, en attente de la valeur-repère pour la meilleure valeur possible en théorie, moyenne provinciale de 8,4 % pour le 2 ^e trim. de 2011-2012)	2	1	Mettre à jour le programme de prévention des chutes afin qu'il réponde aux nouvelles lignes directrices et définitions	Réviser le programme de prévention des chutes pour qu'il réponde aux nouvelles lignes directrices et exigences	Formation de tous les membres du personnel au plus tard le 30 juin 2013	
							2	Passer en revue les tendances relatives aux chutes	Passer en revue et analyser les données relatives aux chutes type, heure, endroit et cause	Examen trimestriel des renseignements à la réunion du CCM, du CCSI et du Comité de la qualité	
							3	Évaluer les besoins en matière de mobilité pour les nouvelles admissions au SCC et réévaluer au besoin	Faire évaluer par un physiothérapeute les exigences en matière de mobilité de toutes les nouvelles admissions au SCC et procéder à une réévaluation au besoin	Conformité totale au plan mis en place (p. ex exigences relatives au levage des patients)	
							4	S'assurer que les patients au SCC ont accès aux services et programmes d'exercices du Service de réadaptation	Élaborer un programme d'exercices pour les patients au SCC en collaboration avec les physiothérapeutes, le gestionnaire et le personnel	Taux de conformité de 85 % au programme d'exercices élaboré	
Accroître la proportion de patients bénéficiant d'un bilan comparatif de médicaments à l'admission	Bilan comparatif des médicaments à l'admission : nombre total de patients ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital - veuillez utiliser le plus récent trimestre de données à la disposition de votre hôpital (p. ex. 2 ^e trim. de 2012-2013, 3 ^e trim. de 2012-2013)	100	100	La cible de 100 % a été réalisée en 2012. Toutefois, il faudra surveiller étroitement la conformité puisque nous utilisons des services de télépharmacie depuis nov. 2012.	2	1	Surveillance et rétroaction	Procéder à des vérifications régulières pour voir au respect du protocole relatif au bilan comparatif. Une rétroaction individuelle sera effectuée lorsque des problèmes seront identifiés.	Rétroaction fournie aux personnes concernées pour tous les problèmes identifiés		
						2	Analyser et réviser les données	Passer en revue les données sur le bilan comparatif tous les 3 mois aux réunions du Comité de pharmacologie et de thérapeutique, au CCM, au CCSI et au Comité de la qualité	3 examens (mai 2013, octobre 2013, janvier 2014)		
Accroître l'utilisation de la thromboprophylaxie veineuse	Thromboprophylaxie - pourcentage de patients admissibles qui ont reçu une thromboprophylaxie appropriée à leur admission	Aucune donnée à ce jour	100	La cible a été fixée à la meilleure valeur théorique de 100 %.	1	1	Évaluer le risque de TEV de tous les patients à l'aide de l'outil d'évaluation normalisé et des ordonnances standardisées pour la TEV	Procéder à des vérifications continues de toutes les admissions pour déterminer le pourcentage de patients admissibles ayant subi une thromboprophylaxie	Tous les patients seront évalués afin de déterminer s'ils devraient subir une thromboprophylaxie	POR d'Agrément Canada - Initiative sur les TEV de Soins de santé plus sécuritaires maintenant!	
Réduire les taux d'infections nosocomiales	Taux de MACD pour 1 000 jours-patient : nombre de patients nouvellement diagnostiqués d'une MACD contractée à l'hôpital, divisé par le nombre de jours-patient dans un mois, multiplié par 1 000 - moyenne pour janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	0	0	Le taux actuel pour les dernières années est 0. La cible est la même. La moyenne prov. est de 0,36 (déc. 2011), la moyenne prov. pour les petits hôpitaux de 0,05.	2	1	Pratiques exemplaires en matière de nettoyage des surfaces environnementales	Voir au respect des pratiques exemplaires en matière de nettoyage des surfaces environnementales en effectuant des vérifications régulières des services d'entretien	2 inspections hebdomadaires des surfaces environnementales effectuées par l'infirmière - santé du personnel		
						2	Formation du personnel et des médecins sur l'isolement/précautions	Offrir des séances de formation individuelles au personnel et aux médecins lorsque des problèmes surviennent	Suivi individuel dans 100 % des cas où des problèmes sont survenus		
	Observation des mesures d'hygiène des mains avant le contact avec le patient : nombre de fois que les mesures d'hygiène des mains ont été respectées avant le premier contact avec un patient, divisé par le nombre d'indications observées d'hygiène des mains avant un contact avec un patient, multiplié par 100 - de janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	84,9	88,98	Augmentation de 5 % par rapport au taux actuel pour 2012-2013. (Meilleur taux obtenu pour les petits hôpitaux en Ontario : 100 % ; moyenne provinciale pour les petits hôpitaux : 74 %).	1	1	Éducation sur le programme d'hygiène des mains mis à jour	Offrir des séances de formation au personnel pour le mettre à jour sur le programme d'hygiène des mains	85 % du personnel aura participé à la formation		
						2	Encourager les patients à poser la question en incitant le personnel à porter un macaron « Demandez-moi »	Lancer une campagne « Demandez-moi » en collaboration avec le personnel, les familles et les patients	50 % des membres du personnel admissible porte un macaron « Demandez-moi » au travail ce qui leur donnera l'occasion de participer à un tirage		
						3	Sensibilisation des patients et de la communauté à l'hygiène des mains	Informers les patients sur les mesures d'hygiène des mains en utilisant des napperons informatifs sur tous les plateaux des patients	Nombre de napperons pour plateaux distribués : 1000		

Réduire l'incidence de nouveaux cas de plaies de pression	Plaies de pression : pourcentage de résidents en soins continus complexes affligés de nouvelles plaies de pression au cours des trois derniers mois (stade 2 ou plus) - 2 ^e trim. de 2012-2013, Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD).	Aucune donnée à ce jour	2	La cible fixée est la moyenne prov. de 2 % (2 ^e trim. de 2011-2012).	2	1	Mise à jour de la politique sur l'évaluation de l'état de la peau et sensibilisation des membres concernés du personnel	Séances de formation au personnel infirmier sur le nouveau protocole données par une infirmière en fin de carrière	Participation de 90 % du personnel travaillant dans les unités de soins actifs et de longue durée à une séance de formation sur la prévention des plaies de pression	
						2	Surveillance et rétroaction	Effectuer des vérifications des dossiers et le suivi dans les situations de non-conformité	1) évaluation de l'état de la peau de tous les patients à l'admission 2) réévaluation de l'état de la peau de tous les patients tous les 3 mois ou lorsque leur état change	
Réduire le taux de décès et de complications associé aux soins chirurgicaux	Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale : nombre de fois que les trois phases de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale ont été observées (« breffage », « temps d'arrêt » et « débreffage »), divisé par le nombre total de chirurgies pratiquées, multiplié par 100 - de janv. à déc. 2012, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	91,3	98,6	Cible fixée à la moyenne provinciale pour les petits hôpitaux : 98,6 % (la meilleure valeur théorique est 100 %).	1	1	Surveillance et rétroaction	Procéder à des vérifications semestrielles du respect de la politique sur la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale	2 examens des vérifications à l'occasion des réunions du CCM, du CCSI et du Comité de la qualité	
						2	Élaboration d'un plan d'action pour traiter le refus de se conformer	Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour les personnes qui refusent de respecter la politique sur la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale	Plan d'action dressé pour 100 % des personnes qui ont des problèmes de conformité	