



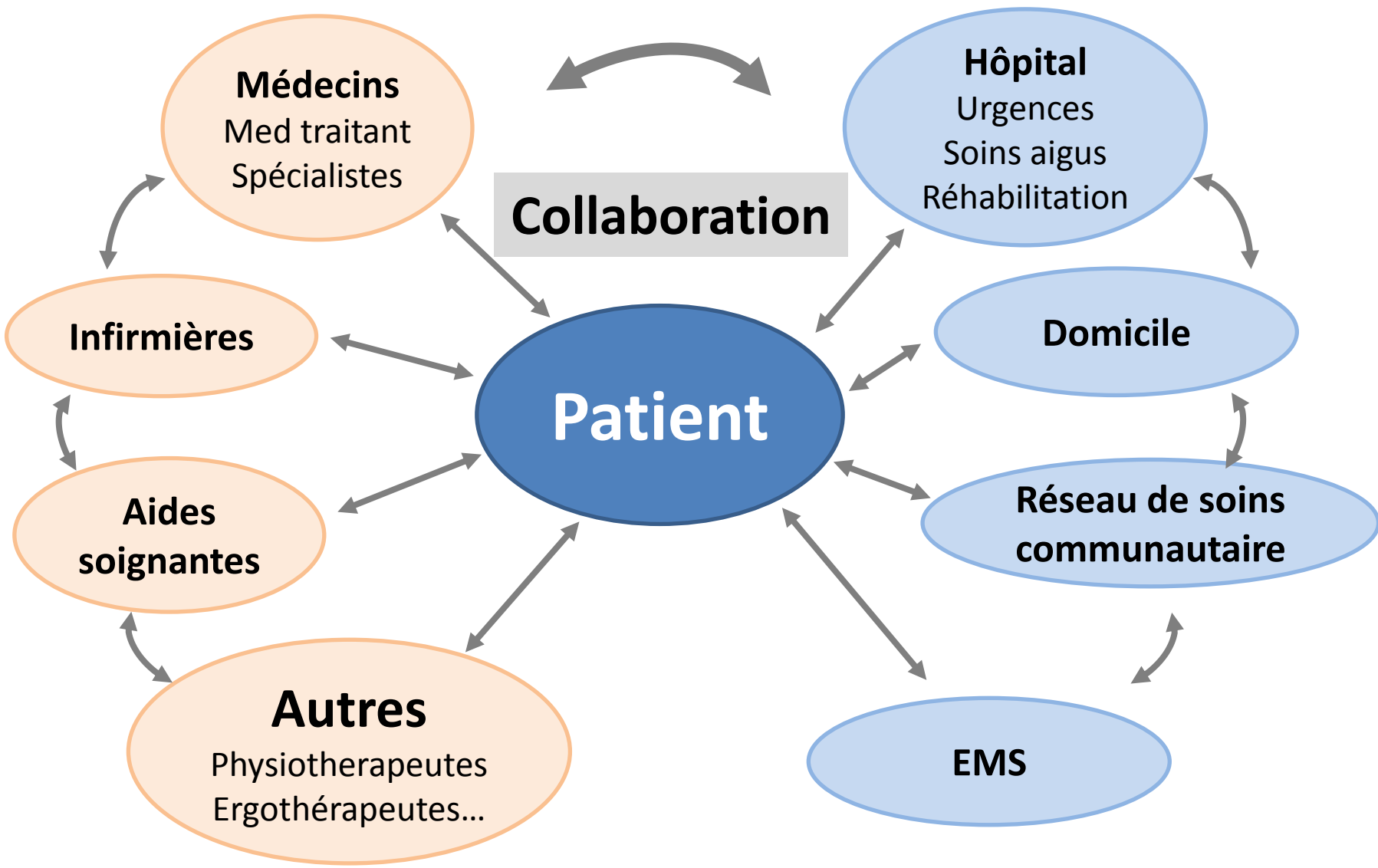
# Transition Hôpital-Domicile Un pour tous – Tous pour un

Pr Martine LOUIS SIMONET  
Service de médecine interne générale  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
Genève, Suisse



**Communication**

**Collaboration**



# Transition hôpital-domicile

*Forster et al. Ann Intern Med 2003; CMAJ 2004; J Gen Intern Med 2005*

- **Effets indésirables** (5 sem après sortie)
  - 1 patient sur 5 (20%)
  - 70% du au médicaments
- **Risque↑** si:
  - Changement de traitement à l'hôpital
  - ↑Nombre de médicaments prescrits
  - Méconnaissance des effets secondaires
  - « High-risk » classe: antibiotiques, cardiovasculaire, anticoagulants, corticostéroïdes, analgésiques
- **62% évitables...**



# Transition hôpital-domicile

*Forster et al. Ann Intern Med 2003; CMAJ 2004; J Gen Intern Med 2005;*

*Jenks et al. N Engl J Med 2009*

- **Conséquences**

- Santé
- Coût

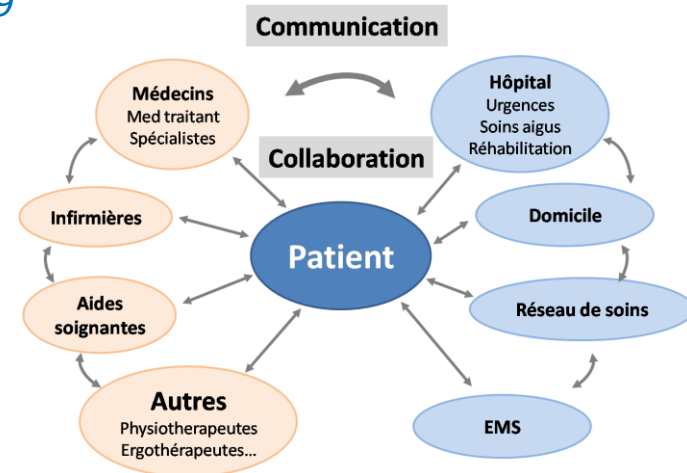
- |                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| • Consultation médicale additionnelle | 21%      |
| • Consultation aux urgences           | 12%      |
| • Réadmission (30j; 90j)              | 20%; 30% |
| • 12 milliards de dollars!!!          |          |

# Transition hôpital-domicile

*Forster et al. Ann Intern Med 2003; CMAJ 2004; J Gen Intern Med 2005;  
Jenks et al. N Engl J Med 2009*

## Causes:

- **Communication insuffisante**
- **Transfert d'information insuffisante**
- **Anticipation, planification insuffisante**
- **Coordination insuffisante**

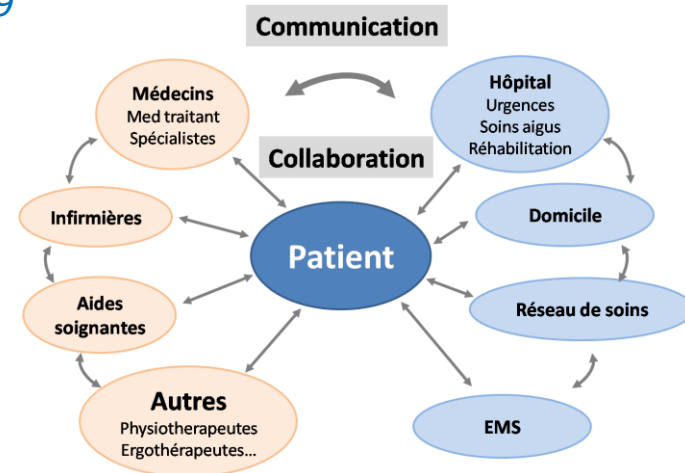


# Transition hôpital-domicile

*Forster et al. Ann Intern Med 2003; CMAJ 2004; J Gen Intern Med 2005;  
Jenks et al. N Engl J Med 2009*

## Causes:

- **Communication insuffisante**
- **Transfert d'information insuffisante**
- Anticipation, planification insuffisante
- Coordination insuffisante



# Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians

## Implications for Patient Safety and Continuity of Care

---

Sunil Kripalani, MD, MSc

Frank LeFevre, MD

Christopher O. Phillips, MD, MPH

Mark V. Williams, MD

Preetha Basaviah, MD

David W. Baker, MD, MPH

---

**Context** Delayed or inaccurate communication between hospital-based and primary care physicians at hospital discharge may negatively affect continuity of care and contribute to adverse events.

**Objectives** To characterize the prevalence of deficits in communication and information transfer at hospital discharge and to identify interventions to improve this process.

**Data Sources** MEDLINE (through November 2006), Cochrane Database of Systematic Reviews, and hand search of article bibliographies.

*JAMA. 2007;297: 831-841*



# Deficits en communication entre médecins hospitaliers et médecins traitants

*JAMA. 2007;297:831-841*

Item	Proportion
<b>Communication directe entre hôpital and médecin traitant</b>	3%-20%
<b>Disponibilité du résumé (lettre) de sortie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À la première visite après la sortie</li> <li>• À 4 semaines</li> </ul> → affecte qualité de la prise en charge lors de la visite + insatisfaction du MT	12%-34% 51%-77%  25%
<b>Qualité du résumé de sortie, manque de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats tests diagnostiques</li> <li>• Traitement ou évolution lors du séjour hospitalier</li> <li>• Traitement à la sortie</li> <li>• Résultats en attente à la sortie</li> <li>• Conseil au patient et famille</li> <li>• Plan de suivi</li> </ul>	33%-63% 7%-22% 2%-40% 65% 90%-92% 2%-43%

# Déficit en communication entre médecins hospitaliers et patients

*HUG-Enquête de satisfaction des patients hospitalisés 2011*

Information	Non/parfois
<b>A la sortie</b>	
Explication du but du traitement	20%
Prévenu des effets secondaires	33%
Prévenu des alertes à surveiller	44%
Reprise des activités précisée	43%

# Déficit de communication médecin-patient

*Forster et al. Ann Intern Med 2003; CMAJ 2004; J Gen Intern Med 2005;*

*Jenks et al. N Engl J Med 2009*

- Connaissance (ou compréhension) insuffisante
  - du traitement prescrit ou
  - du plan thérapeutique à suivre



- **Mauvaise observance thérapeutique:**
  - Erreurs dans prise de médicaments (dosage, quantité, horaire..)
  - Arrêt des médicaments prescrits (intentionnel ou non)
  - Introduction de nouveaux médicaments ou reprise d'anciens traitements
  - Duplication des médicaments

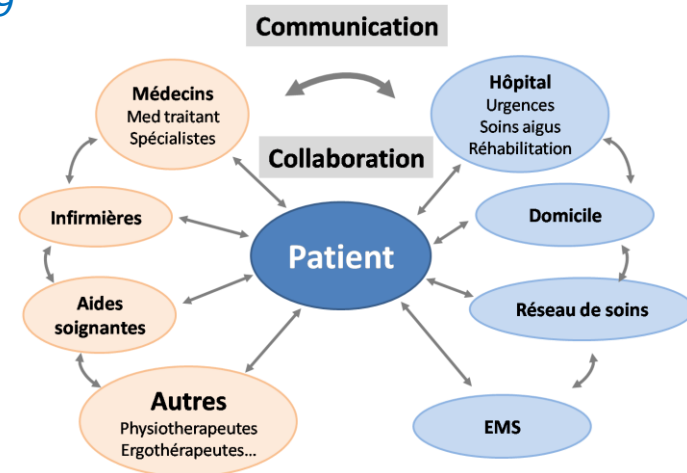
*Coleman; Arch Intern Med 2005*

# Transition hôpital-domicile

*Forster et al. Ann Intern Med 2003; CMAJ 2004; J Gen Intern Med 2005;  
Jenks et al. N Engl J Med 2009*

## Causes:

- Communication insuffisante
- Transfert d'information insuffisante
- Anticipation, planification insuffisante
- Coordination insuffisante



# Déficit d'anticipation, planification et coordination

*Chopard et al, Int J Epidemiol. 1998*

- **Journées inappropriées**
  - 35% des journées dans service de soins aigus
  - 50% dus à **des délais de préparation à la sortie**
    - Attentes de lits non aigus : 50%
    - Indécision médicale; Absence de plan de soins et de suivi; famille et patient mal informés;
    - En attente de l'organisation: les derniers jours du séjour sont inappropriés quelque soit la durée de séjour!!
- **Risque↑ si:**
  - Admissions inappropriées
  - > 80 ans; comorbidités++

- Que devrait-on faire?

# Recommendations pour améliorer la transition hôpital-domicile à la sortie du patient

*J Hosp Med 2007;2:314-323.*

## Promoting Effective Discharge: A Review

Sunil Kripalani, MD, MSc<sup>1</sup>

Amy T. Jackson, PharmD<sup>2</sup>

Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH<sup>3</sup>

Eric A. Coleman, MD, MPH<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia

<sup>2</sup>Emory Healthcare, Atlanta, Georgia

<sup>3</sup>Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts

<sup>4</sup>University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado

### Recommendations to Improve Care Transitions at Hospital Discharge

Challenge	Recommended approaches
Inpatient-outpatient physician discontinuity	<p>When possible, involve the primary care physician (PCP) in discharge planning and work together to develop a follow-up plan</p> <p>At minimum, communicate the following to the PCP on the day of discharge: diagnoses, medications, results of procedures, pending tests, follow-up arrangements, and suggested next steps</p> <p>Provide the PCP with a detailed discharge summary within 1 week</p> <p>In discharge summaries include: diagnoses, abnormal physical findings, important test results, discharge medications with rationale for new or changed medications, follow-up arrangements made, counseling provided to the patient and family, and tasks to be completed (eg, appointments that still need to be made and tests that require follow-up)</p> <p>Follow a structured template with subheadings in discharge communications</p> <p>When possible, use health information technology to create and disseminate discharge summaries</p>
Changes and discrepancies in medication regimen	<p>Obtain a complete medication history by asking patients about: medications taken at different times of day; medications prescribed by different physicians; nonoral medications; over-the-counter products; dosage, indication, length of therapy, and timing of last dose of all drugs; allergies; and adherence</p> <p>Compare and reconcile medication information obtained from patient and caregiver reports, patient lists, prescription bottles, medical records, and pharmacy records</p> <p>Display preadmission medication list prominently in the chart</p> <p>Reconcile medications at all care transitions, including admission, intrahospital transfer, and discharge</p> <p>Communicate complete and accurate medication information to the next provider at discharge, including indications for new medications and reasons for any changes</p> <p>When possible, partner with clinical pharmacists to manage medication information and reconciliation, especially for high-risk patients</p>
Self-care responsibilities and social support	<p>Use multidisciplinary discharge planning teams to assess the needs of patients and their families</p> <p>Arrange a specific follow-up appointment prior to discharge</p> <p>Contact patients by telephone a few days after discharge to assess questions, symptoms, and medication-related issues</p> <p>Order home health services when indicated</p> <p>Consider home visits for frail elderly patients</p>
Ineffective physician-patient communication	<p>Focus discharge counseling on informing patients of major diagnoses, medication changes, dates of follow-up appointments, self-care instructions, and who to contact if problems develop</p> <p>Ensure that staff members communicate consistent instructions</p> <p>For high-volume conditions, consider using audiovisual recordings for discharge education, combined with an opportunity for additional counseling and questions</p> <p>Use trained interpreters when a language gap exists</p> <p>Provide simply written materials that include illustrations when possible to reinforce verbal instructions</p> <p>Ensure patients and family members comprehend key points by asking them to teach back the information in their own words and demonstrate any self-care behaviors</p> <p>Encourage patients and family members to ask questions through an open-ended invitation like, "What questions do you have?" instead of "Do you have any questions?"</p>

# Recommandations pour améliorer la transition hôpital-domicile à la sortie du patient

*J Hosp Med 2007;2:314-323.*

## Inpatient-outpatient physician continuity

- When possible, **involve the primary care physician (PCP)** in discharge planning and follow-up plan
- At minimum, **communicate** the following to the PCP **on the day of discharge**:
  - diagnoses, medications, results of procedures, pending tests, follow-up arrangements, and suggested next steps
- Provide the PCP with a detailed **discharge summary within 1 week**
- In discharge summaries include:
  - diagnoses, abnormal physical findings, important test results, **discharge medications with rationale for new or changed medications**, follow-up arrangements made, counseling provided to the patient and family, and tasks to be completed
- Follow a **structured template** with subheadings in discharge communications
- When possible, use **health information technology** to create and disseminate discharge summaries



# Recommandations pour améliorer la transition hôpital-domicile à la sortie du patient

*J Hosp Med 2007;2:314-323.*



## Changes and discrepancies in medication regimen

- Obtain a **complete medication** history
- **Compare and reconcile** medication information obtained from patient and caregiver reports, patient lists, prescription bottles, medical records, and pharmacy records
- Display preadmission medication list prominently in the chart
- **Reconcile medications at all care transitions**, including admission, intrahospital transfer, and discharge
- **Communicate complete and accurate medication information to the next provider at discharge**, including indications for new medications and reasons for any changes
- When possible, **partner with clinical pharmacists** to manage medication information and reconciliation, **especially for high-risk patients**

# Recommandations pour améliorer la transition hôpital-domicile à la sortie du patient

*J Hosp Med 2007;2:314-323.*

## Self-care responsibilities and social support

- Use **multidisciplinary discharge planning teams** to assess the needs of patients and their families
- Arrange a **specific follow-up appointment** prior to discharge
- **Contact patients by telephone a few days after discharge** to assess questions, symptoms, and medication related issues
- **Order home health services when indicated**
- Consider home visits for frail elderly patients

# Recommendations for improving care transitions at hospital discharge

*J Hosp Med 2007;2:314-323*

## Effective physician–patient communication

- **Focus discharge counseling on informing patients of major diagnoses, medication changes, dates of follow-up appointments, self-care instructions, and who to contact if problems develop**
- **Ensure that staff members communicate consistent instructions**
- **Use trained interpreters when a language gap exists**
- **Provide simply written materials** that include illustrations when **possible to reinforce verbal instructions**
- **Ensure patients and family members comprehend key points** by asking them to teach back the information in their own words and demonstrate any self-care behaviors
- **Encourage patients and family members to ask questions through an open-ended invitation like, “What questions do you have?” instead of “Do you have any questions?”**

# Transition hôpital-domicile

## Comment s'améliorer?

- **Communication**
- **Transfert d'information**
- **Anticipation, planification**
- **Coordination**

# Comment améliorer la transition

- **Eduquer et former**
  - Patients
  - Médecins: communication efficace
  - Etudiants en médecine
- **Standardiser (et implémenter)**
  - les procédures de sortie (checklist)
  - le processus de sortie
- **Impliquer tous les partenaires**
  - médecins, patients, infirmières, pharmaciens, assistant sociaux, infirmières de liaison
- **Améliorer les instruments**
  - Dossier patient informatisé accessible
  - Outils informatiques

# Comment améliorer la transition

- **Eduquer et former**
  - Patients
  - Médecins: effective communication
  - Etudiants en médecine
- **Standardiser (et implémenter)**
  - les procédures de sortie (checklist)
  - le processus de sortie
- **Impliquer tous les partenaires**
  - médecins, patients, infirmières, pharmaciens, assistant sociaux, infirmières de liaison
- **Améliorer les instruments**
  - Dossier patient informatisé accessible
  - Outils informatiques

# Eduquer le patient

## Effects of a Structured Patient-Centered Discharge Interview on Patients' Knowledge about Their Medications

Martine Louis-Simonet, MD, Michel P. Kossovsky, MD, MSc, François P. Sarasin, MD, MSc,  
Pierre Chopard, MD, MSc, Victor Gabriel, Thomas V. Perneger, MD, PhD,  
Jean-Michel Gaspoz, MD, MSc

**Am J Med. 2004;117:563–568.**



# Eduquer le patient

## Carte de traitement pour le patient



Nom du patient  
Nom du médecin

Date 15.12.2009  
Unité 7-FL

Nom du médicament	Présentation et dosage	Posologie et fréquence				Schéma particulier et précautions	Raison du traitement	Effets indésirables
		matin	midi	soir	coucher			
Irfen (ibuprofène)	400 mg	1	1	1		en réserve is fièvre ou douleurs	etat grippal	douleur estomac
Tamiflu (oseltamivir)	75 mg	1		1		fin le 18.12	grippe H1N1	nausées
Dafalgan (paracetamol)	1000 mg	1	1	1	1	en reserve si fièvre ou douleurs	etrat grippal	
Prednisone (prednisone)	40 mg	1				fin le 18.12	asthme	nervosité
Seroquel (quétiapine)	25 mg	1		1			dépression	sécheresse buccale
Sertraline (sertraline)	25 mg	1		1			dépression	constipation
Nicotinell TTS (nicotine)	14 mg/24h	1					tabac	palpitations
Seretide Diskus (fluticasone + salmétérol)	500 ug fluticasone, 50ug salmeterol	1		1			asthme	palpitations
Ventolin (salbutamol)	1 push	1		1		à réévaluer par Dr. Neesseer	asthme	tremblements
Ventolin (salbutamol)	1 push	1	1	1	1	en réserve si dyspnée	asthme	palpitations



# Eduquer le patient

*Am J Med 2004;117:563-8*

## Intervention

- Entretien de sortie structuré centré sur le patient (fait par 73% des internes)



## Résultats

### Augmente

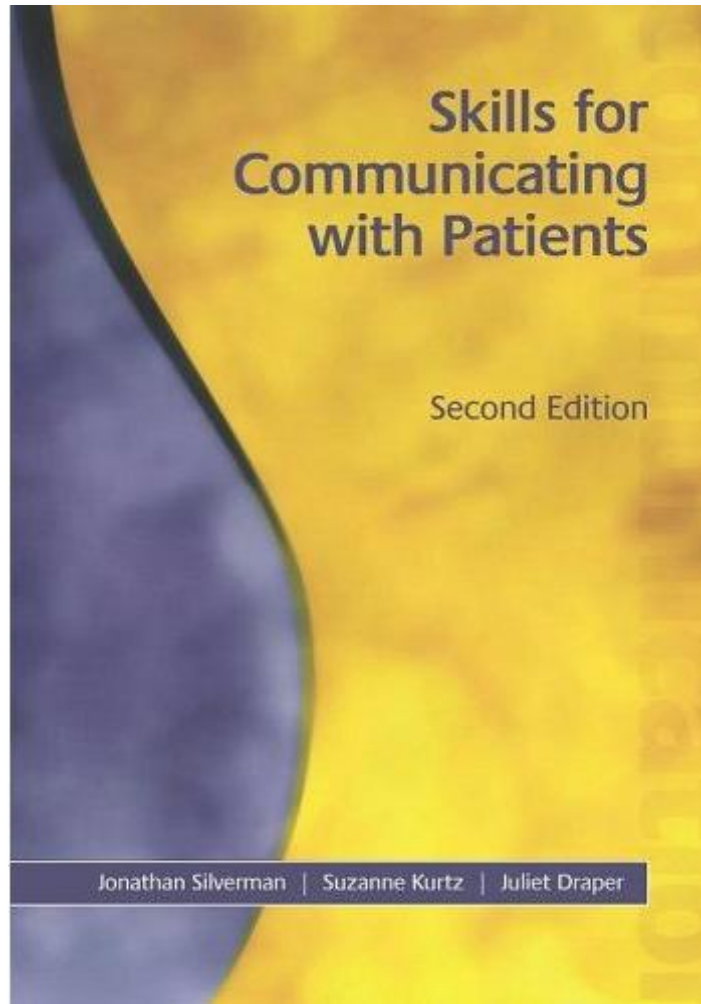
- Connaissance du patient:
  - Raison du traitement pour chaque médicament
  - Précautions à observer
  - Effets secondaires potentiels
- Probabilité de recevoir une information OR: 3.6 (95% IC: 1.5 à 4.4)
- Satisfaction du patient (carte très utile, 90%; utilisée quotidiennement, 50%)

### Diminue

- Probabilité d'interrompre le traitement sans avis médical

# Former les médecins

## Programme d'enseignement de compétences en communications



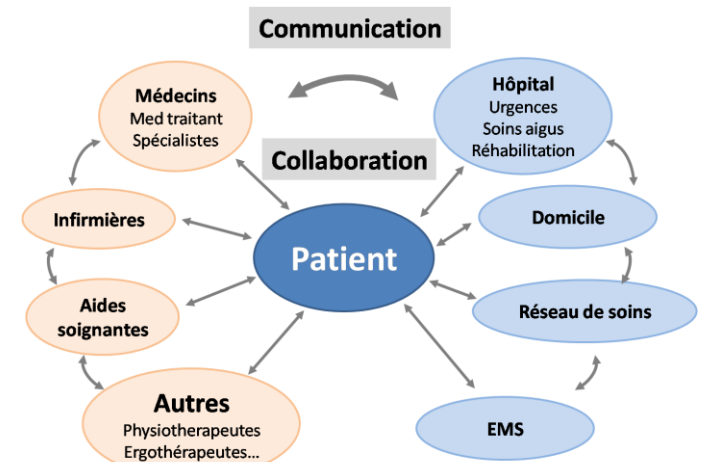
# Eduquer les étudiants sur l'importance des transitions



- La plupart des médecins hospitaliers en charge des patients et de leur sortie n'ont jamais travaillé en milieu ambulatoire
- La plupart des facultés de médecine intègre maintenant une expérience de médecine ambulatoire dans le formation prégraduée
- Saisir cette opportunité pour insister sur la transition des soins
- Développer des ateliers interprofessionnels dans le cursus prégradué

# Comment améliorer la transition

- **Eduquer et former**
  - Patients
  - Médecins: effective communication
  - Etudiants en médecine
- **Standardiser (et implémenter)**
  - les procédures de sortie (checklist)
  - le processus de sortie
- **Impliquer tous les partenaires**
  - médecins, patients, infirmières, pharmaciens, assistant sociaux, infirmières de liaison
- **Améliorer les instruments**
  - Dossier patient informatisé accessible
  - Outils informatiques



# Standardiser les procédures à la sortie

## Check-list soignants

### TRANSFORMING HOSPITAL CARE

#### Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients— Development of a Discharge Checklist for Hospitalists

*Journal of Hospital Medicine* 2006;1:354–360.

Data Elements	Processes		
	Discharge Summary	Patient Instructions	Communication to follow-up clinician on day of discharge
Presenting problem that precipitated hospitalization	x	x	x
Key findings and test results	x		x
Final Primary and Secondary Diagnoses	x	x	x
Brief Hospital Course	x		x
Condition at discharge, including functional status and cognitive status if relevant <sup>25, 26</sup>	x—functional status o—cognitive status		
Discharge destination (and rationale if not obvious)	x		x
Discharge Medications: Written schedule Include purpose and cautions (if appropriate) for each <sup>24</sup> Comparison with pre-admission medications (new, changes in dose/freq, unchanged, “meds should no longer take” <sup>22</sup> )	x o x	x x x	x o x
Follow-up appointments with name of provider, date, address, phone number, visit purpose, suggested management plan <sup>21</sup>	x	x	x
All pending labs or tests, responsible person to whom results will be sent <sup>5</sup>	x		x
Recommendations of any sub-specialty consultants	x		o
Documentation of patient education and understanding	x		
Any anticipated problems and suggested interventions	x	x	x
24/7 call-back number	x	x	
Identify referring and receiving providers	x	x	
Resuscitation Status And any other pertinent end-of-life issues <sup>20</sup>	o		

**FIGURE 2.** Ideal discharge of the elderly patient: a hospitalist checklist. x = required element; o = optional element.

# Standardiser les procédures à la sortie

## Check-list patients

<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11376.pdf>

### Your Discharge Planning Checklist:

For patients and their caregivers preparing to leave a hospital, nursing home, or other health care setting

#### ACTION ITEMS

- ☐ Ask for written discharge instructions that you can read and understand and a summary of your current health status. Bring this information and your drug list with you to your follow-up appointments.
- ☐ Use the space called "My Appointments" to write down any appointments and tests you will need in the next several weeks.

#### For the Caregiver

- ☐ Do you have any questions about the items on this checklist? Write them down and discuss them with the staff.
- ☐ Can you give the patient the help he or she needs?
  - ☐ Talk to the staff about your concerns.
  - ☐ Write down a name and phone number to call if you have questions.
- ☐ Get prescriptions and any special diet instructions early, so you won't have to make extra trips after discharge.

If you need help choosing a home health agency or a nursing home, visit [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) to compare the quality of nursing homes, home health agencies, and hospitals in your area. You can also call 1-800-MEDICARE. TTY users should call 1-877-486-2048.

**Medicare Discharge Appeal Rights:** If you have Medicare and feel a hospital or other health care setting too soon, you may have the right to request a discharge decision by an independent reviewer called a Quality Improvement Organization (QIO) before you leave. The QIO can explain your appeal rights. To learn more, call 1-800-MEDICARE.

\*This publication isn't a legal document. The official Medicare Program rules are contained in the relevant statutes, regulations, and rulings. The information was correct when it was printed. Call 1-800-MEDICARE, or visit [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) for the most current information.

#### My Drug List as of (date): \_\_\_\_\_

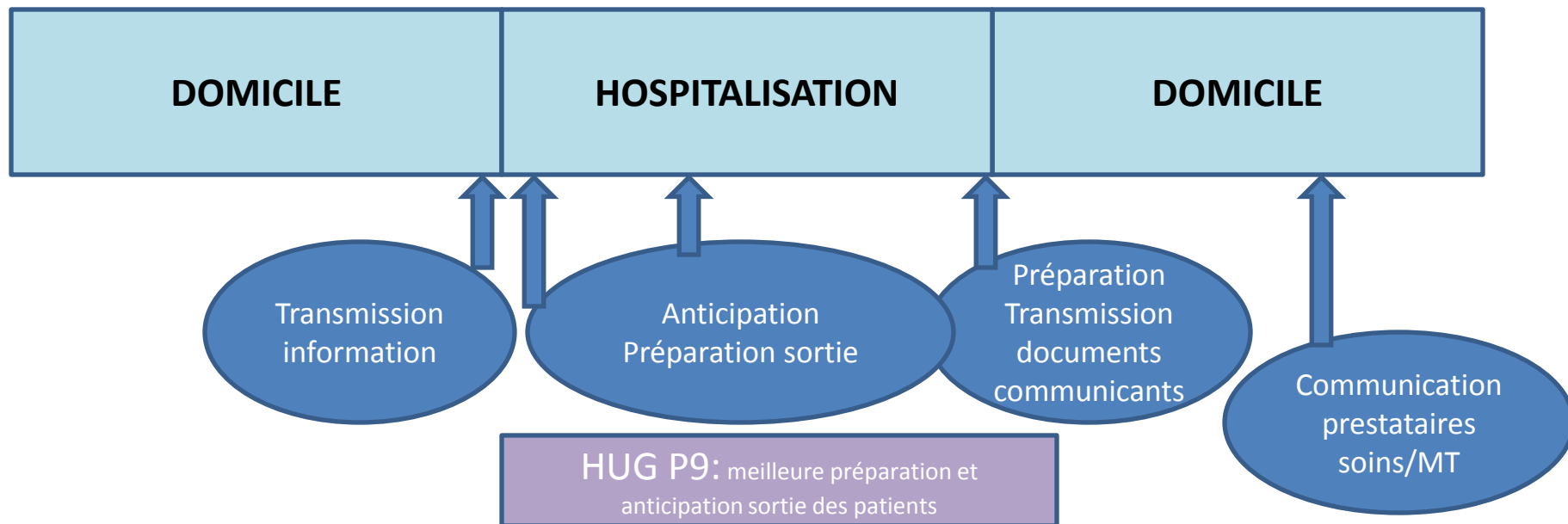
Include prescription drugs, over-the-counter drugs, vitamins, and herbal supplements.

DRUG NAME	WHAT IT DOES	DOSE	HOW TO TAKE IT	WHEN TO TAKE IT	NOTES

#### My Appointments

APPOINTMENTS AND TESTS	DATE	PHONE NUMBER

# Standardiser le processus (et les procédures) de préparation à la sortie



# Travail réalisé par le groupe P9

## **1. Analyse et optimisation du processus d'anticipation et de préparation de la sortie :**

- Identification des phases charnières du processus
- Identification des rôles et responsabilités de chacun des acteurs à chaque étape du processus
- Identification des informations clés nécessaires au bon déroulement du processus et à chacune des étapes
- Définition des documents communicants nécessaires à la sortie et à la liaison hôpital / domicile et de leur contenu
- Développement d'un protocole permettant de débiter précocement le processus (alertes), de le suivre et le documenter par les acteurs impliqués



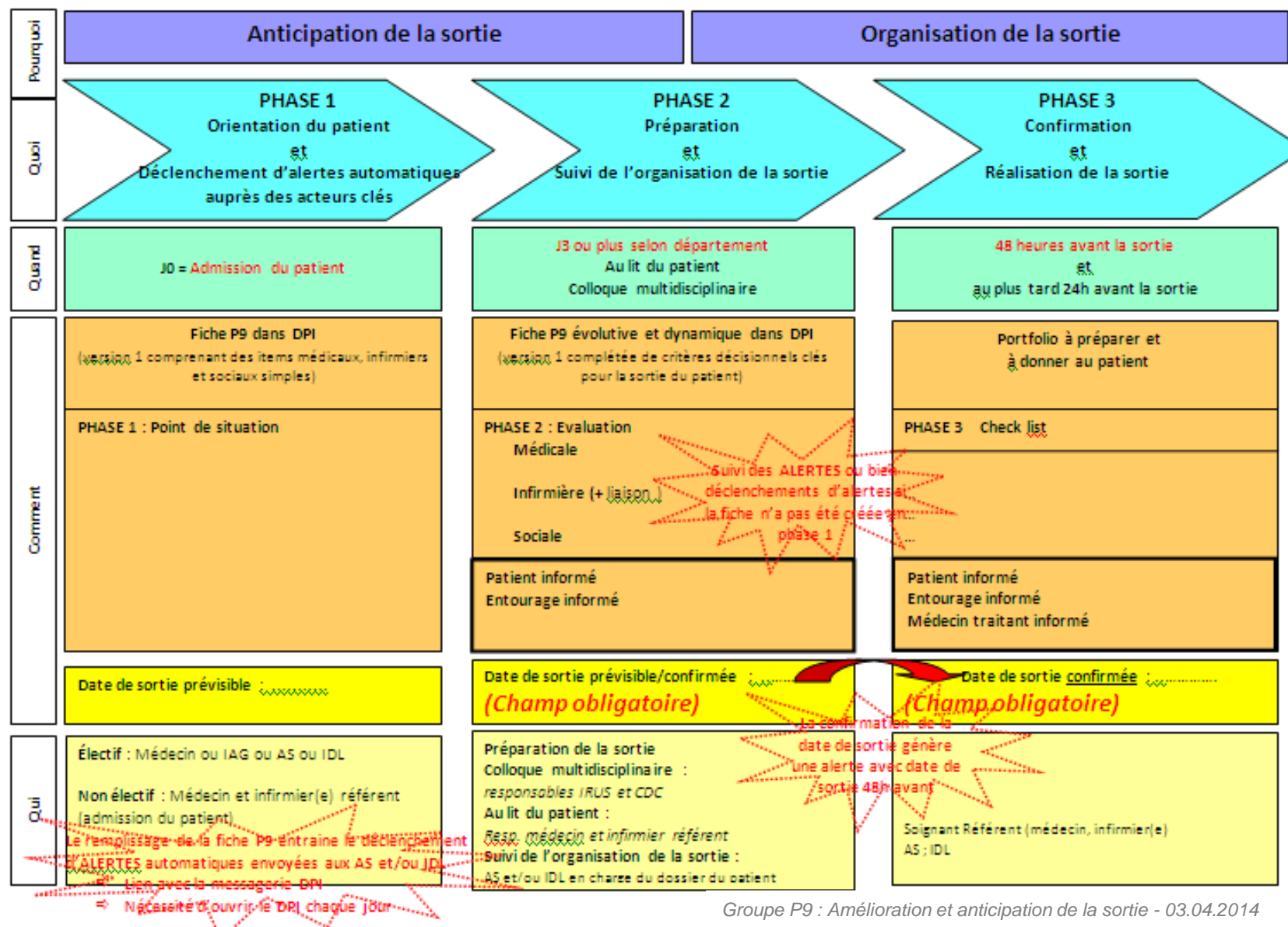
## Travail réalisé par le groupe P9

**2. Développement du protocole anticipation et préparation de la sortie dans DPI**

**3. Identification des freins au changement apportée par ce protocole et des mesures à prendre pour y remédier**

**4. Etude pilote : tests dans 3 unités (3 départements différents : DMIRG (SMIG), Chirurgie (service d'orthopédie), Neurosciences clinique (service de neurochirurgie))**

# 1. Analyse et optimisation du processus d'anticipation et de préparation de la sortie



## 2. Développement dans le DPI d'un outil de préparation de la sortie

### **Principes clés :**

- Centralisation et partage des information clés
- Processus qui démarre dès le jour d'admission

### **PHASE 1 :**

- Anticipation de la date de sortie
- Détermination du projet de sortie
- Gestion d'alertes pour les patients avec retour à domicile et besoins de prestations de soins à domicile

### **PHASE 2 :**

- Evaluation des besoins et organisation de ces derniers

### **PHASE 3 :**

- Confirmation du projet de sortie
- Constitution d'un portfolio destiné au patient (jour de la sortie)

## Phase 1 du processus : En début d'hospitalisation

- Evaluation de la situation clinique et sociale du patient
- Planification et documentation de la date de sortie prévisionnelle
  - **Alertes liées à date de sortie prévisionnelle**
- Planification et documentation du projet de sortie
  - RAD sans encadrement
  - RAD avec encadrement
  - Placement en institution
  - Suite de traitement intra ou extra HUG
- **Envois d'alertes (IDL; AS)**

# Protocole DPI-intégré au Cockpit

**Cockpit** Médical 2 Médical **Mon cockpit personnel** Informations générales Nouvelle vue

**Données administratives**  
 Imprimer la fiche d'admission

**Identification**  

Nom, prénom	BELLE Demoiselle
Date de naissance	16/01/1986 (28 ans)
Nom de naissance	
Pièce d'identité	Carte d'identité
N° avs	
N° e-toile	
N° ue	

**Adresses**  
 Editer  

Adresse légale ▾  
BELLE Demoiselle  
Nouvelle vision 16  
Les Avanchets 1220

**Agenda**  
Aucun rendez-vous prévu.

**Attitude** Allergies Trajectoire Habitudes  
**Attitude : Soins maximaux à l'étage**  
Justification : dfgdfg  
Discuté avec le patient

**Transmissions ciblées** Protocoles  
 + Nouvelle cible Terminer toutes les cibles

**Ordres à relever** Résultats de laboratoire Préparation de la sortie du patient  
**Veuillez au plus vite renseigner la date de sortie prévisionnelle.**  
Sortie prévisionnelle :  Enregistrer  
Dernière valeur : pas de valeur précédente  

Démarrer le protocole

Phase 1

# Protocole DPI

Phase 1

**Alerte BMR** **Alerte PRION** **Sortie non indiquée** Patient : 97029747 EdS N° 970

**Cockpit** Médical 2 Médical **Mon cockpit personnel** Informations générales

Préparation de la sortie du patient

**Veillez au plus vite renseigner la date de sortie prévisionnelle.**

Sortie prévisionnelle :  **Enregistrer**

Dernière valeur : pas de valeur précédente

**Activité en cours**

**Introduction**

**Renseigner l'activité**

**Projet de sortie non prédit!**

**Alertes**

**Alertes**

# Protocole DPI

Phase 1

Ordres à relever	Résultats de laboratoire	Préparation de la sortie du patient
Ce protocole permet d'anticiper et d'organiser la sortie des patients.		
Etape terminée le 26.03.2014 11:23:31 par padu		
▼		
Evaluer la situation		
<b>Motif d'hospitalisation</b> : <input type="text" value="Brocho spasme"/> Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Nombre de comorbidités actives</b> : <input type="text" value="3"/> Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Patient vit seul(e)</b> : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Troubles cognitifs</b> : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Est dépendant à domicile (avant l'admission) ?</b>		
<b>Mobilité (déplacements / transferts)</b> : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Toilette / Douche</b> : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Gestion des médicaments</b> : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Est dépendant à l'admission ?</b>		
<b>Mobilité (déplacements / transferts)</b> : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Toilette / Douche</b> : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Encadrement médico soignant existant</b> : <input type="radio"/> Non <input checked="" type="radio"/> IMAD <input type="radio"/> Autre Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<b>Précisez Autre</b> : <input type="text"/> Dernière valeur : pas de valeur précédente		
<input type="button" value="Enregistrer"/>		
<input type="button" value="Passer à l'étape suivante"/>		

# Protocole DPI

## Introduction

Ce protocole permet d'anticiper et d'organiser la sortie des patients.

Etape terminée le 26.03.2014 11:23:31 par padu

## Evaluer la situation

Motif d'hospitalisation : Brocho spasme

Nombre de comorbidités actives : 3

Patient vit seul(e) : Non

Troubles cognitifs : Oui

### Est dépendant à domicile (avant l'admission) ?

Mobilité (déplacements / transferts) : Non

Toilette / Douche : Non

Gestion des médicaments : Oui

### Est dépendant à l'admission ?

Mobilité (déplacements / transferts) : Oui

Toilette / Douche : Oui

Encadrement médico soignant existant : IMAD

Précisez Autre : Non renseigné

Etape terminée le 26.03.2014 11:24:49 par padu

## Confirmer le projet de sortie

- ☒ Retour à domicile avec encadrement
- ☐ Retour à domicile sans encadrement ou retour en institution
- ☐ Placement en institution
- ☐ UATR (Unité d'accueil temporaire et de répit)
- ☐ Suite de traitement intra ou extra HUG

Continuer



## Phase 2 du processus : En cours d'hospitalisation

- Evaluation des besoins et des mesures à prendre en cas de RAD avec encadrement
  - par ex: prescription directement depuis protocole DPI de bon de physio
- Documentation de ces infos et mesures prises dans le DPI au fur et à mesure

# Protocole DPI

Phase 2



Confirmer le projet de sortie

Retour à domicile avec encadrement

Etape terminée le 26.03.2014 11:25:15 par padu



Evaluer les besoins et mesures d'encadrements



[Visualiser le document 'type de document indéfini'](#)

Version Temporaire. Document créé le 26.03.2014 11:27:05 et dernièrement modifié le 26.03.2014 11:27:05 par padu (NoTTT: 97012579)

Etape terminée le 26.03.2014 11:27:11 par padu



Prescrire un bon de physio ?

☒ Oui - Recommandé

☐ Non

Continuer

# Protocole DPI

Phase 2

Evaluation des besoins et mesures à prendre pour l'encadrement

HUG - Evaluation des besoins et mesures à prendre pour l'encadrement

[Enregistrer](#) [Fermer](#) [Visualiser](#) [Imprimer](#) [Annuler](#)

Nouvelle version

**Evaluation des besoins et mesures à prendre pour l'encadrement à domicile :**

▼ ☒ Soins infirmiers (inclus gestion des médicaments)

▲ ▼ Nature du besoin : Préparation du pilulier

Fréquence 1 fois par jour

Fréquence 1 fois par semaine

☐ Organisé

▲ ▼ Nature du besoin : réfection du pansement

Fréquence 1 fois par jour

Fréquence 3 fois par semaine

☐ Organisé

► ☐ Aide aux soins d'hygiène

► ☐ Aide au ménage

► ☐ Aide aux courses

► ☐ Repas

► ☐ Télé-alarme

► ☐ Evaluation ergothérapie

► ☐ Physiothérapie

► ☐ Matériel particulier (pansement, O2, etc.)

► ☐ Moyens auxiliaires (lits, fauteuil, etc.)

► ☐ Colloques de réseau

[Fermer la section](#)

## Information et accord patient !!!!

Phase 2

Accords	
Patient informé du projet de sortie • :	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente
Patient en accord avec le projet de sortie • :	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente
Entourage en accord avec le projet de sortie • :	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente
Médecin traitant informé du projet de sortie • :	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dernière valeur : pas de valeur précédente
<div>Enregistrer</div> <div>Passer à l'étape suivante</div>	

Confirmer définitivement le projet de sortie	
<input type="radio"/> Oui	
<input type="radio"/> Non	
<div>Continuer</div>	

## **Phase 3 du processus : Dans les 48-24 h précédant la sortie**

- Organisation finale des mesures prises découlant de la phase précédente
- Préparation des documents communicants nécessaires à la sortie du patient et à la transition hôpital-domicile à partir du protocole
- Remise des documents(médics ou autres) aux personnes concernées (patient/famille, prestataire de soins à domicile, médecin traitant ou autres selon document)
- Vérification finale avec remise d'un porto-folio au patient.

# Protocole DPI

Phase 3

**Check-list de sortie**

**HUG - Check-list de sortie**

Enregistrer Fermer Visualiser Imprimer Annuler

Nouvelle version

☐ Document et matériels nécessaires à la sortie

☒

Ordonnances

☒ Des médicaments

☐ Fait

☐ Sur carnet à souche si opiacés / stupéfiants

☐ De matériel particulier

☐ Physiothérapie

☐ Ergothérapie

☒

Carte de traitement

☐ Fait

☒

Avis de sortie

[Créer le formulaire 'Avis de sortie'](#)

Le formulaire actuel sera automatiquement sauvegardé avant de créer le formulaire 'Avis de sortie'.

☐ Fait

☒

Certificats médicaux

☒ Arrêt de travail

[Créer le formulaire 'Certificat médical'](#)

Le formulaire actuel sera automatiquement sauvegardé avant de créer le formulaire 'Certificat médical'.

☐ Fait

☐ Autres (sport, etc.)

☐ Prescription de Soins Aigus de Transition (SAT)

☐ Prescription et mandat médicaux pour les infirmières à domicile

☐ Protocole de pansement

☐ Carnet de suivi de soins à domicile

☐ Carnet diabète, sintrom, DAVI

☐ Prochain(s) rendez vous

☐ Matériel particulier remis au patient

# Exemples: Liens Protocole-Formulaires dans DPI

Phase 3

**Avis de sortie**

Srv-Pathologie clin - Avis de sortie

Enregistrer Fermer Visualiser Imprimer Annuler

Nouvelle version N°EdS 97012579 - 1

Date de sortie: 26/03/2014

Destination du patient: retour à domicile

**Documentation clinique**

MOTIF D'HOSPITALISATION \*

DIAGNOSTIC PRINCIPAL \*

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

COMPLICATIONS

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

TRAITEMENT PRESCRIT A LA SORTIE \*

SUIVI APRES LA SORTIE \*

\* champ obligatoire

Fermer la section

**Destinataires**

Destinataire principal

Destinataire en copie

Fermer la section

**Signataire(s)**

Signature

Signataire: Ducloux Pascal

Avis de sortie

**Certificat médical**

N° 97012579

Enregistrer Fermer Visualiser Imprimer Annuler

**Certificat médical**

date du traitement

service: Service des urgences

type de l'incapacité de travail

arrêt travail pourcentage: % du 26/03/2014 au

reprise travail pourcent: % dès le 26/03/2014

date de consultation: 26/03/2014

nom de l'interne: Ducloux Pascal

Certificat médical

## **AVIS DE SORTIE**

Concerne :

Séjour du 07/03/2015 au 20/03/2015, unité 8-CL, Service de médecine interne générale ;  
destination : retour à domicile  
N° EDS : 13693911

---

### **MOTIF D'HOSPITALISATION**

dyspnée et toux

### **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

crise d'asthme aigu sévère ayant nécessité traitement de prednisone, aerosols dans le contexte d'une infection virale

### **DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

nodule 7 mm LSG

### **COMPLICATIONS**

aucune

### **TRAITEMENT PRESCRIT A LA SORTIE**

- 1 ) escitalopram Ciprallex cp 10 mg 1x/j per os
- 2 ) ésoméprazole Nexium mups cp 40 mg 1x/j per os (matin)
- 3 ) lévothyroxine (T4) Euthyrox cp 75 microg (1.221microg/kg) 1x/j per os
- 4 ) prednisone Prednisone cp 40 mg per os le matin et 20mg le soir jusqu'au 22.03  
prednisone 20mg le matin et 20mg le soir du 23.03 au 25.03  
prednisone 10mg matin et 10 mg le soir du 26.03 au 28.03  
prednisone 5mg le matin 5 mg le soir du 29.03 au 30.03
- 5 ) budésonide + formotérol Symbicort turbuhaler 400/12 inhal 1 bouffée 2x/j inhalation
- 6 ) paracétamol Dafalgan cp 1000 mg 3x/j (max) per os en réserve - Pour migraine
- 7 ) zopiclone Imovane cp 3.75 mg 1x/j (max) per os en réserve
- 8 ) salbutamol Ventolin aérosol inhal 100 microg 4x/j (max) inhalation en réserve

### **SUIVI APRES LA SORTIE**

Nodule en verre dépoli de 7 mm apico-postérieur gauche à contrôler dans six mois, si persistance, un contrôle annuel est préconisé.

conseil de prise de RDV à la consultation du Dr Vetterli  
sevrage de prednisone selon prescriptions, si pejoration consulter



# PORTFOLIO DE SORTIE

Concerne : Monsieur LAMPI Karlo, né le 23/08/1974

N° EDS : 97015144

Séjour depuis le 06/10/2013

## Document et matériels nécessaires à la sortie (portfolio de sortie)

### Ordonnances

Des médicaments : [ ]

Sur carnet à souche si opiacés / stupéfiants : [ ]

De matériel particulier : [ ]

Physiothérapie : [ ]

Ergothérapie : [ ]

Carte de traitement : [ ]

Avis de sortie : [ ]

### Certificats médicaux

Arrêt de travail : [ ]

Autres (sport, etc.) : [ ]

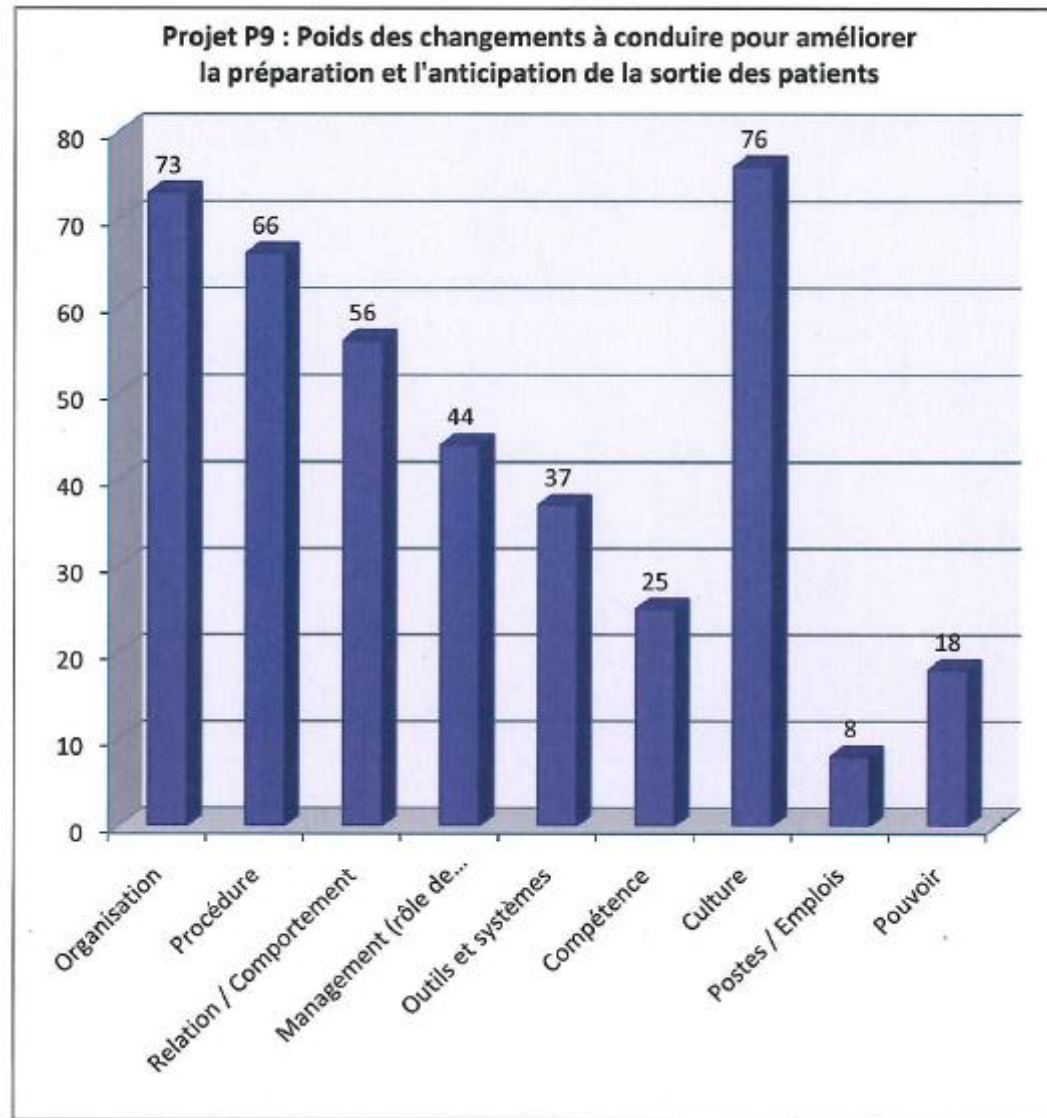
Prescription de Soins Aigus de Transition (SAT) : [ ]

Prescription médicale pour soins à domicile : [ ]

Protocole de pansement : [ ]

Carnet de suivi de soins à domicile : [ ]

### 3. Freins au changement et mesures à prendre



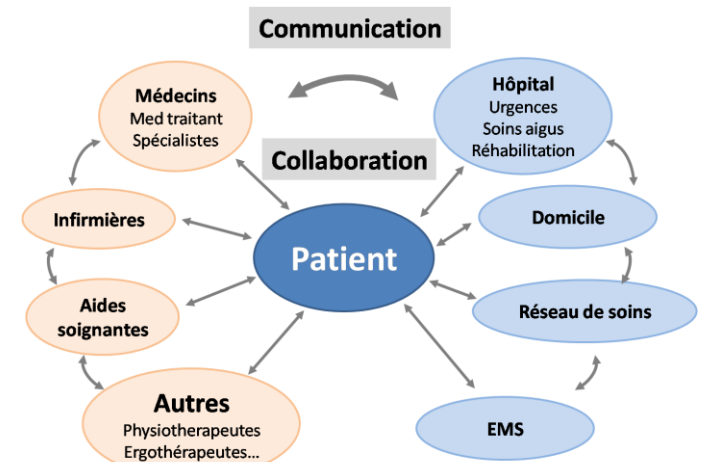
### 3. Freins au changement et mesures à prendre

#### **De manière générale : Pour tous les acteurs du processus :**

- Un changement de culture et d'organisation (anticipation, prévision de la date de sortie, transmission de l'information, traçabilité des décisions prises, etc.)
- L' appropriation de l'outil informatique par tous les acteurs concernés
- L' absolue nécessité de la clarification des rôles et des responsabilités de chacun à chaque étape du processus et leur renforcement par les hiérarchies respectives
- L' implémentation dans les services d'une politique d'anticipation et de préparation de la sortie soutenue par les cadres médicaux soignants dans les services

# Comment améliorer la transition

- **Eduquer et former**
  - Patients
  - Médecins: effective communication
  - Etudiants en médecine
- **Standardiser (et implémenter)**
  - les procédures de sortie (checklist)
  - le processus de sortie
- **Impliquer tous les partenaires**
  - médecins, patients, infirmières, pharmaciens, assistant sociaux, infirmières de liaison
- **Améliorer les instruments**
  - Dossier patient informatisé accessible
  - Outils informatiques



# Réconciliation médicamenteuse



Département de Médecin  
communautaire et prem  
Service des Urgences

Envoyé par : lui-même

Médecin traitant :

Motif d'admission :

Infirmière

ANTECEDENTS PERS

AA :

Patient de 52 ans  
prédominance c  
EF max 39, maj  
prédominance n  
céphalées front

Il n'y a pas d'od  
contage, pas de  
suivi pneumolog

ATCD : bronchi  
(Spiliopoulos), E  
Sep de DPE

EXAMEN CLINIQUE

GEN : EG dimir  
CV : normocard  
TRCP < 2 sec, Ø  
RESP : dyspnée  
diffusement diminuée,  
discretement allongé  
DIG/UG : sp  
ORL : Ø conjonctivite  
encombrement nasal  
cervicales.

Concerne: Mme PRIDEZ Dominique Nadine, née le 29 08 1957

Page 2

erne

thorax ne met pas de foyer en évidence. Devant une suspicion de décompensation  
asthmatique/BPCO sur une infection virale des voies respiratoires, un frottis H1N1 est réalisé  
et un traitement empirique par Tamiflu 75 mg 2x/j est introduit ainsi qu'un traitement de

## Carte de traitement pour le patient



ent : 11558383  
UG : 13/12/2009  
14/12/2009

Groupe Médical d'Onex - Route  
10 28 / fax : 022 879 50 62 / pas  
la patiente

Nom du patient  
Nom du médecin

Date 15.12.2009  
Unité 7-FL

Nom du médicament	Présentation et dosage	Posologie et fréquence				Schéma particulier et précautions	Raison du traitement	Effets indésirables
		matin	midi	soir	coucher			
Irfen (ibuprofène)	400 mg	1	1	1		en réserve is fièvre ou douleurs	etat grippal	douleur estomac
Tamiflu (oseltamivir)	75 mg	1		1				
Dafalgan (paracetamol)	1000 mg	1	1	1				
Prednisone (prednisone)	40 mg	1						
Seroquel (quétiapine)	25 mg	1		1				
Sertraline (sertraline)	25 mg	1		1				
Nicotinell TTS (nicotine)	14 mg/24h	1						
Seretide Diskus (fluticasone + salmétérol)	500 ug fluticasone, 50ug salmeterol	1		1				
Ventolin (salbutamol)	1 push	1		1				
Ventolin (salbutamol)	1 push	1	1	1				

Rp.

- 1) ibuprofène Irfen cp 400 mg 3x/j per os en réserve - si douleurs ou fièvre
- 2) oseltamivir Tamiflu 75 mg 2x/j per os jusqu'au 18/12/2009 y compris -
- 3) paracetamol Dafalgan cp 1000 mg 4x/j per os en réserve - si douleurs ou fièvre
- 4) prednisone Prednisone cp 40 mg 1x/j per os jusqu'au 18/12/2009 y compris -
- 5) quétiapine Seroquel cp 25 mg 2x/j per os -
- 6) sertraline Sertraline 25 mg 2x/j per os -
- 7) nicotine Nicotinell TTS percut 14 mg/24h 1x/j percut jusqu'au 25/12/2009 y compris -
- 8) fluticasone + salmétérol Seretide Diskus 500 ug fluticasone, 50ug salmeterol 2x/j INHAL (matin, soir) -
- 9) salbutamol Ventolin spray inhal 1 push 2x/j INHAL
- 10) salbutamol Ventolin spray inhal 1 push 4x/j INHAL en réserve - si dyspnée

Imprimé par Caroline Brossier, le 15/12/2009 à 16:14

Dr J. PLOJOUX  
Chef de clinique

Dr L. BC  
Médecin

Dr D. DI  
Médecin

Le 15.12.2009

2/2009 à 16:03

Page 1 / 3

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4 CH - 1211 Genève 14 Tél. 022/372.71.92 Fax 022/372.72.29

☒ Madame  
☐ Monsieur  
☐ Enfant

Diagnostic: A

AA: Depuis  
grippe  
6 jour  
TA 14/9

ATCD:

Médicaments:

Case pos

407487

liité

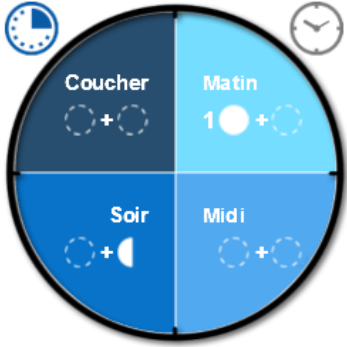
# Réconciliation médicamenteuse

- Rôle des pharmaciens
- Outils informatiques: plan de traitement partagé

AJOUTER une nouvelle prescription

enalapril maléate + hydrochlorothiazide CO RENITEN cpr 20/12.5 mg 98 ... ☐ Générique non autorisé Problème(s): -

**Posologie**



**Unité de dispensation**  
cpr

**Voie d'administration**  
Per os (po)

**Dispensation**  
☒ Non précisé ☐ Avant le repas  
☐ Pendant le repas ☐ Après le repas

**Fréquence**  
☒ Non précisé ☐ Tous les jours  
☐ 1x/sem. ☐ 1x/mois  
☐ 1 jour sur

**Date début**  
20/03/2015

**Durée**  
Jusqu'à nouvel ordre

**Renouvellement**  
☐ Par période ☐ Par fréquence  
Non précisé

**Emballage**  
☒ Non pertinent  
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**Schémas particuliers, précautions et commentaires**  
Astuce : Ctrl+Alt+Espace pour raccourcis de saisie.

**Raison du traitement**  
Astuce : Ctrl+Alt+Espace pour raccourcis de saisie.

**Effets indésirables**  
Astuce : Ctrl+Alt+Espace pour raccourcis de saisie.

enalapril maléate + hydrochlorothiazide CO RENITEN cpr 20/12.5 mg 98 pce ...

Enregistrer

# Dossier informatisé accessible

## Accès à tous les documents relevant pour la santé du patient

- Accès réglé par le patient (carte clé)
- Deuxième clé nécessaire pour le prestataire de soins
- Données décentralisées
- Connexion hautement sécurisée



## 7% des patients

- Campagne active
- Résistance patients
- Résistance MT
- Incitatif? Bénéfices?

# Résumé

- La transition hôpital-domicile (and vice-versa...) est une **période délicate** et particulièrement à risque pour les patients âgés et/ou avec des comorbidités nombreuses
- Les hôpitaux doivent implémenter des **procédures standardisées** pour assurer
  - la **diffusion rapide** au médecin traitant (ou tout autre prestataire de soins impliqués dans la prise en charge du patient à domicile)  
**d'informations essentielles pour la continuité des soins**
  - l' **information efficace et l'éducation du patient** et ses proches à sa sortie
  - la **réconciliation médicamenteuse**, objectif important pour tout patient transitant par différents milieux de soins



# Résumé

- La transition hôpital-domicile (and vice-versa...) nécessite **un changement de culture**
  - à toutes les étapes du parcours du patients
  - pour tous les professionnels de santé en charge du patient
- Pour changer la culture, les procédures de sortie mises en place doivent
  - faire partie intégrante de la qualité d'une prise en charge hospitalière,
  - être reconnues comme tel et valorisées
  - être enseignées au niveau prégradué comme postgradué
- Une **volonté politique, institutionnelle et facultaire clairement affirmée** est aujourd'hui nécessaire pour en faire un objectif prioritaire

**Implication, information efficace, éducation  
Patient**

Réconciliation  
médicamenteuse

Réconciliation  
médicamenteuse

**DOMICILE**

**HOSPITALISATION**

**DOMICILE**

Transmission  
information

Anticipation  
Préparation sortie

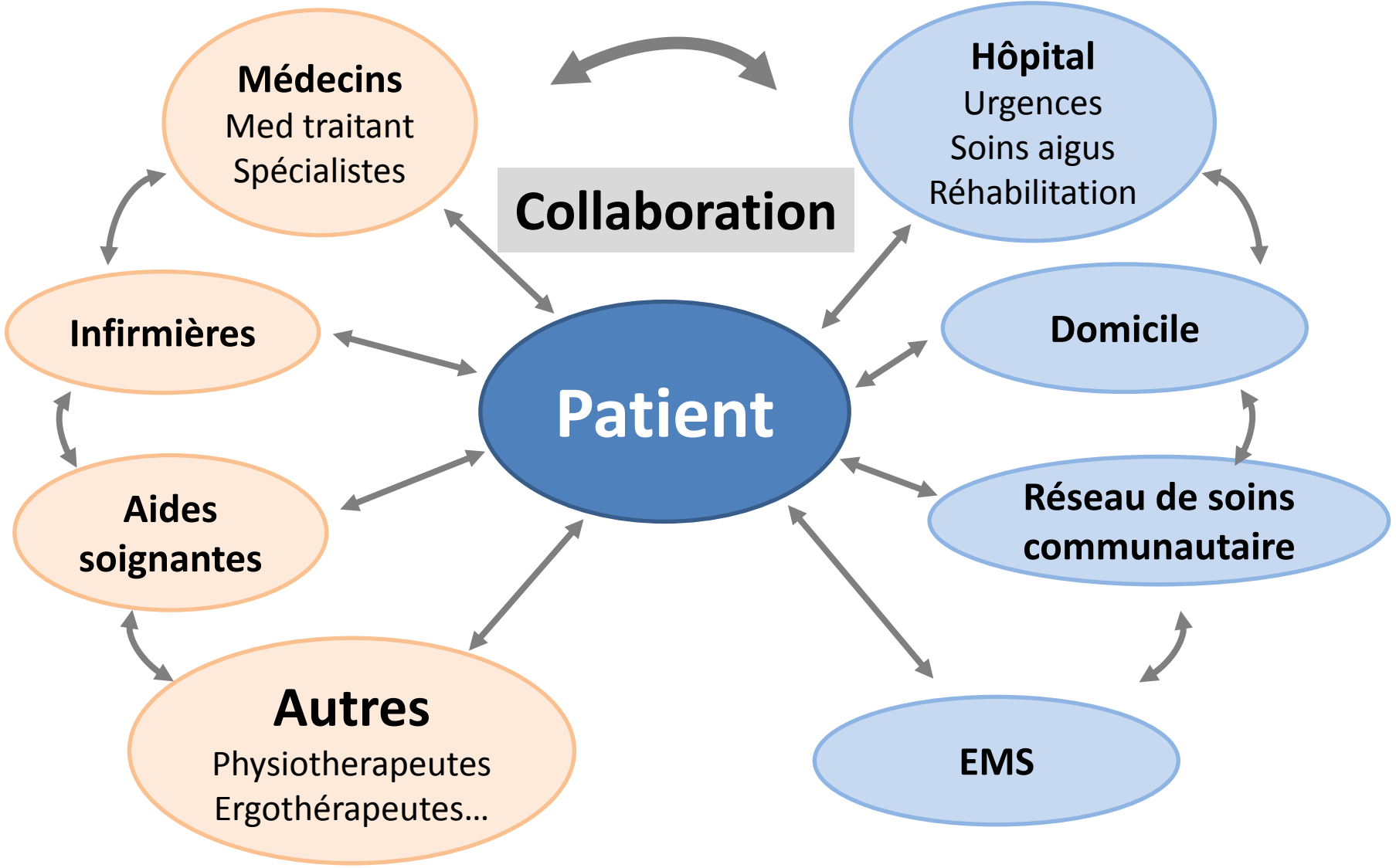
Préparation  
Transmission  
documents  
communicants

Communication  
prestataires  
soins/MT

Communication  
prestataires  
soins/MT

**Communication**

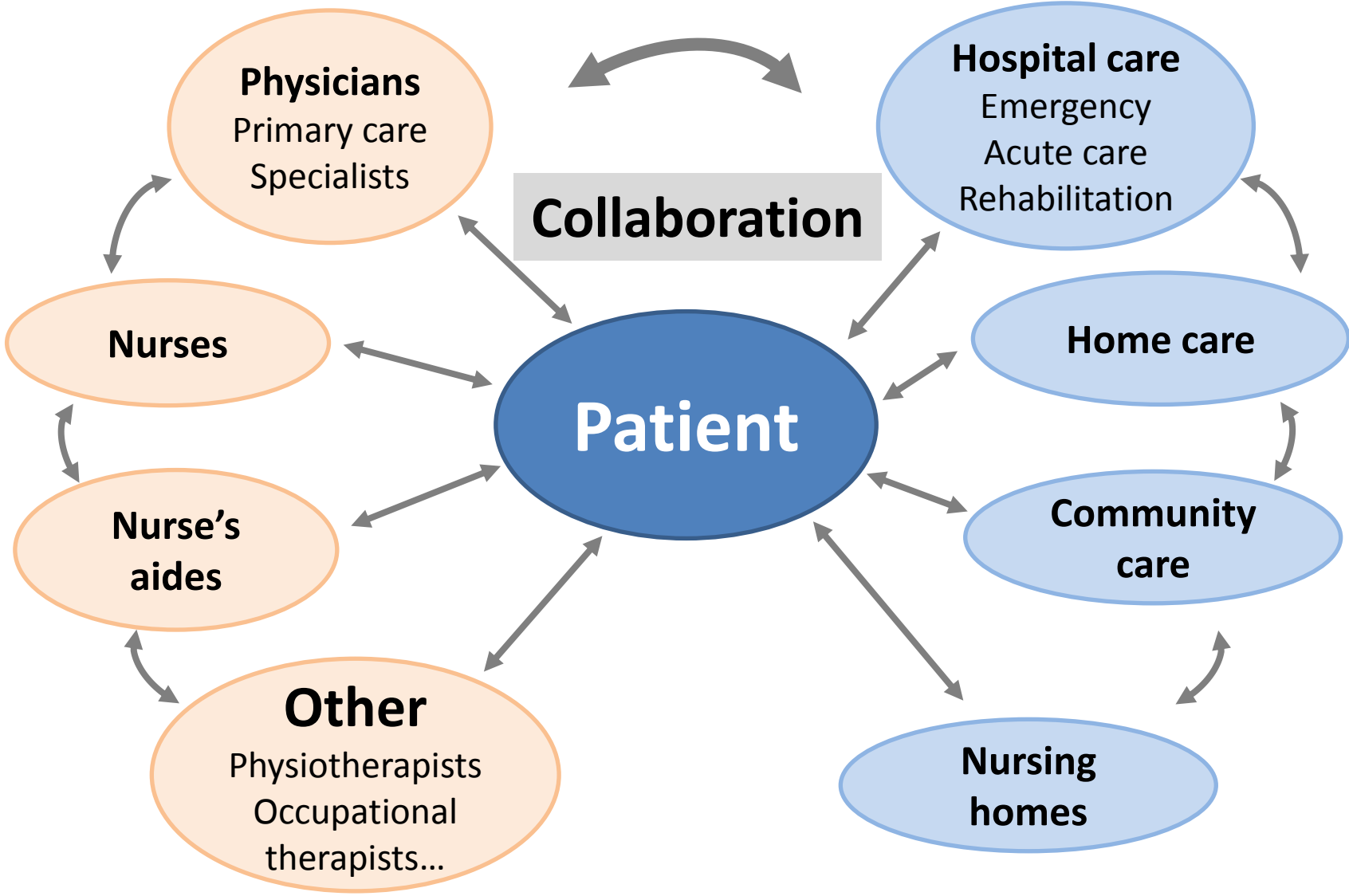
**Collaboration**





Communication

Collaboration



- Backup

# « Transition managers »

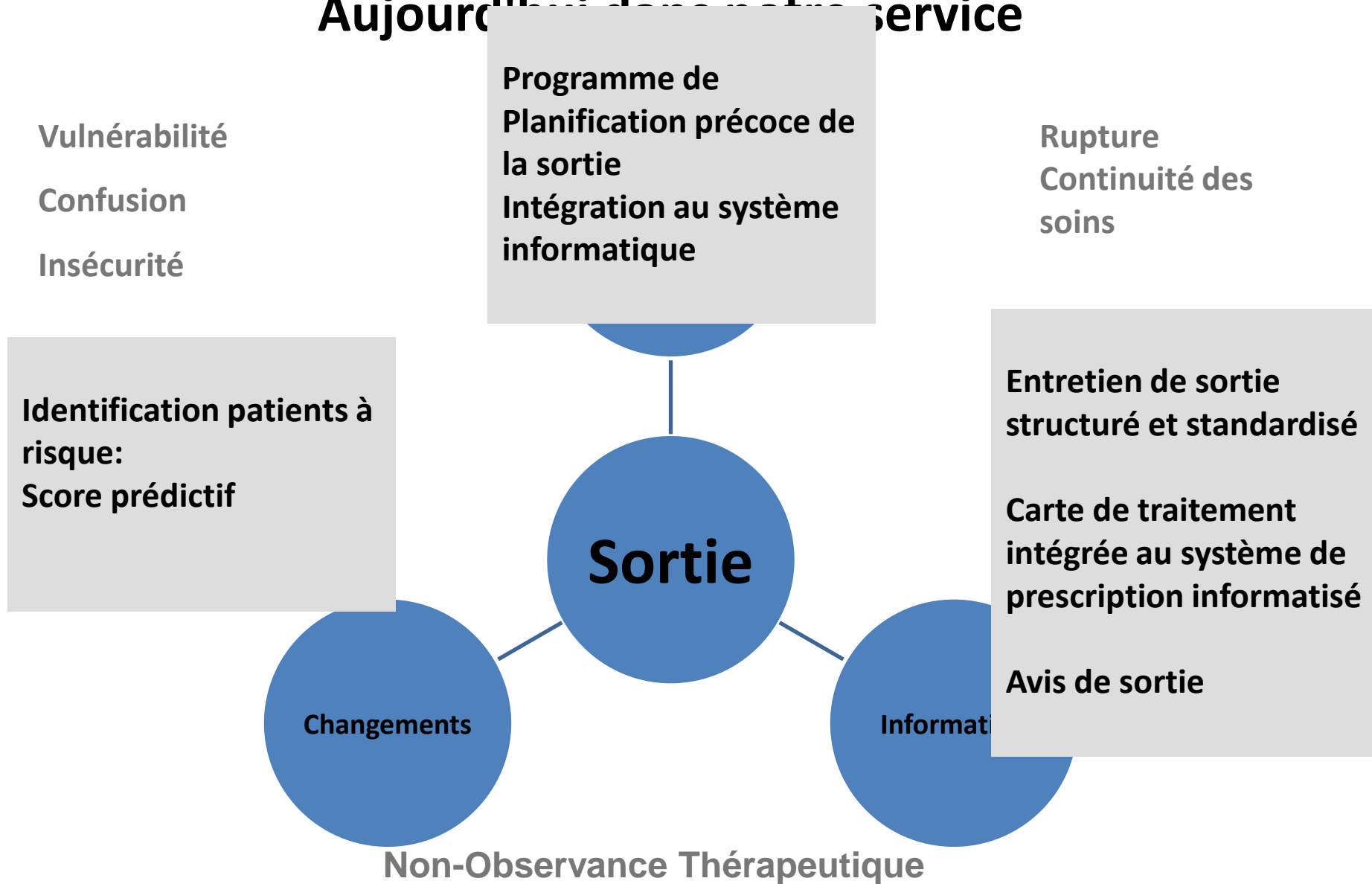
- Une nouvelle profession???

# Physician education

- Ongoing curricula
- Time
- Cost???



# Aujourd'hui dans notre service



# Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care

## A Systematic Review

Gijs Hesselink, MA, MSc; Lisette Schoonhoven, RN, PhD; Paul Barach, MD, MPH; Anouk Spijker, MA; Petra Gademan, MD; Cor Kalkman, MD, PhD; Janine Liefers, MSc; Myrra Vernooij-Dassen, PhD; and Hub Wollersheim, MD, PhD

*Ann Intern Med.* 2012;157:417-428.

**Table 2. Types of Outcomes and Statistical Significance of Effects, by Studied Interventions**

Intervention (Reference)	Outcome						
	Hospital Use	Continuity of Care*	Patient Status	Errors/ Near-Misses/ Adverse Events†	Primary Care Use	Health Care Provider Status	Caregiver Status
Geriatric floating interdisciplinary transition team (28)	✓	✓					
Delivery of electronic discharge summary by e-mail (29)		✓‡					
Clinical pharmacist discharge service (30)			✓	✓			
Comprehensive discharge follow-up (31)		✓‡		✓‡			
Interdisciplinary intervention program (32)	✓		✓‡				
Software-assisted hospital discharge: computerized physician order entry (33)		✓‡	✓‡				
Software-assisted hospital discharge: computerized physician order entry (34)				✓			
Reengineered hospital discharge program (35)	✓‡	✓‡	✓‡		✓‡		
Supplemental care bundle (36)	✓‡						
Electronic discharge summary program (37)		✓		✓		✓	
Computerized medication reconciliation tool and process redesign (38)				✓			
Notification to inform GPs of discharge summary documentation (39)	✓	✓‡					
Nurse-driven, evidence-based discharge planning protocol (40)	✓‡	✓‡	✓‡				
Enhanced medication discharge plan (41)		✓					
Stroke discharge care case management (42)	✓		✓				
Community liaison pharmacy service (43)			✓‡				
Standardized Web-based communication system between GPs and ED (44)		✓‡			✓‡		
Enhanced pharmacist counseling and follow-up (45)	✓‡	✓	✓	✓‡			
Hospital-coordinated discharge care plan (46)	✓	✓‡	✓‡				
Hospital-based community liaison pharmacy service (47)	✓	✓‡		✓‡			
Comprehensive Geriatric Assessment and multidisciplinary intervention (48)	✓‡				✓		
Pharmacist transition coordinator (49)	✓‡	✓‡		✓			
Intensive community nurse-supported discharge program (50)	✓						
APN-directed discharge planning and home follow-up protocol (51)	✓‡		✓‡				
Nurse-led early discharge (52)		✓‡	✓				✓
Case management and post-acute care program (53)			✓‡				✓
Comprehensive follow-up home visits (54)	✓		✓‡				
Hospital-to-home transitional care model (55)	✓‡		✓‡				
Extended stroke service unit with early supported discharge (56)			✓				
Pharmacy discharge plan (57)	✓	✓	✓		✓		
Personal invitation to GPs to visit or contact hospital and a special discharge summary (58)		✓‡	✓			✓	
GP input into discharge planning (59)		✓‡	✓‡				
APN-centered comprehensive discharge planning and home follow-up protocol (60)	✓‡						
Database-generated discharge summaries (61)		✓‡					
Postdischarge geriatric assessment (62)	✓		✓				
Comprehensive multidisciplinary treatment strategy (63)	✓‡						
Total	20	19	19	8	4	2	2

APN = advanced practice nurse; ED = emergency department; GP = general practitioner.

\* Adapted from the definition by Hellesø and colleagues (3) (outcomes that relate to the quality of information, communication, and coordination of care).

† Unintended occurrences in handover of care potentially causing harm to the patient (prospectively and retrospectively registered).

‡ Outcome with statistically significant effect in favor of the intervention group.

# Getting Out of Silos: An Innovative Transitional Care Curriculum for Internal Medicine Residents Through Experiential Interdisciplinary Learning

NANCY L. SCHOENBORN, MD  
COLLEEN CHRISTMAS, MD

## Abstract

**Background** Care transitions are common and highly vulnerable times during illness. Physicians need better training to improve care transitions. Existing transitional care curricula infrequently involve settings outside of the hospital or other health care disciplines.

**Intervention** We created a curriculum to teach internal medicine residents how to provide better transitional care at hospital discharge through experiential, interdisciplinary learning in different care settings outside of the acute hospital, and we engaged other health care disciplines frequently involved in care transitions.

**Setting/Participants** Nineteen postgraduate year-1 internal medicine trainees at an academic medical center in an urban location completed experiences in a postacute care facility, home health care, and outpatient clinics.

**Program Description** The 2-week required curriculum involved teachers from geriatric medicine; physical,

occupational, and speech therapy; and home health care, with both didactic and experiential components and self-reflective exercises.

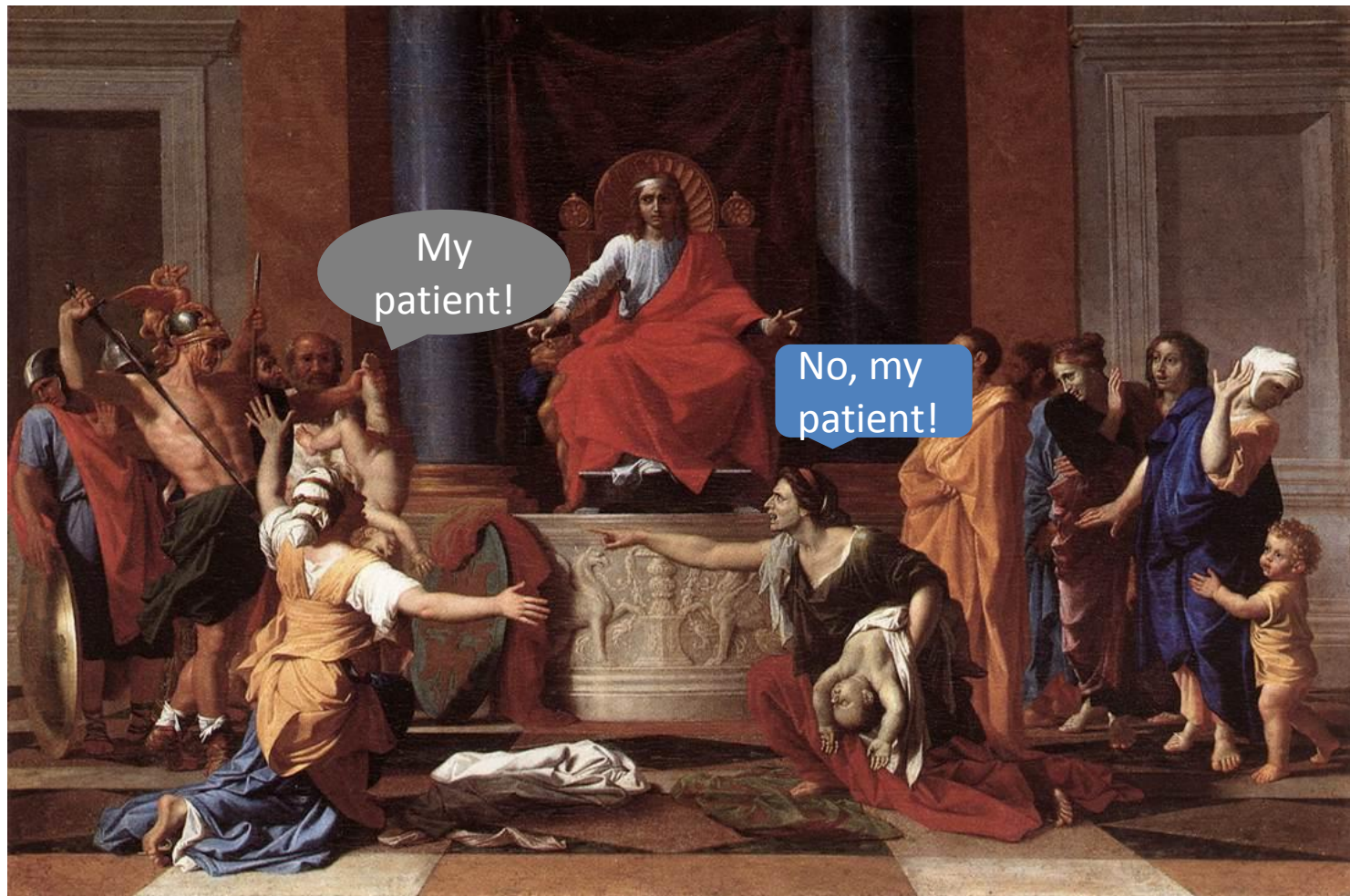
**Program Evaluation** The curriculum was highly rated (6.86 on a 9-point scale) and was associated with a significant increase in the rating of the overall quality of transitional care education (from 4.09 on a 5-point scale in 2011 to 4.53 in 2012) on the annual residency program survey. Learners reported improved knowledge in key curricular areas and that they would change practice as a result of the curriculum.

**Conclusions** Our transitional care curriculum for internal medicine residents provides exposure to care settings and health care disciplines that patients frequently encounter. The curriculum has shown positive, short-term effects on learners' perceived knowledge and behavior.





# The past.... hopefully!



Hospital doctor

Primary care doctor

# How to improve transitions

- Educate and train
  - Physicians: effective communication
  - Patients
  - Medical students
- Involve all the partners
  - Physicians, patients, nurses, pharmacists
- Improve instruments
  - Computerized patient records
  - Standardize (checklists)
- Valorize communication
  - Include in accreditation as quality indicator
  - Reimbursement of physician time

# Accreditation

## Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

- Included discharge instructions as core performance measure in the care of heart failure patients
- Reported publicly
- 2006: patient safety goal of medication reconciliation
- 2011: requires development of processes of medication reconciliation **at all point of care transition**

The screenshot displays the 'Hospital Accreditation' section of The Joint Commission's website. The header includes the logo and navigation links such as 'Log In | Request Guest Access', 'Contact Us | Careers', and 'Joint Commission Web Sites'. A search bar is also present. The main navigation bar lists 'Accreditation', 'Certification', 'Standards', 'Measurement', 'Press Room', 'Topics', 'About Us', and 'Daily Update'. The breadcrumb trail shows 'Home > Accreditation > Hospital'. The page title is 'Hospital Accreditation'. The left sidebar contains links for 'Hospital Program', 'How to Become Accredited', 'Performance Measurement and S3', 'Standards Information', 'Hospital Accreditation Contact Directory' (listing Mark G. Pelletier), and 'State Recognition' (with a map of the US). The main content area features a '2011 ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals' with a 'Click here' link, a 'PAUSE' button, and a 'Next' button. Below this is the 'Annual Report' section with links to 'Improving America's Hospitals - The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety - 2010' and 'Improving America's Hospitals The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety - 2009'. The 'Speaking Engagements - Hospital' section lists events from 9/8/2011 to 9/14/2011. The 'Useful Resources from JCR' section lists various briefings and updates. The right sidebar includes a 'Learn More About' section with links for 'High Reliability', 'Laboratory Accreditation', and 'Primary Stroke Certification'. It also features a 'Most Popular for Hospitals' list and a 'Sign up for News and Alerts' button.