



Friday April 27 - Saturday April 28, 2012

Morris J Wosk Centre for Dialogue, Vancouver, BC

Western Emergency Department Operations Conference

Improving Patient Care: Aligning Provider, Treatment, Place and Time

WEDOC Western Emergency Department Operations Conference

120 personnes, 36 médecins, 35 % de l'Alberta.

27 avril 2012

Objectifs :

- 1) Introduire ABF (*Activity Based Funding*), incluant P4P, et comment c'est employé avec succès ;
- 2) Comprendre les aspects essentiels d'une approche de « système » pour améliorer la fluidité des processus cliniques ;
- 3) Créer une plateforme de collaboration et de réseautage.

Matthew Cooke (Angleterre)

Citation Einstein : « on ne peut utiliser les mêmes notions pour résoudre un problème que celles qui ont été utilisées pour le créer ». Autre : « *Data without observation is ignorance* ».

Ils ont changé leurs objectifs : depuis 2007 c'est 4 h de DMaxS à l'urgence dans 98 % des cas, maintenant dans 95 % des cas car ils éliminent plus de diagnostics à l'urgence.

Ils ont maintenant accepté huit cibles au lieu de l'unique 4 h depuis 2010, plutôt axés sur les résultats et la qualité.

- 1) Taux de réinscription à sept jours: utilisateurs fréquents ont besoin d'une prise en charge individualisée ; permet de voir où sont les déficiences de la prise en charge en première ligne ; importance des instructions de départ.
- 2) Satisfaction des patients : comment améliorer les épisodes de soins ? Demander aussi au personnel.
- 3) LWBS : indicateur plus ou moins pertinent à cause des courtes attentes.
- 4) % d'utilisation des ressources ambulatoires : permet de jauger la capacité du système.
- 5) Résultats pour diagnostics spécifiques (*Dx related outcomes*) : STEMI, survie de l'arrêt cardiaque, traitement du sepsis.
- 6) % admission et ambulatoire.
- 7) Délai pour évaluation initiale.
- 8) Délai pour voir le médecin.

Évaluation des patients en perte d'autonomie via CDU avec évaluation multidisciplinaire et retour en communauté. Nouveau livre à sortir cet été sur les standards en médecine gériatrique.

Dianne Doyle

Équivalent du MSSS CEO du Provincial Health Care de CB.

Systèmes intégrés et planification globale.

Augmenter le nombre de lits de fonctionne pas.

Ce qui a provoqué un changement de culture chez les administrateurs a été la divulgation de plusieurs décès dans la salle d'attente à cause de l'engorgement.

Culture basée sur les notions de travail d'équipe, de confiance mutuelle, d'excellence et de respect.

Notion essentielle de *accountable leadership* soit le sens de responsabilité des décideurs

Ce qui a fonctionné : OCP, RAZ, LEAN, Fasttrack, protocoles de congés, protocoles de traitements standardisés.

Les Vertesi, MD

Pay for Performance : Does it work and what are the keys to success.

P4P (*Pay for Performance*) a commencé en 2007.

ABF (*Activity Based Funding*) a commencé en 2010.

25 millions \$ distribués dans 14 hôpitaux en CB en 2012.

Objectif : donner aux urgences qui ont l'expertise pour faire les changements nécessaires le financement pour le réaliser. Approche *bottom-up*.

Objectif de 10 h pour l'admission pour 70 % des patients a fonctionné malgré une augmentation des visites de 25 %, mais pas dans tous les hôpitaux. Ceux qui on travaillé sur la capacité interne ont bien réussi. Les difficultés récurrentes après les succès des dernières années sont dues aux patients en attente de placement.

Agir sur le système pas sur les éléments individuels (« aligner les dominos »).

Conditions gagnantes : support des décideurs (CEO, administrateurs) MD, infirmières, technologie de l'information.

- Les hôpitaux partagent le risque en investissant aussi.
- Les hôpitaux ont des cibles personnalisées pour reconnaître les différents points de départ.
- Financement « par patient ».
- Transparence.
- Récompenser aussi les congés, pas seulement les admissions (dans les délais prescrits).
- Paiements mensuels : rétroaction immédiate pour les équipes.

1^{re} étape : P4P : grandes améliorations.

2^e étape : ABF en 2010 : a permis de maintenir les gains malgré augmentation de la lourdeur et des admissions.

3^e étape : ALC.

Notion de DDFE : *Discharged directly from ED* : patients qui n'ont pas eu de lit avant d'avoir leur congé mais qui avaient une demande d'admission.

Notion d'ABF pour la communauté : pour maintenir les patients en perte d'autonomie à domicile plutôt que d'avoir recours à l'hébergement ou aux ressources intermédiaires ou CHSLD.

La solution des dans une vision globale, pas dans l'urgence. Meilleure utilisation des ressources hospitalières.

Michael Schull

Ontario's Emergency Overcrowding Program lessons learned. Mis en place en 2008.

74 hôpitaux ont P4P Correspond à 200 000 \$ pour Sunnybrooke (500 lits) sur un budget de 800 M \$.

Les études ont démontré qu'améliorer ou diminuer les délais améliorent les *outcomes*.

LEAN n'a pas eu un effet très important.

P4P galvanise les efforts mais les gains sont légers.

Exemples d'utilisation des \$ du P4P pour nous : équipes multi pour les personnes âgées de l'hôpital, infirmières de liaison la fin de semaine, RAZ, donner du support aux unités de soins pour appliquer l'OCP.

Table ronde sur la surcapacité

HOME FIRST : penser retourner le patient rapidement à domicile et non ailleurs.

Équipes de prise en charge rapide dans la communauté plutôt que référence à l'urgence pour la perte d'autonomie.

Motivation intrinsèque mieux que extrinsèque (\$).

Comment changer la culture quand les gens pensent qu'ils font déjà le maximum ?

Utiliser les données pour encourager les gens. *You change what you measure* : cibles de performance, faire appel à la fierté personnelle et au

sens du travail bien fait et de responsabilité ; créer une atmosphère de saine compétition entre les équipes.

Ask, Listen and Act

L'administration et le ministère ont créé un blogue pour recevoir des commentaires.

Grant Innes

OCP : diminution de 33 % de la DMS à l'urgence, de 50 % de la DMS des patients hospitalisés, tout en diminuant légèrement le délai pour voir le MD et le taux de LWBS (*Left without being seen*).

L'objectif de l'OCP est un *Evolutionary stressor* : le bon patient à la bonne place, pas de répartir la misère.

OCP ne fonctionne pas si les patients sont « cachés » c.-à-d. trois patients dans une chambre de deux...

D^r Lawrence Chang : RAZ St-Paul Hospital

Pour les patients P3 qui attendent souvent beaucoup, représentent 35 % des visites, et 40 % n'ont pas besoin de civières. Garder les patients « verticaux » verticaux. Quelques patients P2 et P4-5 qui n'auront pas besoin d'investigation extensive et dont le congé est probable.

Triage et enregistrement rapide, puis transfert au RAZ où une équipe MD-Inf évalue le patient et fait l'investigation nécessaire, IV ou non, sur quatre espaces d'examen (civières) pour patients dirigés vers *waiting lounge*, ou civière ou salle d'attente.

Doit être près du triage, avec personnel dédié, et le processus doit être fluide (*keep patient moving*)

D^r Doug McKnight, chef Vancouver General ED

DTU (*Diagnostic Treatment Unit*) 4 lits avec 11 protocoles de soins DMS 24 h, sinon retour à l'urgence. Surtout pour les DRS.

Grant Innes : Novel Intake Strategies

Triage-in 2010 : les patients P1-2-3 qui peuvent s'asseoir sans détresse évidente, ne sont pas retournés dans la salle d'attente, sont évalués et la plupart retournent ensuite dans la salle d'attente. Ça correspond à 51 % de leurs P3 et 25 % de leurs P2.

Effet sur temps MD : de 164 minutes à 95 minutes.

Effet sur LWBS : de 6,8 % à 2,7 %.

Eric Grafstein : Surge Planning

Essentiel d'avoir des données en temps réel.

Actions spécifiques selon le problème :

- Volume de patients : plus de personnel au triage, changer le ration patient-infirmière, modifier les horaires de pauses, rappel de personnel ;
- Blocage de lits : OCP, admettre les patients consultés immédiatement, utiliser des espaces de soins non traditionnels (Tim Horton) ex. : code orange ;
- Temps MD : horaires de 6 h ; liste de rappel.

Établir des points de déclenchement (*trigger*) et des seuils.

Objectifs : sécurité de la clientèle ; satisfaction de la clientèle ; récompenses financières liées à P4P.

28 avril 2012

Primary care integration

Présenté par MD de famille hospitaliste à St-Paul.

Communication difficile, pas de *feedback* des hôpitaux, GP prêts à organiser RV 24-72 h du congé.

Donner des ressources aux MD de famille pour éviter référence à l'urgence et hospitalisation : expérience de NZ : package de soins de 300 \$ immédiatement disponible, via contact web/téléphonique.

Faire participer le MD de famille aux soins hospitaliers.

Faire participer le patient et qu'il informe son GP.

RACE : *Rapid Access to Consultation Expertise* par téléphone pour avis et éviter les visites urgence et hospitalisations.

Linking the community and the acute care

Présenté par OT, *director home and community care*.

Prevention of unnecessary ED visits : intégration soins primaires avec MD.

Centrer sur les besoins du patient et non sur les silos de service.

Plus proactif, participation des patients.

Utilisation de *care guidelines*.

Advance Care Planning : testaments, mandats d'inaptitude.

Données pour réfuter l'abus de l'utilisation des urgences par les ressources communautaires et les CHSLD : 8 % des visites à l'urgence proviennent de leurs patients, 13 % de leurs patients ont recours à l'urgence.

Seulement 8 % des patients sont admis à l'hôpital (inclut les patients suivis à domicile).

Nécessité d'un programme de *geriatric triage nurse* à l'urgence.

Home is best, Home First : prioriser le retour à domicile avec tout le support nécessaire plutôt que toute autre ressource intermédiaire ou de

convalescence. Investir des fonds pour le permettre (*patient focused spending*), intégrer le réseau de cliniques réseau, CLSC.

Medical assessment units

Présenté par une interniste de l'Angleterre, maintenant installée à Calgary.

Constats au Canada : faiblesses en gériatrie et manque de médecins de famille, rémunération à l'acte moins intéressante que le salariat pour ce genre de travail.

Expérience anglaise : une sorte d'unité transitoire pour entamer les interventions d'admission, ou des investigations brèves. Tous les patients sont référés contrairement à l'urgence où les patients arrivent d'eux-mêmes. 40 % des admissions sont référées directement par médecin de famille. Patients pris de l'urgence, congédiés et référés pour consultation en spécialité le lendemain pour éviter admissions (genre clinique externe rapide).

Inclut salle d'examen, espaces chaises et non seulement lits. Veut convaincre Calgary d'en installer une.

Engaging the organisation around patient flow THE VHG experience

Présenté par DG du VGH. Impliquer les médecins et les leaders opérationnels pour qu'ils s'approprient les processus et qu'ils se sentent responsables (*ownership and accountability*).

Leadership de la direction, la direction passe du temps à l'urgence pour voir écouter et sentir, poser des questions (*visible leadership*).

Reconnaître le problème et discuter des solutions.

Tools and technology : real time visual dashboard.

Réunions de gestion de lits deux fois par jour.

Ont réussi à décongestionner.

P4P aide beaucoup.

Flex bed et creative off servicing (including OCP) (elle considère OCP comme des lits supplémentaires à utiliser : 60 « lits » supplémentaires trouvés ; déssectorisation créative: par exemple patients de soins coronariens mis en chirurgie cardiaque ou à la salle de réveil). Pas ajouter des lits, mais travailler sur les processus de congé pour diminuer les DMS, avoir des lits flexibles (tampons) pour les pics, et diminuer les délais de prise de décision à l'urgence.

Pas d'annulation du programme chirurgical.

Équipes admission à l'urgence séparées des équipes de l'étage (diminue va-et-vient).

Action sur les durées de séjour de plus de 30 jours.

Succès malgré augmentation de 25 % des visites à l'urgence et de 15 % des admissions.

Futur :

- Ajuster la capacité d'admission sur la demande ;
- L'engagement du personnel et des médecins.

VGH Patient Flow Center

Présenté par *Operation Director* : deux infirmières pour gérer le flot pour toutes les unités. Elles savent qu'elles ont besoin de 50 lits par jour. Rapports opérationnels trois fois par jour.

Visite quotidienne le matin à l'urgence plus étages et réunion de gestion de lits pour voir où sont les problèmes. Outils électroniques de suivi en temps réel de la situation de tous les lits. Suivi des congés, avec info sur le statut du lit : occupé, sale, prêt, avec pagette directement à la salubrité et aux préposés au transport, fax des rapports infirmiers et monitoring serré des délais. Planification pour le même jour et les 24 h suivantes pour ouvrir des lits, engager des transporteurs et les infirmières. Fonctionne par pagettes et tableaux de bords. Les inf. de flots régulent aussi les préposés au transport.

Planifient les congés de fin de semaine et réussissent à avoir 100 congés pour 750 lits la fin de semaine. Les coordonnatrices font leur travail les fins de semaine. Si on voit que ça va être difficile le vendredi, on tente de prévoir d'autres congés.

Shift idéologique vers la responsabilité collective pour trouver les lits pour l'urgence.

Lions Gate experience

250 lits, 55 000 visites.

Présenté par infirmière gestionnaire.

P4P a beaucoup aidé.

ABF aussi.

Investir stratégiquement avec une vision de système.

CapPlan from Emendo, NZ staff forecasting tool. Outil de prédiction des besoins en personnel et en lits qui semble fonctionner. Peut aider à planifier la fermeture des lits tampons et même des besoins chirurgicaux.

Meeting 8h target

Présenté par Calgary MD chef hospitaliste et sa cogestionnaire infirmière responsable des opérations.

Cible : décision d'admission en 8 h, 70 % du temps (auparavant 60 %).

Minutage précis des délais : *triage to consulte* : 4 h.

Consulte à décision : 2 h.

Décision à attribution du lit : 1 h.

Attribution à départ de l'urgence : 30 minutes.

Données divisées par étapes et par service et par unités de soins, par médecins. Les données personnelles ont eu un grand effet sur leur performance : les consultants prennent leur décision entre 30 minutes et 2,5 h.

Données peuvent être étudiées pour chaque patient. Excellent pour le *feedback* et bien comprendre où sont les vrais délais.

Le MD parle aux MD et la nurse s'occupe de tous les processus opérationnels.

Identifier les patients prêts pour congé, anticiper l'heure de congé, OCP pris en ligne de compte.

Durées de séjour : potentiel pour gagner des lits : besoin de modification de culture, acceptation par tous les joueurs.

Transport : 30 minutes 60 % du temps avec méthode *LEAN* : quand on appelle le porter etc. : réussi.

Le futur : *Home care*, l'hôpital qui fonctionne sur une base sept jours sur sept et non cinq sur sept, unité de décision clinique.

Question : comment gérer les multiples consultants ? Faire accepter les patients en considérant la capacité des services d'admission. Décision d'admettre peut être prise par MD d'urgence après discussion avec les consultants pour éviter que les consultants ne voient les patients immédiatement la nuit par exemple.

DU ratio infirmier

4 : 1 mais utiliser flexibilité selon les conditions.

S'adapter aux contingences mais toujours en lien avec les activités médicales et le triage. Avoir un plan pour les pics de patients au triage, diminuer le ratio pour les patients admis comme à l'étage... Infirmières auxiliaires intégrées dans la plupart des établissements.

Physician staffing patient focused

Présenté par chef de département.

MD au triage n'aide pas pour les pics, mais ajuster les horaires aux pics d'achalandage et horaires de 6 heures sont très efficaces.

Quarts de six heures marchent bien mais impopulaires.

11-05 très efficace : *match* inscriptions, mais on doit *matcher* nursing aussi.

Préparé par Bernard Mathieu, M.D.

Pour le CA de l'AMUQ du 8 mai 2012.