

Accès et flux

Mesure - Dimension : Efficacité

Indicateur n° 1	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Taux de visites aux urgences pour la liste modifiée des cas nécessitant des soins ambulatoires* pour 100 pensionnaires en soins de longue durée.	O	Taux pour 100 pensionnaires / Pensionnaires en foyers de soins de longue durée	ICIS SISLD, ICIS SNISA / Du 1er octobre 2023 au 30 septembre 2024 (T3 jusqu'à la fin du prochain T2)	25.00	22.00	Objectif propre au foyer, la moyenne provinciale est de 21,69.	

Idées de changement

Idée de changement n° 1 : Analyse mensuelle des données de chaque transfert et recommandations pour éviter d'avoir recours aux services des urgences.

Méthodes

La documentation relative aux transferts aux urgences doit être examinée, et les informations doivent être collectées et analysées par les infirmières praticiennes, les responsables de l'instrument d'évaluation des pensionnaires, les infirmières cliniciennes et l'infirmière gestionnaire responsable. Les infirmières praticiennes et l'infirmière gestionnaire responsable doivent communiquer les données au comité d'amélioration de la qualité du site afin qu'il formule des recommandations.

Mesures du processus

% des visites aux urgences et des documents connexes ayant fait l'objet d'un examen

Date d'accès au rapport ; le 16 mars 2025

Objectif de la mesure du processus

100 % des visites aux urgences et des documents connexes ont fait l'objet d'un examen

Commentaires

Idee de changement n° 2 : Formation sur l'outil SBAR (situation, contexte, évaluation et recommandation)

Méthodes

Le personnel infirmier, les médecins et les infirmières gestionnaires doivent tous compléter la formation sur l'outil SBAR. Les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes doivent également compléter la formation. La formation sur l'outil SBAR doit être dispensée avant le 1er mai 2025.

Mesures du processus

% du personnel infirmier, des médecins et des infirmières gestionnaires ayant suivi la formation

Objectif de la mesure du processus

100 % du personnel infirmier, des médecins, des infirmières praticiennes et des infirmières gestionnaires ont suivi la formation

Commentaires

Idee de changement n° 3 : Vérification de la qualité et de l'état d'avancement de la documentation à l'aide de l'outil SBAR.

Méthodes

Une vérification de la qualité et de l'état d'avancement doit être réalisée à l'aide de l'outil SBAR par les infirmières cliniciennes et révisée par les infirmières praticiennes et les infirmières gestionnaires responsables de tous les transferts aux urgences. À cet égard, 100 % des transferts aux urgences sur une période d'un an feront l'objet d'une vérification de la qualité et de l'état d'avancement. Des commentaires seront fournis pour améliorer la documentation.

Mesures du processus

% des vérifications complétées à l'aide de l'outil SBAR pour les transferts aux urgences

Objectif de la mesure du processus

100 % des vérifications à l'aide l'outil SBAR ont été complétées pour les transferts aux urgences

Commentaires

Idee de changement n° 4 : Conférences sur les soins pour les pensionnaires ou les familles qui ont souvent recours aux transferts aux urgences.

Méthodes

L'équipe de sensibilisation dirigée par des infirmières praticiennes et les infirmières praticiennes, en collaboration avec l'équipe de soins, doivent organiser des conférences sur les soins pour les pensionnaires ou les familles qui requièrent fréquemment des transferts aux urgences, afin de mieux comprendre leurs raisons, collaborer à la mise en place d'interventions efficaces, offrir des formations et fournir des renseignements, etc. À cet égard, 100 % des pensionnaires ayant des transferts fréquents aux urgences participeront à une conférence sur les soins.

Mesures du processus

% de conférences sur les soins programmées pour les pensionnaires ayant des transferts fréquents

Objectif de la mesure du processus

100 % des pensionnaires ayant des transferts fréquents ont pris part à une conférence sur les soins.

Commentaires

Équité

Mesure - Dimension : Équitable

Indicateur n° 2	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Pourcentage du personnel (cadres supérieurs, direction, ou l'ensemble du personnel) qui ont suivi une formation sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la lutte contre le racisme	O	% / Personnel	Collecte de données locales / Plus récente période consécutive de 12 mois	69.54	100.00	Objectif propre au foyer – Formation obligatoire pour les Services aux aînés et soins de longue durée	

Idées de changement

Idee de changement n° 1 : Offrir une formation sur l'équité, la diversité et l'inclusion à l'ensemble du personnel à temps plein et aux gestionnaires.

Méthodes

Planifier la formation pour tout le personnel et rappeler aux gestionnaires de compléter la formation obligatoire « Parlons d'équité ». Continuer de promouvoir la formation obligatoire en lien avec l'équité, la diversité et l'inclusion. Suivre les taux d'achèvement.

Mesures du processus

% de taux d'achèvement de la formation obligatoire sur l'interface d'apprentissage en ligne

Objectif de la mesure du processus

100 % du personnel a suivi la formation obligatoire « Parlons d'équité » sur l'interface d'apprentissage en ligne

Commentaires

Nombre total de lits du foyer de soins de longue durée : 302

Expérience

Mesure - Dimension : Centré sur le patient

Indicateur n° 3	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Les pensionnaires sont capables de communiquer ouvertement leurs besoins en matière de soins et de services.	C	% / Pensionnaires	Sondage interne / Plus récente période consécutive de 12 mois	86.00	89.00	Objectif propre au foyer – Sondage « Votre opinion compte »	

Idées de changement

Idée de changement n° 1 : S'assurer que les pensionnaires sont présents et activement impliqués dans les discussions concernant leurs soins et services lors de leurs conférences annuelles sur les soins.

Méthodes

Le personnel infirmier et les conseillers doivent s'assurer que tous les pensionnaires qui le peuvent assistent à leur conférence annuelle sur les soins.

Mesures du processus

% de pensionnaires participant à leur conférence annuelle sur les soins

Objectif de la mesure du processus

100 % des pensionnaires en mesure de le faire ont assisté à leur conférence annuelle sur les soins

Commentaires

Mesure - Dimension : Centré sur le patient

Indicateur n° 4	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Les pensionnaires estiment que leurs problèmes, leurs préoccupations ou leurs demandes de renseignements sont pris en compte	C	% / Pensionnaires	Sondage interne / Plus récente période consecutive de 12 mois	81.00	85.00	Objectif propre au foyer – Sondage « Votre opinion compte »	

Idées de changement

Idée de changement n° 1 : Installation d'écrans de télévision dans chaque foyer pour diffuser des renseignements généraux propres aux pensionnaires.

Méthodes

La direction collaborera avec le Conseil des pensionnaires afin de déterminer les préférences en matière de contenu pour les communications qui leur sont destinées.

Mesures du processus

% des écrans de télévision installés et opérationnels d'ici la fin avril 2025

Objectif de la mesure du processus

100 % des écrans de télévision sont installés et opérationnels d'ici la fin avril 2025

Commentaires

Cet objectif n'a pas été atteint en 2024 et a été reporté

Mesure - Dimension : Centré sur le patient

Indicateur n° 5	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Les repas du foyer sont agréables.	C	% / Pensionnaires	Sondage interne / Plus récente période consecutive de 12 mois	68.00	80.00	Objectif propre au foyer – Sondage « Votre opinion compte »	

Idées de changement

Idee de changement n° 1 : Recueillir les commentaires des pensionnaires, des familles, des employés et des bénévoles sur les possibilités d'amélioration de l'expérience culinaire.

Méthodes

Les commentaires de la séance de mobilisation CareTO doivent être examinés par le Comité de la qualité du site et un plan d'action sera élaboré d'ici la fin février 2025.

Mesures du processus

Achèvement de l'examen des commentaires relatifs à l'expérience culinaire issus des séances de mobilisation CareTO et du plan d'action élaboré d'ici fin février 2025

Objectif de la mesure du processus

Achèvement à 100 % d'un plan d'action d'ici fin février 2025

Commentaires

Date d'accès au rapport ; le 16 mars 2025

Idée de changement n° 2 : Former une équipe d'expérience culinaire pour diriger le plan d'action.

Méthodes

Publier un avis interne d'appel à l'intérêt pour les pensionnaires, les familles, les bénévoles et les employés souhaitant faire partie de l'équipe de l'expérience culinaire.

Mesures du processus

L'équipe de l'expérience culinaire sera finalisée d'ici la fin avril 2025.

Objectif de la mesure du processus

Achèvement à 100 % de la constitution de l'équipe de l'expérience culinaire avant la fin avril 2025.

Commentaires

Idée de changement n° 3 : L'équipe de l'expérience culinaire doit compléter la charte du projet.

Méthodes

La charte du projet doit être soumise au Comité de la qualité du site en avril 2025.

Mesures du processus

Elle doit être approuvée par le Comité de la qualité lors de la réunion d'avril 2025.

Objectif de la mesure du processus

Approbation à 100 % de la charte du projet

Commentaires

Idée de changement n° 4 : L'équipe de l'expérience culinaire se réunit chaque semaine pour mettre en œuvre les objectifs du projet.

Méthodes

Des réunions hebdomadaires sont organisées avec l'équipe de l'expérience culinaire

Mesures du processus

% de réunions hebdomadaires tenues

Objectif de la mesure du processus

100% des réunions hebdomadaires prévues ont lieu

Commentaires

Sécurité

Mesure - Dimension : Sécuritaire

Indicateur n° 6	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Pourcentage de pensionnaires en foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 jours précédant leur évaluation.	O	% / Pensionnaires en foyer de soins de longue durée	ICIS SISLD / Du 1er juillet au 30 septembre 2024 (Q2), en tant que trimestre cible de la moyenne mobile sur 4 trimestres	10.64	10.16	Objectif propre au foyer, la moyenne provinciale est de 15,29.	

Idées de changement

Idée de changement n° 1 : Examiner tous les nouveaux pensionnaires dans les 24 heures pour identifier ceux qui présentent un risque de chute et leur catégorie de risque; déterminer les interventions appropriées.

Méthodes

Le personnel infirmier doit examiner tous les nouveaux pensionnaires dans les 24 heures suivant leur arrivée pour identifier ceux à risque de chutes, leur catégorie et déterminer l'intervention appropriée immédiate.

Mesures du processus

% de nouveaux pensionnaires qui ont été examinés dans les 24 heures suivant leur arrivée pour détecter tout risque de chute

Target for Process Measure

100 % des nouveaux pensionnaires ont été examinés dans les 24 heures

Commentaires

Les chutes demeurent la principale cause d'incidents entraînant des visites aux services d'urgence et continueront d'être une priorité en 2025.

Idée de changement n° 2 : S'assurer que chaque pensionnaire dispose d'un plan de soins personnalisé pour la prévention des chutes; réévaluer les pensionnaires après tout changement majeur de santé.

Méthodes

Le personnel infirmier doit s'assurer que chaque pensionnaire dispose d'un plan de soins personnalisé pour la prévention des chutes.

Mesures du processus

% de pensionnaires disposant d'un plan de soins pour la prévention des chutes

Objectif de la mesure du processus

100 % des pensionnaires disposent d'un plan de soins personnalisé pour la prévention des chutes

Commentaires

Idée de changement n° 3 : Former le personnel à la prévention des chutes.

Méthodes

Les gestionnaires doivent s'assurer que tous les employés ont suivi une formation annuelle sur la prévention des chutes par le biais de l'interface d'apprentissage en ligne

Mesures du processus

% d'employés ayant suivi la formation annuelle sur la prévention des chutes sur l'interface d'apprentissage en ligne

Target for Process Measure

100 % des employés ont suivi la formation sur la prévention des chutes

Commentaires

Mesure - Dimension : Sécuritaire

Indicateur n° 7	Type	Unité et population	Source et période	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes
Pourcentage de pensionnaires en foyers de soins de longue durée sans diagnostic de psychose ayant pris des médicaments antipsychotiques au cours des 7 jours précédant leur évaluation.	O	% / Pensionnaires en foyer de soins de longue durée	ICIS SISLD / Du 1er juillet au 30 septembre 2024 (Q2), en tant que trimestre cible de la moyenne mobile sur 4 trimestres	9.22	9.20	Objectif propre au foyer, la moyenne provinciale est de 21,69.	

Idées de changement

Idée de changement n° 1 : Examiner les données sur l'utilisation des médicaments de Bendale et du pharmacien (par exemple, indications, nouvelles ordonnances, médicaments administrés au besoin, taux d'administration, résumé des comportements réactifs, interventions).

Méthodes

Les infirmières praticiennes, le responsable de BSO, l'infirmière gestionnaire responsable et le représentant de la pharmacie examineront les données sur l'utilisation des médicaments tous les trimestres et les présenteront au Comité de la qualité du site pour recommandations.

Mesures du processus

% des évaluations trimestrielles réalisées et présentées au comité d'amélioration continue de la qualité du site

Target for Process Measure

100 % des évaluations trimestrielles ont été réalisées et présentées au comité d'amélioration continue de la qualité du site

Commentaires

Pourcentage important de pensionnaires ayant une prescription d'antipsychotiques à leur admission

Idée de changement n° 2 : Impliquer les pensionnaires, les familles et les partenaires de soins dans des discussions sur les médicaments antipsychotiques, les comportements réactifs et les approches de soins non pharmacologiques.

Méthodes

Les médecins doivent examiner les médicaments antipsychotiques avec les pensionnaires ou les mandataires spéciaux lors de toutes les conférences sur les soins.

Mesures du processus

% de pensionnaires sous médication antipsychotique ayant fait l'objet d'un examen lors de la conférence sur les soins

Target for Process Measure

100 % des pensionnaires sous médication antipsychotique ont fait l'objet d'un examen lors de la conférence sur les soins

Commentaires

Idée de changement n° 3 : Former le personnel à utiliser une approche centrée sur la personne pour les comportements réactifs.

Méthodes

Tous les employés recevront la formation CareTO sur l'approche de soins centrée sur la personne.

Mesures du processus

% des employés ayant suivi la formation CareTO sur l'approche de soins centrée sur la personne

Target for Process Measure

100 % des employés ont suivi la formation

Commentaires

Idée de changement n° 4 : Intégrer des interventions non pharmacologiques dans les plans de soins pour les pensionnaires sous médication antipsychotique ou présentant des comportements réactifs.

Méthodes

L'équipe de soins, y compris le personnel de BSO, discutera des interventions non pharmacologiques pour les pensionnaires sous médication antipsychotique ou présentant des comportements réactifs.

Mesures du processus

% de pensionnaires sous médication antipsychotique ayant des interventions non médicamenteuses incluses dans leur plan de soins

Target for Process Measure

100 % des pensionnaires sous médication antipsychotique ont des interventions non médicamenteuses incluses dans leur plan de soins

Commentaires