Plan d'amélioration de la qualité des soins à domicile et en milieu communautaire du RLISS du Centre-Ouest 2019-2020
Initiatives et objectifs d'amélioration

BUT			Mesure					Idées de changement				
Dimension de la qualité	Harmonisation avec le plan intégré de qualité du RLISS du Centre-Ouest		Mesure/Indicateur	Rendement actuel	Objectif	Justification de l'objectif	Collaborateurs externes	Initiatives d'amélioration prévues (idées de changement)	Méthodes	Mesure du processus	Objectif de la mesure du processus	Commentaires
	Domaine prioritaire	Population prioritaire										
Efficace	Maladie chronique	Soins des plaies	Pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic d'ulcère du pied diabétique guérissable dont l'ulcère s'est refermé dans un délai de 12 semaines	59 % (T1 2018-2019 au T3 2018-2019)	65 %	Objectif triennal à atteindre >=90 %; 2019-2020 : 65 % – une amélioration relative de 10 % 2020-2021 : 75 % – une amélioration relative de 15 % 2021-2022 : 90 % – une amélioration relative de 20 %	Organismes fournisseurs de services de soins à domicile	Renforcer le cadre de mesure des soins des plaies en améliorant l'intégrité des données du rapport sur les soins des plaies (RSP).	Réviser le formulaire électronique de RSP afin d'améliorer l'intégrité des données et d'accroître la conformité aux attentes en matière de rapports. Les modifications apportées au formulaire électronique de RSP sont les suivantes : • Supprimer les champs sans valeur ajoutée; • Intégrer des hyperliens aux champs pour garantir l'intégrité des données; • Modifier les caractéristiques des champs de données pour garantir la saisie des bonnes données; • Désactiver les champs sans lien avec le type de rapport; • Mettre à l'essai la nouvelle version du formulaire électronique à l'aide du cadre penser-démarrer-contrôler-agir.	• Pourcentage de RSP remplis dans un délai de 7 jours suivant la première visite de personnel infirmier. • Pourcentage de RSP reçus qui sont conformes au cheminement fondé sur des données probantes relatif à l'ulcère du pied diabétique (UPD). • Pourcentage de patients qui ont subi une évaluation initiale à l'aide de l'outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen à la suite de l'évaluation initiale des soins des plaies.	• 100 % des RSP sont remplis dans un délai de 7 jours suivant la première visite de personnel infirmier d'ici décembre 2019. • 100 % des RSP reçus sont conformes au cheminement fondé sur des données probantes relatif à l'UPD d'ici décembre 2019. • >95 % des patients ont subi une évaluation initiale à l'aide de l'outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen à la suite de l'évaluation initiale des soins des plaies d'ici décembre 2019.	L'objectif du délai de guérison des UPD de 12 semaines au cours de l'exercice 2018-2019 était axé sur les UPD guérissables dont le niveau d'acuité était de 31 ou moins, selon l'outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen. Compte tenu du rendement actuel, notre objectif de cette année comprend tous les niveaux d'acuité pour les UPD guérissables.
								Renforcer l'éducation et créer des outils de travail permettant aux coordonnateurs de soins de recenser les patients atteints d'UPD qui ne suivent pas une trajectoire de guérison prévue et ne respectent pas la hiérarchie ascendante des services de renvoi vers un spécialiste des soins des plaies.	• Élaborer et dispenser une formation sur l'UPD axée sur les compétences à l'intention de l'équipe de coordonnateurs des soins de courte durée et mettre en place des outils de travail pour recenser les patients qui ne suivent pas des cheminements fondés sur des données probantes, une trajectoire de guérison prévue et qui doivent être dirigés en fonction de l'acuité, conformément aux cheminements cliniques et aux rapports sur les écarts. • Ajouter l'outil PEDIS au formulaire électronique de soins des plaies (l'outil PEDIS permet d'évaluer la perfusion, la taille, la profondeur, l'infection et la sensibilité de la plaie de l'UPD).	• Pourcentage de coordonnateurs de soins de courte durée qui reçoivent une formation sur l'UPD axée sur les compétences. • Pourcentage de tous les coordonnateurs de soins qui reçoivent une formation sur l'UPD axée sur les compétences. • Pourcentage de patients atteints d'UPD qui ne suivent pas une trajectoire de guérison prévue (selon la note obtenue à l'outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen) et qui sont aiguillés vers un spécialiste des soins des plaies. • Pourcentage de patients atteints d'UPD aiguillés vers un spécialiste des soins des plaies qui répondent aux critères d'aiguillage.	• 100 % des coordonnateurs des soins de courte durée reçoivent une formation sur l'UPD axée sur les compétences d'ici le 30 juin 2019. • 100 % des coordonnateurs de soins reçoivent une formation sur l'UPD axée sur les compétences d'ici le 30 septembre 2019. • 100 % des patients atteints d'UPD qui ne suivent pas une trajectoire de guérison prévue (selon la note obtenue à l'outil d'évaluation des plaies Bates-Jensen) sont dirigés vers un spécialiste des soins des plaies conformément au cheminement clinique d'ici décembre 2019. • 90 % des patients atteints d'UPD dirigés vers un spécialiste des soins des plaies répondent aux critères de renvoi d'ici décembre 2019.	
		Diabète	Pourcentage de personnes diabétiques, de membres de leur famille et de leurs proches soignants qui reçoivent de l'information sur la prévention des complications aux pieds et les personnes à appeler en cas de changement préoccupant	21 % (T1 2018-2019 au T2 2018-2019)	50 %	Objectif triennal à atteindre >=95 %; 2019-2020 : 50 % – une amélioration relative de 138 % 2020-2021 : 75 % – une amélioration relative de 50 % 2021-2022 : 95 % – une amélioration relative de 27 %	Organismes fournisseurs de soins primaires et de soins à domicile	Élaborer et mettre à l'essai un cheminement de soins du pied pour la prévention d'un ulcère du pied diabétique chez les personnes atteintes de diabète qui reçoivent des services de soins à domicile dans la région due RLISS du Centre-Ouest.	• Faire participer les fournisseurs de services à l'élaboration du cheminement par l'intermédiaire de la communauté de pratique. • Garantir la disponibilité d'outils d'évaluation du pied et de matériel pédagogique sur les soins du pied diabétique pour les patients et les fournisseurs de services. • Mettre à l'essai le cheminement des soins des pieds auprès d'un seul fournisseur de services en vue de l'étendre à tous les organismes fournisseurs de services.	• Élaboration d'un cheminement de soins des pieds. • Élaboration d'outils et de matériel d'évaluation des soins des pieds et d'enseignement de la santé qui sont mis à la disposition des patients et des fournisseurs de services. • Pourcentage de conformité avec l'évaluation documentée du pied parmi le groupe d'essai pilote utilisant un outil validé pour les patients recevant des soins à domicile et en milieu communautaire qui ont reçu un diagnostic de diabète.	• Élaboration d'un cheminement de soins des pieds d'ici octobre 2019. • Élaboration d'outils et de matériel d'évaluation des soins des pieds et d'enseignement de la santé qui sont mis à la disposition des patients et des fournisseurs de services d'ici octobre 2019. • Conformité à 80 % avec l'évaluation documentée du pied parmi le groupe d'essai pilote utilisant un outil validé pour les patients recevant des soins à domicile et en milieu communautaire qui ont reçu un diagnostic de diabète d'ici mars 2020.	
En temps opportun	Soins intégrés	Gestion des soins coordonnés	Pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui font une visite imprévue aux services des urgences pour une raison moins urgente dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé de l'hôpital	4,35 % (juillet 2017 à juin 2018)	4,1 %	Améliorer le rendement pour dépasser le « meilleur rendement obtenu ailleurs » dans un délai de 3 ans; 2019-2020 : 4,1 % – une amélioration relative de 7 % 2020-2021 : 3,8 % – une amélioration relative de 7 % 2021-2022 : 3,5 % – une amélioration relative de 8 %	Organismes fournisseurs de soins primaires et de soins à domicile	Permettre l'autogestion et l'orientation dans le système de santé chez la population de patients recevant des services infirmiers de courte durée à domicile pour la thérapie intraveineuse et les soins des plaies grâce à la mise en œuvre d'un guide de référence axé sur le patient.	• Mettre en œuvre un guide de référence axé sur le patient et une méthode de travail normalisée pour le déploiement afin de mieux sensibiliser le patient et sa famille à l'utilisation appropriée et recommandée du système de santé, en mettant l'accent sur le moment opportun pour se rendre à l'hôpital, aux services de soins primaires et aux services de soins d'urgence, en collaboration avec les fournisseurs de services. • Élaborer un outil de suivi des données en temps réel à l'appui de la production de rapports et de l'analyse des données en temps opportun.	• Pourcentage de patients recevant des services infirmiers de courte durée pour la thérapie intraveineuse et les soins des plaies et leur famille qui reçoivent un guide de référence axé sur le patient afin de mieux les sensibiliser à l'utilisation appropriée et recommandée du système de santé, en mettant l'accent sur le moment opportun pour se rendre à l'hôpital, aux services de soins primaires et aux services de soins d'urgence.	• D'ici septembre 2019, 100 % des patients recevant des services infirmiers de courte durée pour la thérapie intraveineuse et les soins des plaies et leur famille recevront, dans les deux premières semaines suivant l'admission, un guide de référence axé sur le patient afin de mieux les sensibiliser à l'utilisation appropriée et recommandée du système de santé, en mettant l'accent sur le moment opportun pour se rendre à l'hôpital, aux services de soins primaires et aux services de soins d'urgence.	
								Tous les patients recevant des services infirmiers de courte durée (moins de 90 jours) à domicile pour la thérapie intraveineuse et les soins des plaies recevront un appel d'un coordonnateur de soins dans les 48 heures suivant leur admission afin d'assurer le lien avec les soins primaires et leurs rendez-vous de suivi.	• Assurer un suivi téléphonique le premier ou deuxième jour suivant l'admission pour les nouveaux patients recevant des soins de courte durée. • Assurer la promotion de la santé et fournir de l'information en matière de santé afin de promouvoir le suivi en soins primaires et de veiller à ce que le patient dispose des renseignements essentiels concernant son protocole de traitement unique. • Élaborer un outil de suivi des données en temps réel à l'appui de la production de rapports et de l'analyse des données en temps opportun.	• Pourcentage de patients recevant des soins de courte durée qui ont reçu un appel d'un coordonnateur de soins dans les 48 heures suivant leur admission afin de promouvoir le suivi en soins primaires et de veiller à ce que le patient dispose des renseignements essentiels concernant son protocole de traitement unique.	• D'ici septembre 2019, 100 % des patients recevant des soins de courte durée recevront un appel d'un coordonnateur de soins dans les 48 heures suivant leur admission afin de promouvoir le suivi en soins primaires et de veiller à ce que le patient dispose des renseignements essentiels concernant son protocole de traitement unique.	
			Pourcentage de clients recevant des soins à domicile qui sont réadmis à l'hôpital de façon imprévue dans les 30 jours suivant l'obtention de leur congé	16,6 % (T2 2017-2018 au T4 2017-2018)	16 %	Améliorer le rendement pour dépasser le « meilleur rendement obtenu ailleurs » dans un délai de 2 ans; 2019-2020 : 16,0 % – une amélioration relative de 4 % 2020-2021 : 15,4 % – une amélioration relative de 4 %	Organismes fournisseurs de soins primaires et de soins à domicile, hôpitaux du RLISS du Centre-Ouest	Utiliser l'outil de détection des indicateurs et des vulnérabilités menant à des visites aux services des urgences appelé DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips) parmi les coordonnateurs de soins en milieu hospitalier chargés de la recherche de cas pour évaluer le risque de futures visites aux services des urgences et d'admission possible pour les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) à l'appui d'un renvoi rapide vers le Programme de personnel infirmier d'intervention rapide (PPIIR).	• Établir un guide de référence de l'échelle DIVERT à l'intention des coordonnateurs de soins à l'appui du recensement précoce des patients présentant un risque élevé de réadmission. • Élaborer un outil de suivi des données en temps réel à l'appui de la production de rapports et de l'analyse des données en temps opportun.	• Établissement d'un guide de référence de l'échelle DIVERT à l'intention des coordonnateurs de soins. • Pourcentage de patients désignés pour recevoir des services dans le cadre du PPIIR grâce à l'utilisation de l'échelle DIVERT qui sont vus dans les 48 heures suivant la date de disponibilité du patient. • Pourcentage de patients désignés pour recevoir des services dans le cadre du PPIIR grâce à l'utilisation de l'échelle DIVERT qui reçoivent une deuxième visite à domicile dans le cadre du PPIIR dans les 7 à 10 jours suivant la première visite à domicile dans le cadre du Programme.	• Établissement d'un guide de référence de l'échelle DIVERT à l'intention des coordonnateurs de soins d'ici mai 2019. • D'ici 2020, 100 % des patients désignés pour recevoir des services dans le cadre du PPIIR grâce à l'utilisation de l'échelle DIVERT sont vus dans les 48 heures suivant la date de disponibilité du patient. • D'ici mars 2020, 100 % des patients désignés pour recevoir des services dans le cadre du PPIIR grâce à l'utilisation de l'échelle DIVERT reçoivent une deuxième visite à domicile dans le cadre du PPIIR dans les 7 à 10 jours suivant la première visite à domicile dans le cadre du Programme.	Le personnel de coordination des soins continue de perfectionner ses compétences relatives à l'utilisation de l'échelle DIVERT. De plus, les nouveaux rôles de coordonnateur de soins en recherche de cas permettent de recenser les patients vulnérables et ayant des besoins complexes pendant qu'ils sont aux services des urgences, pour ainsi créer un plan de soins qui fournit les ressources nécessaires et un lien avec les soins primaires et le PPIIR et en améliorer la qualité.
			Nombre médian de jours avant le placement dans un foyer de soins de longue durée (milieu communautaire)	Recueillir des données de référence			Non réalisé en collaboration	Comprendre les facteurs afin d'améliorer le temps d'attente des patients recevant des soins en milieu communautaire en vue du placement dans un foyer de soins de longue durée.	Effectuer une analyse des données et déterminer les causes profondes; analyse ciblée des patients transférés aux soins de longue durée au cours de 2018-2019.	Examen rétrospectif des données et analyse du classement des temps d'attente pour les patients nécessitant un placement en foyer de soins de longue durée à partir du moment où le consentement au placement en foyer de soins de longue durée est obtenu jusqu'au moment où la demande de placement en foyer de soins de longue durée est remplie.	D'ici août 2019, effectuer un examen rétrospectif des données et une analyse du classement des temps d'attente pour les patients nécessitant un placement en foyer de soins de longue durée à partir du moment où le consentement au placement en foyer de soins de longue durée est obtenu jusqu'au moment où la demande de placement en foyer de soins de longue durée est remplie.	
			Pourcentage de patients recevant des soins à domicile et en milieu communautaire décédés à l'hôpital	38 % (T1 2018-2019 au T3 2018-2019)	36%	Objectif triennal à atteindre <=30 %; 2019-2020 : 36 % – une amélioration relative de 5 % 2020-2021 : 34 % – une amélioration relative de 6 % 2021-2022 : 30 % – une amélioration relative de 12 %	Headwaters Health Care Centre, Équipe de santé familiale de la région de Dufferin, Bethell Hospice, Hospice Dufferin, Dufferin County Paramedic Service, Réseau de soins palliatifs du Centre-Ouest	Mieux sensibiliser les patients et les familles à ce à quoi ils doivent s'attendre en milieu communautaire relativement au soutien d'une expérience de décès. Créer un modèle novateur de soins palliatifs pour la sous-région de Dufferin.	• Établir un partenariat avec le Comité consultatif des patients et des familles • Établir un partenariat avec le Réseau de soins palliatifs du Centre-Ouest • Tirer parti de la relève de partage des soins • Mettre sur pied un groupe de travail représentant les partenaires du système dans la région de Dufferin. Facteurs de réussite essentiels : • Recensement précoce des patients en temps opportun; • Coordonnateur de soins spécialisé/conseiller; • Lien entre le dossier médical électronique et le plan de soins des maillons santé; • Modèles de financement souples harmonisés avec les parcours de soins; • Prise de décisions communes en équipe; • Tous les membres de l'équipe sont hautement qualifiés en soins palliatifs; • Accès en tout temps à une équipe interprofessionnelle de soins palliatifs; • Registre central des patients.	Établissement d'une liste de vérification des renseignements sur les soins palliatifs à l'intention des coordonnateurs de soins lorsqu'il s'agit de communiquer avec les patients et les familles au sujet de ce à quoi ils doivent s'attendre en milieu communautaire relativement au soutien d'une expérience de décès. • Élaboration d'un modèle de soins palliatifs pour la sous-région de Dufferin. • Production d'un rapport pour déterminer le nombre de jours d'hospitalisation par personne décédée au cours des six derniers mois de vie. • Réunions bimensuelles de planification des soins entre les coordonnateurs de soins et les médecins de premier recours pour répondre aux besoins des patients en soins palliatifs (code de bénéficiaire de services [SRC] 95).	Établissement d'une liste de vérification des renseignements sur les soins palliatifs à l'intention des coordonnateurs de soins lorsqu'il s'agit de communiquer avec les patients et les familles au sujet de ce à quoi ils doivent s'attendre en milieu communautaire relativement au soutien d'une expérience de décès d'ici septembre 2019. • Élaboration d'un modèle de soins palliatifs pour la sous-région de Dufferin d'ici juin 2019. • Production d'un rapport mensuel d'ici juillet 2019 pour déterminer le nombre de jours d'hospitalisation par personne décédée au cours des six derniers mois de vie. • Établissement de réunions bimensuelles de planification des soins entre les coordonnateurs de soins et les médecins de premier recours pour répondre aux besoins des patients en soins palliatifs (code de bénéficiaire de services [SRC] 95) d'ici juillet 2019.	
Axé sur le patient	Expérience du patient	Expérience du patient	Pourcentage de patients qui se sont sentis inclus dans l'élaboration de leur plan de soins; inclure seulement ceux qui ont coché les deux premières des cinq réponses suivantes (fortement d'accord, plutôt d'accord, neutre, plutôt en désaccord, fortement en désaccord)	82 % (exercice 2017-2018)	85 %	Objectif triennal à atteindre >=95 %; 2019-2020 : 85 % – une amélioration relative de 3 % 2020-2021 : 90 % – une amélioration relative de 6 % 2021-2022 : 95 % – une amélioration relative de 6 %	Non réalisé en collaboration	Continuer de mettre l'accent sur l'établissement de plans de soins coordonnés (maillons santé), y compris l'accès des patients à leur plan de soins coordonnés.	• Établir des cours de recyclage mensuels à l'intention des coordonnateurs de soins sur les plans de soins coordonnés. • Établir un outil de référence pour aider les coordonnateurs de soins à dialoguer avec les patients et leur famille au sujet de l'élaboration de leur plan de soins.	• Les patients désignés comme des maillons santé auront accès à leur plan de soins coordonnés. • Pourcentage de coordonnateurs de soins qui assistent à une séance de recyclage sur le plan de soins coordonnés. • Établir un outil de référence pour aider les coordonnateurs de soins à dialoguer avec les patients et leur famille au sujet de l'élaboration de leur plan de soins. • Nombre de coordonnateurs de soins qui assistent aux séances de formation Choices and Changes et Brief Action Planning à l'appui de l'établissement des objectifs des patients.	• 100 % des patients désignés comme des maillons santé auront accès à leur plan de soins coordonnés d'ici le 31 mars 2020. • 75 % des coordonnateurs de soins assistent à une séance de recyclage sur le plan de soins coordonnés d'ici le 31 janvier 2020. • Établir un outil de référence d'ici juin 2019 pour aider les coordonnateurs de soins à dialoguer avec les patients et leur famille au sujet de l'élaboration de leur plan de soins. • 60 coordonnateurs de soins assisteront aux séances de formation Choices and Changes et Brief Action Planning à l'appui de l'établissement des objectifs des patients d'ici mars 2020.	
			Pourcentage de plaintes ayant fait l'objet d'un accusé de réception dans un délai de deux jours ouvrables	73 % (T4 2017-2018 au T3 2018-2019)	80 %	Objectif triennal à atteindre >=95 %; 2019-2020 : 80 % – une amélioration relative de 10 % 2020-2021 : 90 % – une amélioration relative de 13 % 2021-2022 : 95 % – une amélioration relative de 6 %	Non réalisé en collaboration	Formation en gestion à l'intention des gestionnaires de soins à domicile et en milieu communautaire afin de les sensibiliser à la fonctionnalité améliorée du système électronique de suivi et de gestion des événements ETMS (Event Tracking and Management System) global en ce qui a trait à l'accusé de réception des plaintes.	• Formation en gestion à l'intention des gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire afin de les sensibiliser à la fonctionnalité améliorée du système ETMS en ce qui a global en ce qui a trait à l'accusé de réception des plaintes.	• Pourcentage de gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire qui reçoivent une formation sur la fonctionnalité améliorée du système ETMS en ce qui a trait à l'accusé de réception des plaintes.	• 100 % des gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire recevront une formation sur la fonctionnalité améliorée du système ETMS en ce qui a trait à l'accusé de réception des plaintes d'ici juin 2019.	
			Pourcentage de plaintes réglées dans un délai de 30 jours civils	44 % (T1 2018-2019 au T3 2018-2019)	50 %	Objectif triennal à atteindre >=95 %; 2019-2020 : 50 % – une amélioration relative de 14 % 2020-2021 : 70 % – une amélioration relative de 40 % 2021-2022 : 95 % – une amélioration relative de 33 %	Organismes fournisseurs de services de soins à domicile	• Utiliser la cartographie de la chaîne de valeur pour relever les goulots d'étranglement et les activités sans valeur ajoutée afin de rationaliser la gestion des plaintes des patients et des familles. • Adopter une philosophie de service à la clientèle et une approche en matière de gestion des plaintes des patients et des familles axées sur le patient.	• Les activités s'harmoniseront avec la restructuration globale du système ETMS. • Permettre l'envoi de notifications tous les sept jours aux organismes fournisseurs de services et aux gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire en vue d'examiner et de fermer les dossiers de plaintes dans les délais prescrits. • Harmoniser la formation sur les soins à domicile et en milieu communautaire, les fournisseurs de services et la gestion des contrats dans le cadre du plan de formation sur la restructuration globale du système ETMS. • Fournir des rapports trimestriels aux organismes fournisseurs de services, aux gestionnaires de contrats et aux gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire comprenant des données sur les tendances qui représentent l'expérience du patient. Cela s'harmonisera avec la restructuration du système ETMS et la production de rapports trimestriels des organismes fournisseurs de services.	• Pourcentage de dossiers de plaintes examinés par les organismes fournisseurs de services et auxquels ils ont répondu dans un délai de 7 jours ouvrables. • Pourcentage de dossiers de plaintes examinés et fermés par les gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire dans un délai de 20 jours ouvrables. • Pourcentage de dossiers de plaintes examinés et fermés par le bureau responsable de l'expérience du patient dans un délai de 30 jours ouvrables.	• D'ici mars 2020, 80 % des dossiers de plaintes seront examinés par les organismes fournisseurs de services et ils y répondront dans un délai de 7 jours ouvrables. • D'ici mars 2020, 80 % des dossiers de plaintes seront examinés et fermés par les gestionnaires des soins à domicile et en milieu communautaire dans un délai de 20 jours ouvrables. • D'ici mars 2020, 80 % des dossiers de plaintes seront examinés et fermés par le bureau responsable de l'expérience du patient dans un délai de 30 jours ouvrables.	
		Soins palliatifs	Expérience des soins palliatifs (sondage VOICES, réponses des soignants) - Pensez-vous que votre proche est décédé au bon endroit?	95 % (avril à octobre 2018-2019)	95 %	Maintenir un rendement exceptionnel.	Headwaters Health Care Centre, Équipe de santé familiale de la région de Dufferin, Bethell Hospice, Hospice Dufferin, Dufferin County Paramedic Service, Réseau de soins palliatifs du Centre-Ouest	Mieux sensibiliser les patients et les familles à ce à quoi ils doivent s'attendre en milieu communautaire relativement au soutien d'une expérience de décès. Créer un modèle novateur de soins palliatifs pour la sous-région de Dufferin.	• Établir un partenariat avec le Comité consultatif des patients et des familles • Établir un partenariat avec le Réseau de soins palliatifs du Centre-Ouest • Tirer parti de la relève de partage des soins • Mettre sur pied un groupe de travail représentant les partenaires du système dans la région de Dufferin. Facteurs de réussite essentiels : • Recensement précoce des patients en temps opportun; • Coordonnateur de soins spécialisé/conseiller; • Lien entre le dossier médical électronique et le plan de soins des maillons santé; • Modèles de financement souples harmonisés avec les parcours de soins; • Prise de décisions communes en équipe; • Tous les membres de l'équipe sont hautement qualifiés en soins palliatifs; • Accès en tout temps à une équipe interprofessionnelle de soins palliatifs; • Registre central des patients.	Établissement d'une liste de vérification des renseignements sur les soins palliatifs à l'intention des coordonnateurs de soins lorsqu'il s'agit de communiquer avec les patients et les familles au sujet de ce à quoi ils doivent s'attendre en milieu communautaire relativement au soutien d'une expérience de décès. • Élaboration d'un modèle de soins palliatifs pour la sous-région de Dufferin. • Production d'un rapport pour déterminer le nombre de jours d'hospitalisation par personne décédée au cours des six derniers mois de vie. • Réunions bimensuelles de planification des soins entre les coordonnateurs de soins et les médecins de premier recours pour répondre aux besoins des patients en soins palliatifs (code de bénéficiaire de services [SRC] 95).	Établissement d'une liste de vérification des renseignements sur les soins palliatifs à l'intention des coordonnateurs de soins lorsqu'il s'agit de communiquer avec les patients et les familles au sujet de ce à quoi ils doivent s'attendre en milieu communautaire relativement au soutien d'une expérience de décès d'ici septembre 2019. • Élaboration d'un modèle de soins palliatifs pour la sous-région de Dufferin d'ici juin 2019. • Production d'un rapport mensuel d'ici juillet 2019 pour déterminer le nombre de jours d'hospitalisation par personne décédée au cours des six derniers mois de vie. • Établissement de réunions bimensuelles de planification des soins entre les coordonnateurs de soins et les médecins de premier recours pour répondre aux besoins des patients en soins palliatifs (code de bénéficiaire de services [SRC] 95) d'ici juillet 2019.	