

Journée Scientifique de la Maison Michel-Sarrazin

Le vendredi 25 novembre 2016

Vers l'amélioration des services et des soins de fin de vie :
Adapter et implanter des programmes de soutien en
milieu de travail et évaluer leur effet sur la **SAT**isfaction, le
sens au travail et le bien-être des **IN**firmières



Intégration d'une approche palliative en soins intensifs



Lyse Langlois, PhD
& Céline Gélinas, inf., PhD





Phase I : étude de besoins et élaboration des interventions



Québec	Montréal
<p>Comité d'implantation (infirmières, TS, Inhalo, Intervenant spirituel, medecins, intensivistes) <u>10 rencontres + sous-groupes de travail</u> 22 participants : cliniciens, recherche, gestionnaires Réflexion sur les zones à risque</p>	<p>Comité d'implantation (infirmières USI et soins palliatifs, TS, inhalo, éthicienne, intensiviste) <u>9 rencontres</u> 4 à 11 participants : cliniciens, éducateurs, gestionnaires, chercheure</p>
<p>Comité de suivi (gestionnaires, conseillers, DSM, DSI, chefs d'unité, DGA) <u>5 rencontres</u> 14 participants : gestionnaires, chercheurs</p>	<p>Comité de suivi (gestionnaires, chefs d'unité, DSI, médecin soins palliatifs) <u>5 rencontres</u> 2 à 8 participants : gestionnaires, chercheurs</p>
<p>Précision des besoins de formation <u>3 focus groupes</u> 15 infirmières (8 organisation A; 7 Organisation B) <u>Questionnaire</u> 215 infirmières (150 Organisation A; 65 organisation B) Élaboration et validation du contenu de la formation <u>42 rencontres</u> 27 participants : personnes clés au niveau de la gestion, clinique, recherche</p>	<p>Questionnaire de besoins de formation (basé sur les 8 modules de formation ELNEC – End-of-Life Nursing Education Consortium) 47 participants de l'équipe multidisciplinaire (infirmières, TS, inhalo, intensiviste) : cliniciens, gestionnaires Élaboration et validation de contenu de la formation <u>36 rencontres</u> comité implantation et sous-groupes</p>



Phase II : collectes PRÉ-POST implantation de l'intervention



Québec-PRÉ	Québec - POST	Montréal - PRÉ	Montréal - POST
Questionnaires - SATIN - PCISP - QLÉ 100 infirmières: (75 organisation A + 25 organisation B)	Questionnaires - SATIN - PCISP - QLÉ 100 infirmières: (75 organisation A + 25 organisation B)	Questionnaires - SATIN - PCISP - QLÉ <u>Ajouts</u> - Collaboration interprofessionnelle et mesures associées 64 cliniciens	Questionnaires - SATIN - PCISP - QLÉ <u>Ajouts</u> - Collaboration interprofessionnelle et mesures associées - Acceptabilité 52 cliniciens
	Entrevues individuelles = 16 (gestionnaires : 8, intensivistes : 6, médecins SP : 2)		Entrevues individuelles N/A
	Focus groupes : 13 46 participants (infirmières : 9, inhalo : 2, intervenants soins spirituels : 2)		5 focus groupes cliniciens 27 participants (16 infirmières, 8 inhalo, 2 intensivistes, 1 physio) 2 focus groupes comité implantation (n=6)



Clarifier la vision des
soins de fin de vie

- Cohérence dans les pratiques professionnelles lors de zones grises en SFV

Améliorer la
communication avec
la famille

- Connaître clairement le message à véhiculer auprès des familles et assurer le suivi avec l'équipe

Développer et
maintenir les
compétences en SFV

- Être en capacité professionnelle au plan de la gestion de la douleur, de la communication et lors d'enjeux et dilemmes éthiques en SFV

ZONES À RISQUE AU PLAN ÉTHIQUE



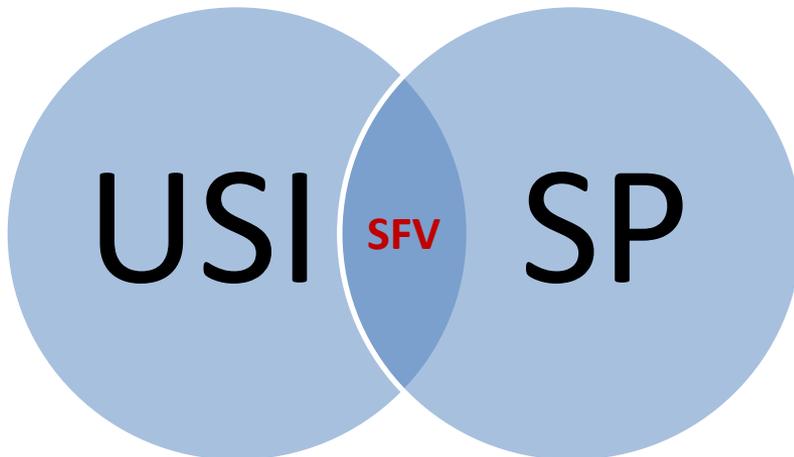
DESCRIPTION DE L'INTERVENTION QUÉBEC



COMPOSANTE 1 : Clarifier la vision des soins de fin de vie en USI

Affiche exposant la mission et les
valeurs en USI

Sensibilisation au modèle intégrateur
des soins de fin de vie en USI



UNITÉ DE SOINS INTENSIFS (USI)

VALEURS DES SOINS INTENSIFS

CHU DE QUÉBEC

LE RESPECT

Nous croyons que le respect doit constituer le fondement de nos relations avec nos patients, leur famille ainsi que nos collègues. L'écoute, l'ouverture et l'absence de jugement participent à enrichir ce que nous sommes et nos prises de décision.

LA CONCERTATION

Nos pratiques cliniques sont basées sur la concertation interprofessionnelle et sur le partage de l'information utile aux décisions cliniques. Nos décisions sont expliquées avec clarté selon des pratiques concertées avec le souci d'être compris de tous. Ainsi nous favorisons la transparence auprès du personnel soignant de même qu'auprès des familles tout en respectant leur rythme particulier.

L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT

ET SA FAMILLE

Nous privilégions une approche centrée sur le patient et sa famille avec compassion qui implique de fournir des soins en réponse aux besoins, aux préférences et aux valeurs du patient. Les valeurs du patient guident les décisions cliniques. Ceci implique une ouverture du personnel soignant et l'absence de jugement.

LA COHÉRENCE

La cohérence implique une liaison étroite entre les divers intervenants et elle assure notre unité de groupe. Les soins et la communication doivent se faire dans l'absence de contradiction et de façon harmonieuse. Chacun de nous a la responsabilité de rechercher la collaboration et de tenter de comprendre les objectifs que nous mettons de l'avant pour dégager un message unique, commun et uni.

MISSION DES SOINS INTENSIFS

CHU DE QUÉBEC

Notre mission est d'offrir aux patients dont l'état de santé est jugé critique, ainsi qu'à leurs proches, des soins selon les plus hauts standards reconnus en soins intensifs.

Ces patients requièrent des soins surspécialisés par une équipe interdisciplinaire hautement compétente, appelée à poser des interventions diagnostiques et thérapeutiques nombreuses, soutenues et coordonnées.

L'accessibilité de notre offre de service répond aux besoins de la clientèle locale, régionale et suprarégionale en provenance de l'Est du Québec (territoire du RUIS de l'Université Laval) en collaboration avec nos partenaires internes et externes.

LA VISION DES SOINS INTENSIFS

CHU DE QUÉBEC

Prodiguer des soins centrés sur le patient et sa famille.
Se distinguer par :

- la qualité des soins et des services prodigués par un personnel hautement qualifié et professionnel;
- les objectifs de traitement qui visent l'amélioration de la santé et du bien-être du patient;
- le souci d'assurer une intensité de soins adaptée aux valeurs et à la condition du patient;
- la volonté d'une bonne communication et d'un haut niveau d'implication du patient, de sa famille et de ses proches dans tout l'épisode de soins, notamment dans les prises de décision;
- l'organisation des soins qui vise à préserver l'accessibilité, à évaluer la qualité des soins et à utiliser les ressources de façon efficiente;
- la collaboration de tous les intervenants impliqués afin de donner des soins optimaux;
- l'innovation et l'excellence du milieu d'apprentissage;
- les travaux d'une équipe de recherche productive et novatrice axée sur les besoins des patients.





DESCRIPTION DE L'INTERVENTION QUÉBEC



COMPOSANTE 2 : Améliorer la communication avec la famille

Affiche personnalisée installée au chevet du patient

Présence d'une infirmières lors des rencontres avec la famille et le médecin

Création d'un nouveau poste de soutien (TS)

**BIENVENUE
DANS LA CHAMBRE DE**

Placez quelques photos ici

JE TIENS À ÊTRE APPELÉ :

OCCUPATION :

CE QUE J'AIME

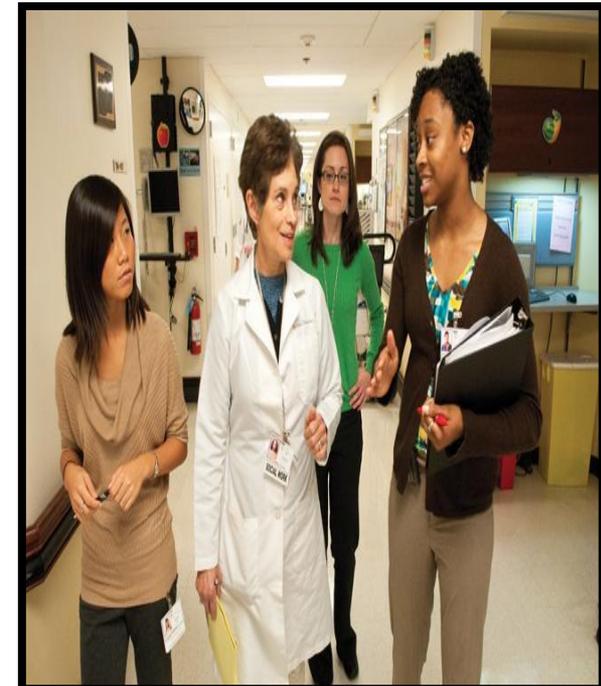
CINÉMA : _____ COULEUR : _____
TELEVISION : _____ NOURRITURE : _____
LIVRE : _____ ANIMAUX : _____
MUSIQUE : _____ CITATION / DICTON : _____
SPORT : _____

APPRENDRE À ME CONNAÎTRE

ACTIVITÉS ET PASSE-TEMPS : _____
ACCOMPLISSEMENTS DONT JE SUIS FIER : _____
CE QUI M'APPORTE DE L'INCONFORT : _____
CE QUI ME RENDEME LE MORAL : _____
AUTRES CHOSSES QUE VOUS DEVRIEZ SAVOIR À MON PROPOS : _____

À LA MAISON, J'UTILISE : Lunettes Brevets Prothèse auditive Lentilles de contact Autre

Logos: CHU de Québec, CHU de Québec, and the tree logo.





DESCRIPTION DE L'INTERVENTION QUÉBEC



COMPOSANTE 3 : Développer et maintenir des compétences en soins de fin de vie en USI

Formation d'une journée en
soins de fin de vie en USI

Trois modules de formations:

- 1) gestion de la douleur et autres symptômes
- 2) enjeux éthiques et aspects légaux
- 3) communication et collaboration interprofessionnelle





Phase 2 – Résultats qualitatifs

13 FG (n=46) + 16 entrevues

QUÉBEC



COMPOSANTE 1: Clarifier la vision des soins de fin de vie en USI

✓ A contribué à la sensibilisation des acteurs et à cibler les priorités au plan des valeurs

Une **perception positive** se dégage de ce travail de clarification associée à l'utilisation de l'approche participative mise en place par l'équipe de recherche

Une **minorité** de participants parmi les intensivistes et les médecins en soins palliatifs rencontrés ont exprimé ne pas s'être sentis consultés

Les valeurs ont été utilisées en tant qu'outil de gestion par les chefs, cadres et intensivistes

UNITÉ DE SOINS INTENSIFS (USI)

VALEURS DES SOINS INTENSIFS

CHU DE QUÉBEC

- LE RESPECT**
Nous croyons que le respect doit constituer le fondement de nos relations avec nos patients, leur famille ainsi que nos collègues. L'écoute, l'ouverture et l'absence de jugement participent à enrichir ce que nous sommes et nos prises de décision.
- LA CONCERTATION**
Nos pratiques cliniques sont basées sur la concertation interprofessionnelle et sur le partage de l'information utile aux décisions cliniques. Nos décisions sont expliquées avec clarté selon des pratiques concertées avec le souci d'être compris de tous. Ainsi nous favorisons la transparence auprès du personnel soignant de même qu'auprès des familles tout en respectant leur rythme particulier.
- L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT ET SA FAMILLE**
Nous privilégions une approche centrée sur le patient et sa famille avec compassion qui implique de fournir des soins en réponse aux besoins, aux préférences et aux valeurs du patient. Les valeurs du patient guident les décisions cliniques. Ceci implique une ouverture du personnel soignant et l'absence de jugement.
- LA COHÉRENCE**
La cohérence implique une liaison étroite entre les divers intervenants et elle assure notre unité de groupe. Les soins et la communication doivent se faire dans l'absence de contradiction et de façon harmonieuse. Chacun de nous a la responsabilité de rechercher la collaboration et de tenter de comprendre les objectifs que nous mettons de l'avant pour dégager un message unique, commun et uni.

MISSION DES SOINS INTENSIFS

CHU DE QUÉBEC

Notre mission est d'offrir aux patients dont l'état de santé est jugé critique, ainsi qu'à leurs proches, des soins selon les plus hauts standards reconnus en soins intensifs.

Ces patients requièrent des soins surspécialisés par une équipe interdisciplinaire hautement compétente, appelée à poser des interventions diagnostiques et thérapeutiques nombreuses, soutenues et coordonnées.

L'accessibilité de notre offre de service répond aux besoins de la clientèle locale, régionale et suprarégionale en provenance de l'état du Québec (territoire du RUIS de l'Université Laval) en collaboration avec nos partenaires internes et externes.

LA VISION DES SOINS INTENSIFS

CHU DE QUÉBEC

Prodiguer des soins centrés sur le patient et sa famille. Se distinguer par :

- la qualité des soins et des services prodigués par un personnel hautement qualifié et professionnel;
- les objectifs de traitement qui visent l'amélioration de la santé et du bien-être du patient;
- le souci d'assurer une intensité de soins adaptée aux valeurs et à la condition du patient;
- la volonté d'une bonne communication et d'un haut niveau d'implication du patient, de sa famille et de ses proches dans tout l'épisode de soins, notamment dans les prises de décision;
- l'organisation des soins qui vise à préserver l'accessibilité, à évaluer la qualité des soins et à utiliser les ressources de façon efficiente;
- la collaboration de tous les intervenants impliqués afin de donner des soins optimaux;
- l'innovation et l'excellence du milieu d'apprentissage;
- les travaux d'une équipe de recherche productive et novatrice axés sur les besoins des patients.

Logos: CHU de Québec, Projet SATIN, Université Laval, CHU HSC, Irst, Centre de recherche en santé Québec.



Phase 2 – Résultats qualitatifs 13 FG (n=46) + 16 entrevues QUÉBEC



« C'est un document que je connais relativement bien parce qu'à cause de la fusion des deux services de soins intensifs de SITE A et de SITE B, on est à réécrire tous les règlements de service, nos missions, nos valeurs... (...) Quand on a retravaillé nos missions en tant que service médical de soins intensifs, on est partis beaucoup de ça pour redéfinir nos objectifs. » Intensiviste

« Quand on a créé le service de soins intensifs, avec les deux soins intensifs... (...) Je m'en suis servi pour mes étudiants et pour les rencontres d'équipe. » Gestionnaire





Phase 2 – Résultats qualitatifs

13 FG (n=46) + 16 entrevues

QUÉBEC



COMPOSANTE 2 : Améliorer la communication avec la famille

- ✓ Affiche personnalisée installée au chevet du patient

Tous les participants ont affirmé se sentir à l'aise d'utiliser cette affiche et ont formulé des éléments pouvant faciliter son utilisation

Cette affiche s'inscrit dans une volonté partagée d'humaniser les soins et favorise l'ouverture d'un contact avec les familles

BIENVENUE DANS LA CHAMBRE DE

Pliez quelques photos ici

JE TIENS À ÊTRE APPELÉ :

OCCUPATION :

CE QUE J'AIME

CINÉMA : _____ COULEUR : _____

TELEVISION : _____ NOURRITURE : _____

LIVRE : _____ ANIMAUX : _____

MUSIQUE : _____ CITATION / DICTON : _____

SPORT : _____

APPRENDRE À ME CONNAÎTRE

ACTIVITÉS ET PASSE-TEMPS : _____

ACCOMPLISSEMENTS DONT JE SUIS FIER : _____

CE QUI M'APPORTE DE L'INCONFORT : _____

CE QUI ME REMONTE LE MORAL : _____

AUTRES CHOSSES QUE VOUS DEVRIEZ SAVOIR À MON PROPOS : _____

À LA MAISON, J'UTILISE : L'électeur Bouteils Prothèse auditive Lunettes de contact Autre _____

Logos: CHU de Québec, SATIN, and the tree logo.



COMPOSANTE 2 : Améliorer la communication avec la famille

✓ Présence d'une infirmière lors des rencontres avec la famille et le médecin

Une différence positive est rapportée concernant la présence des infirmières lors de ces rencontres

- Plusieurs infirmières ont exprimé que cet espace d'invitation constituait une amélioration.
- Cette stratégie est celle ayant eu le plus d'impacts en termes de changement de pratique clinique

« De plus en plus, même débordées on est capable de venir parce que souvent quand l'assistante est là, elle va dire je vais t'envoyer quelqu'un qui va prendre ta place. C'est pas toujours possible mais de plus en plus ils envoient quelqu'un nous relever. » Infirmière





Phase 2 – Résultats qualitatifs 13 FG (n=46) + 16 entrevues QUÉBEC



COMPOSANTE 2 : **Améliorer la communication avec la famille**

- ✓ Création d'un nouveau poste de soutien dans les deux milieux USI (la 2^e unité est en voie de consolider cette ressource)

Haut taux de satisfaction

L'utilisation de cette nouvelle ressource est accompagnée d'un changement de pratique clinique positif, et ce, toutes professions confondues

« Elle a été d'une aide extraordinaire avec des familles plus difficiles ou plus problématiques. Elle est là, elle est présente. Ça fait un visage, c'est le même visage. Le personnel infirmier y change. Les médecins y changent. Elle, y a pas de rotation. D'une semaine à l'autre, c'est elle qui est là. C'est elle qui est le même visage pour les familles. Ça je pense que c'est très, très aidant. » Intensiviste



Phase 2 – Résultats qualitatifs 13 FG (n=46) + 16 entrevues QUÉBEC



COMPOSANTE 3 : Développer et maintenir des compétences en soins de fin de vie en USI

- ✓ Formation d'une journée (90 min/3 blocs) en soins de fin de vie en USI

La moitié des participants ont assisté à l'une des journées de formation

La plupart ont souligné se sentir à l'aise de mettre en pratique le module portant sur la gestion de la douleur et des autres symptômes et celui sur la communication et la collaboration interprofessionnelle

Le contenu relatif au module sur les enjeux éthiques et les aspects légaux n'a pas été aussi bien intégré par les participants (grille décisionnelle éthique)

La moitié des participants, sites et professions confondus, estiment que leur participation à cette journée de formation a apporté un changement au niveau de leur pratique clinique



Pour chaque module, il y avait un retour sur les valeurs (affiche)



ÉLÉMENTS CLÉS

QUÉBEC



Les gestionnaires tant les hauts gestionnaires que les gestionnaires terrain, ont encouragé l'utilisation des stratégies implantées dans le cadre de cette intervention et les participants ont eu une **perception positive de leur soutien**

L'implantation de cette intervention a eu un **impact mitigé** sur la perception des soins de fin de vie en USI

La moitié des participants a affirmé percevoir un changement positif à ce niveau

L'autre moitié a précisé que l'implantation de cette intervention n'a eu aucun impact sur leur perception ou que leur perception relative aux soins de fin de vie en USI a simplement été confirmée

1/2



ÉLÉMENTS CLÉS

QUÉBEC



- ✓ L'implantation de cette intervention a contribué à humaniser les soins pour les patients en fin de vie :
 - Diminution du monitoring pour les deux sites
 - Création d'une affiche « coucher de soleil » affichée sur la porte de la chambre des patients en fin de vie pour l'un des deux sites
- ✓ La grande participation des différents intervenants au cours de ce processus, a permis de clarifier plusieurs aspects et de développer un langage commun
 - Un des deux sites a bénéficié d'une grande collaboration interprofessionnelle et d'un soutien managérial
- ✓ Au plan éthique, on a observé **qu'avant la formation**, les participants avaient une compétence éthique (sensibilité) partiellement développée



47 participants

Plus important (#1) au moins important (#8)

- Top 1 – Communication (moy=3.47)
- Top 2 – Gestion de symptômes (moy=3.58)
- Top 3 – Gestion de la douleur (moy=3.65)
- Top 4 – Problématiques éthiques (moy=3.76)
- 5 – Définitions SP et fin de vie (moy=4.00)
- 6 – Dernières heures (moy=5.22)
- 7 – Perte et deuil (moy=5.68)
- 8 – Considérations culturelles et spirituelles (moy=5.92)





NOTRE ÉQUIPE MONTRÉAL



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Madalina Boitor, inf., PhD(c)

Robyn Graham, inf., BSCN,
MScA(ét)

Carolann Lepage, MScA(ét)

Vanessa Roberts, inh., BSc

Céline Gélinas, inf., PhD

Pina D'Orvè, TS, BSW

Marie-Laurence Fortin, inf.,
BScN, MScN

Vivian Myron, TS, BSW, MSW

Jacki Raboy-Thaw, inf-chef, BSc,
MScN

Stephanie Petizian, inf., BSc,
MScA

Martine Gagnon, inf., BScN

Lucie Wade, MSc, éthicienne
et bébé Theodora!



DESCRIPTION DE L'INTERVENTION MONTRÉAL



7 heures de formation accréditée (3 heures – médecins*)

Introduction aux soins palliatifs de fin de vie à l'USI (10 min)*

Gestion de la douleur (60 min) (CPOT – 15 min)*

Gestion de la dyspnée (45 min)

Gestion de l'anxiété (30 min)

Gestion de l'agitation (60 min)

Communication et rencontre patient/famille (30 min)*

Capacité décisionnelle (60 min)*

Activité d'intégration (60 min – en petits groupes – 17 sessions
jour/soir/nuit)*

Camtasia®





MEILLEURES PRATIQUES



Special Article

IPAL-ICU

Improving Palliative Care in the ICU

Clinical Practice Guidelines of Pain, Agitation, in the Intensive Care

Juliana Barr, MD, FCCM¹; Gilles L. E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, F...
Judy E. Davidson, DNP, RN⁷; Jol...
Aaron M. Joffe, DO¹⁰; Douglas E...
Avery Tung, MD¹³; Bryce R. H. F...
Michael A. Ramsay, MD¹⁶; Richa...
Brenda Pun, MSN, RN, ACNP¹⁹;

Defining Standards for ICU Palliative Care: A Brief Review from The IPAL-ICU Project

Judith E. Nelson, MD, JD,¹ Renee D. Boss, MD,² Karen J. Brasel, MD, MPH,³
Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN,⁴ Therese B. Cortez, MSN, NP, ACHPN,⁵
J. Randall Curtis, MD, MPH,⁶ Dana R. Lustbader, MD, FCCM, FCCP,⁷
Anne C. Mosenthal, MD, FACS,⁸ Colleen Mulkerin, MSW, LCSW,⁹
Kathleen A. Puntillo, RN, DNSc, FAAN,¹⁰ Daniel E. Ray, MD, MS, FCCP,¹¹
Rick Bassett, MSN, RN, APRN, ACNS-BC, CCRN,¹²
David E. Weissman, MD, FACP,¹³
for the IPAL-ICU (Improving Palliative Care in the ICU) Project*

Special Arti

<https://www.capc.org/ipal/ipal-icu/>

Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine

Robert D. Truog, MD, MA; Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN; J. Randall Curtis, MD, MPH;
Curtis E. Haas, PharmD, FCCP; John M. Luce, MD; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc;
Cynda Hylton Rushton, PhD, RN, FAAN; David C. Kaufman, MD



ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Patient communicant



P : Provoquer par / Pallier par

- Qu'est-ce qui vous cause de la douleur?
- Qu'est-ce qui vous aide à diminuer ou soulager votre douleur?

Q: Qualité (description de votre douleur)

- Que ressentez-vous? Comment décrivez-vous votre douleur?

R : Région/Irradiation

- Où ressentez-vous la douleur? (demander au patient de pointer avec le doigt)

S : Sévérité (0-10); signes & symptômes associés (ex., anxiété, dyspnée)

T : Temps

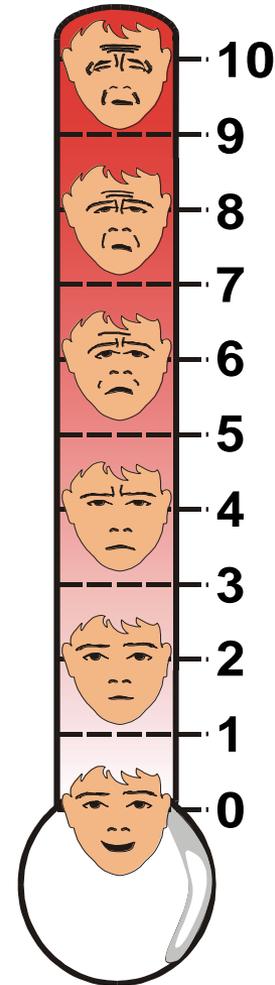
- Quand votre douleur a-t-elle débuté? Est-elle continue ou intermittente?

U : Understanding (ce que le patient comprend de sa douleur)

- Avez-vous déjà ressenti une douleur similaire dans le passé? Pour quelle raison croyez-vous avoir de la douleur?

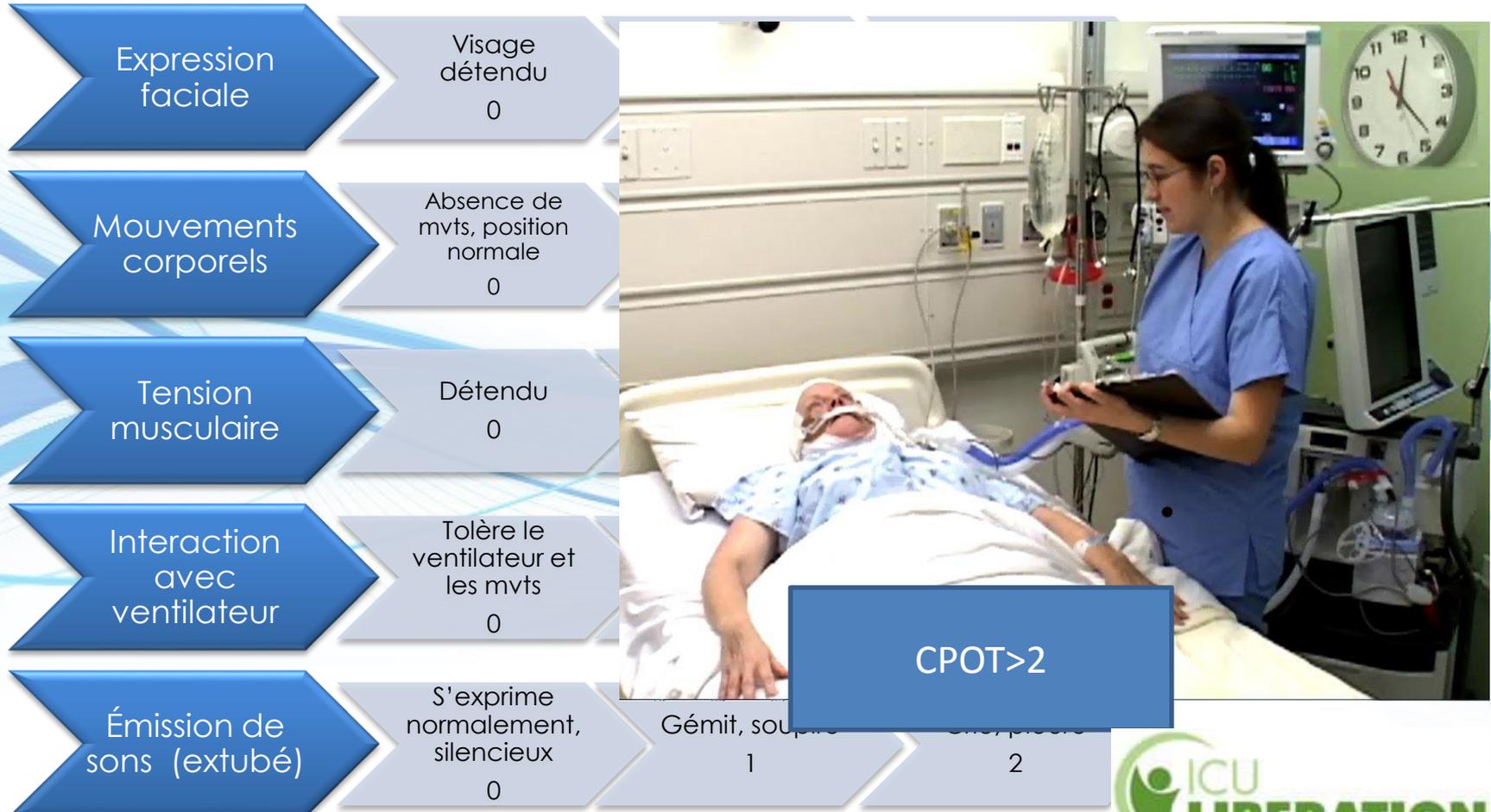
V : Valeurs

- Quel niveau de douleur est acceptable pour vous? Quelles sont vos attentes en lien avec le soulagement de votre douleur?





Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)





ÉVALUATION DE LA DOULEUR Patient non-communicant



JHPN 2016;18(5):413-420

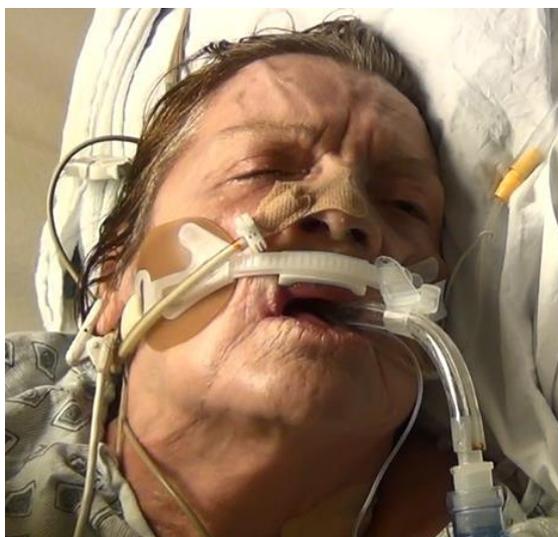
Feature Article

Melody Ross, inf., BScN,
MScA(N)

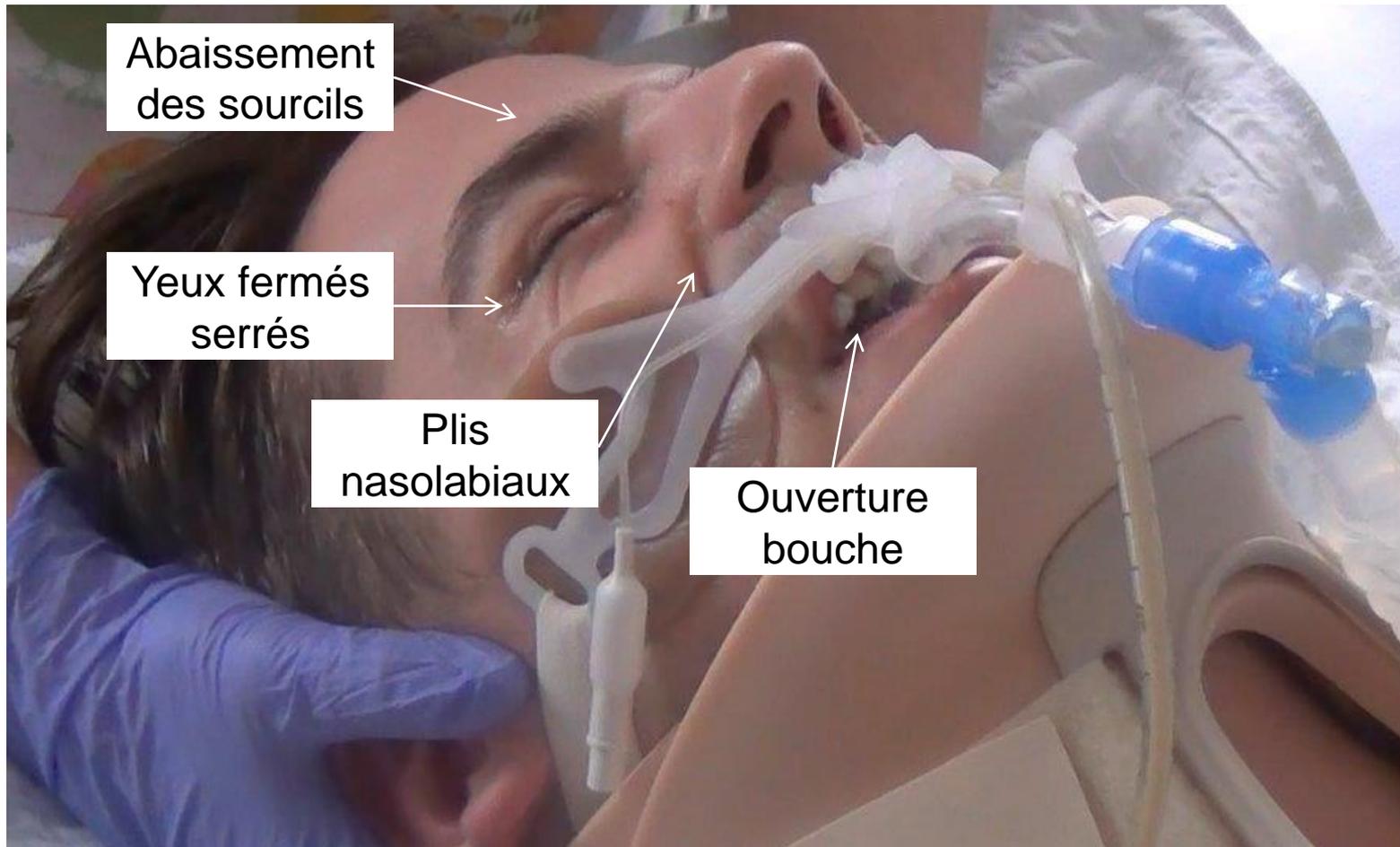


Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool With Seriously Ill Patients

Melody Ross, MSc(A), BSc(N), RN ○ Madalina Boitor, PhD(c), BSc(N), RN ○ Céline Gélinas, PhD, RN



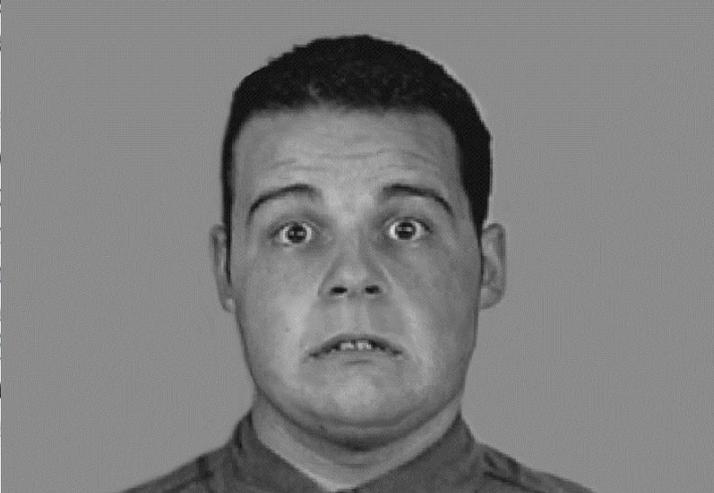
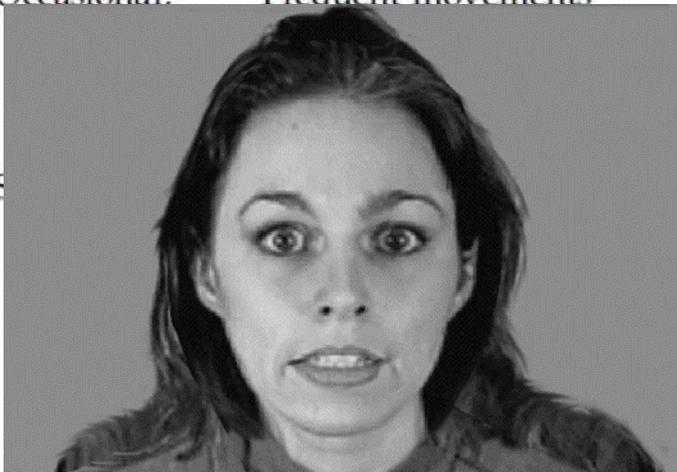
22 patients d'USI
36% sont décédés
Expriment des comportements associés à la
douleur (CPOT>2) lors des repositionnements
au lit
Le confort demeure un besoin primordial de nos
patients!





Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)

APPENDIX A. Respiratory Distress Observation Scale®

Variable	0 points	1 point	2 points	Total
Heart rate per minute	<90 beats	90–109 beats	≥110 beats	
Respiratory rate per minute	≤18 breaths	19–30 breaths	>30 breaths	
Restlessness, nonpurposeful movements	None	Occasional	Frequent movements	
Paradoxical abdominal movement				
Accessory muscle use during inspiration				
Grunting sound				
Nasal flaring of nares				
Look of respiratory distress				
				
			brow furrowed, mouth open, teeth together	
Total				



ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DÉCISIONNELLE

ACE (Aid to Capacity Evaluation) capacité décisionnelle

Developed with the support of
grant from Physician's services
Sessums et al., JAMA, 2011: "b
physicians in making assessments

<http://jcb.utoronto.ca>

Table 1. Areas and Suggested Questions for Specific Capacity Assessments Using the Aid to Capacity Evaluation

Ability to understand the medical problem
What problem are you having right now?
Why are you in the hospital?
Ability to understand the proposed treatment
What is the treatment for [your problem]?
What can we do to help you?
Ability to understand the alternatives to proposed treatment (if any)
Are there any other treatments?
What other options do you have?
Ability to understand the option of refusing treatment (including withdrawing treatment)
Can you refuse [the treatment]?
Could we stop [the treatment]?
Ability to appreciate the reasonably foreseeable consequences of accepting treatment
What could happen to you if you have [the treatment]?
How could [the treatment] help you?
Could [the treatment] cause problems or side effects?
Ability to appreciate the reasonably foreseeable consequences of refusing proposed treatment
What could happen to you if you don't have [the treatment]?
Could you get sicker/die without [the treatment]?
Ability to make a decision that is not substantially based on hallucinations, delusions, or cognitive signs of depression
Why have you decided to [accept/refuse] [the treatment]?
Do you think we are trying to hurt/harm you?
Do you deserve to be treated?
Do you feel that you are being punished?
Do you feel that you are a bad person?



Table. Seven-Step Approach to Communication

1. Prepare for the discussion
 2. Establish what the patient (and family) knows
 3. Determine how information is to be handled
 4. Deliver the information
 5. Respond to emotions
 6. Establish goals for care and treatment priorities
 7. Establish a plan
-



ACTIVITÉ D'INTÉGRATION – PARTIE 1

MONTREAL



M. X est un homme âgé de 75 ans souffrant d'insuffisance cardiaque droite sévère avec hypertension pulmonaire. Il a été amené au service d'urgence par ambulance pour détresse respiratoire sévère. Puis, il a dû être intubé et un drain thoracique a été installé afin de drainer un épanchement pleural. Il a ensuite été transféré à l'USI où il est ventilé mécaniquement et sous sédation.

Son épouse le trouve inconfortable et mentionne qu'il n'aurait pas voulu de tels traitements. Elle sait que son époux a signé des papiers légaux chez le notaire.

Exemples de questions:

Comment évalueriez-vous les symptômes du patient?

Quel facteur déclencheur indique le besoin d'organiser une rencontre avec le patient/famille?

Qui peut demander une rencontre avec le patient/famille?

Qui doit participer? Qui prendra les décisions?



ACTIVITÉ D'INTÉGRATION – PARTIE 2 MONTREAL



Une consultation en service social est demandée et une rencontre est organisée avec les membres de l'équipe soignante (médecin, infirmière, TS), l'épouse et le fils du patient. L'épouse rapporte que les souhaits de son mari n'ont pas été respectés lors de sa réanimation. Le patient n'est pas considéré apte à participer à la discussion en raison de sa condition post-reanimation. L'Épouse mentionne être la mandataire en cas d'incapacité de son mari.

Dans les journées suivantes, le patient est sevré de la sédation et extubé. Quelques heures plus tard, il vous demande ce qu'il lui est arrivé. Il présente les manifestations suivantes:

Fréquence cardiaque 116/min

Fréquence respiratoire 30/min, wheezing en fin d'expiration

Agitation – bouge sans cesse (pas de position confortable)

Main sur pansement du drain thoracique

Expression de peur

Une dose IV de morphine est administré au patient.



ACTIVITÉ D'INTÉGRATION – PARTIE 2

MONTREAL



Exemples de questions:

Que pensez-vous de l'administration de morphine IV faite au patient?

Autres traitements non-pharmacologiques à privilégier?

Est-ce que les objectifs de soins médicaux devraient être réévalués?

Est-ce que le patient est capable de prendre des décisions par rapport à ses soins médicaux?





Amélioration de la perception des compétences en soins palliatifs des cliniciens (PCISP)





Utilité de l'intervention pour améliorer
ses compétences par >90%

Pertinence de contenu (100%)

Facilité d'application des connaissances
dans la pratique

Gestion symptômes: 88%

Communication IP: 95%

Communication pt/famille: 92%

Capacité décisionnelle: 82%



Carolann Lepage, BSc, MScA(ét)
Robyn Graham, inf., BScN, MScA(ét)



Aspects positifs

- a) Format de l'intervention (modules en ligne)
- b) Disponibilité des intervenants et salles (près de l'USI) pour l'activité d'intégration

Aspects à défi – barrières

- a) Longueur des modules (45-60 min)
- b) Activité d'intégration lors des pauses



Bénéfices

- a) Apprentissage par auto-reflexion sur sa pratique
- b) Contenu basé sur meilleures pratiques (guidelines) et adapté au contexte d'USI
- c) Acquisition de connaissances au-delà de son champ de

- d) Se s
- But it was helpful to understand a nurse's perspective and see that maybe we can give our opinion... and be, exactly, more part of the overall care of the patient that just focus on one aspect. (RT)

Défis

- a) Inconfort avec développement de certaines compétences (communication avec pt/famille, évaluation de la capacité décisionnelle)



ÉLÉMENTS CLÉS MONTREAL



Transférabilité de l'intervention

- a) Besoin d'adapter le contenu au contexte de soins

Pérennité de l'intervention

- a) Promotion de la formation et porteurs du dossier
- b) Défis à court terme: orientation, formation des résidents, suivi régulier
- c) Impacts à long terme: moins de détresse chez les cliniciens, meilleure communication, respect des volontés du patient (moins de tx agressifs)



RECOMMANDATIONS

SATISFACTION DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE



- ✓ Poursuivre la formation pour tous les membres de l'équipe interdisciplinaire et offrir des formats répondant aux besoins des cliniciens (par ex., traduire les modules en français)
- ✓ Développer des repères communs quant aux niveaux de soins afin de mieux baliser les pratiques et développer la confiance et l'engagement de l'infirmière et de l'équipe soignante
- ✓ Utiliser des moyens de communication efficaces et respectueux
- ✓ Créer des espaces de discussion au sein des USI (débriefing, sur les situations difficiles) qui ont pour but de discuter ouvertement des dilemmes et enjeux rencontrés



ÇA PREND UNE ÉQUIPE!





Intégration d'une approche palliative en soins intensifs



One Destination



Many Paths, Different Modes



Journée Scientifique de la Maison Michel-Sarrazin

Le vendredi 25 novembre 2016

Vers l'amélioration des services et des soins de fin de vie :
Adapter et implanter des programmes de soutien en
milieu de travail et évaluer leur effet sur la **SAT**isfaction, le
sens au travail et le bien-être des **IN**firmières



***MERCI DE
VOTRE
ATTENTION !***

