

Objectif		Mesure								Changement					
Problème	Dimension de qualité	Mesure/indicateur	Type	Unité / population	Source / période	ID de l'organisme	Rendement actuel	Objectif	Justification d'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)		Mesure des processus		Objectif des idées de changement	
										Méthodes	Méthodes	Méthodes	Commentaires		
Thème I : Transitions opportunes et efficaces	Opportun	Cet indicateur mesure 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	SNISA de l'ICIS / octobre 2018 – décembre 2018	726*	15,58	14,20	Représente une réduction de 10 % dans le cadre d'une stratégie pluriannuelle pour atteindre un point de repère provincial de 8 heures pour cet indicateur.	1) Optimiser le processus actuel d'affectation de lits pour patients hospitalisés de manière à réduire le délai en l'identification du besoin d'un lit et l'heure à laquelle le lit est attribué.	Former une équipe multidisciplinaire responsable d'évaluer l'efficacité et l'efficacité du processus actuel d'attribution de lit.	Achèvement du projet d'amélioration du processus d'attribution de lit.	Achèvement du projet d'attribution d'ici le 30 sept. 2019		
										2) Informer les patients de la date de congé prévue afin d'aider les patients et familles à préparer la sortie de l'hôpital.	Mettre à l'essai l'usage d'encarts dans le livret des patients où figurent des renseignements particuliers pour le patient sur : le diagnostic et la date de congé prévue (DCP).	Achèvement de l'étude Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA).	Effectuer l'essai sur 2 unités pour patients hospitalisés d'ici le 30 sept. 2019.	L'essai comprend la documentation de conversation fournisseur/patient concernant la DCP.	
										3) Mettre en œuvre l'analyse rapide sur place pour SARM, l'ERV et C. difficile. Ceci aidera à réduire le nombre de cas en isolement ainsi le délai entre la décision d'admission et l'heure à laquelle le patient est attribué un lit.	Test réaction en chaîne de la polymérase (PCR) pour SARM, l'ERV et C. difficile.	Délai d'exécution de l'analyse rapide sur place.	Délai d'exécution de 3 heures pour l'analyse rapide sur place d'ici le 31 mars 2020.		
										4) L'effort d'uniformisation de l'heure de congé (avant midi) permettra d'améliorer le flux de patients. L'amélioration du flux de patient réduira le délai d'attente des patients admis au service d'urgence avant qu'ils ne soient attribués un lit pour patient hospitalisé.	Améliorer la proportion de patients dans les unités de soins aigus qui quittent l'hôpital avant midi. Essai Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) sur les unités de soins aigus de l'HGBG.	Essai achevé.	Effectuer l'essai sur les unités de soins aigus d'ici le 31 mars 2020.		
										5) La philosophie priorisant l'option du « domicile d'abord » appuie une approche multidisciplinaire face à la planification du congé. C'est un système de personnes et de processus qui facilitent le congé opportun de l'hôpital.	Inclure l'éducation sur la philosophie priorisant l'option du « domicile d'abord » pendant l'orientation de toute personne nouvellement embauchée sur l'équipe clinique.	Le pourcentage de personnes nouvellement embauchées sur l'équipe clinique ayant suivi la formation sur la philosophie priorisant l'option du « domicile d'abord » pendant l'orientation HGBG.	100 % des embauches cliniques reçoivent la formation en philosophie du « domicile d'abord » d'ici le 31 mars 2020.		

Objectif		Mesure							Changement					
Problème	Dimension de qualité	Mesure/indicateur	Type	Unité / population	Source / période	ID de l'organisme	Rendement actuel	Objectif	Justification d'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesure des processus	Objectif des idées de changement	Commentaires
Thème II : Excellence du service	Axé sur le patient	Pourcentage de répondants ayant répondu par l'affirmative à la question suivante : Le personnel hospitalier vous a-t-il fourni suffisamment de renseignements sur ce que vous pouviez faire si vous avez des inquiétudes au sujet de votre problème ou de votre traitement après votre départ de l'hôpital?	P	% / Répondants au sondage	SEHPC de l'ICIS/ La plus récente période consécutive de 12 mois	726*	79	80,00	L'HGBG surveille le % réponses affirmatives en se basant sur les 2 principales réponses positives. Ceci nous permet de constater les tendances de données au fil du temps. La cible de 2019-2020 est fixée selon cette méthode.	1)Continuer à surveiller et à préparer les rapports sur les pourcentage d'outils d'organisation de la sortie du patient (OOSP) produits	Élaborer un système de présentation de rapports sur la conformité.	Système de présentation de rapports sur la conformité en place.	Toutes les unités utilisent le système de présentation de rapports d'ici le 31 mars 2020.	
										2)En 2019-2020, mettre l'accent sur la qualité des renseignements fournis au patients dans l'outil d'organisation de la sortie du patient (OOSP).	Élaborer un outil de vérification ainsi qu'un horaire de vérification.	Outil de vérification de la qualité et horaire de vérification achevés.	Effectuer 10 vérifications de la qualité par trimestre d'ici le 31 mars 2020.	
										3)Déterminer l'ampleur et étendre la pratique du programme de chirurgie de placer un appel de suivi 48 heures après le congé pour inclure une population de patients supplémentaire (à déterminer) en 2018-2019.	Déterminer la population de patients auprès de laquelle faire l'essai des appels de suivi 48 heures après le congé de l'HGBG.	Pourcentage d'appels téléphoniques effectués.	50 % de la population cible reçoit un appel de suivi dans les 48 heures après le congé, d'ici le 31 mars 2020.	
Thème III : Soins sécuritaires et efficaces	Efficace	Bilan comparatif des médicaments au congé : Nombre total de patients ayant reçu leur congé pour qui le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) au congé a été créé, par rapport au nombre total de patients ayant reçu leur congé.	P	Taux par rapport au nombre total de patients sortants	Collecte de données à l'interne / octobre - décembre 2018	726*	93.33	85,00	Nous proposons une cible inférieure à celle du rendement au 3 <sup>e</sup> trimestre de 2018-2019, car nous jugeons que la transition de la saisie de données manuelle à électronique incorporera un dénominateur plus vaste et traduira mieux les niveaux de conformité que nous atteignons.	1)Former un partenariat avec nos systèmes d'information et le personnel infirmier pour créer un rapport électronique exact montrant le nombre ayant reçu leur congé et pour lesquels le meilleur schéma thérapeutique au congé a été fourni.	Élaborer et assurer la prestation d'une formation sur la préparation de rapports de collecte de données électroniques. Assurer la prestation d'indice de pratique et de d'éducation sur la consultation sur toutes les unités cliniques.	Pourcentage d'éducation achevée.	100 % de l'éducation achevée d'ici le 30 juin 2019.	
										2)Continuer à évaluer et à améliorer le rapport sur les statistiques du bilan comparatif des médicaments.	Le groupe de travail sur le bilan comparatif des médicaments effectue un examen mensuel.	Nombre d'exams mensuels.	Tenue d'exams mensuels 1 <sup>er</sup> avril - 31 mars 2020.	La disponibilité de données uniformes et fiables aidera l'équipe multidisciplinaire à surveiller et à évaluer le rendement afin d'apporter les corrections nécessaires en temps quasi réel.
										3)Veiller à la saisie exacte du dénominateur (patients ayant regagné leur domicile ou un autre établissement de soins).	Les résultats du rapport électronique correspondent aux résultats obtenus dans le cadre du rapport trimestriel manuel.	Statistiques hebdomadaires uniformes.	Production de statistiques hebdomadaires 95 % du temps d'ici le 31 mars 2020.	
										4)Effectuer des audits à intervalles réguliers pour évaluer l'exactitude, l'exhaustivité du Meilleur schéma thérapeutique au congé et en partager les résultats avec les intervenants concernés.	Élaborer un outil d'audit.	Nombre d'audits achevés pendant l'exercice 2019-2020.	Effectuer 20 audits de la qualité par trimestre pendant l'exercice 2019-2020.	

Objectif		Mesure							Changement					
Problème	Dimension de qualité	Mesure/indicateur	Type	Unité / population	Source / période	ID de l'organisme	Rendement actuel	Objectif	Justification d'objectif	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesure des processus	Objectif des idées de changement	Commentaires
	S	Nombre d'incidents de violence au travail signalé par le personnel hospitalier (au sens de la LSSAT) pendant une période de 12 mois.	OBILAGATOIRE	Compte / travailleurs	Collecte de données à l'interne / janvier - décembre 2018	726*	37	55,00	Nous prévoyons que les systèmes de rapport améliorés et la sensibilisation accrue à la violence au travail entraînera une meilleure culture de signalisation à l'HGBG. Cette culture entraînera une hausse des rapports signalant les incidents de violence au travail au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.	1)Un comité mixte sur la santé et la sécurité (CMSS) efficace et efficient entraînera la réduction du nombre d'incidents de violence au travail.  2)Établir un plan d'action suivant la mise en œuvre d'un outil d'évaluation de violence au travail mur-à-mur 2019-2020.  3)Mise en œuvre du Cadre d'une culture juste pour garantir que le personnel se sent psychologiquement en sécurité dans le milieu de travail et comprend le cadre selon lequel les décisions sont prises au sein de l'organisme.  4)Élaborer un système de production de rapports trimestriels en cascade sur les incidents de violence au travail.	Évaluer et améliorer le fonctionnement du comité mixte sur la santé et la sécurité.  Créer un plan d'action en matière de violence au travail.  Déploiement du Cadre d'une culture juste	Examens des incidents de violence au travail compris dans les compte rendus de réunion du CMSS.  Pourcentage d'éléments achevés au plan d'action.  Déploiement achevé.	Examen de 100 % des incidents de violence au travail et toute mesure requise est consignée au compte rendu de réunion du CMSS d'ici le 30 sept. 2019.  Achever 100 % des actions requises avec dates cibles avant le 31 mars 2020.  Achever le déploiement du Cadre d'une culture juste avant le 30 sept. 2019.	ETP=642
										Élaborer un système de production de rapports trimestriels.	Distribution de rapports trimestriels.	Rapports trimestriels distribués au intervenants concernés avant le 30 juin 2019.		