



Expérience personnelle de l'utilisation de l'audit et de la rétroaction – améliorer la qualité des soins de première ligne

Organisme : Réseau-1 Québec

Conférencière : Michelle Greiver, MSc MD CCMF

Date : le 17 juin 2016



Objectif

- Décrire mon expérience personnelle au chapitre de l'amélioration de la qualité en utilisant l'audit et la rétroaction



Ordre du jour

- Mon expérience de l'utilisation de l'audit et de la rétroaction pour améliorer la qualité :
 - de ma pratique
 - de mon équipe de soins de première ligne
 - au-delà de mon équipe
- Quelques réflexions sur ce que cela signifie pour d'autres intervenants en soins de première ligne



Yesterday's Care

Our patients are those who make appointments to see us

Patients' chief complaints or reasons for visit determines care

Care is determined by today's problem and time available today

Care varies by scheduled time and memory or skill of the doctor

Patients are responsible for coordinating their own care

I know I deliver high quality care because I'm well trained

Acute care is delivered in the next available appointment and walk-ins

It's up to the patient to tell us what happened to them

Clinic operations center on meeting the doctor's needs



Tomorrow's Care

Our patients are those who are in our panel

We systematically assess all our patients' health needs to plan care

Care is determined by a proactive plan to meet patient needs without visits

Care is standardized according to evidence-based guidelines

A prepared team of professionals coordinates all patients' care

We measure our quality and make rapid changes to improve it

Acute care is delivered by open access and non-visit contacts

We track tests & consultations, and follow-up after ED & hospital

A multidisciplinary team works at the top of our licenses to serve patients



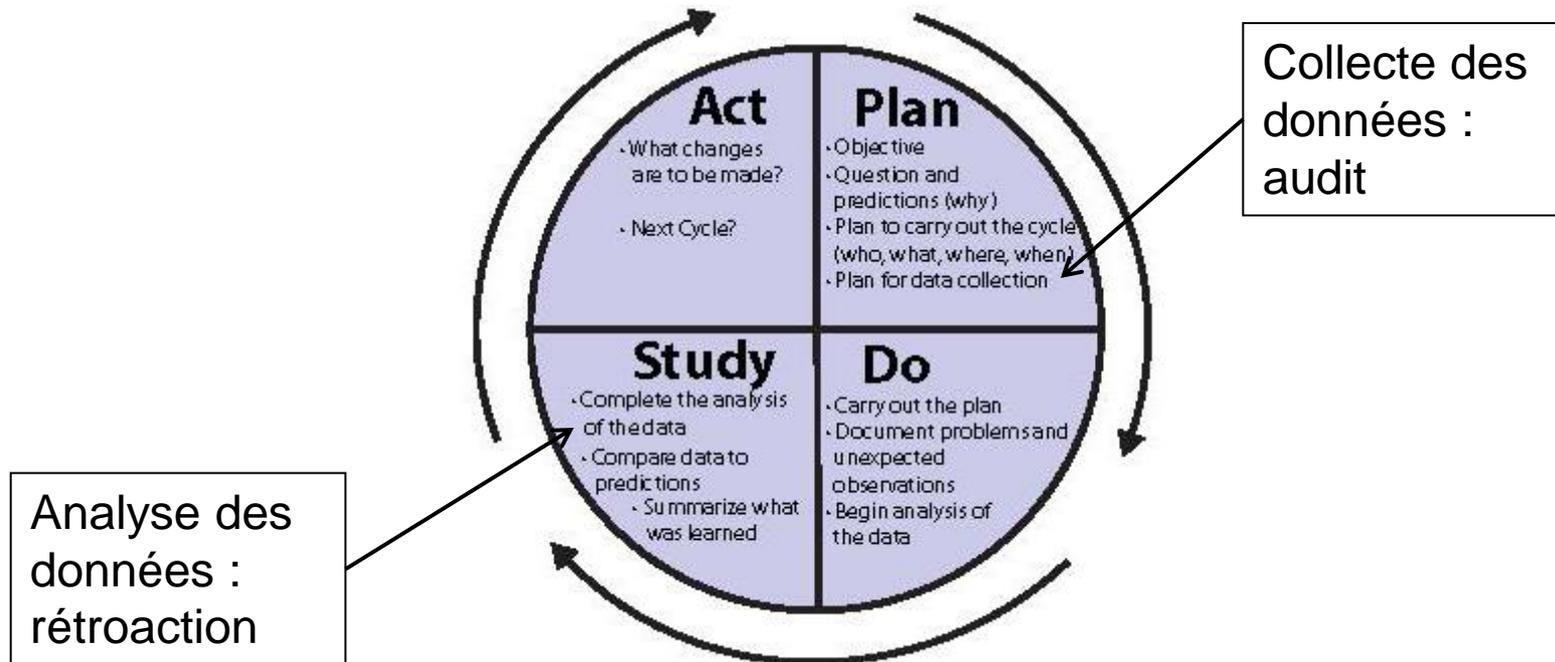
Amélioration de la qualité?

- Pourquoi améliorer la qualité?
 - Pour **améliorer les soins** donnés aux patients que j'ai pris en charge
- Quelques **constats préalables**
 - Mon point de départ : «Je m'occupe d'un patient à la fois»
 - J'ai participé à un projet de recherche en 2004; mes dossiers médicaux ont fait l'objet d'un audit : **Diabète, tension artérielle >140/90 : 35 % de mes patients diabétiques**
 - Je dois **changer** ma façon d'intervenir
 - Je dois **mesurer les soins** donnés dans ma pratique
 - Par où commencer?



Cycle d'apprentissage et d'amélioration

The PDSA Cycle for Learning and Improving





Traitement du diabète

- Un traitement adéquat du diabète pour mes patients nécessite :
 - Des visites régulières (rencontres)
 - La mesure de la tension artérielle (T.A.)
 - L'établissement d'objectifs
 - Un plan d'actions
 - Nouvelle mesure de la T. A. et vérifier s'il y a une amélioration
- **L'amélioration de la qualité implique de bons soins cliniques des maladies chroniques**



Amélioration de la qualité

- Directives : la T. A. de mes patients diabétiques devrait être de $<130/80$
- Je sais qu'un bon contrôle de la T. A. prévient les accidents vasculaires cérébraux et les crises cardiaques

Objectif :

- $>60\%$ de mes patients diabétiques doivent parvenir à maîtriser leur T. A.



Diabète et maîtrise de la T. A.

- **Planifier (Plan)** : se réunir et décider : nous allons vérifier chaque mois la dernière T. A. de tous les patients diabétiques
ET tous les patients qui n'atteignent pas l'objectif auront une alerte inscrite au dossier : « **T.A. n'atteint pas l'objectif** »
- **Appliquer (Do)** : augmenter la prescription de chaque patient ayant reçu une alerte
- **Analyser (Study)** : mesurer de nouveau la T.A.; l'objectif est-il atteint?
- **Agir (Act)** : se réunir et décider de la prochaine étape



À l'instar du traitement du diabète

- Une amélioration soutenue de la qualité nécessite :
 - **Réunions régulières**, tous les intervenants de mon cabinet
 - Établissement d'objectifs : quoi?
 - Mesure : comment et par qui?
 - Actions : quoi faire?
 - Nouvelle mesure : quand?



Réunions des membres de mon cabinet

- Nous nous réunissons tous les 2 mois
- Tous les intervenants
- À l'heure du lunch (en mangeant)
- Ordre du jour
- Compte rendu de la réunion

- Il est difficile d'avoir un processus continu d'AQ sans réunion



La réunion

- Médecin
- Infirmier/infirmière
- Directeur/directrice de la clinique médicale
- Secrétaire médical(e)

S.M.A.R.T. Goal Sheet

Specific
Measurable
Action-oriented
Realistic
Time framed

Example of a SMART Goal: By the end of the month, I will increase my fibres intake to 25 grams per day.

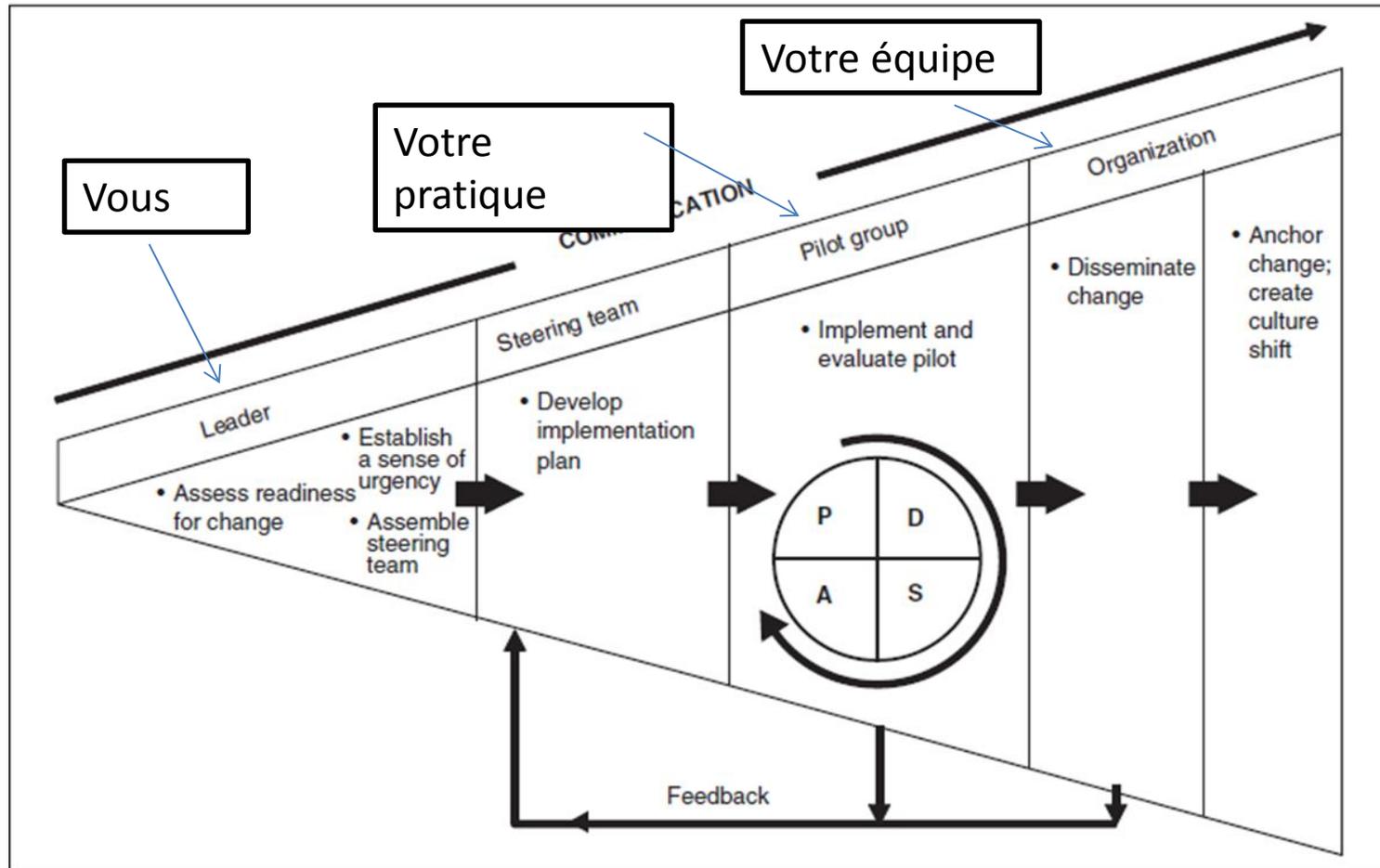
Action Steps	Barriers/Road Blocks	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> • Cereal with at least 6 g <u>fibres</u> • Whole grain breads • 6-7 vegetable and fruit servings per day 	<ul style="list-style-type: none"> • family dislikes whole grain • vegetables go bad in fridge • vegetable preparation time • skip some meals 	<ul style="list-style-type: none"> • freeze whole grain bread for me • plan ahead and buy only what is needed, prepare ahead • have fruit handy for snacks



<p>Goal: Améliorer la qualité des soins que reçoivent mes patients</p>		
Action Steps	Barriers/Road Blocks	Solutions
Commencer à tenir des réunions de bureau		
Commencer à mesurer les données		



L'AQ pour les plus ambitieux





L'équipe

Équipe de médecine familiale de North York

- 70 médecins
- 42 autres prestataires de soins de santé
- Plus de 220 utilisateurs de dossiers médicaux électroniques (DME)
- 17 emplacements
- 2 types différents de DME
- 65 000 patients





Standardisation des données de l'équipe

- **On ne peut pas améliorer ce qu'on ne mesure pas**
- On ne peut pas mesurer les résultats si chacun saisit différemment les données
- On ne peut pas mesurer les données si :
 - On ne peut pas les trouver
 - Il n'y a pas d'ordre (où sont les données?)
 - Elles ne sont pas enregistrées de manière uniforme (fume un peu, a arrêté, 1DPP)
 - Les données ne sont pas enregistrées à l'endroit prévu (signes vitaux en texte libre)
- Utiliser l'audit et la rétroaction pour la **variabilité des données**



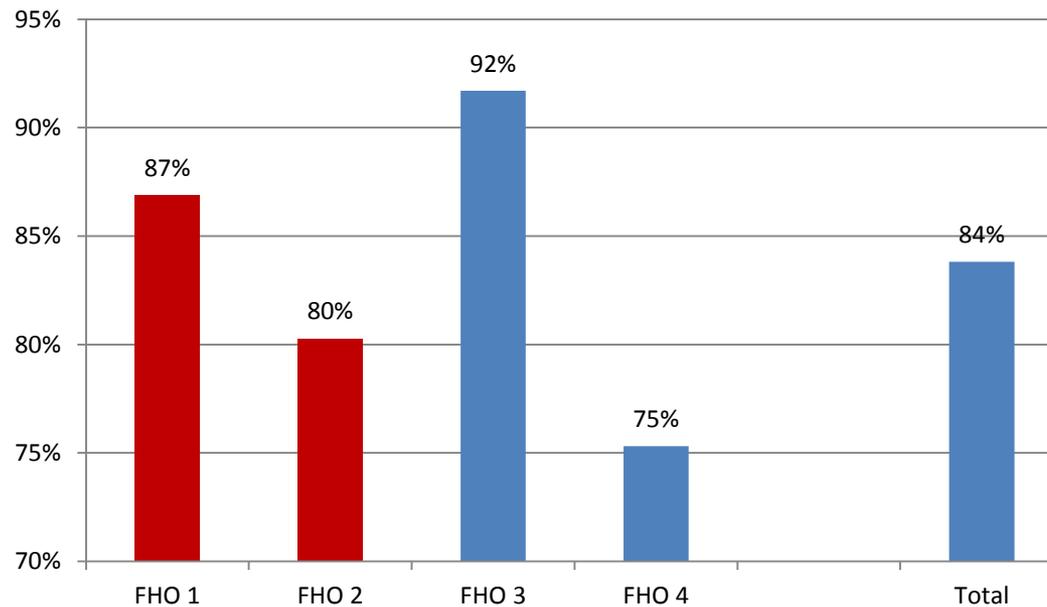
Standardisation des méthodes de travail de l'équipe

- Des méthodes de travail **standardisées et structurées** facilitent la **délégation** des tâches traditionnellement exécutées par les médecins
 - À d'autres professionnels de la santé
 - Au personnel administratif, aux assistants du cabinet de médecins
 - Permet à tous d'exercer **pleinement leurs compétences**
 - Évite l'**engorgement** dans la prestation des soins
- Utiliser l'audit et la rétroaction pour la **variabilité des méthodes de travail**



Tests Pap dans 4 groupes de mon équipe de médecine familiale

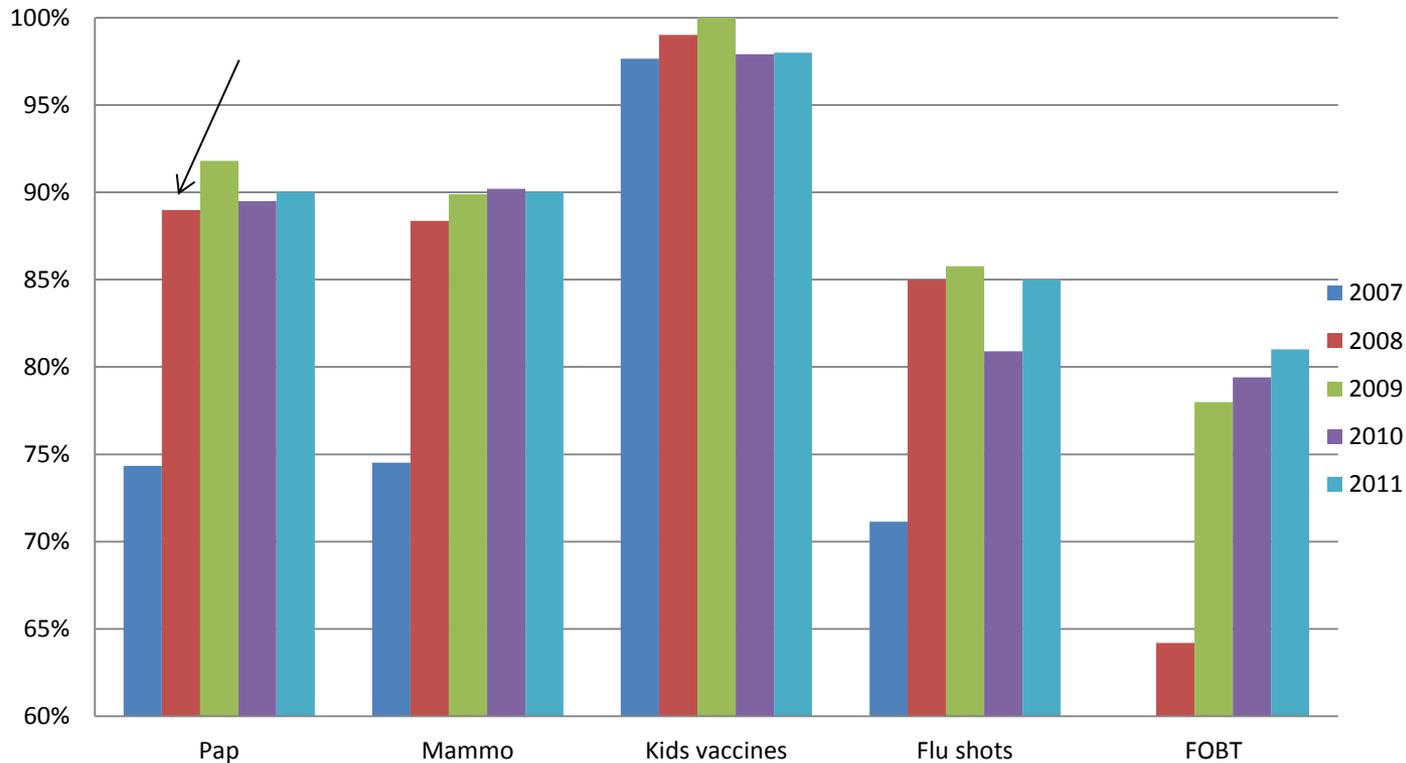
- Variabilité **par groupe**, et **non par dossier médical électronique (DME)** (rouge = DME1, bleu = DME2) **Pourcentage de tests Pap**





Résultats uniformes après 5 ans

- **Données standardisées** pour 12 000 patients
- **Lettres de rappel standardisées** tous les 3 mois
- **Alertes standardisées** dans les dossiers





Données destinées à l'audit et à la rétroaction

- Il faut des **efforts** pour recueillir les données; ce ne sont pas tous les cabinets qui sont prêts à le faire
- Les rapports provenant d'«ailleurs» peuvent être moins crédibles ou moins pertinents pour la pratique ou pour l'équipe — il faut un champion local
- Ménagez vos efforts en misant sur la **capacité de l'équipe** d'analyser les données «locales» — **capacité de gestion des données**
- Soutenez les **champions locaux** pour qu'ils apprennent à utiliser les données et à en faire plus



Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) : retour des données à l'équipe aux fins d'analyse

Search Patient Data

Raw Data Viewer

Data Reports

Sign Out

2015-Q4: Data up to Dec 31, 2015

Hello sarackal

72 SENTINELS

116,996 PATIENTS

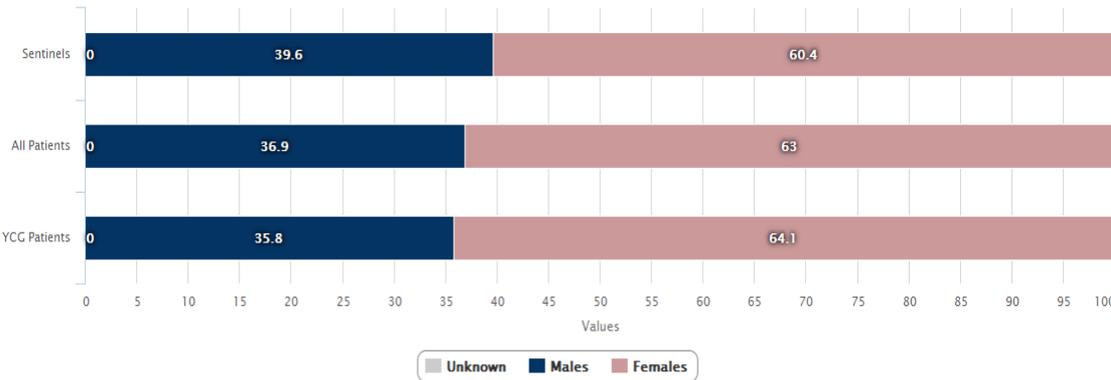
All Sites

All Patients: 116,996
YCG Patients: 54,523

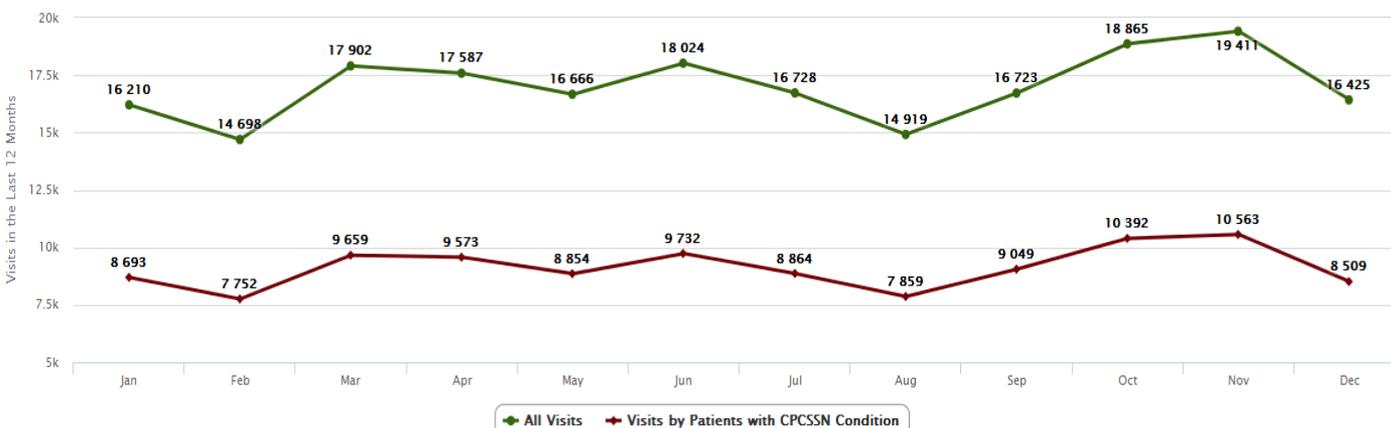
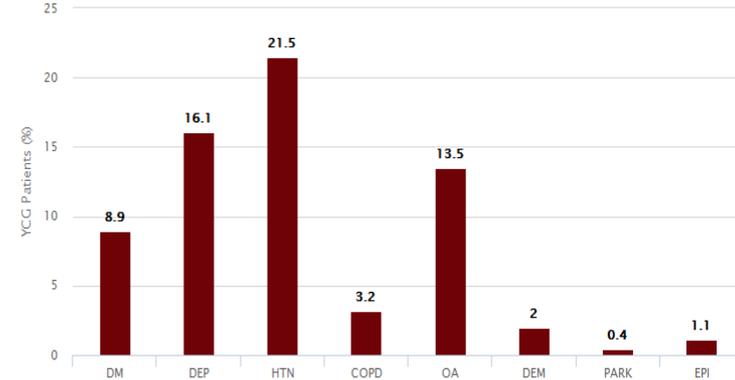
Total Active Sentinels: 72
(Ave Age: 46.2)

Pts Per Sentinel: 1,625
Pts Per Sentinel: 757

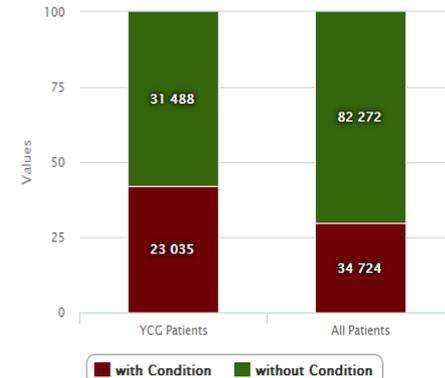
Gender Distribution (%)



Condition Proportion (%) - YCG

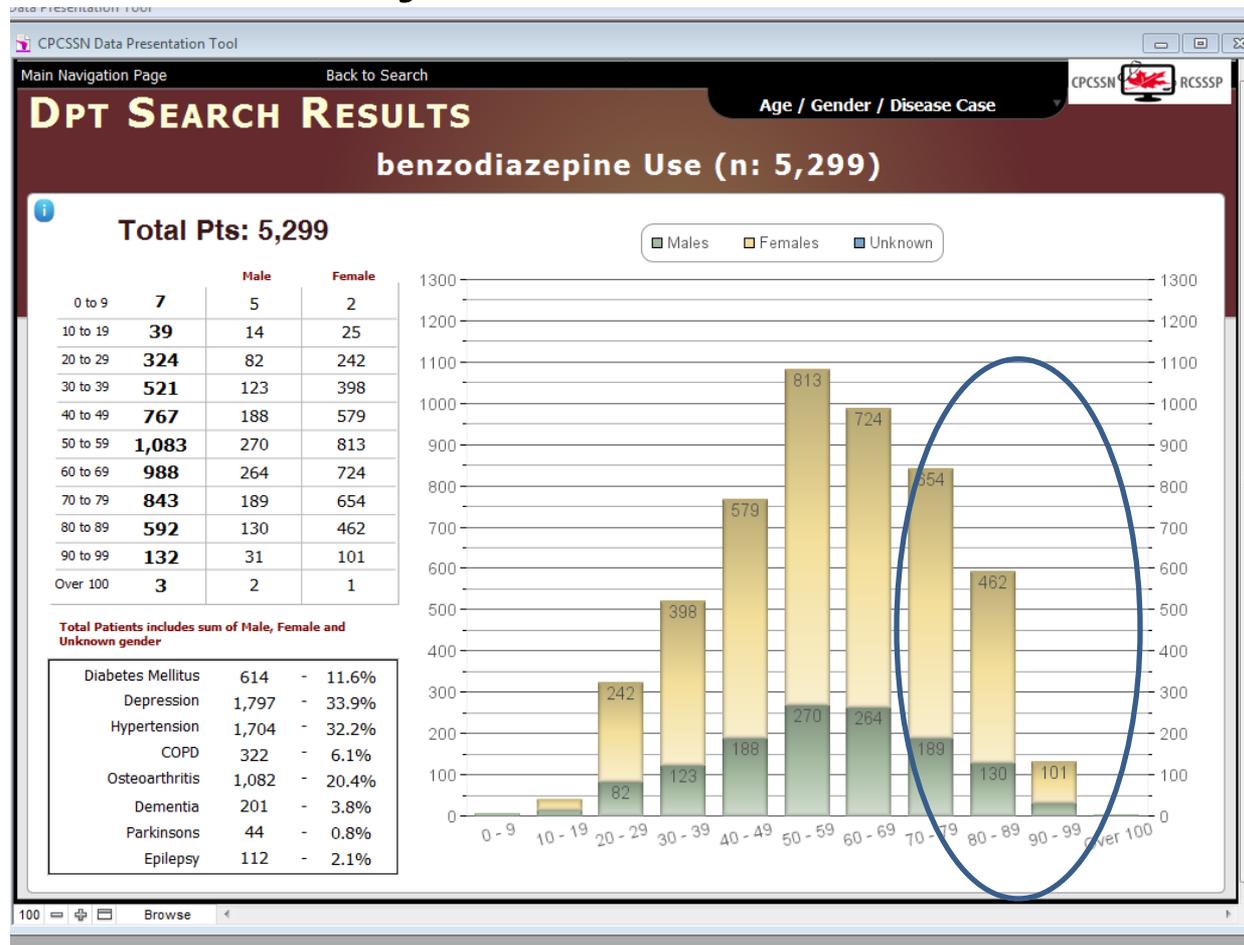


Condition Ratio





Présentation de notre psychiatre à la réunion de juin 2013 de allFHT



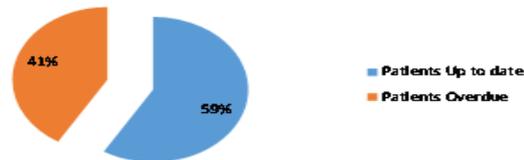


Drs Blankenstein et Laine-Gossin, Amélioration de la qualité pour accroître le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale, Lauréat du Prix DFCM - AQ en 2016

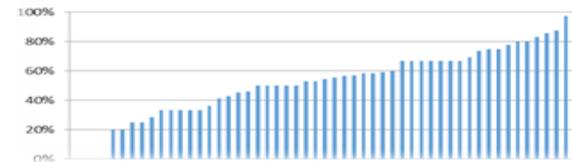
STUDY

Baseline- 48 physicians participated, 644 eligible patients identified, 378 pts up to date, 229 mailed packages, 186 EMR alerts/reminders

AAA Screen at baseline



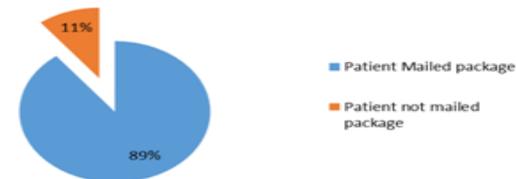
% of patients up to date at baseline by physician



% physicians returning their verified lists

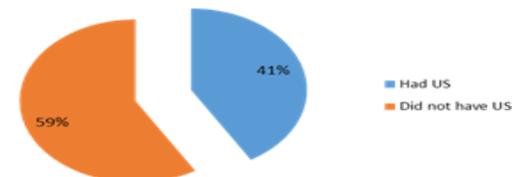


% patients overdue mailed package



- 3 Months- 41% of overdue patients (84 pts) had a screening US.
- 1 patient was identified with AAA=3-4.9 cm, one patient with AAA<3 cm

Patients with US at 3 months





Parlez à d'autres équipes



Using data to improve transitions of care and care coordination
North York Family Health Team

**Making it easier for teams to access
data needed to improve care**



Electronic medical records improve direct care by allowing providers to record and share important information about a patient. But they have another role, providing the raw data needed to raise the quality of care and tailor services for different groups.

The challenge for primary care providers is how to get at those data, since the way patient information is recorded in health records is usually quite different from how it needs to be structured for measurement and improvement projects.



Conclusions

- L'audit et la rétroaction sont des éléments essentiels de l'amélioration de la qualité
- L'audit et la rétroaction peuvent être gérés au niveau du prestataire, du cabinet, de l'équipe, et du système
- **L'audit et la rétroaction au niveau de l'équipe chargée des soins de première ligne** (et le développement des capacités en gestion des données) peut s'avérer un bon investissement; occasion de recherche en audit et rétroaction?
- Les obstacles pour acheminer les données aux équipes sont surmontables



Merci!

Questions?



Équipe de santé familiale de *North York*

Notre Vision

« Bonifier les soins de santé de première ligne, l'apprentissage interdisciplinaire et la recherche clinique pour améliorer la santé de la population diversifiée de patients pris en charge par l'équipe de santé familiale de North Folk. »

Notre mission

« Donner des soins de santé de première ligne qui sont accessibles, axés sur le patient et la famille grâce à une équipe interdisciplinaire engagée à transformer les connaissances sur la santé en pratiques exemplaires. »

Nos valeurs

Soins axés sur le patient et la famille, travail d'équipe, formation continue, communication

Consultez notre site www.nyfht.com