Guide sur les normes de qualité : maison

Soutien aux équipes Santé Ontario

NOVEMBRE 2019

Health Q

Introduction

Le présent document a pour but de décrire comment la norme de qualité *Transitions entre*

Parcourir ce guide

Comment les énoncés de qualité aideront-ils mon équipe Santé Ontario à répondre aux attentes de la première année?

Dans le cadre du nouveau modèle des ESO, deux exigences peuvent être appuyées par la mise en î uvre de la norme de qualité :

Lœexigence de la première année ***Soins et expérience du patient*** stipule que lœaccès, les transitions, la coordination et lôintégration se sont améliorés :

- La norme de qualité a été élaborée à la suite dôune vaste consultation auprès de personnes ayant une expérience vécue de transition entre lôh¹pital et la maison
- Les dix énoncés sont rédigés du point de vue du patient ou de lœaidant et indiquent que lœquipe de soins, le patient et les aidants doivent travailler ensemble dès lœadmission pour assurer une transition harmonieuse de lôh¹pital à la communauté, avec un suivi coordonné auprès des partenaires communautaires appropriés. Pour connaître le point de vue des patients et des aidants sur leur expérience avec les transitions dans les soins, veuillez lire Transitions entre l'hôpital et la maison : *Priorités des patients et des aidants*.

Comment les énoncés de qualité aideront-ils mon équipe Santé Ontario à répondre aux attentes de la première année? (suite)

Lôexigence relative à la stipule que les équipes Santé Ontario devraient démontrer les progrès réalisés pour réduire les écarts et mettre en î uvre des normes cliniques :

- Chaque énoncé sur la qualité précise un domaine qui est essentiel à la prestation de soins de transition de haute qualité ï des domaines où les soins doivent être améliorés ou où il existe des variations entre les régions en fonction des données probantes
- Chaque énoncé comprend des indicateurs que les équipes peuvent utiliser pour mesurer si leur cycle PDCA (penser, démarrer, contrôler, agir) améliore la qualité des soins dans chaque domaine dôintérêt
- Les améliorations progressives dans ces domaines, à long terme, ont également une incidence positive sur les mesures globales de réussite de la transition des soins de lôh1pital à ola maison

Énoncés de qualité

Pour accéder directement à un énoncé de qualité particulier dans la norme, cliquez sur le lien :

1. Échange d'information sur l'admission

2. Évaluation globale

3. Participation du patient, de la famille et des aidants à la planification de la transition

4. Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants

5. Plans de transition

6. Transitions coordonnées

7. Examen des médicaments et soutien associé

8. Soins médicaux de suivi coordonnés

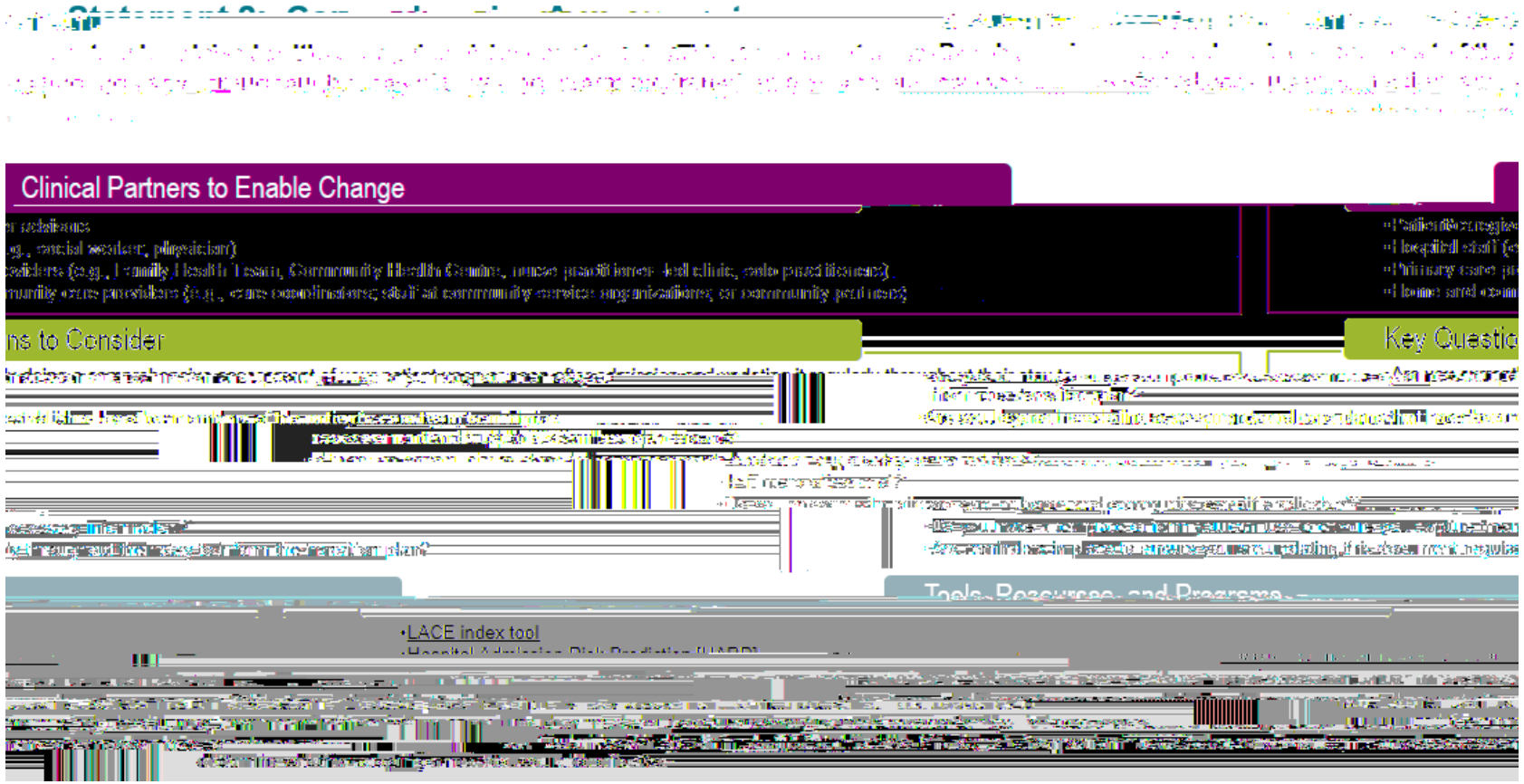
9. Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire

10. Coûts assumés personnellement et limites des services financés

Å

Parcourir cette section

Ceci est l'énoncé de qualité. Cliquez sur le lien pour voir



Énoncé 2 : Évaluation globale

Les gens reçoivent une évaluation globale de leurs besoins actuels et futurs en matière de soins de santé et de soutien social.

le plan

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. travailleur social, médecin)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)

- Faites-vous une évaluation globale de votre patient au moment de son admission ou peu de temps après, et la mettez-vous à jour régulièrement tout au long de son séjour afin d'informer le plan de transition?
- Tirez-vous parti des évaluations et des plans de soins existants qui ont été établis par d'autres membres de l'équipe de soins du patient pour minimiser les réévaluations et appuyer un plan de soins homogène?
- Est-il possible d'uniformiser les évaluations entre vos organismes partenaires?
- Est-ce interprofessionnel?
- Participez

Énoncé 4 : Éducation, formation et soutien des patients, des familles et des aidants

ation et

y

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. travailleur social, médecin)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

Questions clés à considérer

- Offrez-vous de l'éducation, de la formation et du soutien aux patients, aux familles et aux aidants pour gérer leurs besoins en soins de santé après leur séjour à l'hôpital?
- Adaptez-vous l'information et la formation aux besoins du patient, à sa perception de son état de santé, à sa capacité cognitive et à son degré de préparation à prendre soin de lui-même, ainsi qu'à la volonté et à la capacité de la famille ou de l'aidant de prendre soin du patient?
- Ces renseignements ou instructions sont-ils fournis sous diverses formes (p. ex., verbale, écrite ou électronique) en utilisant un langage simple et des outils visuels?
- Au besoin, offrez-vous une formation pratique (p. ex. pour utiliser de l'équipement médical, administrer des médicaments, changer les pansements)?
- Les ressources communautaires mentionnées dans cette éducation sont-elles disponibles dans votre communauté?
- L'information et la formation sont-elles culturellement appropriées et accessibles à toutes les personnes concernées (p. ex., adaptation physique, sensorielle ou difficultés d'apprentissage ou dans la langue maternelle du patient)?
- Veillez-vous à ce qu'un membre de l'équipe de l'hôpital soit chargé de fournir au patient, à sa famille et aux aidants l'information et le soutien nécessaires à la réussite de la transition à la maison?

Outils, ressources et programmes

- Patient Oriented Discharge Summaries (PODS) (seulement en anglais)

Énoncé 5 : Plans de transition

oré par le et il ns on congé.

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, commis d'unité)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

- Faites-vous participer le patient (et sa famille ou les aidants qui l'aideront lorsqu'il quittera l'hôpital) à l'élaboration du plan de transition?
- L'équipe interprofessionnelle participe-t-elle à l'élaboration du0 G[())-3( )-4(à)]TJETQ EMC /Span <</MCID 105/Lang (en-US)>>BDC q0.000014305 0 9r Tf10 1 989r Tf-3.00001430

Énoncé 6 : Transitions coordonnées

tion,
ure

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex., membres de l'équipe responsable du congé)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

- Avez-

Énoncé 7 : Examen des médicaments et soutien associé

ts

-mêmes le coût des

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, pharmacien)
- Soins à domicile et soins communautaires (p. ex. coordonnateur des soins, pharmacien communautaire, travailleur social commun

Énoncé 8 : Soins médicaux de suivi coordonnés

ins

-

Partenaires cliniques pour favoriser le changement

- Conseillers des patients et des aidants
- Personnel hospitalier (p. ex. membre de l'équipe responsable du congé, commis d'unité)
- Fournisseurs de soins primaires (p. ex., équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, clinique dirigée par une infirmière praticienne, praticiens individuels)
- Fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. coordonnateurs de soins, personnel d'organismes de services communautaires; partenaires communautaires)
- Intervenants-pivots (p. ex., facilitateur de soins de transition)

- Les soins médicaux de suivi sont-ils coordonnés et planifiés avant de quitter l'hôpital?
-

Énoncé 9 : Soutien approprié et en temps opportun pour les soins à domicile et en milieu communautaire

s à

Quels sont les outils dont dispose Qualité des services de santé Ontario pour appuyer

?

Ressource

Ressource	Résumé	Public
Recommandations pour adoption (à venir)	Recommandations à lœchelle du système qui traitent des obstacles à la mise en î uvre des soins décrits dans la	

Existe-t-
pourraient soutenir nos populations cibles?

Populations de patients Année 1					
Norme de qualité	**Personnes âgées à risque élevé ou avec des besoins médicaux complexes**	**Personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie**	**Personnes vivant avec la douleur**	**Personnes maladie limitant vie**	**Personnes maladie chronique**
Ulcère du pied diabétique - Soins des plaies			X	X	X
Glaucome	X				
Insuffisance cardiaque ï Soins destinés aux adultes dans la collectivité	X			X	X
Fracture de la hanche	X			X	X
Lombalgie			X		
Dépression clinique		X			X
Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique			X		X
Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë			X		

Populations de patients Année 1					
Norme de					

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de ce guide, veuillez communiquer avec nous en utilisant -dessous.