

Projet de renforcement des capacités en soins palliatifs de niveau primaire (Ottawa)

Maryse Bouvette & Dr José Pereira

Table des matières:

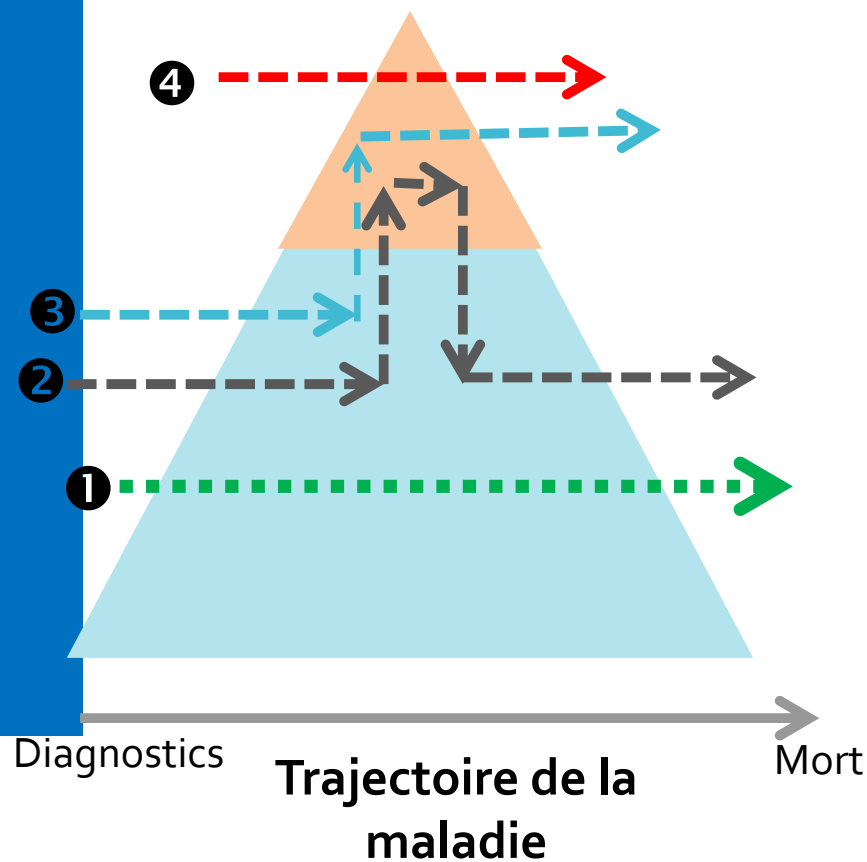
- Les données de départ
- Les objectifs du projet
- Le contexte du projet
- Les interventions
- Les méthodes d'évaluation
- Les résultats
- Conclusions

Les données de
départ

Les données de départ

- Les soins palliatifs de niveau primaire sont un élément des soins complets et continus fournis dans la collectivité par la médecine familiale.
- Pour diverses raisons, en Ontario, plusieurs médecins de famille et plusieurs cliniques de santé familiale ne fournissent pas de soins palliatifs de niveau primaire (*l'approche des soins palliatifs*) à leurs patients, notamment quand il faudrait des soins à domicile ou en hospice.
- C'était le cas de deux ÉSF, Équipes universitaires de Santé familiale (quatre cliniques) à Ottawa avant ce projet.

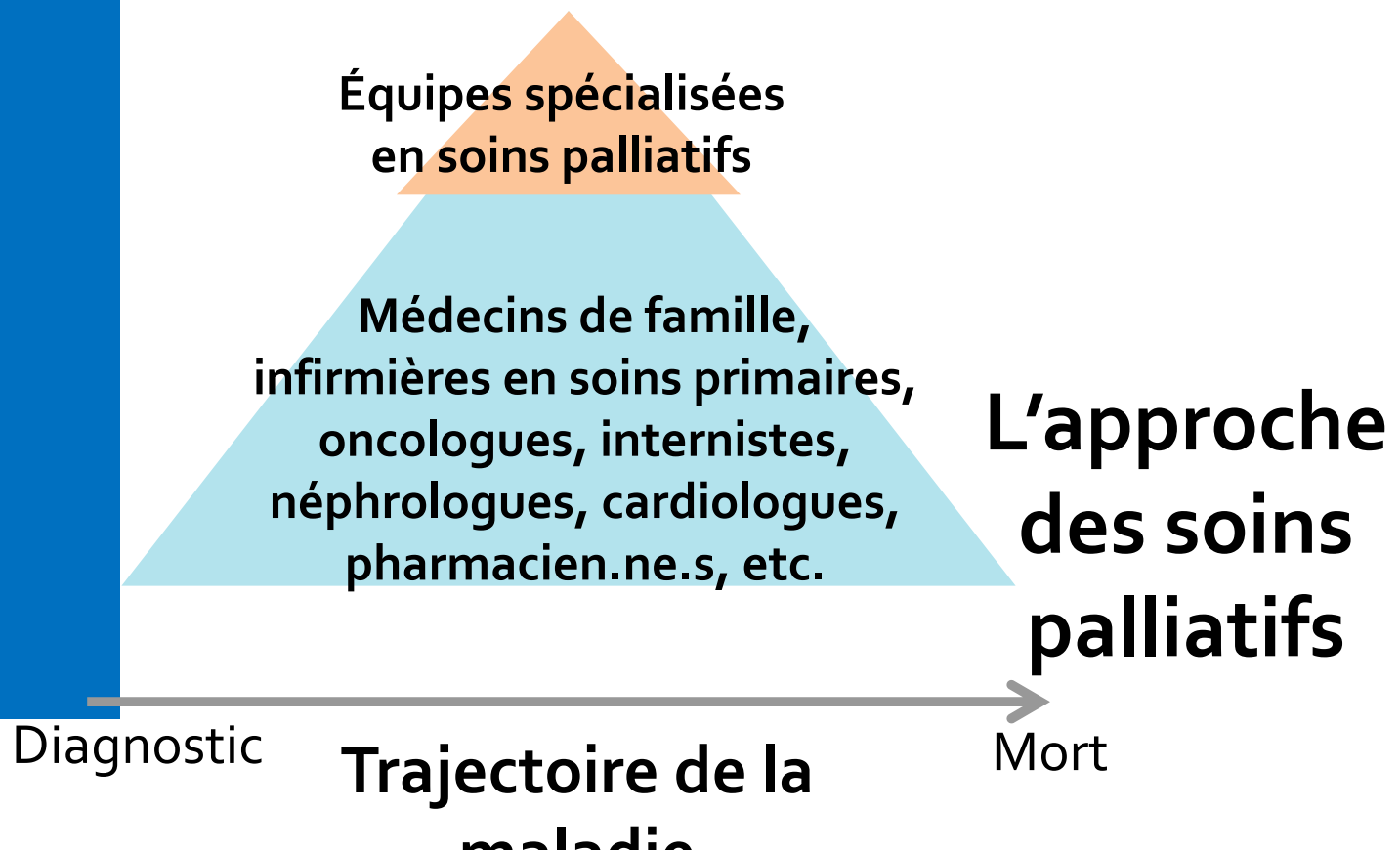
Différents
besoins,
différents
niveaux de
soins:



Soins
palliatifs
spécialisés

L'approche
des soins
palliatifs

Les soins palliatifs :
c'est l'affaire de tout
le monde



| SURVEY | CCO Ontario Survey ² | National Physician Survey (NPS) 2010 ³ |
|---------------------------------|--|--|
| TARGET | Clinic level CHCs, FHTs, NPLCs, AHACs | Physician level Canadian physicians |
| RESPONSE RATE | 31% (102/329) | 19% (6602/34810) |
| Palliative care in clinic | 83% | 45.7% of FPs provide pall care 42.4% do home visit; |
| Palliative home visits | 78% | |
| After-hours Palliative coverage | 28% 30% of all responding clinics directed palliative patients to emergency rooms | |

Les objectifs du projet:

- A. Accroître la capacité de deux ÉSF universitaires de fournir à leurs patients des soins palliatifs de niveau primaire;
- B. Offrir aux résidents en médecine familiale des occasions d'apprentissage.
- C. Que des superviseur.e.s et des cliniques illustrent l'approche en soins palliatifs.

Le contexte du projet:

- Deux ÉSF interprofessionnelles universitaires dans la ville d'Ottawa, ayant chacune deux cliniques et des résidents en médecine familiale.
- Avant le projet, la dispensation de soins palliatifs était très rare dans les quatre cliniques (à quelques exceptions près)
- Les médecins et les infirmières des cliniques ne fournissaient pas de soins palliatifs, que ce soit à domicile ou en milieu hospitalier.
- On aiguillait régulièrement les patients vers des médecins spécialisés en soins palliatifs communautaires.
- Les cliniques n'avaient pas d'équipes sur appel pour les soins palliatifs.
- L'exposition des résidents en médecine aux soins palliatifs et aux visites à domicile était souvent bien en deçà de l'idéal.

| | | |
|--------------|-----------------|---|
| FHT X | CLINIC A | 17 FPs, 1 NP, 3 RNs, 1 Pharm, 30 Residents |
| | CLINIC B | 8 FPs, 2 NPs, 3 RNs, 1 Pharm, 9 Residents |
| FHT Y | CLINIC C | 12 FPs, 1 NP, 2 RNs, 30 Residents |
| | CLINIC D | 7 FPs, 1 NP, 2 RNs, 8 Residents |

HT= Family Health Team

NP = Nurse Practitioner

RN = Registered Nurse

P= Family Physician

Pharm = Pharmacist

Note: The exact number of FPs and Residents have fluctuated (± 2 in the smaller clinics and ± 4 in the larger clinics) over the course of the project (4 years: 2010 to 2014)

Les interventions:

- Approche multidimensionnelle d'AmQ sur 4 ans
- Inspirée du travail de Marshall et coll. (modèle de soins partagés), mais axée sur la fonction Consultation.
- Le projet a été mené par étapes, débutant en 2010 (avec la clinique A), suivie de la clinique B en 2011, et des cliniques C et D en 2013/2014.
- Subventionné pendant 3 ½ ans par le ministère de la Santé de l'Ontario et par le Fonds d'innovation en soins prolongés des hôpitaux universitaires.
- Les subventions ont payé le temps partiel d'une infirmière en soins palliatifs, la coordination à temps partiel du projet et du soutien à la recherche.

Interventions

| CLINICAL | | EDUCATION | PROCESSES |
|---|---|---|---|
| Just-in-Time Support | Clinical Aids | Lunch & Learns | Access to provide care in local Hospices |
| <ul style="list-style-type: none"> • 24/7 just-in-time support from Palliative Care Consultation Team (Nurse & MD) <ul style="list-style-type: none"> ○ Single pager access ○ Home & office visits ○ Telephone support ○ Joint visits ○ Palliative Team access to FHT EMR ○ Palliative care team remunerated by salary (not fee-for-service) ○ FHT FP remains most responsible physician. | <ul style="list-style-type: none"> • Early identification of patients “Surprise Question” • Emergency supplies home kit • Clinical handouts • Pallium Palliative Pocketbook | <ul style="list-style-type: none"> ○ For all staff & residents ○ Topics included: <ul style="list-style-type: none"> ○ Palliative billing codes ○ Advance Care Planning ○ Symptom Management ○ Resources & tools | FHT FPs able to follow their patients into Hospice and also take on new Hospice patients. |
| | Clinic On-call groups for Palliative Care | Pallium LEAP modules | Each clinic maintains list of patients identified by “Surprise Question” |
| | Home & Hospice visits by FHT FPs & RNs | Access to Pallium LEAP Core 2-day course | EDITH Protocol |
| | | Facilitate death certificate completion for home deaths. | |
| | | FP champions in clinics | |

FP= Family Physician; EMR= electronic Medical Record FHT:
LEAP = Pallium Canada’s Learning Essential Approaches to Palliative Care

FHT: Family Health Team

Champlain Palliative Symptom Management Kit – Medication Order Form

Medical Pharmacy Group (8AM – 8PM) FAX: 613-244-4695 or 800-373-4945 PHONE: 613-244-4685 or 800-267-1069 X 5900
LHIN Fax: 613-745-6984 or 855-450-8569

Patient Name: _____ Patient DOB (dd/mm/yy): ____/____/____ Patient OHIP#: _____
Patient Address: _____ Phone: _____ Allergies: _____

| MD/NP Instructions: Order Medications for a 24-72 hour period for the purpose of relieving anticipated or escalating end-of-life symptoms | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|----------------|
| 1. Complete the patient demographics above. | | | | | 4. To order a Foley catheter, tick the box located under the table of medications. | | | | | | |
| 2. Complete the order for each selected medication that corresponds with the indications. | | | | | 5. Complete your demographics at the bottom of the page. | | | | | | |
| 3. Write your initials in the Initials column for all medications you want included in the SMK. | | | | | 6. Fax the completed form to the pharmacy (Medical Pharmacy Group) and to Champlain LHIN. | | | | | | |
| Indications | | | | | | | | | | | |
| Pain | Dyspnea | Agitation Delirium | Anxiety | Nausea Vomiting | Seizures | Upper Airway Secretions | Drug | Concentration | # Ampoules or bottles | Dose, Route, Frequency of Administration | MD/NP Initials |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Morphine | <input type="checkbox"/> 2mg/ml <input type="checkbox"/> 10mg/ml | 10 x 1ml | _____ mg Subcut q1hr prn | LU 481 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | OR Hydromorphone (Dilaudid) | <input type="checkbox"/> 2mg/ml <input type="checkbox"/> 10mg/ml | 10 x 1ml | _____ mg Subcut q1hr prn | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haloperidol (Haldol) | 5 mg/ml | 5 x 1ml | _____ mg Subcut q4hr prn | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Methotrimeprazine (Nozinan) | 25 mg/ml | 5 x 1ml | _____ mg Subcut q4hr prn | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | OR Scopolamine | 0.4 mg/ml | 10 x 1ml | 0.4 mg Subcut q4hr prn | LU 481 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Glycopyrrolate | 0.2mg/ml | 10 x 1ml | 0.4mg Subcut q2hr prn | LU 481 |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Midazolam | 5 mg/ml | 5 x 1ml | _____ mg Subcut q30min prn | LU 495 |
| seizures / catastrophic bleed / severe respiratory distress | | | | | | | Midazolam | 5 mg/ml | 5 x 1ml | _____ mg Subcut stat repeat every 5-10 minutes if event persists or sedation is not achieved, call MD/NP after first dose given. | LU 495 |
| Indication: | | | | | | | Other: | | | | |
| Indication: | | | | | | | Other: | | | | |
| <input type="checkbox"/> *** Insert Foley Catheter to straight drainage PRN, care and maintenance as per the Champlain LHIN Protocol *** | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|-------------------------------|---------------------|
| Physician/Nurse Practitioner Signature: _____ | Practitioner Colleague: _____ | Phone Number: _____ |
| Physician/NP Address: _____ | Date requested: _____ | Fax Number: _____ |

Les méthodes d'évaluation:

- On a appliqué des méthodes de recherche-action et des méthodes mixtes.
- Approuvé par les bureaux d'éthique de la recherche de Bruyère et de l'Hôpital d'Ottawa

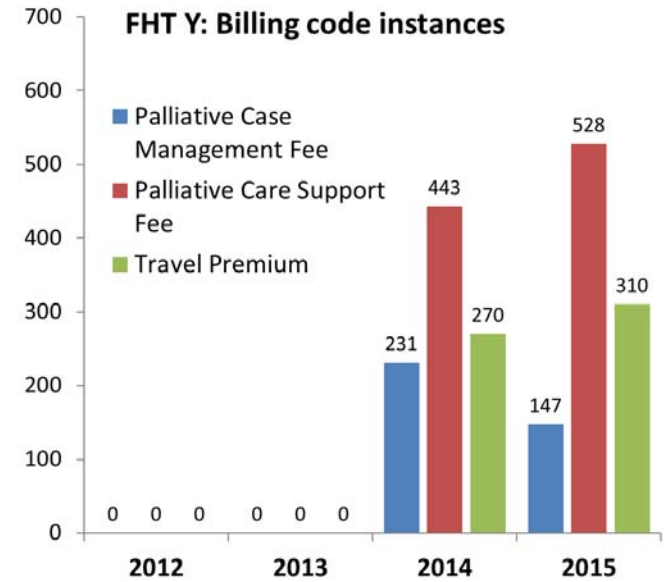
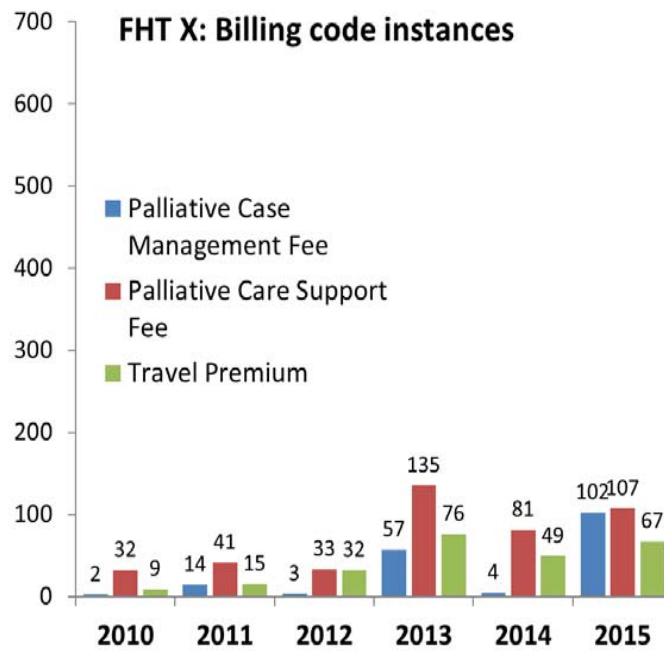
QUANTITATIVE

- Nombre de codes de frais pour soins palliatifs facturés par les généralistes des ÉSF;
- Sondages auprès des généralistes et des residents avant et après le projet;
- Nombre de consultations de l'Équipe de consultation en soins palliatifs.

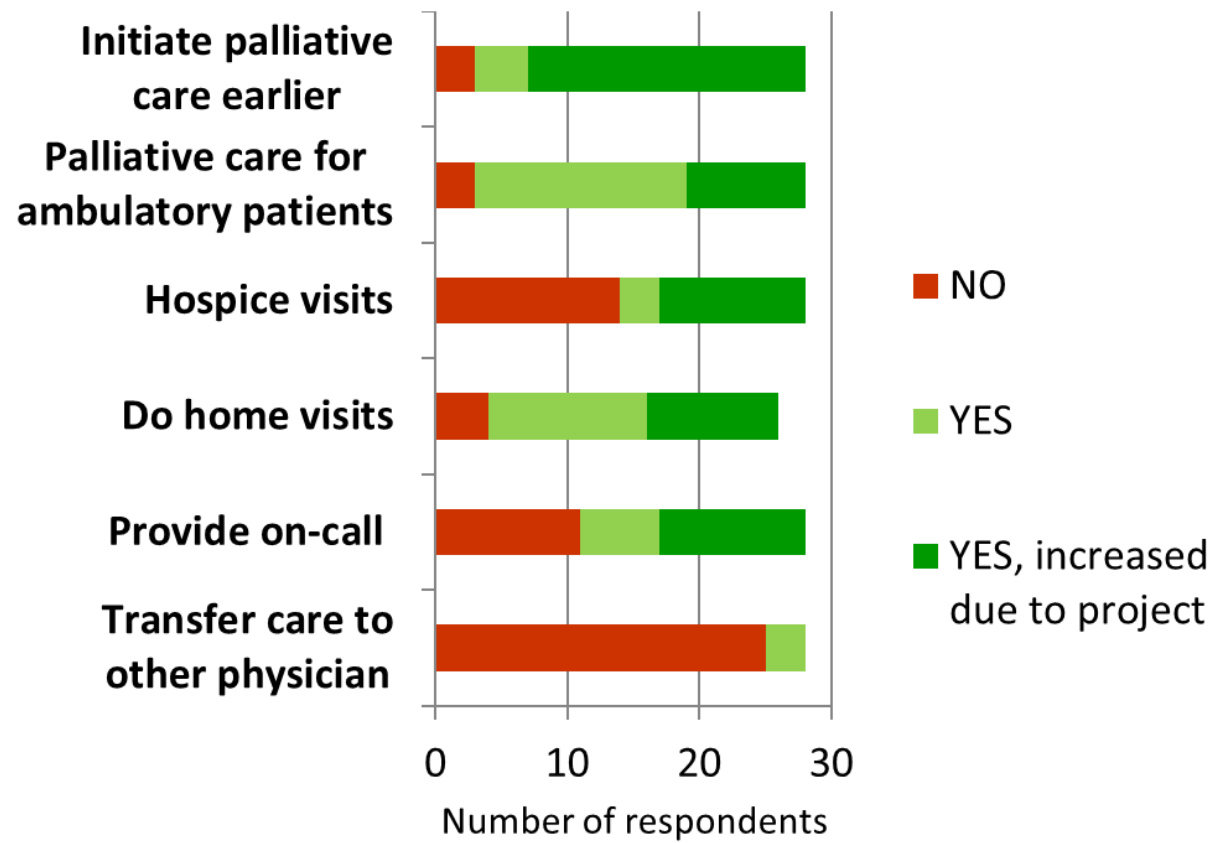
QUALITATIVE

- Entrevue de fin de projet auprès des généralistes des ÉSF (échantillonnage);
- Entrevue avec l'Équipe de consultation en soins palliatifs (infirmières et médecins);
- Carnet de fonctionnement de l'Équipe de consultation en soins palliatifs.
- Entrevues avec les généralistes sur des interventions particulières (par exemple, la « question surprise » dans la pratique clinique; la trousse d'urgence, le registre)

Les résultats



Resultats:
Entrevue de fin
de projet auprès
des médecins de
famille des ÉSF
(n=28)



Les resultats :
données
qualitatives

- Plusieurs domaines sont couverts, dont: a) l'impact du projet; b) les facteurs de réussite; c) les obstacles à la prestation de ces soins; d) les difficultés rencontrées pendant le projet; et e) les choses à modifier à l'avenir.

Resultats

- Des équipes sur appel sont établies dans 3 des 4 cliniques.
- 15 médecins de famille ont participé aux entrevues de fin de projet. Les participants venaient des 4 cliniques et représentaient différents niveaux d'activité en soins palliatifs.

Les thèmes qui ressortent

Les thèmes qui se dégagent: plus de soins palliatifs dispenses, y compris des visites à domicile.

« En ce qui me concerne, les chiffres montrent que de mai 2012 à avril 2013, j'ai vu 2 patients en soins palliatifs et que dans les douze mois suivants, de mai 2013 à avril 2014, j'en ai vu 20... La dernière année a donc vu une augmentation importante des cas traités par le groupe: nous avons vu 50 patients l'année précédente, nous en avons vu 93 cette année... »[P5]

« Certains (des résidents) obtenaient leur diplôme sans avoir jamais fait une visite à domicile et donc la notion d'un suivi à domicile leur était parfaitement inconnue. »[P9]

« Nous avons remarqué que nos factures ont beaucoup augmenté; en fait, cela tient aux professeurs qui reçoivent maintenant le bonus de la province pour les soins palliatifs qu'ils prodiguent... »[P2]

Satisfaction au travail en hausse

« Le projet a rehaussé l'engagement et l'adhésion des gens, et leur satisfaction face au travail qu'ils faisaient; en fait, en groupe, nous pouvions faire un bien meilleur travail. »[P4].

Les themes ressortent

Amélioration de la formation donnée aux résidents

« Certains (des résidents) obtenaient leur diplôme sans avoir jamais fait une visite à domicile et donc la notion d'un suivi à domicile leur était parfaitement inconnue. » [P9]

« Ce que nous avons fait en outre, c'est que nous avons maintenant un programme de formation en soins palliatifs, que nous n'avions pas auparavant. » [P13]

« [Les résidents] ont pu voir qu'on peut faire quelque chose au niveau des soins primaires, à l'intérieur des soins primaires, et qu'on peut intégrer ça à une pratique. » [P4]

« Ça a vraiment permis aux résidents de voir qu'ils pouvaient eux-mêmes appliquer cela dans leur pratique, et ça, c'est très positif pour le domaine. » (P2)

Les thèmes qui ressortent

Les facteurs de réussite

- Accès immédiat à l'Équipe de consultation en soins palliatifs
- Modèle de consultation qui faisait du médecin de famille le premier médecin responsable
- Prestation de soins dans des hospices locaux (3 des 4 cliniques)
- L'accent mis sur la formation des résidents a été décisif
- Codes de frais concurrentiels pour la facturation

Les difficultés

- Les contraintes de temps
- Visites d'urgence à domicile (un rôle pour les infirmières cliniciennes?)
- La tentation pour l'infirmière-conseil en soins palliatifs de demeurer impliquée sur une base permanente et d'assumer le rôle de première responsable.

Réflexions de l'Équipe de consultation

- Importance de la visibilité et de la présence dans les cliniques
- Nécessité de préserver la fonction de consultation (tentation et pressions conduisant à prendre le contrôle du modèle)
- On peut parfois recourir au modèle des soins partagés, mais il ne faut pas en abuser.

**Ottawa Academic
FHTs Palliative Care
Project (2010-2015)**

Doing palliative care?

2011

2014

CLINICA



CLINIC B



CLINIC C



CLINIC D



Conclusions

- Le projet a entraîné un changement de culture; les médecins de famille engagés dans le projet ont fait leur la prestation de soins palliatifs de niveau primaire.
- Le projet démontre que les cliniques familiales en milieu urbain et les médecins de famille, si on leur fournit le soutien et les ressources nécessaires, peuvent fournir des soins palliatifs de niveau primaire de grande qualité, y compris des soins en hospice et à domicile.
- Il faut du temps et il faut une approche multidimensionnelle qui comprenne un soutien immédiat, de l'aide aux décisions cliniques, de la sensibilisation et des processus améliorés.

Conclusions

- Les facteurs de réussite ont été notamment l'accès immédiat à une Équipe de consultation en soins palliatifs, l'importance accordée à l'amélioration de la formation donnée aux résidents, un système de rémunération équitable des codes de frais pour ce genre de travail. Le soutien clinique et pédagogique a augmenté le niveau de confort des médecins engagés dans ce travail.
- Les prochaines étapes comporteront une étude de l'impact du projet sur les paramètres des services de santé, comme le temps que les patients sont restés à domicile, les visites au service des urgences, les hospitalisations, etc.