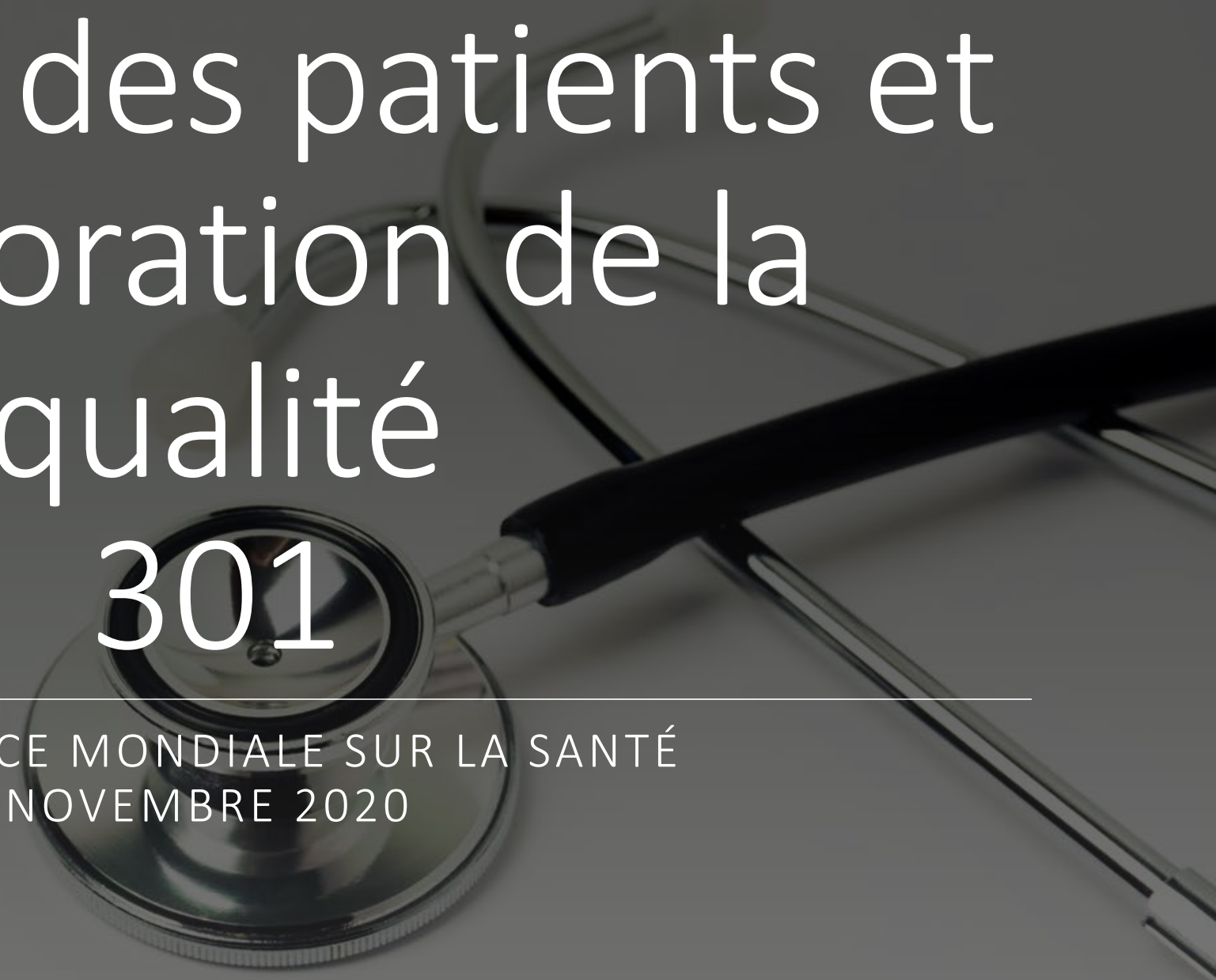


Sécurité des patients et amélioration de la qualité 301

A stethoscope and a black pen are visible in the background, partially obscured by the text. The stethoscope is silver and black, and the pen is black. They are resting on a light-colored surface.

CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA SANTÉ
NOVEMBRE 2020

Objectifs

- Comprendre les composantes d'un programme efficace de sécurité des patients
- Comprendre comment un « A3 » peut faciliter les projets d'amélioration de la qualité tant administrative que clinique
- Comprendre le rôle d'un C. A. de soins de santé dans la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité

Sécurité des patients — Fiabilité

- Et si votre hôpital a un taux de réussite institutionnel de 80 à 90 % ?
« Magnifique » ?
 - Non, du point de vue d'un patient, c'est inacceptable
- Pour chaque patient, la fiabilité est une question de « tout ou rien »
 - Une sécurité optimale des patients nécessite un cadre pour améliorer la fiabilité — des protocoles normalisés de soins, fondés sur des données probantes et largement acceptés sont essentiels

Sécurité des patients / amélioration de la qualité = changement de culture

- Culture : « L'ensemble des valeurs, normes, mœurs et comportements qui créent des réseaux formels et informels au sein d'une organisation »
- Définition pratique : la façon dont nous « faisons les choses » ici

Rappelez-vous que : « La culture mange (AQ) le changement
chaque jour »

Transformation culturelle : la routine habituelle

Leadership : nombreux mais puissants. Prend des décisions sur la façon dont le travail est effectué

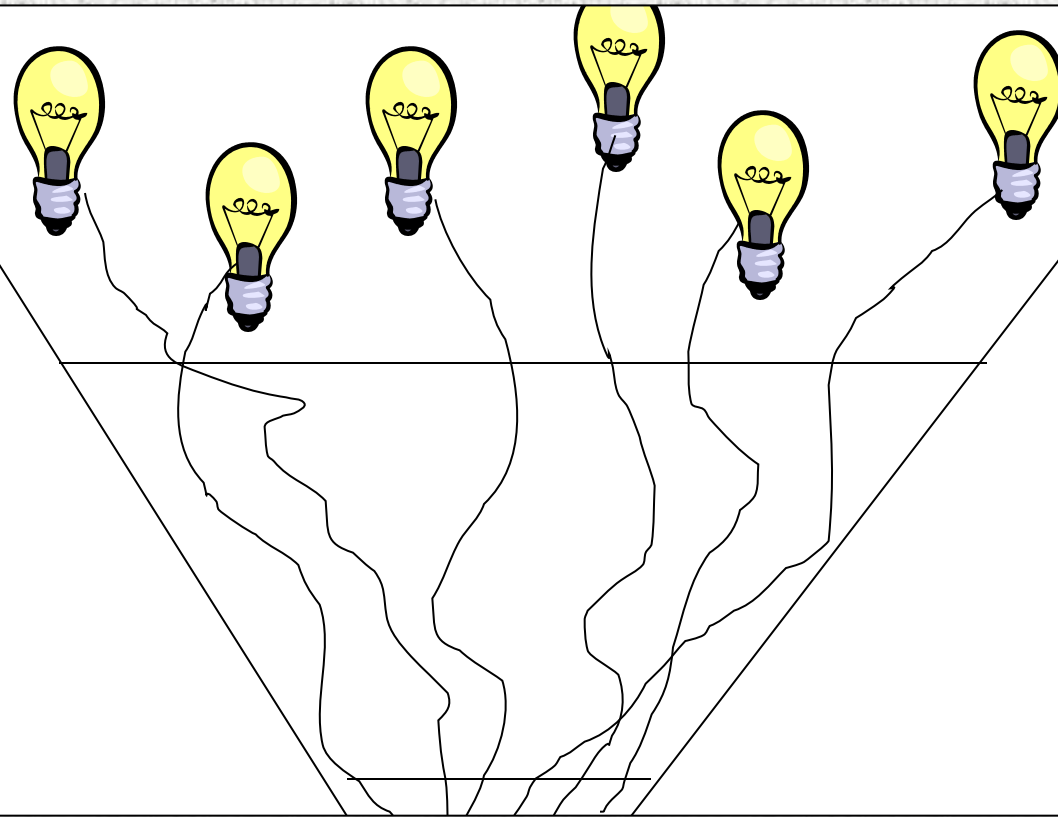
Gestion intermédiaire : met en œuvre les décisions

Travailleurs de première ligne — beaucoup, experts dans le travail qu'ils font : prennent des décisions, rarement impliqués dans la décision de COMMENT le travail est effectué



Après la transformation culturelle — Tout le monde contribue !

Travailleurs de première ligne : experts dans leur travail ; décident COMMENT faire le travail



Le leadership et les cadres intermédiaires soutiennent et filtrent les idées ; et éliminent les obstacles à la mise en œuvre des pratiques pour les travailleurs de première ligne

Défis courants en matière de sécurité des patients

- Erreurs de diagnostic : lorsqu'un patient ne reçoit pas un diagnostic correct et opportun
- Erreurs médicamenteuses : peuvent survenir entre le moment où la prescription est rédigée et le moment de l'administration (cela peut entraîner ou non un préjudice)
- Erreurs de transition : changement entre les soins hospitaliers et ambulatoires (également entre les unités hospitalières)

Erreurs de diagnostic (ED)

- Une ED est présente lorsqu'il y a eu une occasion manquée de donner le bon diagnostic
- Le taux d'ED est d'environ 10 % — la plupart des patients seront soumis à l'ED à un moment de leur vie
- Les ED sont la principale cause de réclamations pour faute professionnelle contre la plupart des médecins
- Les ED sont d'origine multifactorielle avec des processus cliniques cognitifs défectueux et des problèmes de système y contribuant tous les deux

Exemples d'erreurs de diagnostic

- Fermeture prématurée : accepter un diagnostic et interrompre le processus de diagnostic avant que les données nécessaires à l'établissement du diagnostic aient été obtenues
- Momentum de diagnostic : lorsqu'un diagnostic est suggéré au début du processus diagnostic et que le processus se poursuit même si les données sont incompatibles avec le diagnostic
- Biais de confirmation : la prédisposition à rechercher des preuves pour confirmer un diagnostic suspecté sans chercher des preuves pour le réfuter
- Mauvaise application des connaissances : le clinicien ne possède pas les connaissances sous-jacentes nécessaires pour faire le diagnostic — ou n'applique pas correctement les connaissances

Erreurs de médicaments

Événement médicamenteux indésirable : préjudice subi par un patient à la suite d'une exposition à un médicament

- > 100 000 hospitalisations par an
- Peut être secondaire à un risque accepté ou au résultat d'une erreur de médicament

Facteurs de risque pour les erreurs de médicament :

- Polypharmacie
- Âge avancé du patient
- Insuffisance rénale ou hépatique
- Écriture manuscrite illisible
- Utilisation d'abréviations non standard
- Noms « semblables »

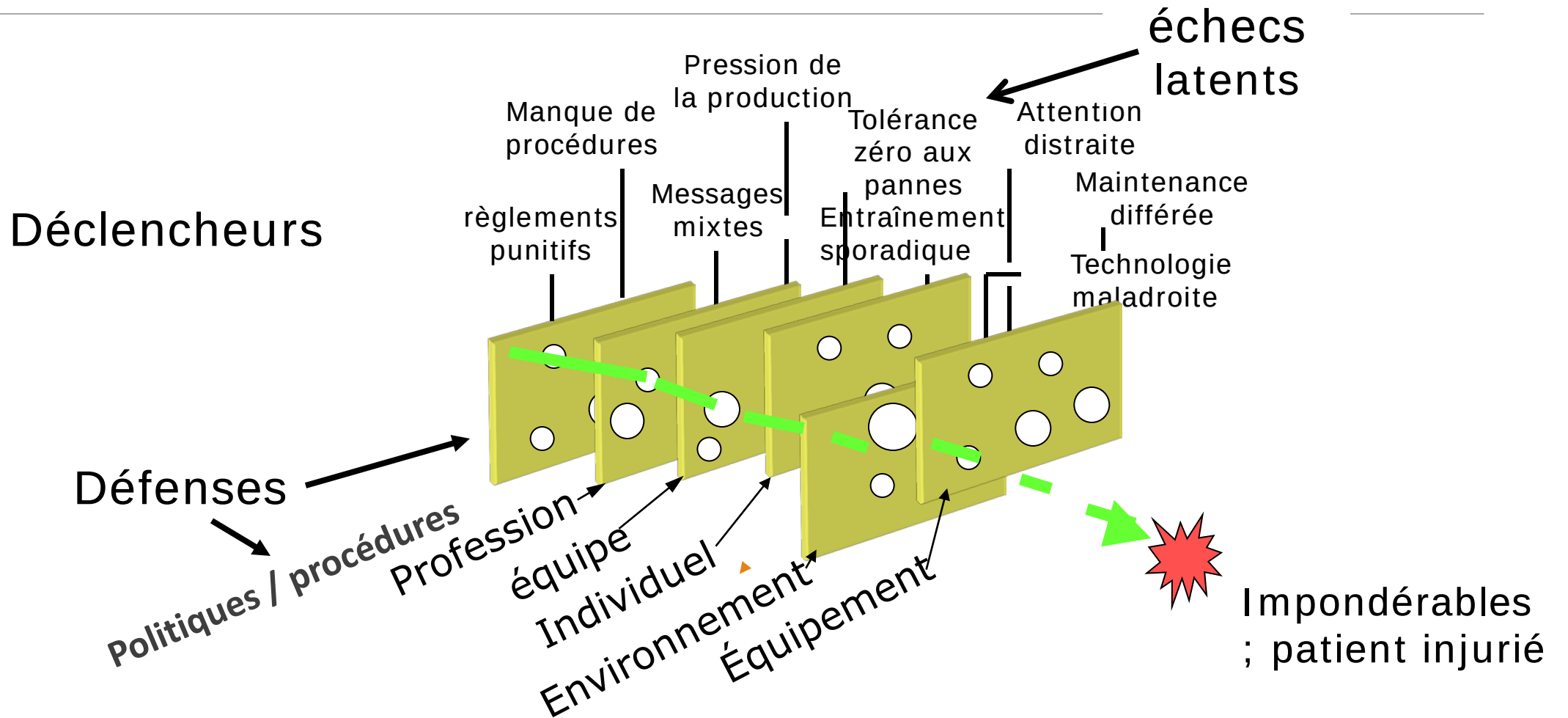
Mesures pour réduire les erreurs de médicament

- Systèmes informatisés de saisie des ordonnances médicales (CPOE)
- Rapprochement médicamenteux
- Meilleur étiquetage des médicaments avec des noms similaires
- Administration de médicaments assistée par code-barres (BCMA)

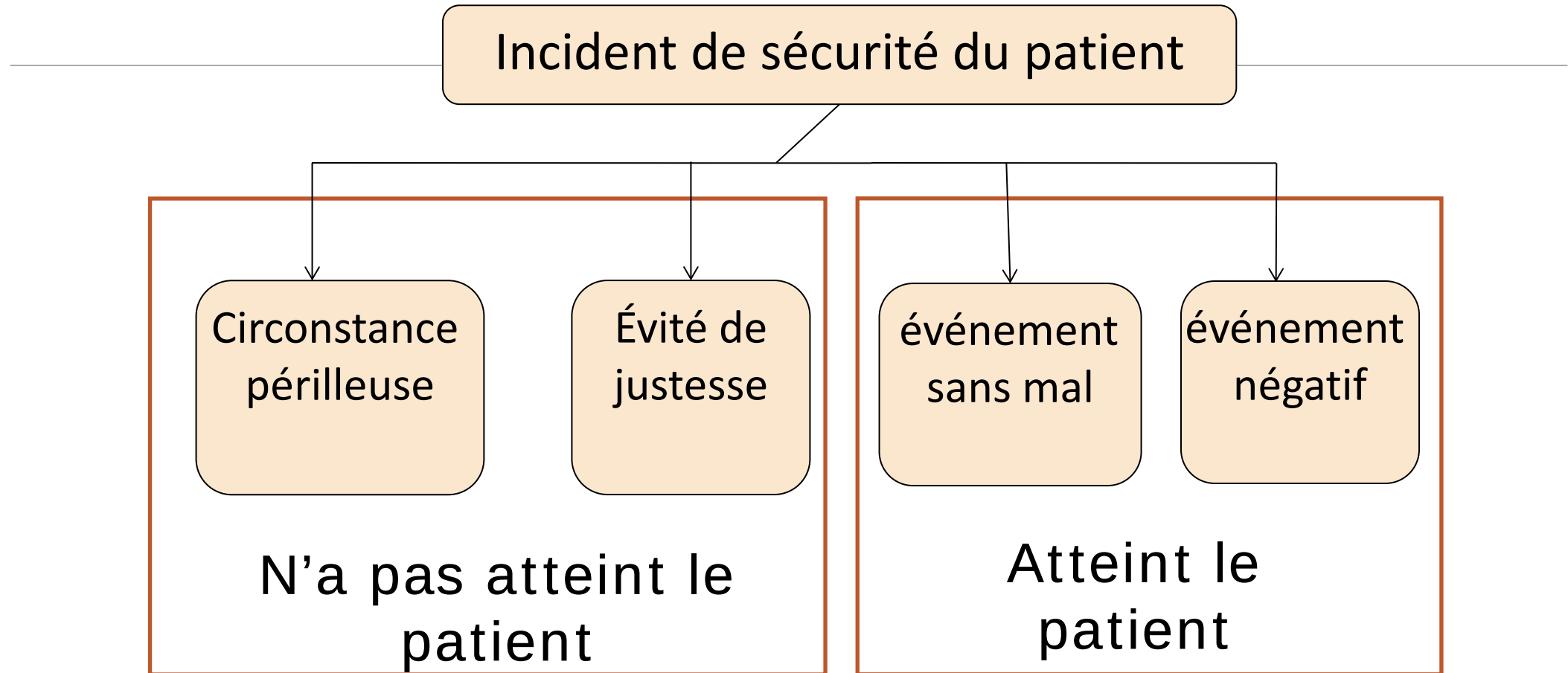
« Erreur humaine » = Modus Operandi dans le système actuel

- La médecine a traditionnellement considéré les erreurs comme des défaillances pour lesquelles l'individu fautif doit être trouvé et blâmé
- Méthodologie « forme et blâme »
- La formation en infirmerie a mis l'accent sur les règles
- La formation des médecins a mis l'accent sur les connaissances
- Les actions correctives se sont donc historiquement concentrées sur l'individu et non sur le système

Le modèle du fromage suisse (Reason, 1991)



Définition d'un incident lié à la sécurité des patients



Notre réaction irréfléchie ?

- Plongez dans le feu de l'action :
 - Le jeune membre du personnel ; l'équipe chirurgicale ; les résidents...
 - Ne suivez pas un protocole inconscient...
- Cependant, une meilleure façon est de ne pas blâmer automatiquement le(s) soignant(s)
- Enquêter de manière approfondie sur l'incident
 - Commencer une « analyse des causes profondes »
 - Un processus défini qui cherche à explorer tous les facteurs possibles associés à un incident en demandant ce qui s'est passé, pourquoi cela s'est produit et ce qui peut être fait pour éviter qu'il ne se reproduise

Principes de base d'une analyse des causes profondes

- Commencez par une enquête rapide — terminez-la dans un délai précis
 - Établissez un calendrier — que s'est-il passé ? Qui est impliqué ? Etc.
 - Examiner le dossier médical
 - Interviewer les personnes impliquées
 - Discutez des résultats de la chronologie avec votre équipe multidisciplinaire de RCA
 - Ne vous contentez pas d'une réponse facile
 - Demander pourquoi? (les 5 pourquoi) — Objectif : trouver la cause première de l'incident
- Terminez par un court document : [à signer par le PDG]
 - Problème et mesures à prendre pour éviter que cela ne se reproduise
 - Qui fera l'action et date à laquelle chaque action doit être effectuée

Pourquoi le personnel ne suit-il pas les politiques et procédures ?

Parce qu'ils...

- **ne les connaissent** pas (déficit de connaissances) ?
- **ne peuvent pas les trouver** (P&P n'est pas facilement disponible) ?
- Le personnel n'a pas le **temps** ?
- **Peut s'en tirer** sans les suivre ?
- Sont **imprudents** ?

Culture juste

« Comment pouvez-vous **traiter avec justesse la personne** impliquée, tout en vous assurant que votre **organisation apprend** autant que possible de l'événement ? » Sidney Dekker



Comment allez-vous concilier responsabilité et apprentissage ?

Apprentissage : étudier les événements préjudiciables (ou quasi-accidents) afin d'apporter des améliorations menant à un environnement de soins **plus sûr**



Si vous critiquez les gens...



- Le personnel **peut** être plus **prudent**.
- Ils seront **certainement** être **moins enclins à signaler** des cas de dommages ou même évités de justesse



Cependant, si vous ne donnez pas de sanction...



- Le personnel qui ne se trouve pas dans le « **mauvais siège** » peut persister.
- D'autres employés peuvent croire que « **tout est permis** »..

Structure et fonction de base de la sécurité du patient

- Mettre en place et gérer un **système de rapport d'incident**
- Comprendre et analyser les **données**
- **Relier** le leadership au personnel de première ligne
- Mettre en œuvre une **activité de première ligne** pour améliorer la sécurité des patients
- Analyser les **erreurs majeures** et les événements sentinelles pour éviter leur réapparition
- **Qualifications et formation du responsable de la sécurité des patients**
- Le rôle du **comité de sécurité des patients**
- **Faire participer les médecins** à la sécurité des patients
- **Engagement du C. A.** dans la sécurité des patients

Mesure de la sécurité des patients

- Les points de « bases » comprennent :
 - Données du système de **rapport volontaire d'incident**
 - Données des **outils de déclenchement** (et résultats de l'examen des graphiques)
 - **Surveillance en temps réel** : par exemple, Infections de la circulation sanguine associées à la ligne centrale, Infection des voies urinaires associée au cathéter
 - Données clés sur les résultats : p. Ex. Mortalité ajustée en fonction du risque
 - **Processus clé** / données structurelles : par exemple, utilisation du CPOE
 - Événements graves à **signaler (National Quality Forum)**
 - Réclamations et paiements pour **faute professionnelle**
 - Données d'**accréditation / licence** des domaines de préoccupation
 - **Plaintes** graves des **patients**
 - Données des conférences **mortalité & morbidité**
 - Résultats des enquêtes sur l'**expérience des patients**
 - Résultats des enquêtes sur la **culture de la sécurité**
 - Données issues des **tournées** / groupes de discussion des **dirigeants**



L'importance de la sécurité des patients

Approche de la sécurité des patients

- culture juste / algorithme des actes dangereux
- Normalisation de la déviance

La grande majorité des événements préjudiciables aux soins de santé sont des **problèmes de système et non des problèmes de personnes.**

Les soins de santé sont sûrs pour la grande majorité des gens la grande majorité du temps, **mais ils pourraient et devraient être plus sûrs.**

- L'équilibre entre la création d'un environnement d'**apprentissage** et la **responsabilité (une « culture juste »)** est difficile à définir, créer et maintenir.
- La **normalisation de la déviance est un comportement humain inévitable**, le « chemin de moindre résistance ».
- Le **processus** d'enquête sur les dommages (p. ex., CRA) doit être **bien défini et cohérent** ; si c'est le cas, les gens accepteront **plus probablement le résultat même s'ils ne l'aiment pas**

Comment cela marche-t-il ?

De toutes les meilleures méthodes que nous connaissons pour mesurer **pas bien** les dommages (c.-à-d. les outils de déclenchement) ; la faute de **l'intervention, de la diffusion ou de la mesure**

En réfléchissant à différentes approches :

Travail d'équipe et communication

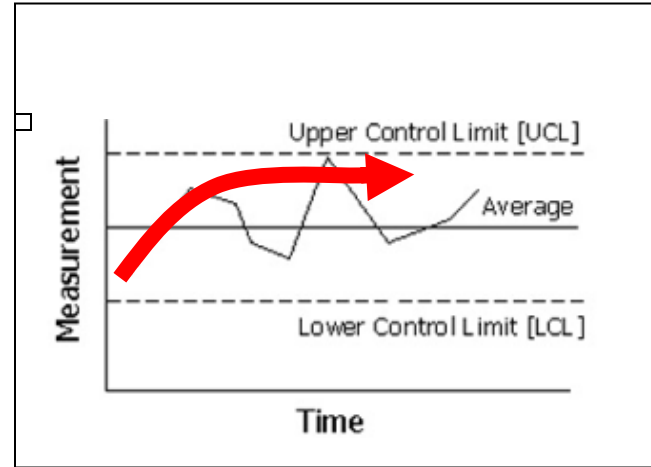
Une cause fondamentale d'environ **80 % des événements préjudiciables. Un bon travail d'équipe et une bonne communication ne peuvent être présumés** dans des environnements complexes.

Les facteurs humains

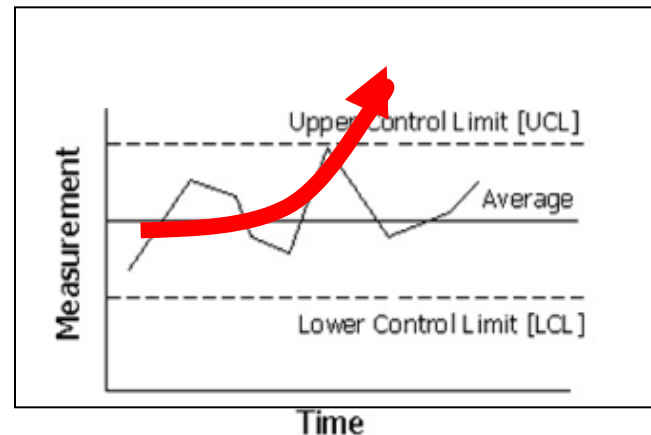
Facteurs physiques, cognitifs et macro-humains **considérés par beaucoup comme la principale cause systématique de préjudice aux patients.**

Pourquoi les activités « d'amélioration de la qualité » et non « d'assurance de la qualité » ?

- **« L'assurance qualité »** soutiendra les meilleurs résultats dans la conception actuelle du système
- **« L'amélioration de la qualité »** va dépasser les spécifications actuelles de conception meilleur



AQ



AQ

Base de « l'amélioration de la qualité »

- L'élément clé de « l'amélioration de la qualité » est la prémisse que la **qualité** est une propriété du **système**
- Par conséquent, ce qui détermine principalement le niveau de performance est la **conception** du **système** de santé

Surutilisation = traitement excessif

-
- **Définition** : patients recevant des services dont ils ne bénéficieront pas
 - **Exemple** : Donner des antibiotiques pour le « rhume » / URI [> 30 % des enfants reçoivent des antibiotiques excessifs pour les otites]
 - **Pourquoi un problème** : exposé au risque d'effets indésirables de ce traitement sans possibilité de bénéfice

Sous-utilisation / sous-traitement

- Définition : Patients ne recevant pas les services dont ils bénéficieraient
- Exemple : patients souffrant d'insuffisance cardiaque non traités avec des inhibiteurs de l'ECA
- Pourquoi un problème : le résultat souhaité est réduit car ils ne réalisent pas les avantages pour la santé de ces traitements

Abuse

- Définition : Des services de santé appropriés sont fournis de manière inefficace [~ 7 % des patients hospitalisés subissent une grave erreur de médicaments]
- Exemple : insuffisants rénaux patients qui ont besoin d'antibiotiques aminosides mais reçoivent des doses qui ne sont pas réduites pour correspondre à leur fonction rénale
- Pourquoi un problème : la probabilité d'un bon résultat est diminuée par le risque supplémentaire de complications évitables

« Communauté de scientifiques »

Les sciences fondamentales de la qualité / sécurité du patient

Utiliser les principes de gestion factuelle (prestation de soins de santé) pour améliorer les organisations de soins de santé en tant que « systèmes »

Remplacez le « **Pourquoi** » faire cela par
« **Comment** faire ! »

Attributs du système

-
- « Nous devons accepter l'erreur humaine comme inévitable — et concevoir autour de ce fait. » — Don Berwick, MD
 - « La recherche du taux d'erreur nul est vouée à l'échec depuis le début »
 - **Si vous voulez un nouveau niveau de performance ?**

Concevez un nouveau système !

Appliquer une
Méthodologie « d'amélioration de la qualité »
Pour améliorer (changer) votre système de prestation de
soins de santé
« La science de l'amélioration de la prestation des soins
de santé »
[Gestion HC basée sur des preuves]

Un système de santé transformé [hautement fiable]

[« Un endroit où vous voulez être... »] Un cadre

1. Pas de mort inutile [Sécurité]
2. Aucune douleur inutile [efficacité]
3. Pas d'impuissance [centrée sur la personne]
4. Aucune attente indésirable [Ponctualité]
5. Pas de gaspillage [efficience]
6. Pas d'injustice [intégrité]

Modèle d'amélioration – IHI [modèle A]

Le modèle comprend deux parties :

I. Trois questions fondamentales :

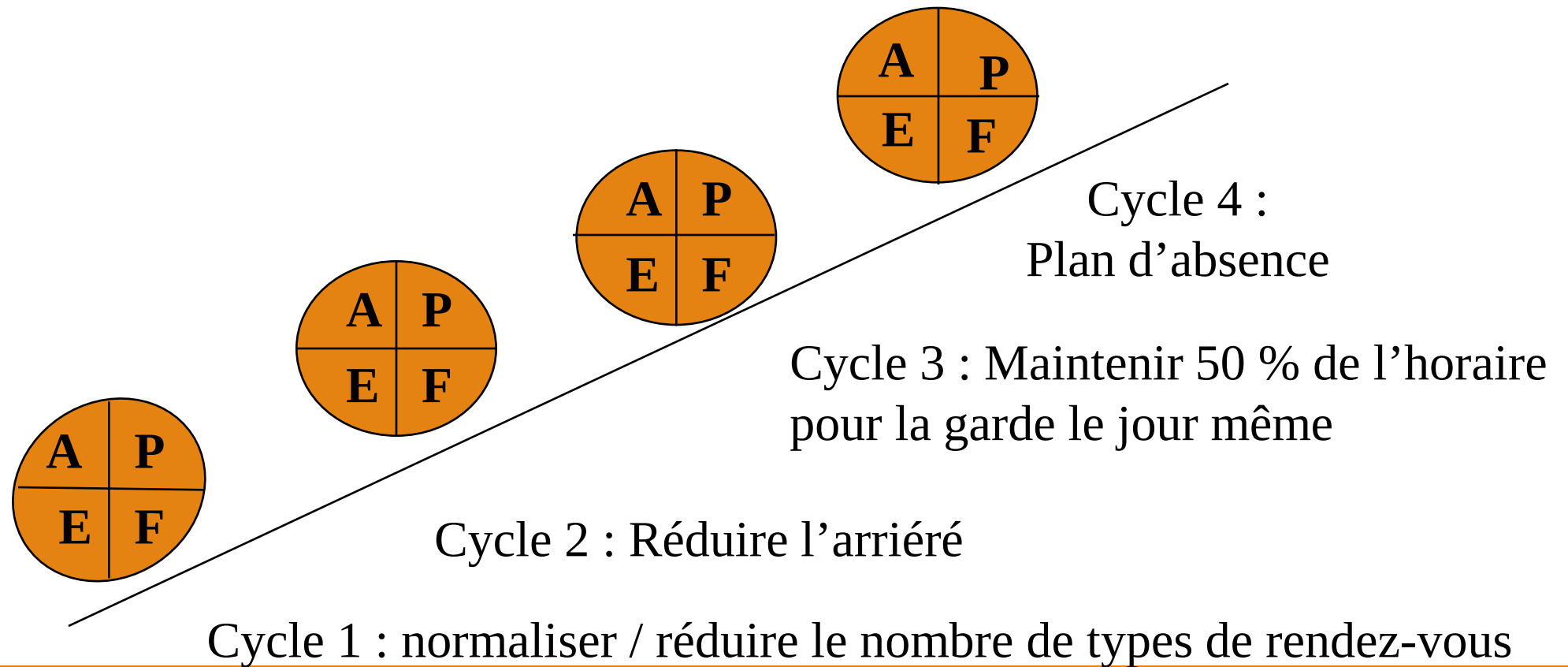
1. Définition des objectifs : qu'essayons-nous d'accomplir ?
2. Établir des mesures : Comment saurons-nous qu'un changement est une amélioration ? [La mesure]
3. Sélection du changement : quels changements pouvons-nous apporter pour aboutir à une amélioration ?

II. Le cycle Planifie-Fait-Etudie-Agit (PFEA) pour tester et mettre en œuvre des changements dans des environnements de travail réels

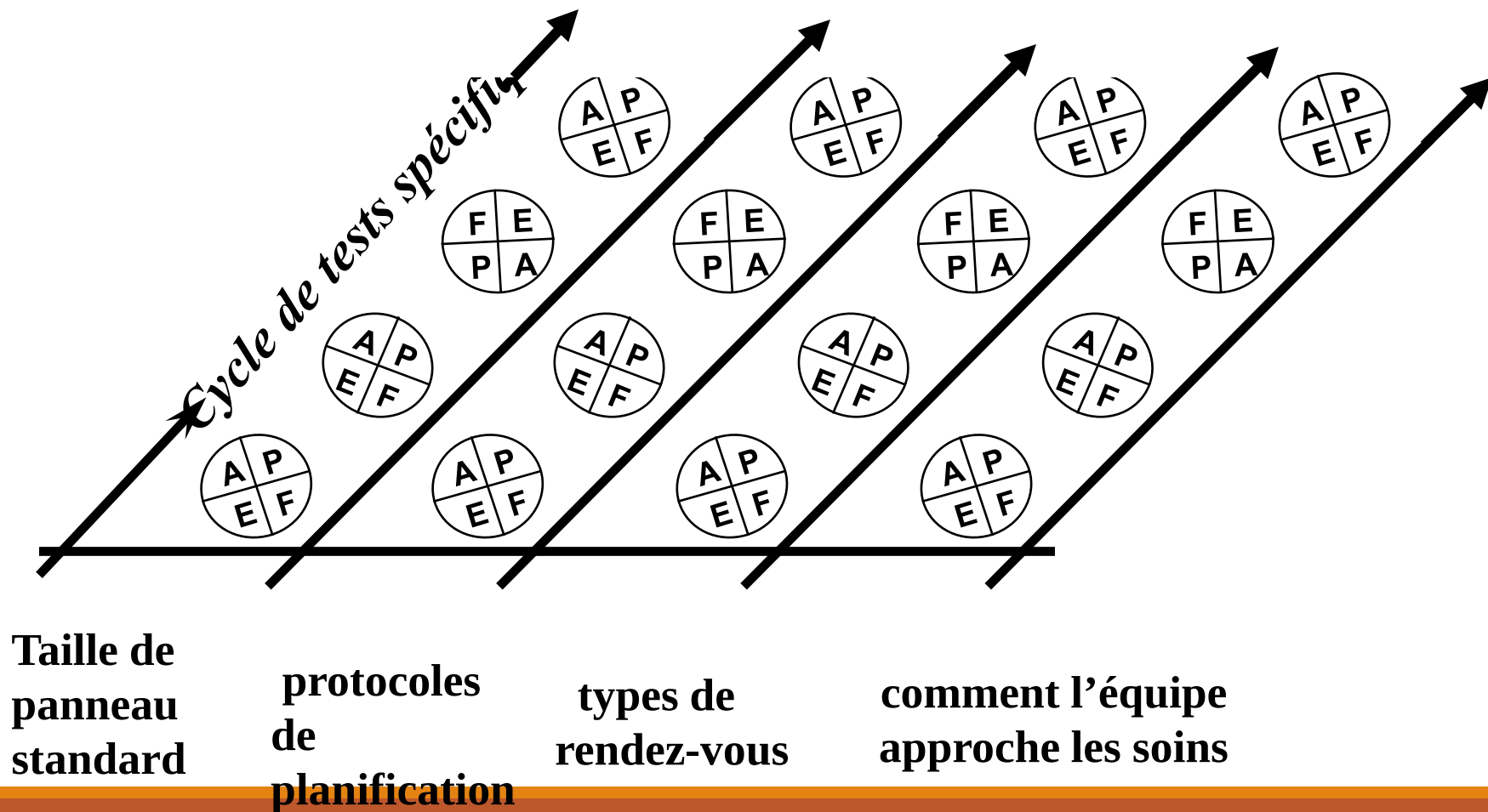
cycle rapide d'amélioration (CRA) = plusieurs petits tests (PFEA) de changement

Tester... tester... Objectif :

Prochain rendez-vous disponible <7 jours



cycle rapide d'amélioration (nombreux cycles PFEA)



Qu'est-ce que la pensée « Lean » ?

« La transformation sans fin des déchets en valeur du point de vue du client »

Le changement de **culture** dans la pensée « lean » est aussi important que les outils ou méthodologies réels

Comment déterminer la valeur que vous offrez à vos patients :

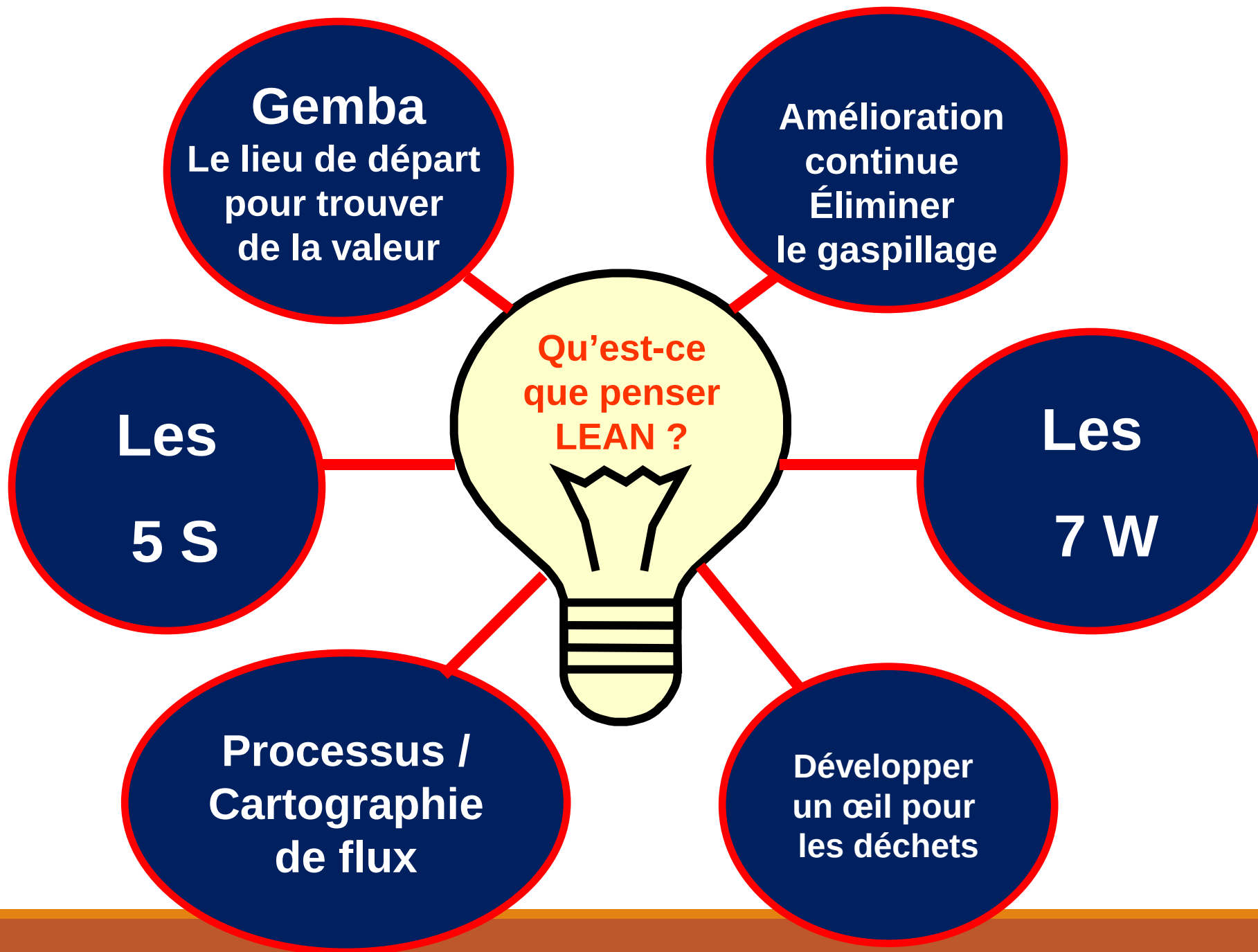
VALEUR =

Résultat
Coût

$$\text{VALEUR} = \frac{\ll A \gg}{X} \times \frac{\text{Accès + Technique + Fonctionnel + Satisfaction.}}{\text{COÛT}}$$

« A » = pertinence
Si « A » = zéro, ne pas traiter
Si « A » = 1, soins appropriés

« Indice de
délice »



Les 5 « S » : Trier, mettre en ordre, briller, normaliser, systématiser

- 5 S : un effort organisé et sans fin pour
- Retirer tous les déchets physiques du lieu de travail qui ne sont pas nécessaire pour effectuer des travaux dans cette zone
- Mettre les choses en ordre
- Identifiez, étiquetez, attribuez un emplacement pour stocker afin que cela puisse être facilement retrouvé, récupéré et rangé

Lean Six Sigma: 5S

5S is a workplace organization technique composed for five primary phases: Sort, Set In Order, Shine, Standardize, and Systematize.



SORT

Keep only
necessary items



SET IN ORDER

Arrange items
to promote



SHINE

Clean the work
area so it is



STANDARDIZE

Set standards
for a consistently



SYSTEMATIZE

Maintain
and review

Résultats 5 S :

Avant 5 S



Après 5 S



Déchets « avant / après » 5 S



Unité 1. Sous-sol (avant) et (après)

Disponibilité de l'équipement de stabilisation

Techniques 5-S :

Trier

Mettre en ordre

Standardiser

Éclat

Soutenir



AVANT

Avantages

Matériel propre = vecteur pathogène

Évite la frustration, la recherche

Libéré 20 000 \$ d'équipement inutilisé
pour une utilisation ailleurs



IV pompes
(4)

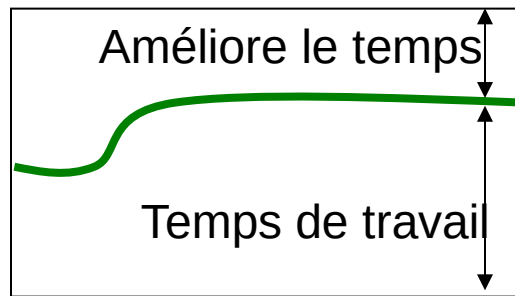
Toujours branchées



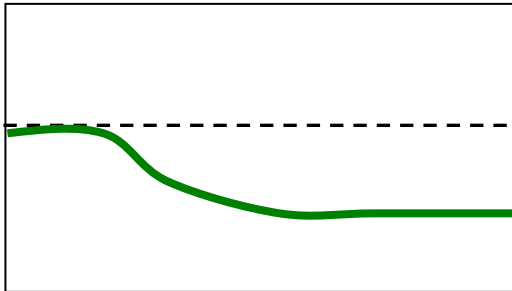
APRÈS

Paradoxe du système : AQ signifie-t-il travailler plus difficilement ?

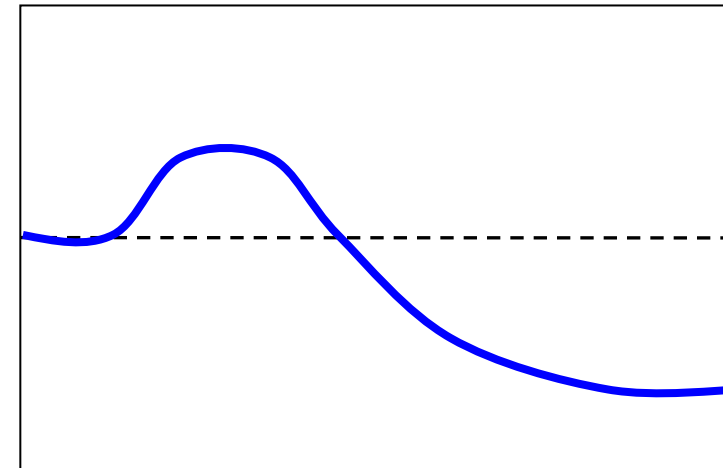
Effort



Aptitude



Performance réelle

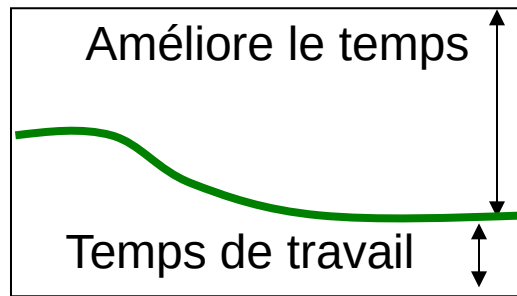


Temps →

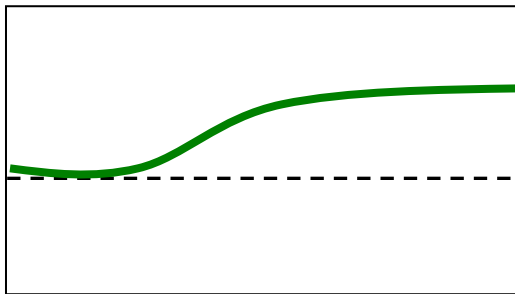
Repenning, NP and Sterman, JD: Nobody Ever Gets Credit for Fixing Problems that Never Happened
[www.webmit.edu](http://www.web.mit.edu)

Paradoxe du système : travaillez « plus intelligemment »

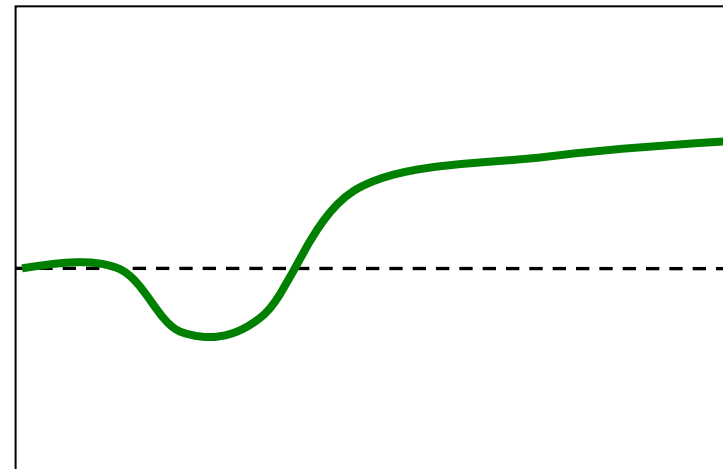
Effort



Aptitude



Performance réelle

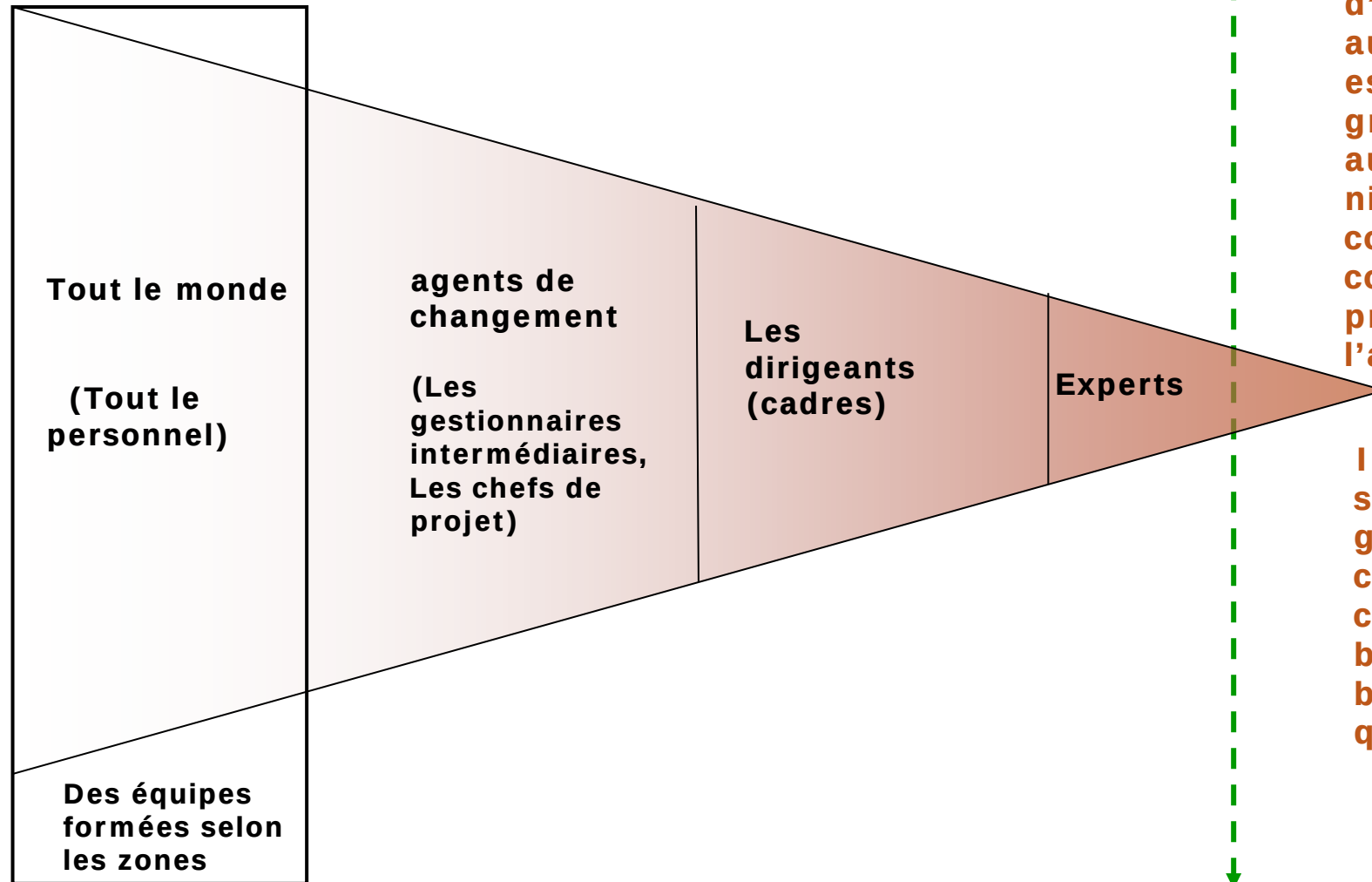


Temps →

Contenu : Quelles sont les compétences nécessaires à chaque employé ?

Beaucoup de gens

Peu de gens



Connaissance partagée

Progression de la connaissance et des compétences de la science de l'amélioration

Connaissance profonde

Une hypothèse d'exploitation clé pour augmenter la capacité est que différents groupes de personnes auront différents niveaux de besoin de connaissances et de compétences pour le processus de l'amélioration

Il est important de s'assurer que chaque groupe reçoit les connaissances et les compétences dont il a besoin quand il en a besoin et dans les quantités appropriées

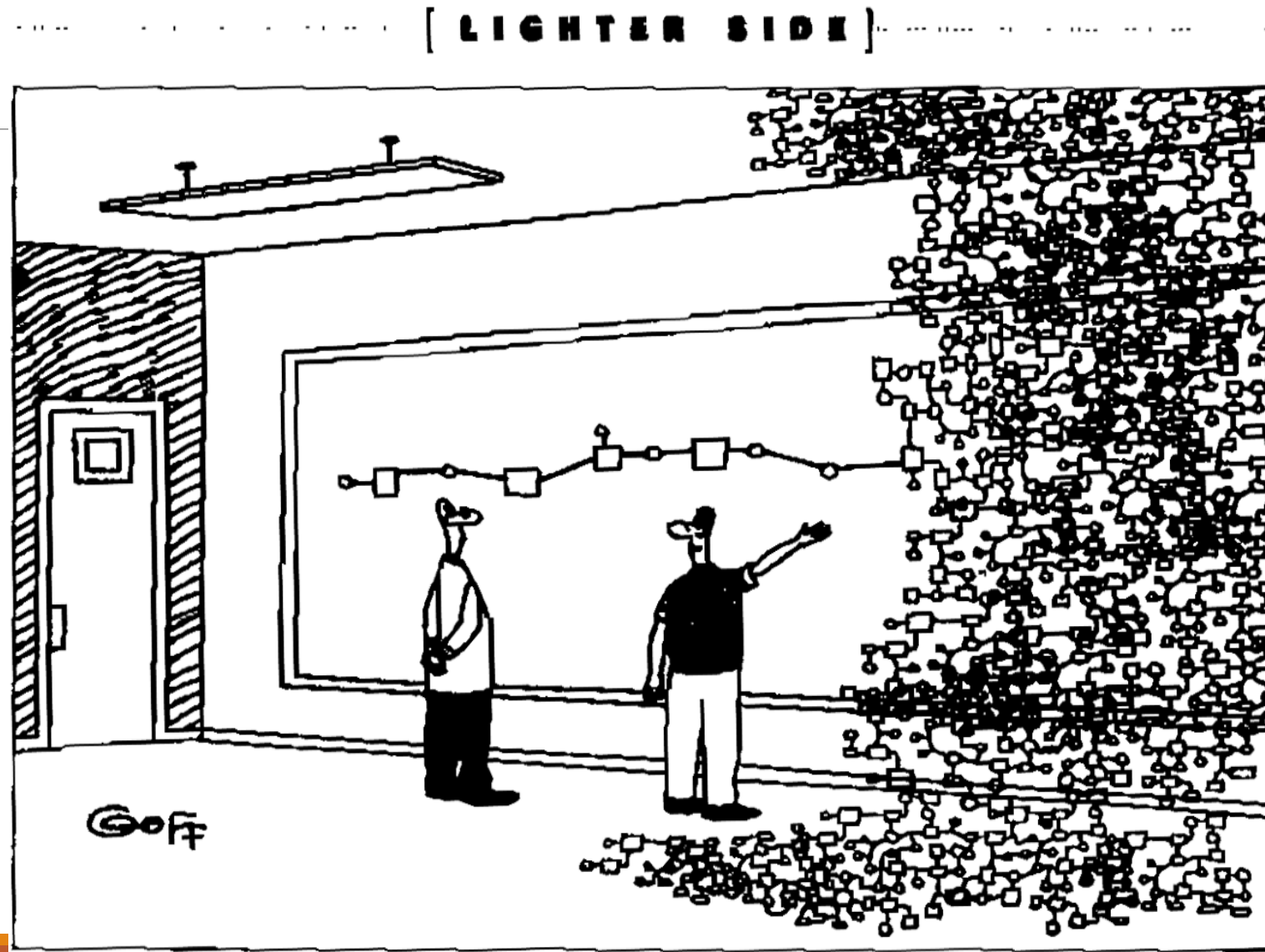
Données



Information



Maintenant c'est là que cela devient un peu compliqué



Pourquoi le « Protocole », la pensée A3?

- Un cycle d'amélioration structuré
- Un cadre pour organiser la réflexion
 - Peut être utilisé pour tout type de problème
 - Individu et équipes (et systèmes) — un document vivant et dynamique
- Élimine le gaspillage de la méthode du débat
- Révèle les problèmes, les problèmes et les modes de pensée précédents
- Rend la résolution de problèmes visuelle
- Raconte une histoire

Un outil clé pour devenir une organisation à haute fiabilité

« LEAN A3 »

1. Raison de l'action: VISION / Analyse Équipe et BUT	4. Analyse des écarts: Changement	7. Plan d'achèvement: Soutenir la propagation du nouveau processus
2. • État actuel: Processus cartographique Mesure de base	5. • Approche de la solution: Changer d'idées	8. État confirmé: Soutenir et diffuser
3. • État cible (ou futur): État idéal / cible de la carte Mesure	6. • Expériences rapides (cycles PFEA = CRA) Changement	9. Connaissance profonde: Des idées pour aider à soutenir et à diffuser

A3 1er boîte Raison d'action

Quel est l'énoncé du problème ?

Quelle est l'étendue du problème ?

Quelles limites établirez-vous ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
1	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3 – 2e boîte État actuel

À quoi l'organisation ressemble-t-elle maintenant ?

- Données, cas d'entreprise pour le besoin :
- Quels sont les changements actuels ou proches que vous souhaitez mettre en œuvre ?
- Avez-vous personnellement visité le site que vous voulez changer ?
 - « Gemba Walk » (la place réelle)
- Avez-vous identifié le processus central ?
- Carte de flux du processus central
 - Identifier les problèmes majeurs (de haut niveau) (Kapowie)

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
1	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3 – 3e boîte État futur (cible)

À quoi voulez-vous que l'organisation ressemble dans :

- 1 an
- 3 ans
- 5 ans ?

À quoi « bon » ressemble-t-il ?

Comment connaissons-nous que nous avons un impact ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
1	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3 – 4e boîte Analyse des écarts

Quelles sont les grandes différences (écarts à combler) entre les états actuel et futur ?

Quel impact ces écarts ont-ils sur notre habilité à réussir ou à atteindre notre état cible ?

Combien de contrôle/d'influence avons-nous sur ces écarts ?

Quelles sont les causes premières potentielles de ces écarts ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
1	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3- 5e boîte Approche de la solution

Quelles idées/stratégies avons-nous pour fermer les écarts ?

Quels sont les processus essentiels qui ont la plus grande chance de fermer ces écarts (atteindre la cible)

Qu'est-ce que d'autres ont fait pour fermer ces écarts ?

Est-ce que les solutions proposées sont faciles, difficiles ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
1	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3 – 6e boîte Expériences rapides

Contre-mesures proposées pour s'occuper de chaque cause première

Résultats prédits de chaque contre-mesure

Faire plusieurs PDSAs

Évaluation Q :

- Est-ce que les étapes des contre-mesures ont été clairement identifiées ?
- Est-ce que les contre-mesures lient à la cause première du problème ?
- Qui est responsable de quoi, pour quand (5 pourquoi – 1 comment clairs)
- Est-ce que ces actions empêcheront le problème de se reproduire ?
- Est-ce que l'ordre de mise en place est clair et raisonnable ?
- Comment les effets de la contre-mesure seront-ils vérifiés ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
1	2	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3 – 7e boîte Mise en place (PDSAs/RPIWs)

Table pour documenter comment vous ferez les différents cycles PDSA que vous faites pour fermer les écarts

- Qui (Qui dirige la tâche)
- Quoi (tâche)
- Quand (date de fin)
- Où

Apprendre et améliorer pendant tout le processus

Reason for Action 1	Gap Analysis 4	Completion Plan 7
Current State 2	Solution Approach 5	Confirmed State 8
Target (Future) State 3	Rapid Experiments 6	Insights 9

A3 – 8e boîte État confirmé

Réalisations

Mesures (données)

- Diagrammes de progression et tableaux de contrôle, etc.
- Documenter les changements quantifiés (% amélioration ou % qui n'arrive plus, etc.)

Reason for Action 1	Gap Analysis 4	Completion Plan 7
Current State 2	Solution Approach 5	Confirmed State 8
Target (Future) State 3	Rapid Experiments 6	Insight / Reflection 9

A3 – 9e boîte Observations

Qu'avez-vous appris de ce processus ?

Comment pouvons-nous faire mieux la prochaine fois ?

Résumé :

Reason for Action 1	Gap Analysis 4	Completion Plan 7
Current State 2	Solution Approach 5	Confirmed State 8
Target (Future) State 3	Rapid Experiments 6	Insights / Reflection 9

1. Reasons for action:

Problem statement
NICU patients are delayed in being seen at specialty clinics after discharge date due to no authorization by CCS

CM staff in NICU and core office spending extra time investigating the status of CCS referrals which are initiated by a parents phone call when they are unable to

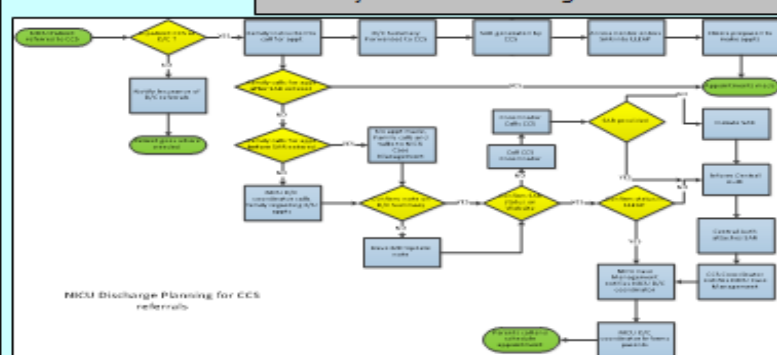
There is valuable time being wasted, by extra steps, reworking of the process which results in delays of service and low customer satisfaction.

process start 04-2016
process end 11-2016

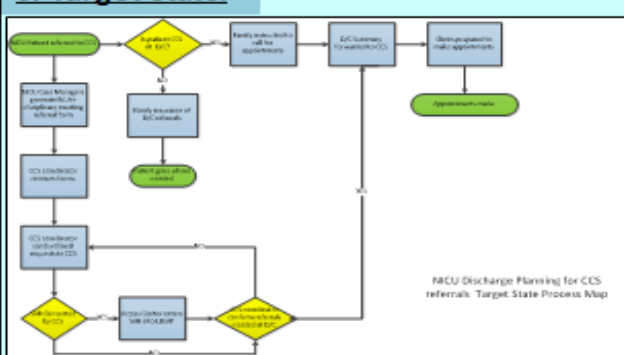
Scope
in scope: LLUCH CM, Riverside CCS
out of scope: other departments, S.B. CCS

2. Initial State:

Initially there were up to 7 decision points in addition to 10 steps. Referral went out with d/c summary at time of discharge.



3. Target State:



Target is to have speciality appointment scheduled by the time patient is discharged from NICU. The decision points decreased to 3 with a maximum of 6 steps.

4. Gap Analysis:

Five Whys

1. Parents unable to schedule FU appointments after discharge
2. The SAR not found by clinic personal in LLEAP
3. SAR has not been processed
4. CCS has not reviewed or authorized referral yet
5. D/C summary and referral are sent to CCS after patient discharged

Change

Sustain

7. Completion Plans:

Action	Who	when
Notify Manual Cota UM Coordinator of DC referral needs	NICU case manager	After weekly Multidisciplinary team meeting
Referral made to Riverside CCS	Manual Cota	As soon as possible.
f/u at CCS website	Manual Cota	1-2 weeks after referral request was made and then weekly

5. Solution Approach:

Data was collected from April thru July from RV county prior to starting the New Process and from August thru November with the new process in place and was compared to see if the process change is successful

Days Pre /post DC	# of days until SAR was Obtained for RV county april-july	% April-July
6 or more days post DC	27	58%
1-5 days post DC	10	21%
0-5 days prior to DC	8	17%
6 or more days prior to DC	2	4%

Days Pre /post DC	# of days until SAR was Obtained for RV county August- nov	% Aug Nov
6 or more days post DC	46	43%
1-5 days post DC	38	36%
0-5 days prior to DC	13	12%
6 or more days prior to DC	9	9%

Change

Sustain

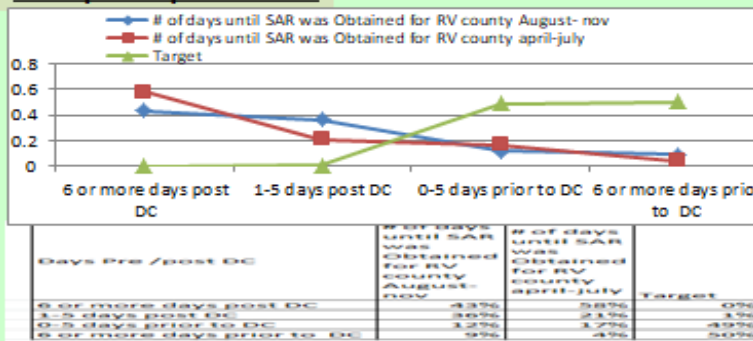
8. Confirmed State:

Manual Cota CCS coordinator and NICU discharge planner Aiko Liang will continue to follow up on Riverside county patient to make sure the new process is working smoothly and NICU patients have their speciality clinic appointments scheduled within reasonable time frame.

Current state



6. Rapid Experiments:



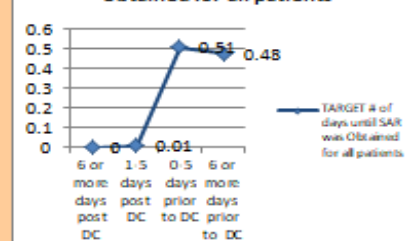
Change

Sustain

9. Insights:

Planning to role out the same process with San Bernardino county from January 2017. We will continue to do routine check/audits to make sure referral request are made on timely manner and NICU patients has the authorizations for the follow up appointments 0-5 days prior to discharge.

TARGET # of days until SAR was Obtained for all patients





- « **Trystorming** »

- Tests rapides de changement (CAR = cycles PDSA multiples)

Cycle S FEA

- PFEA : se concentre sur l'expérimentation
- SFEA : se concentre sur la normalisation / la durabilité
- Une fois que vous avez exécuté de nombreux cycles PFEA (CAR) et que vous avez atteint le niveau de performance souhaité, vous souhaitez conserver ce gain
- Adopter une nouvelle méthode standard (jusqu'à ce que vous avez besoin de faire de nouvelles améliorations)
- Le cycle SFEA est la façon dont vous maintenez le gain

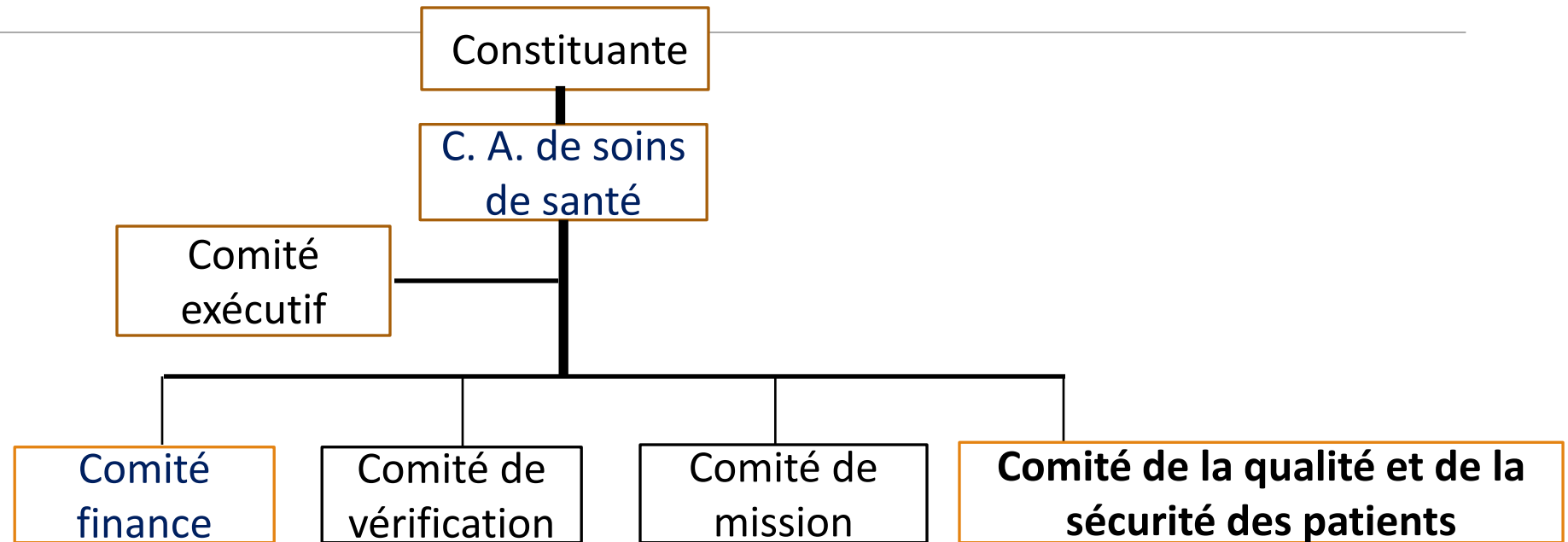
« N'ayez pas peur d'apprendre
trop ;

cela n'arrivera jamais ! »

Responsabilités d'AQ du conseil d'administration des soins de santé

- Assurez-vous que le conseil d'administration de votre établissement de soins a inscrit « Qualité et sécurité des patients » à son programme – et cela devrait représenter ~ 25 % de l'ordre du jour — Institutions plus grandes : Sous-comité du conseil « Q & SP »
- Gardez votre « Conseil » évalué sur le statut « Q et SP »
- Établir une « culture juste »
- Sélectionnez une méthodologie d'amélioration de la qualité (AQ)
- Incluez les objectifs d'AQ / SP dans l'évaluation des performances de votre PDG
- Communiquer en permanence les résultats de l'AQ à tout le personnel des parties prenantes (raconter des « histoires »)

Structure « idéale » de C. A.



IT BEGAN TO
OCCUR TO BOB
THAT THE BOARD
MIGHT BE THINKING
OF A CHANGE IN
LEADERSHIP...

WILLY@LOW-OROUTER.COM

WWW



Systeme de soins de sante du 21e siecle

Le milieu de travail de la sante du futur est :

1. Un lieu de travail souhaitable
2. Un lieu de travail efficace
3. A une culture d'amélioration continue des systemes (qualite) — « Ameliorer mon travail est mon travail »

Chaque employe a deux emplois :

- Leur « description de poste »
- Tous les jours Ameliorer la facon dont ils font leur « travail »

Système de soins de santé du 21e siècle

4. Le personnel travaille en équipes multidisciplinaires :

- Des équipes d'égaux, habilitées et disposant de données sur :
 - Coût, qualité, accès
- Les équipes ont la capacité de sélectionner les défis hautement prioritaires à améliorer (ceux qui sont importants pour elles)
- Équipes qui reçoivent une formation formelle d'AQ

Systeme de soins de santé du 21e siècle

5. Les équipes ont consacré du temps à :

- Faire le changement (cycles PFEA = amélioration rapide du cycle)
- Évaluer le changement

6. Les équipes choisissent des tâches qui correspondent aux valeurs et à la culture de l'organisation

7. Chaque employé a un forum sans danger pour présenter des questions

Concepts d'amélioration de la qualité

1. De graves lacunes de qualité existent — les objectifs partagés sont utiles
2. Les gens de votre effectif sont bons
3. Essayer avec plus d'effort est le pire plan
4. Toute amélioration est un changement
5. Les compétences d'amélioration ne sont pas (encore) courantes
6. Une méthodologie (des concepts) d'AQ solide est essentielle

Concepts d'amélioration de la qualité

7. La mesure aide à apprendre
8. L'adaptation locale permet aux concepts de fonctionner correctement — sans cela, ils ne le feront pas
9. « Tous enseignent — tous apprennent »
10. Amélioration pour un membre du personnel :
« Améliorer mon travail est mon travail »

Mise en garde

- Les principes d'AQ sont des outils pour façonner votre environnement local....
Pas le travail réel pour apporter les changements nécessaires
 - objectifs : amélioration de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité des patients dans votre établissement
- À moins que CRA (de nombreux cycles PFEA) n'ait lieu, vous n'obtiendrez aucun « changement »
- Les principes « d'AQ » ne peuvent pas être mis en œuvre par mandat de la haute direction — ils proviennent plutôt d'équipes de première ligne
- Différents sites utilisant les mêmes principes « AQ » peuvent conduire à des processus différents à des endroits différents (liberté d'innover)

Thèmes d'amélioration de la qualité :

- Bientôt n'est pas un temps !
- Certains ne sont pas un nombre !
- L'espoir n'est pas un plan !
- Prendre soin n'est pas prendre soin de toute la personne !
 - La compassion sans science est une gentillesse bien intentionnée ; elle doit être combinée avec une médecine factuelle, une gestion des soins de santé basée sur des preuves
 - « Cette vie est pleine d'occasions gracieuses, que vous pouvez améliorer dans l'exercice de vos capacités données par Dieu pour bénir les autres. » YI, 15 décembre 1886.

Qu'est-ce donc que la qualité ?

- La qualité est une façon de penser le travail
- La qualité est la façon dont vous abordez le travail au quotidien pour vous-même et pour ceux que vous servez
- La qualité ne concerne pas un titre de personnel ou l'utilisation de la dernière phrase accrocheuse

SP/AQ = La science de l'amélioration

Créer une culture d'amélioration continue
de la qualité dans une « culture juste »

« Améliorer mon travail est mon travail »

« N'oubliez pas que ce qui vaut la peine d'être fait vaut la peine d'être bien fait »

YI, 29 septembre 1892

Institut pour l'amélioration des soins de santé

École ouverte de l'IHI

[http://www.ihi.org/education/
ihopenschool/overview/Pages/default.aspx](http://www.ihi.org/education/ihopenschool/overview/Pages/default.aspx)