

Plan d'amélioration de la qualité 2019-2020
Cibles et initiatives d'amélioration



But		Mesures								Changement					
Problème	Dimension de qualité	Mesure / Indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Organisation	Id	Rendement		Collaborateurs Externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Cible pour la mesure de processus		Remarques
								actuel	Cible		Justification de la cible	Méthodes	Les mesures des processus		
O = Obligatoire (toutes les cellules doivent être remplies) P = Prioritaire (remplissez SEULEMENT la cellule de commentaires si vous ne travaillez pas sur cet indicateur) S = Sur mesure (ajoutez tous les autres indicateurs sur lesquels vous travaillez)															
Thème I : Transitions opportunes et efficaces	Opportun	L'intervalle entre la date et l'heure d'attribution d'un code d'état (déterminé par le fournisseur de services principal) et la date et l'heure où le patient a quitté le service d'urgence pour être admis dans un lit ou à la salle d'opération.	O B L I G A T O I R E	Heures / Tous les patients	ICIS SNISA / Octobre à décembre 2018	753*	8	5,50	Cible de 4 h du programme de financement "Pay for Results". Montfort a déjà le 5e meilleur résultat sur 74 hôpitaux en Ontario. Présentement le rendement est à 5,7 h cumulatif pour l'année financière 2018-19 (P4R) donc amélioration de 12% est visé Les résultats seront compilés sur l'année financière 2019-2020		1) Optimiser l'utilisation de télémétries	À travailler en collaboration avec la campagne de "Choisir avec soins" Montfort-Télémétrie / Revoir les critères d'utilisation	Nombre de patients et nombre de jours d'utilisation de télémétrie/patient	Diminution de "x" patients et "x" jours d'utilisation de télémétrie pour l'année	L'optimisation de l'utilisation des télémétries afin de s'assurer de suivre les lignes directrices de l'"American College of Cardiology / American Heart Association"
											2) Déployer les meilleures pratiques sur tous les quarts de travail	Améliorer la culture des services 24/7	Temps d'attente pour un lit du lundi au vendredi de 8 h à 16 h versus le soir et la fin de semaine	5,5 heures en tout temps	
											3) Analyser la distribution des lits afin de réduire les transferts inter et intra unités	Créer un groupe de travail qui aura comme mandat d'améliorer le standard des pratiques d'admission sur les étages	Le temps d'attente pour avoir un lit est standardisé le jour, soir et nuit	25% de moins que le rendement de base établi	
		"Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille?"	S	% / Tous les patients	Sondage NRC Picker / Année financière	753*	76,9	77,70	Amélioration de 1% pour dépasser la référence Les résultats seront compilés sur l'année financière 2019-2020		1) Renforcer l'utilisation des tableaux de communication au chevet des patients	Mettre en place un calendrier mensuel standard de vérification de conformité des informations pertinentes retrouvées sur le tableau blanc (p.ex. date de congé)	Taux de conformité sera de +80% d'ici le 31 mars 2020	Ajouter une question au formulaire des tournées des patients qui sera en mesure d'évaluer la conformité de l'information retrouvée sur le tableau blanc au chevet	
											2) Déployer les suivis téléphoniques pour une clientèle ciblée en médecine	Débuter les suivis téléphoniques automatisés post-congé pour la clientèle d'insuffisance cardiaque chronique (ICC) et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	Nombre de suivis téléphoniques / par le diagnostic	Mesurer le taux de satisfaction de la clientèle hospitalisée sondée par le système automatisé sera +80% d'ici le 31 mars 2020	
											3) Déployer les tournées des directeurs dans les différents secteurs	Les directeurs vont faire des tournées mensuelles sur divers secteurs	Nombre de tournées faites par les directeurs	Diffuser le bilan des tournées aux secteurs ciblés	

Thème III : Soins sécuritaires et efficaces	Sécuritaire	Le nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la LSST) sur une période de 12 mois	O B L I G A T O I R E	Compte / le travailleur	Collecte de données à l'interne / Janvier à décembre 2010	753*	266	264,00	Renverser la tendance malgré 1) la croissance des volumes de patients à risque et 2) l'augmentation du nombre de lit en santé mentale à l'Hôpital Montfort Cible est calculée sur une base de maximum de 22 incidents par mois Les résultats seront compilés sur l'année financière 2019-2020	1)Revoir les outils de dépistage "cliniques" dans les secteurs à risques afin de mieux identifier et intervenir auprès de la clientèle vulnérable (MÉTHODE)	a) Réviser le formulaire de triage au service d'urgences pour mieux identifier les patients à risques de violence b) Revoir le processus de référer pour avoir un meilleur accès à l'infirmière SCUP c) Définir les critères d'admission à l'unité PEZ ("Psychiatric Evaluation Zone")	Pourcentage d'avancement de chacune des méthodes identifiées (3)	100% des méthodes identifiées sont développées et mise en oeuvre d'ici le 1 septembre 2019	FTE=1831 ETP =1831 Requiert la collaboration des cliniciens des services concernés
										2)Rehausser et adapter le plan de formation de prévention de la violence en milieu de travail pour adresser l'ensemble des services cliniques, selon l'évaluation des risques des patients (FORMATION)	a) Optimiser les séances de formation continues et simulations pour les secteurs à risques; soit le service d'urgence (SU) et du programme de santé mentale (PSM) b) Adapter les séances des formations continues et simulations pour l'ensemble des autres secteurs cliniques c) Standardiser les séances de débriefage post-code blanc pour renforcer les apprentissages et consolider les compétences	a) et b) Nombre de formations continues et simulations révisées et offertes au personnel clinique a) et b) Pourcentage de personnel formé c) Ratio de séances de débriefage complétées / nombre total d'incidents rapportés	a) et b) Programme de formation continue et simulation complètement révisé d'ici le 30 mai 2019 a) et b) 80% du personnel clinique formé c) Débriefage 1/1 post-code blanc	Programme de formation CPI déjà 3en place
										3)3.1) Évaluer les mesures de sécurité en place pour assurer un environnement plus sécuritaire pour le personnel 3.2) Mettre sur pied une nouvelle unité PEZ ("Psychiatric Evaluation Zone") selon les meilleures pratiques tout en assurant un alignement avec les lignes directrices du plan maître (MILIEU)	3.1 a) Réviser le contrat avec l'agence de gardiens de sécurité incluant une mise à niveau des formations requises à l'embauche et en cours d'emploi 3.1 b) Revoir les accès permis dans les divers secteurs 3.2) Développer, conjointement avec les architectes et les experts cliniques, une aire sécurisée et adaptée aux patients qui se présentent aux services d'urgences avec des problèmes de santé mentale	3.1 a) Échéanciers 3.1 b) Pourcentage dans les secteurs avec accès restreints	3.1 a) Échéanciers respectés selon le plan de travail établi 3.1 b) Base à déterminer 3.2) Environnement sécuritaire et adapté, selon les normes et standards de soins	