

## Plan de travail d'amélioration de la qualité 2020-2021

Hôpital général de la baie Georgienne, 1112, ch. St. Andrew's, C.P. 760 Midland (Ontario) L4R 4P4

Mesure								Changement				
Dimension de la qualité	Mesure / indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Rendement		Justification de cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesure des processus	Objectif des idées de changement	Remarques
					actuel	Cible						
Opportun	L'intervalle entre la date/l'heure de disposition (déterminée par le fournisseur de services principal) et la date/l'heure à laquelle le patient a quitté le service d'urgence (SU) pour être admis à un lit d'hôpital ou de salle d'opération.	O B L I G A T O I R E	Heures / Tous les patients	SNISA de l'ICIS, ACO / oct. 2019- déc. 2019	16,45	14,2	Atteindre l'objectif 2019-2020 dans le cadre d'une stratégie pluriannuelle visant à atteindre le point de repère provincial	Mener un événement d'amélioration rapide à base de rationalisation pour concevoir et mettre en œuvre des changements au processus de cheminement des patients, réduire les variations et éliminer les déchets.	Spécialiste en amélioration de la qualité mène un événement d'amélioration rapide à base de rationalisation pour tracer le parcours d'un patient du moment où la décision d'admission est prise au SU jusqu'au moment où le patient est placé dans un lit d'hôpital. Faire participer tout intervenant dans le processus à l'analyse des lacunes, à l'inventaire d'état futur et à l'identification d'initiatives d'amélioration de la qualité.	1. Événement d'amélioration rapide achevé	Événement d'amélioration rapide achevé et initiatives d'amélioration de la qualité recensées d'ici le 30 juin 2020.	
Sûr							Nous prévoyons que l'amélioration des systèmes de déclaration et la sensibilisation accrue à la VAT se traduiront par une hausse de la signalisation des incidents liés au VAT, tel que défini par la Loi sur la santé et la sécurité au travail.	Utiliser uniformément un outil validé pour cerner les comportements et déclencheurs associés à un risque accru de violence et évaluer le degré de risque en vue de prendre les mesures d'intervention, au besoin.	1a) Améliorer l'utilisation de l'outil d'évaluation de la violence pour le risque de violence dans la population hospitalisée. 1b) Améliorer l'utilisation de l'outil d'évaluation de la violence pour le risque de violence au service des urgences.	1a) % des patients examinés à l'aide d'un outil d'évaluation des risques dans les 24 heures suivant l'admission. 1b) % des patients du service d'urgence examinés à l'aide d'un outil d'évaluation des risques.	1a) 100 % des patients hospitalisés qui satisfont aux critères de dépistage seront évalués quant au risque de violence d'ici le 31 mars 2021. 1b) 100 % des patients du service d'urgence qui satisfont aux critères de dépistage seront évalués quant au risque de violence d'ici le 31 mars 2021.	
								Utiliser la cote de risque obtenue au moyen de l'outil d'évaluation de la violence pour mettre en place des interventions précises visant à traiter les risques et comportements observés.	2a) Veiller à documenter les stratégies concernant tout patient hospitalisé à risque élevé. 2b) Veiller à documenter les stratégies concernant tout patient au service d'urgence qui présente un risque élevé.	2a) % de patients hospitalisés à risque élevé avec stratégie documentée. 2b) % de patients à risque élevé au service d'urgence avec une stratégie documentée.	2a) Pendant l'exercice 2020-2021, accroître le pourcentage de patients hospitalisés à risque élevé ayant des stratégies de VAT documentées de 25 % par trimestre. 2b) Chaque trimestre pendant l'exercice 2020-2021, augmenter de 25 % le pourcentage de patients à risque élevé au service des urgences ayant des stratégies de VAT documentées.	
								Les patients ayant des antécédents connus de violence déclenchent une alerte initiée et les antécédents de comportement violent seront conservés dans le dossier électronique du patient. (Conformément à la Loi sur la santé et la sécurité au travail).	Choisir et maintenir un programme de signalisation de patients à risque répondant aux exigences de la Loi sur la santé et la sécurité au travail.	1. Choix de programme de signalisation pour prévention de la violence en milieu de travail spécifique à l'HGBG. 2. Mise en œuvre de programme de signalisation pour prévention de la violence en milieu de travail spécifique à l'HGBG.	1. Choix du programme de signalisation du VAT fixé avant le 30 juin 2020. 2. Mise en œuvre du programme de signalisation du VAT dans toutes les unités pour patients hospitalisés et le service d'urgences d'ici le 30 septembre 2020.	
	Nombre d'incidents de violence au travail signalés par les travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la LSST) pendant une période de 12 mois.	O B L I G A T O I R E	Compte / Travailleur	Collecte de données à l'interne / janvier 2019 à décembre 2019	39	55						

Mesure		Changement										
Dimension de la qualité	Mesure / indicateur	Type	Unité / population	Source / période	Rendement		Justification de cible	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)				Remarques
					actuel	Cible		Méthodes	Mesure des processus	Objectif des idées de changement		
								En 2019, le tiers des incidents de VAT sont survenus au service d'urgence. Multiplier le nombre de membres du personnel du SU qui suivent une formation en intervention d'urgence non-violente pour doter le personnel des compétences nécessaires dans ce milieu à risque élevé.	Offrir la formation en intervention d'urgence non-violente à tous les membres du personnel œuvrant au service d'urgence.	Pourcentage du personnel qui œuvre au service d'urgence ayant suivi une formation en IUNV.	100 % du personnel qui œuvre au service d'urgence aura suivi une formation en intervention d'urgence non-violente d'ici le 31 mars 2021.	
Sécurité	Taux de chutes avec blessure par 1 000 jours d'hospitalisation (patients hospitalisés)	P E R S O N N A L I S É	Unités pour patients hospitalisés Unité de médecine Unité de médecine/chirurgie SCC/Unité de réadaptation	Collecte de données à l'interne / janvier 2019 à décembre 2019	3,3	2,96	Cibler une réduction de 10 %.	Relancer les visites horaires ciblées du chevet. Mettre l'accent sur l'exécution des visites à l'horaire ainsi que sur le respect de comportements précis à afficher pendant ces visites. - Mener un projet pilote d'une pratique de visite de chevet ciblée dans l'unité de médecine/chirurgie à 2Nord. - Échelonner et étendre la pratique de visite de chevet ciblée à l'unité de médecine 2Est et à l'unité de réadaptation/SCC/Soins palliatifs 1Nord.	1. Surveiller le respect de la pratique de visite de chevet ciblée au moyen de vérification hebdomadaires de la documentation. 2. Les gestionnaires cliniques (ou personnes désignées) évaluent le respect de comportements précis à adopter en sondant les patients à l'aide d'un outil de vérification normalisé.  Nota* La pratique de visite horaire ciblée sera mise en œuvre conformément au Cadre de gestion des changements de l'HGBG.	1. % des visites de patients possibles effectuées chaque semaine. 2. - Nombre de vérifications des visites ciblées exécutées par les gestionnaires cliniques (ou personnes désignées).	1. 80 % des visites possibles potentiels exécutées dans l'unité du projet pilote 2Nord d'ici le 30 septembre 2020. 2. Gestionnaire clinique (ou personne désignée) 2Nord exécute 15 vérifications des visites de patients par semaine d'ici le 30 septembre 2020. 3. 90 % des visites possibles effectuées dans les unités pour patients hospitalisés (2N, 2Est, 1Nord) d'ici le 31 mars 2021. 4. Gestionnaires cliniques (ou personnes désignées) dans les unités pour patients hospitalisés (2N, 2Est, 1Nord) effectuent 15 vérifications de visites de patients par semaine d'ici le 31 mars 2021.	
								Renforcer la capacité et l'engagement du personnel en établissant des champions de la sécurité des patients à l'échelle de l'unité.	Les champions de la sécurité des patients participeront à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des stratégies de prévention des chutes.	1. Nombre de champions de la sécurité des patients dans chaque unité pour patients hospitalisés. 2. Nombre des stratégies de prévention des chutes identifiées par les champions de la sécurité des patients.	1. Nommer au moins deux champions de la sécurité des patients pour chaque unité pour patients hospitalisés d'ici le 15 mai 2020. 2. Les champions de la sécurité des patients identifient deux stratégies de prévention des chutes liées aux possibilités d'amélioration identifiées d'ici le 30 septembre 2020.	