Vol. 15 • Special Issue • 2016

HealthcarePapers

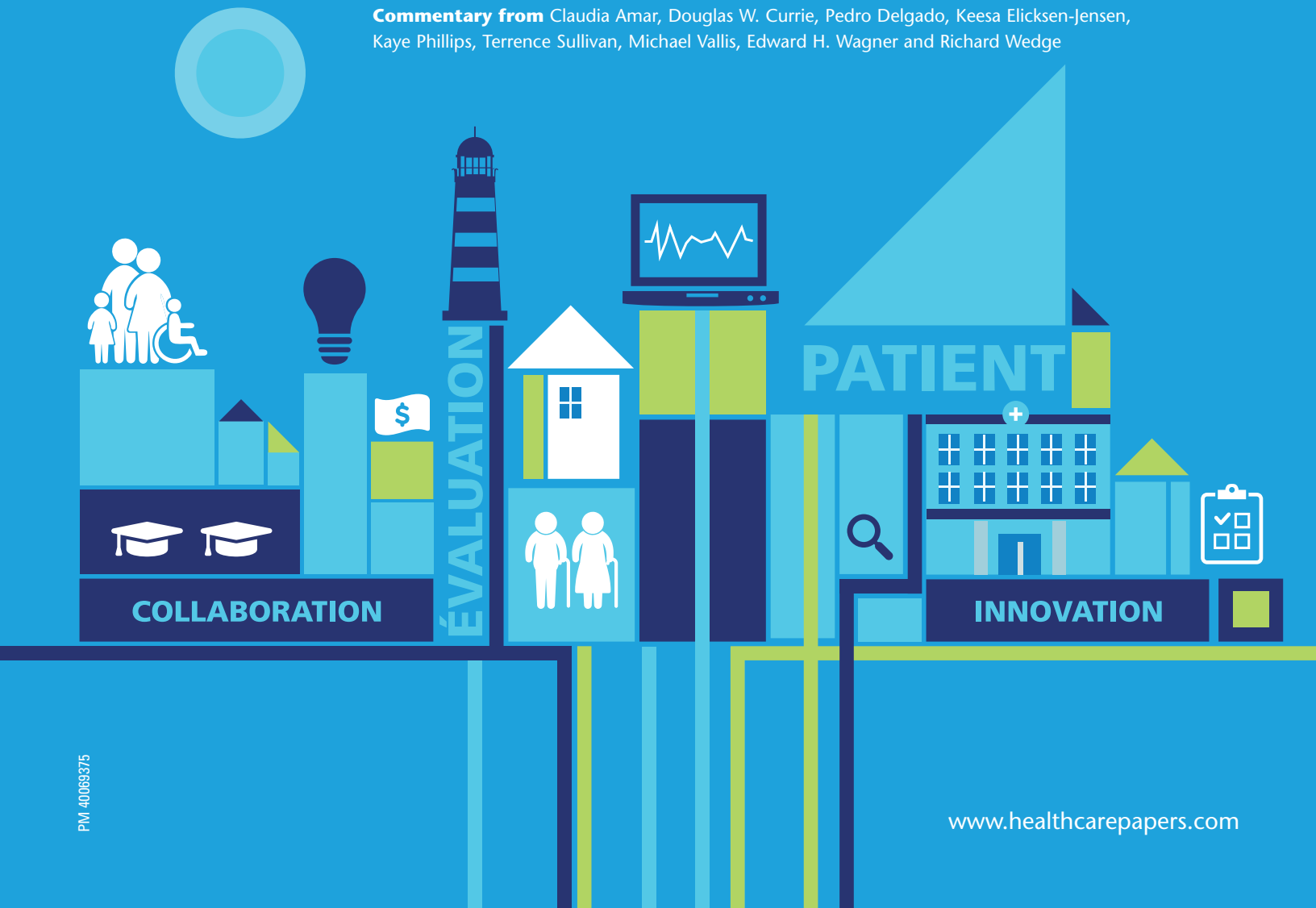
New Models for the New Healthcare
Nouveaux modèles pour de nouveaux soins de santé

A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem

Une approche de collaboration à un problème de soins chroniques

Jennifer Y. Verma, Jean-Louis Denis, Stephen Samis, François Champagne and Maureen O'Neil

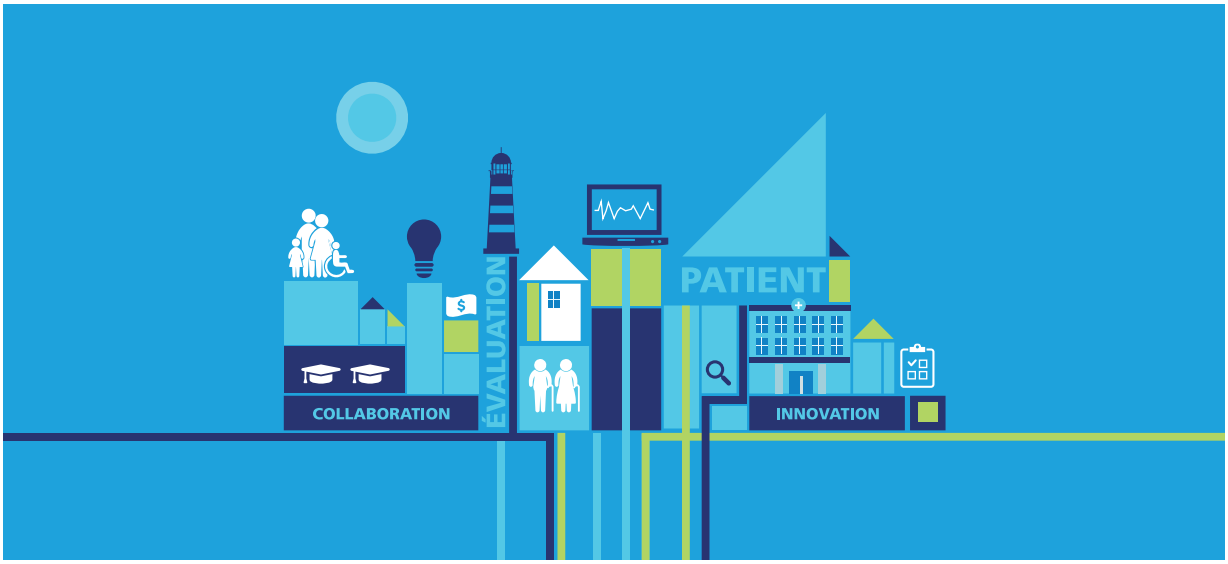
Commentary from Claudia Amar, Douglas W. Currie, Pedro Delgado, Keesa Elicksen-Jensen, Kaye Phillips, Terrence Sullivan, Michael Vallis, Edward H. Wagner and Richard Wedge



PM 40069375

www.healthcarepapers.com

HealthcarePapers New Models for the New Healthcare • Vol. 15 Special Issue • 2016



IN THIS ISSUE

INTRODUCTION

6 **The Atlantic Healthcare Collaboration: Is it Time to Challenge the West–East Health Gradient in Canada?**
Terrence Sullivan
This special issue documents the ambitious undertaking of the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), which partnered with Atlantic regional health authorities, and with endorsement of the Atlantic provinces, to create a large laboratory for healthcare improvements. The region is an appropriate laboratory, since Atlantic Canada bears the disproportionate burden of illness and poor health outcomes in the West (better health status) to East (poorer health status) gradient that characterizes health status in our country.

INVITED ESSAY

19 **A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem**
Jennifer Y. Verma, Jean-Louis Denis, Stephen Samis, François Champagne and Maureen O'Neil
Quality improvement collaboratives (QICs) are becoming popular approaches for supporting large-scale healthcare improvement; however, the factors associated with their success are not fully understood. The authors present a QIC in the Canadian context, where provincial healthcare systems have historically faced difficulty in moving from reactive models of care to more proactive ones. Relying on interdisciplinary teams to lead local improvements, a cohort of faculty, coaches and mentors to facilitate the change process and with leadership support set out in a charter, the Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease provides insights on facilitating system-wide improvement.

COMMENTARIES

62 **A First Step on the Journey to High-Quality Chronic Illness Care**
Edward H. Wagner
The Atlantic Healthcare Collaboration conducted a quality improvement initiative to improve chronic disease prevention and management for the four Atlantic provinces. This initiative helped build the case for improvement, increased the motivation to change, exposed participants to proven ideas for improvement and supported participating organizations in developing the capacity and culture to test, implement and spread improvements.

67 System-Level Reform in Healthcare Delivery for Patients and Populations Living with Chronic Disease
Richard Wedge and Douglas W. Currie
Over the past decade, a number of health authorities across Canada have adopted the US-based Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim philosophy (better population health, better patient experience and better per capita cost of care) in order to build system-level change. The Atlantic Healthcare Collaboration was an attempt to initiate system-level reform in healthcare delivery for patients living with chronic disease. Progress toward team improvement goals continues to play out, but the overall initiative shows that when a vision is shared, so too can the efforts to achieve it; in healthcare, collaboration is innovation.

74 A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem: An Academic Mentor's Point of View
Michael Vallis
The Atlantic Healthcare Collaboration provided a platform to bring together regions, health system priorities, providers and individuals/families living with chronic disease. This commentary presents the perspective of a faculty member/academic mentor, who contributed expertise on health behaviour change – at the level of the patient and family living with chronic disease, at the level of the healthcare provider and at the level of the healthcare system. Although there are many in-the-field examples of self-management support in healthcare, this initiative provided the supports that translated progress into feedback for providers leading the change efforts.

80 Evaluating a Chronic Disease Management Improvement Collaboration: Lessons in Design and Implementation Fundamentals
Kaye Phillips, Claudia Amar and Keesa Elicksen-Jensen
For the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), the Atlantic Healthcare Collaboration was an opportunity to build upon its experience in delivering regional change management training and to refine its evaluation and performance measurement approach. This commentary reports on the evaluation principles and approach, as well as the lessons learned, which CFHI is already applying to its new collaboratives.

90 Meeting the Challenge of Chronic Conditions in a Sustainable Manner: Building on the AHC Learning
Pedro Delgado
The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC) set out to achieve three aims: to create a patient- and family-centred approach to manage chronic diseases; to build a network of organizational, regional and provincial teams to share solutions and work together to develop, implement and sustain improvement initiatives; and to promote the sustainability of the participating health systems. This commentary explores the AHC's achievements and areas for improvement, based on the Institute for Healthcare Improvement's tradition and experience of leading quality improvement collaboratives.

THE AUTHORS RESPOND

97 A Last Word on Collaborating for Lasting Change
Jennifer Y. Verma, Stephen Samis, Jean-Louis Denis, Maureen O'Neil and François Champagne
In their final response, the lead authors reveal that time is often an important factor in realizing improvement – in the time period since the lead paper on the Atlantic Healthcare Collaboration was written, for example, the number of teams progressing to implementation and evaluation has doubled. This closing paper highlights team progress and summarizes reflections on creating improvement capacity, leading large-scale change and partnering with patients and families to get there. All of these are critically important in shaping the kind of health and care Canadians need and expect.

HealthcarePapers

Nouveaux modèles pour de nouveaux soins de santé •
Vol. 15 (numéro spécial) • 2016

DANS CE NUMÉRO

INTRODUCTION

12 La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique : le moment est-il venu de remettre en question le gradient de la santé Ouest-Est au Canada ?
Terrence Sullivan
Ce numéro spécial documente le projet ambitieux de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), qui est entrée en partenariat avec des autorités sanitaires régionales de l'Atlantique, avec l'aval des provinces de l'Atlantique, afin de créer un grand laboratoire pour l'amélioration des services de santé. La région est un laboratoire des plus appropriés, puisque le Canada atlantique supporte de manière disproportionnée le fardeau de la maladie et de la mauvaise santé au pays dans le gradient Ouest (meilleur état de santé) - Est (moins bon état de santé) qui caractérise la santé au Canada.

ESSAI INVITÉ

39 Une approche de collaboration à un problème de soins chroniques
Jennifer Y. Verma, Jean-Louis Denis, Stephen Samis, François Champagne et Maureen O'Neil
Les projets collaboratifs d'amélioration de la qualité gagnent en popularité, car ils soutiennent l'amélioration des soins de santé à grande échelle ; toutefois, les facteurs associés à leur réussite ne sont pas pleinement compris. Les auteurs présentent un projet collaboratif d'amélioration de la qualité dans le contexte canadien, où les systèmes de santé provinciaux ont souvent du mal à passer d'un modèle de soins réactif à une démarche plus proactive. En prenant appui sur des équipes interdisciplinaires qui pilotent des améliorations locales, et grâce au concours d'un groupe d'enseignants, de conseillers et de mentors qui facilitent le processus de changement, sans oublier l'appui formel des dirigeants des organismes participants, la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en matière d'innovation et d'amélioration dans le traitement des maladies chroniques esquisse les façons d'apporter des améliorations à l'échelle systémique.

COMMENTAIRES

62 Un premier pas sur le chemin des soins de grande qualité pour les maladies chroniques
Edward H. Wagner
La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a mené une initiative d'amélioration de la qualité en vue de faire progresser la prévention et la gestion des maladies chroniques dans les quatre provinces de l'Atlantique. Cette initiative a contribué à prouver la pertinence des efforts d'amélioration, à accroître la motivation en faveur du changement, à exposer les participants à des idées avérées en matière d'amélioration et à aider les organismes participants à élargir leurs capacités et à instaurer une culture de la mise à l'essai, de l'exécution et de la diffusion des améliorations.

67 Réforme systémique en matière de prestation de soins de santé pour les patients et les groupes atteints de maladies chroniques
Richard Wedge et Douglas W. Currie
Au cours de la dernière décennie, un certain nombre d'autorités sanitaires de partout au Canada ont adopté la philosophie du Triple objectif de l'Institute for Healthcare Improvement (une population en meilleure santé, une meilleure expérience pour le patient et de meilleurs coûts par habitant pour la prestation des soins de santé) dans le but de mener à bien des changements systémiques. La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique visait à engager une réforme systémique de la prestation des soins de santé pour les patients atteints de maladies chroniques. Les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs d'amélioration des équipes continuent d'évoluer, or l'initiative globale montre que lorsqu'une vision est partagée, les efforts en vue de la concrétiser le sont aussi : dans le domaine des soins de santé, la collaboration est une innovation.

74 **Une approche de collaboration à un problème de soins chroniques : le point de vue d'un mentor**
Michael Vallis
La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a fourni une plate-forme visant à rassembler les régions, les priorités du système de santé, les prestataires et les personnes / familles atteintes d'une maladie chronique. Dans ce commentaire, nous prenons connaissance de la perspective d'un membre du corps enseignant / d'un mentor universitaire qui a contribué son expertise en matière de modification des comportements de santé aux niveaux du patient et de la famille aux prises avec une maladie chronique, du prestataire et du système de soins de santé. Bien qu'il existe moult exemples tangibles de soutien à l'autogestion dans le domaine des soins de santé, cette initiative offrait un soutien à la transformation des progrès en rétroaction concrète pour les prestataires responsables des efforts de changement.

80 **Évaluer un projet collaboratif visant à améliorer la gestion des maladies chroniques : leçons sur des principes fondamentaux de la conception et de la mise en œuvre**
Kaye Phillips, Claudia Amar et Keesa Elicksen-Jensen
Dans le cas de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique était l'occasion de mettre à profit une riche expérience de formation en matière de gestion de changements régionaux et d'affiner son approche d'évaluation et de mesure du rendement. Ce commentaire porte sur l'évaluation des principes et de l'approche, ainsi que sur les enseignements que la FCASS applique d'ores et déjà à ses nouveaux projets collaboratifs.

90 **Relever le défi des maladies chroniques de manière pérenne : mettre à profit les acquis de la COSA**
Pedro Delgado
La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en matière d'innovation et d'amélioration dans le traitement des maladies chroniques (COSA) a entrepris de réaliser trois objectifs : créer une approche de gestion des maladies chroniques centrée sur le patient et sa famille ; établir un réseau d'équipes organisationnelles, régionales et provinciales afin de partager des solutions et collaborer en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et de pérenniser des initiatives d'amélioration ; et promouvoir la pérennité des systèmes de santé participants. Ce commentaire passe en revue les réalisations de la COSA et les domaines appelant des améliorations supplémentaires, en se fondant sur la tradition et l'expérience de l'Institute for Healthcare Improvement en matière de grands collectifs d'amélioration de la qualité.

LES AUTEURS RÉAGISSENT

110 **Un dernier mot sur la collaboration visant à réaliser des changements pérennes**
Jennifer Y. Verma, Stephen Samis, Jean-Louis Denis, Maureen O'Neil et François Champagne
Dans leur réponse finale, les principaux auteurs révèlent que le temps constitue souvent un facteur important dans la réalisation d'une amélioration. Depuis la publication du document de base sur la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique, par exemple, le nombre d'équipes qui cheminent vers la mise en œuvre et l'évaluation de leur projet a doublé. Ce rapport rétrospectif souligne les progrès des équipes et propose quelques réflexions sur l'établissement d'une capacité d'amélioration, sur la gestion des changements à grande échelle et sur le partenariat nécessaire avec les patients et leurs familles pour y parvenir. Tous ces éléments revêtent une importance capitale pour façonner le système de soins et de santé dont les Canadiens ont besoin et auquel ils s'attendent.

Visit our online archive
www.healthcarepapers.com

Vol. 15 No. 2 2015 | Systematically Identified Failure Is the Route to a Successful Health System
Vol. 15 No. 1 2015 | Caring for Caregivers: Challenging the Assumptions
Vol. 14 No. 4 2015 | The Patient Experience in Ontario 2020: What Is Possible?
Vol. 14 No. 3 2014 | Breaking the Deadlock: Towards a New Intergovernmental Relationship in Canadian Healthcare
Vol. 14 No. 2 2014 | Can Better Care for Complex Patients Transform the Health System?
Vol. 14 No. 1 2014 | Whose Death Is It Anyway? Perspectives on End-of-Life in Canada
Vol. 13 No. 4 2014 | Understanding the Gap Between Desire for and Use of Consumer Health Solutions
Vol. 13 No. 3 2013 | Is Public Health Ready to Participate in the Transformation of the Healthcare System?
Vol. 13 No. 2 2012 | Using Evidence to Meet Population Healthcare Needs: Successes and Challenges
Vol. 13 No. 1 2012 | Front-Line Ownership: Generating a Cure Mindset for Patient Safety
Vol. 12 No. 4 2012 | A Nudge Too Far? A Nudge at All? On Paying People to Be Healthy
Vol. 12 No. 3 2012 | Looking Back 50 Years in Hospital Administration
Vol. 12 No. 2 2012 | Framework for Advancing Improvement in Primary Care
Vol. 12 No. 1 2012 | Chartbook: Shining a Light on the Quality of Healthcare in Canada
Vol. 11 No. 4 2012 | The Case for Routine Patient-Reported Outcome Measurement in Canadian Healthcare
Vol. 11 No. 3 2011 | Responsibility for Canada's Healthcare Quality Agenda
Vol. 11 Special Issue 2011 | Mental Health in the Workplace
Vol. 11 No. 2 2011 | Collaborative Health Policy Making
Vol. 11 No. 1 2011 | Evidence-Based Policy
Vol. 10 No. 4 2011 | Residential Long-Term Care
Vol. 10 No. 3 2010 | Using Common Work Environment Metrics to Improve Performance
Vol. 10 No. 2 2010 | Internationally Educated Health Professionals
Vol. 10 No. 1 2009 | Aging at Home
Vol. 9 No. 4 2009 | The Value-for-Money Challenge
Vol. 9 No. 3 2009 | Healthcare-Associated Infections
Vol. 9 No. 2 2009 | Emerging Health Human Resources Needs
Vol. 9 No. 1 2008 | Getting from Fat to Fit
Vol. 8 No. 4 2008 | Standardized Mortality Ratios
Vol. 8 No. 3 2008 | Unequal Access
Vol. 8 No. 2 2008 | A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada
Vol. 8 No. 1 2007 | Safety Is Not Negotiable
Vol. 8 Special Issue 2008 | Strategic Partnerships
Vol. 7 No. 4 2007 | Chronic Disease Prevention and Management
Vol. 7 No. 3 2007 | The Public Health Enterprise
Vol. 7 Special Issue 2007 | Healthy Workplace
Vol. 7 No. 2 2006 | Using Networks to Enhance Health Services Delivery
Vol. 7 No. 1 2006 | Ontario's Wait Time Strategy
Vol. 6 No. 4 2006 | Pay-4-Performance
Vol. 6 No. 3 2006 | Quality Councils
Vol. 6 No. 2 2005 | Performance Reports
Vol. 6 No. 1 2005 | Diagnostic Imaging
Vol. 5 No. 4 2005 | Veterans Health Administration
Vol. 5 No. 3 2004 | Safe Healthcare
Vol. 5 No. 2 2004 | Mental Health in the Workplace
Vol. 5 No. 1 2004 | Regionalization
Vol. 4 No. 4 2004 | Public/Private Debate
Vol. 4 No. 3 2004 | Post-Romanow Pharmacare
Vol. 4 No. 2 2003 | Globalized Healthcare
Vol. 4 No. 1 2003 | Leadership Development
Vol. 3 No. 5 2003 | Complementary & Alternative Medicine
Vol. 3 No. 4 2003 | Post-Romanow Healthcare
Vol. 3 No. 3 2003 | Evidence-Based Practice
Vol. 3 No. 2 2002 | Health Workforce
Vol. 3 No. 1 2002 | Drug Policy
Vol. 2 No. 4 2002 | Reform Framework
Vol. 2 No. 3 2002 | Academic Health Centres
Vol. 2 No. 2 2001 | Physician Rationing
Vol. 2 No. 1 2001 | Patient Safety
Vol. 1 No. 4 2000 | Home Care
Vol. 1 No. 3 2000 | Rethinking Medicare
Vol. 1 No. 2 2000 | Integrated Healthcare
Vol. 1 No. 1 1999 | Primary Care

Healthcare*Papers*

Volume 15 • Special Issue

Editor-in-Chief *Adalsteinn D. Brown*
Guest Editor *Terrence Sullivan*
Editorial Director *Dianne Foster-Kent*
Publisher *Anton Hart*
Associate Publisher *Rebecca Hart*
Associate Publisher/Administration *Barbara Marshall*
Associate Publisher *Susan Hale*
Associate Publisher *Matthew Hart*
Design and Production *Yvonne Koo*

HOW TO REACH THE EDITORS AND PUBLISHER
Telephone: 416-864-9667
Fax: 416-368-4443

ADDRESSES
All mail should go to:
Longwoods Publishing Corporation, 260 Adelaide Street East, No. 8,
Toronto, Ontario
M5A 1N1, Canada

For deliveries to our studio:
54 Berkeley St., Suite 305,
Toronto, Ontario M5A 2W4,
Canada

SUBSCRIBE ONLINE
Go to www.longwoods.com and click on "Subscribe."

SUBSCRIPTIONS
Individual subscription rates for one year are [C] $118 for online only and [C] $178 for print + online. Institutional subscription rates are [C] $499 for online only and [C] $664 for print + online. For subscriptions contact Barbara Marshall at 416-864-9667, ext. 100 or by e-mail at bmarshall@longwoods.com.

Subscriptions must be paid in advance. An additional tax (GST/HST) is payable on Canadian transactions. Rates outside of Canada are in US dollars. Our GST/HST number is R138513668.

REPRINTS
Reprints can be ordered in lots of 100 or more. For reprint information call Barbara Marshall at 416-864-9667 or fax 416-368-4443, or e-mail to bmarshall@longwoods.com.

Return undeliverable Canadian addresses to: Circulation Department, Longwoods Publishing Corporation, 260 Adelaide Street East, No. 8, Toronto, Ontario M5A 1N1, Canada

EDITORIAL
To talk to our editors please contact Dianne Foster-Kent at 416-864-9667, ext. 106 or by e-mail at dkent@longwoods.com.

ADVERTISING
For advertising rates and inquiries, please contact Matthew Hart at 416-864-9667, ext. 113 or by e-mail at mhart@longwoods.com

PUBLISHING
To discuss supplements or other publishing issues contact Rebecca Hart at 416-864-9667, ext. 114 or by e-mail at rhart@longwoods.com.

Healthcare*Papers* is published four times per year by Longwoods Publishing Corporation, 260 Adelaide St. East, No. 8, Toronto, ON M5A 1N1, Canada.

The views and opinions expressed are those of the individual contributors and do not necessarily represent an official opinion of Healthcare*Papers* or Longwoods Publishing Corporation. Readers are urged to consult their professional advisers prior to acting on the basis of material in this journal.

Healthcare*Papers* is indexed in the following: Pubmed/Medline, CINAHL, Ulrich's, IndexCopernicus, Embase, Scopus, ProQuest, Ebsco Discovery Service and is a partner of HINARI.

No liability for this journal's content shall be incurred by Longwoods Publishing Corporation, the editors, the editorial advisory board or any contributors.

ISSN No. 1488-917X.
eISSN No. 1929-6339
Publications Mail Agreement No. 40069375.

© March 2016

Longwoods.com

Fonds

The Atlantic Healthcare Collaboration: Is it Time to Challenge the West–East Health Gradient in Canada?

Terrence Sullivan, PhD
President, Terrence Sullivan & Associates
Professor and Senior Fellow, Institute for Health Policy, Management and Evaluation
University of Toronto
Toronto, ON

In this edition of *Healthcare Papers*, we begin to understand the scale and pace of the turnaround that the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) has made in the last three years. During that time, building on a rich legacy of health services research and knowledge transfer, the organization has refocused away from the funding and production of health services research linking producers and decision-makers, which was a hallmark of the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). The organization has evolved the capacity-building ambitions of its predecessor toward the challenge of directly advancing health services through collaborative improvement initiatives informed by filtered evidence. CFHI has pragmatically adopted elements from leading healthcare improvement collaborative organizations like the Institute for Healthcare Improvement and other improvement initiatives in the US, the UK, Sweden and elsewhere to advance healthcare improvement and performance in Canada in a pan-Canadian fashion.

This collection documents the ambitious undertaking of one of its larger improvement efforts to build not just sub-regional or province-wide initiatives, but rather the four-province region of Atlantic Canada, which was joined through a common charter with CFHI as a large laboratory for healthcare improvements. An appropriate laboratory it is indeed, since Atlantic Canada bears the disproportionate burden of illness and poor health outcomes in the West (better

health status) to East (poorer health status) gradient that characterizes health status in our country. This important challenge faced by the Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC) is well laid out in the lead paper by Verma, Denis and colleagues (2016) and by Wedge and Currie (2016). The lead paper nicely characterizes the range of targeted improvement ambitions, and the variety of interventions associated with the AHC and the CFHI support to assist with these interventions.

The commentaries that follow are informed by the CFHI six levers framework for accelerating healthcare improvement to further our understanding of how to create and sustain patient- and family-centred approaches in chronic care (CFHI n.d.). These levers are revisited in the closing commentary, where the lead authors respond (Verma, Samis et al. 2016).

- How do we deliver population-based care? And how do we engage healthcare providers and front-line managers in delivering good chronic illness care (Wagner 2016)?
- How do we build organizational capacity as well as create supportive policies and incentives that foster an environment for improvement (Wedge and Currie 2016)?
- How do we engage patients and families in working with providers to design and deliver care that better meets their needs (Vallis 2016)?
- How can we encourage teams to rely on best evidence and carry out performance measurement for tracking their progress toward better care (Phillips et al. 2016)?
- What can we learn about quality improvement collaboratives and their utility as a "template" for leading to systemic or at-scale improvement (Delgado 2016)?

As noted by all the contributors in this volume, the evidence that underpins quality improvement collaboratives is modest (Schouten et al. 2008) but a good basis on which to build and target improvement efforts. There do appear to be a number of promising new developments emerging to assist in refining the focus and methods underpinning collaboratives, and a number of these are discussed in the collection. Defining the common effective elements of quality improvement collaboratives appears to be a challenging but important part of the initial planning, since these do seem to be predictive of what may produce effective improvements, as noted in the recent contribution from Nadeem and colleagues (2013). In the opening paper, Verma, Denis and colleagues nicely summarize the limits and the promising directions for quality collaboratives (2016). As they reflect on the AHC and its progress and challenges, they thoughtfully map the elements of the AHC against the elements enumerated in the paper by Nadeem and colleagues (2013). They also do a second ambitious mapping of activity elements against the Seattle Chronic Care Model and the CFHI Improvement Approach phases of progress. The lead paper highlights measured progress in several initiatives undertaken through the AHC, with a number still underway.

In tackling the range of health service improvement challenges in Atlantic Canada, the AHC with CFHI support undertook a "coalition of the willing" involving regional health authorities and clinical leaders in a number of particular areas across the Atlantic region and in partnership with their provincial health system leaders as well. Their aims were multiple, although turning on the common but very large challenge of improving chronic disease management. Pedro Delgado (2016), from the Institute for Healthcare Improvement, notes in his focused commentary the utility

of collaboratives as a template for leading to systemic improvement. He notes the importance of uniting and mobilizing people around a common improvement aim as the starting point. He also highlights the challenges of trading off breadth and focus in improvement collaboratives. The AHC, he points out, had a range of aims, which increases the effort required to make measureable change. A focus on the way aims are framed and measured is essential to success, as explored by Philips and colleagues in their contribution as well (Phillips et al. 2016).

The team had the wisdom to engage Edward Wagner as a colleague, to inform and advise on the AHC chronic disease improvement collaboration, and his perspectives are as wise as they are targeted (Wagner 2016). In his focus on how to deliver population-based care and engage providers and front-line managers, he points to the possibilities inherent in the engagement of primary care physicians as key agents of improvement. He also points to the importance and the promise of patient and family engagement in the design of initiatives, including self-management. The focus on effective engagement of primary care is common to almost all successful population health improvement efforts. There is some clear evidence that well-designed, primary care improvement initiatives can improve diabetes management, particularly if HbA1C is poorly controlled to begin with (Tricco et al. 2012).

It is also apparently possible to make sustained improvement through primary care if the effort is sustained, as recently illustrated by the Australian Primary Care Collaboratives program in the case of diabetes care (Knight et al. 2012). This Australian program delivered the improvement in no less than seven waves over five years, serving a large population of patients with diabetes, who showed 50% improvements in HbA1C along with comparable improvement in lipid levels and blood pressure measures. An interesting and skeptical editorial by O'Connor (2012), accompanying the Australian paper, points out the importance of enriching electronic prompts to ensure that future improvement collaboratives have a more nuanced, richer base of evidence-informed informatics support to advance improvement and patient-centred care in the future.

Thoughtful inputs from Vallis (2016) highlight the promise and the importance of engaging patients and families through working with providers to design and deliver care that best meets patient needs. In his view, the provider's role lies, in large measure, in helping the patient discover their own reasons for change as the key to improved self-management not to impost a provider's opinion. This is an under-developed focus in better disease state management. Vallis (2016) argues for a simple behavioural imperative to promote self-management: assess understanding and agreement as a stepping stone to the design of self-management tools (Wilson and Holt 2003). In this way, tools can be refined with patients through further adaptation to their understanding and agreement, and intervention strategies can be revised to be consistent with their understanding and agreement.

In their thorough piece on how to encourage teams to rely on best evidence and to measure performance to track progress toward better care, Phillips and colleagues (2016) draw out several lessons for the design and measurement of the AHC that generate a broader set of reflections for the work program of CFHI itself. They discuss a number of the areas that were strong design underpinnings to the collaborative – the challenges of ongoing measurement, planning and reporting; building team measurement capacity; coaching and support for evaluation and measurement; and additional social networking and costing analyses. Their lesson extends to

some critical elements as well – perhaps the duration of the AHC intervention was a little too short to produce measured improvements in a number of areas and could have benefited from further extension of the intervention support. In addition, the issue of how broad or how targeted the improvement intervention was turns out to be a point of active reflection, as is common in improvement collaboratives. Certainly it is easier to narrowly focus on disease-specific interventions and outcome measures where there are emerging "packages" of interventions and where the benefits of electronic supports might offer additional momentum to standardize optimal care.

Phillips and colleagues (2016) reflect thoughtfully on the importance of the AHC for the entire portfolio of current improvement initiatives, a portfolio that is currently evolving, with some targeted areas of focus. The entire organization is working with the national challenge of innovation and improvement, an area of focus where CFHI received an enthusiastic shout-out in the report of the federal Advisory Panel on Healthcare Innovation, recently released in the summer of 2015 (Advisory Panel on Healthcare Innovation 2015).

It is interesting to look at the AHC as an innovative collaboration of executive and clinical leaders along with provincial policy makers within Atlantic Canada. In many ways, their situation is one where the AHC highlighted the capacity to generate some modest care improvements, which may take on a longer-term momentum.

Wedge and Currie in their commentary take on the topical question of how to build organization capacity as well as create supportive policies for improvement (2016). They note that at least some provincial policies related to team-based professional collaboration appear to be working in favour of better chronic disease management and care. They also point out, as leading denizens of our smallest province, that Prince Edward Island is already highly integrated with neighbouring Nova Scotia and New Brunswick for complex surgery, among other subspecialty medical services. A clear policy for regionalization of complex surgery in Atlantic Canada may be an important further step to consider in the future (Finley et al. 2015).

Indeed, an overall strategy for Atlantic Canada might be an interesting next phase to support greater focus on prevention and specific disease-state management. Certainly many of the challenges to health status in the Atlantic region have their roots in the social determinants of health reflected in the conditions in which people live and work, with poorer health status being a reflection of poorer overall economic conditions and circumstance. A full push toward a reversal of the West–East gradient would need to take a bigger look at the social dimensions of health status in Atlantic Canada and the full mobilization of the public and primary healthcare leadership in the region. It would perhaps also take a more active look at the policy levers at the disposal of host governments in the region. Is a kind of North Karelia (Finland) scale of improvement effort (Puska 2010) not possible in Atlantic Canada?

Certainly, health spending in Atlantic Canada is above the Canadian average, with BC, Ontario and Quebec (three quarters of Canada) spending less per capita. While there may be a cost case for the health status burden in Atlantic Canada, there may also be a case for extracting greater value from all players in the region, including physician and health professional bargaining. The capacity to appeal to the civic engagement of practice leaders in Atlantic Canada has been stimulated, and perhaps there is a way of capitalizing on the idea of delivering better value, as is being argued with the emergence of

value-based arrangements in the US (Young 2013).

Canada has a limited set of improvement capacities beyond provincial quality councils, CFHI and some specialty areas of medicine, including cardiac, cancer, stroke, pediatrics and of course public health. The AHC has done an elegant job of highlighting the possibilities and the promise of launching innovative improvement initiatives to deal with large disparities in the health status of specific populations in Canada. Our resources for capacity development and improvement are thinly spread, and the Advisory Panel on Healthcare Innovation (2015) has thoughtfully recommended that these resources be expanded dramatically to move us systematically to a higher level of health system performance.

As Verma, Samis and colleagues (2016) note in their closing response, the AHC remains a large experiment that has provided an important regional input to the evolution of a learning healthcare system in Canada, supported by innovation and improvement processes. Can we take it a step further, Atlantic Canada?

References

Advisory Panel on Healthcare Innovation. 2015. *Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation.* Accessed November 21, 2015. <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-eng.php>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). n.d. "CFHI's Six Levers to Help Organizations Accelerate Healthcare Improvement." Accessed November 21, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/ResourcesAndTools/six-levers>.

Delgado, P. 2016. "Meeting the Challenge of Chronic Conditions in a Sustainable Manner: Building on the AHC Learning." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 90–5. doi:10.12927/hcpap.2016.24504

Finley, C., L. Schneider and S. Shakeel. 2015. *Approaches to High-Risk, Resource Intensive Cancer Surgical Care in Canada.* Accessed November 21, 2015. <http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/document/high_risk_resource_full_report_en.pdf>.

Knight, A.W., D. Ford, R. Audehm, S. Colagiuri and J. Best. 2012. "The Australian Primary Care Collaboratives Program: Improving Diabetes Care." *BMJ Quality & Safety* 21(11): 956–63. doi:10.1136/bmjqs-2011-000460

Nadeem, E., S.S. Olin, L.C. Hill, K.E. Hoagwood and S.M. Horwitz. 2013. "Understanding the Components of Quality Improvement Collaboratives: A Systematic Literature Review." *Milbank Quarterly* 91(2): 354–94. doi:10.1111/milq.12016

O'Connor, P. 2012. "Quality Improvement Collaboratives in the Age of Health Informatics – New Wine in New Wineskins." *BMJ Quality & Safety* 21(11): 891–93. doi:10.1136/bmjqs-2012-001265

Phillips, K., C. Amar and K. Elicksen. 2016. "Evaluating a Chronic Disease Management Improvement Collaboration: Lessons in Design and Implementation Fundamentals." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 80-9. doi:10.12927/hcpap.2016.24505

Puska, P. 2010. "From Framingham to North Karelia: From Descriptive Epidemiology to Public Health Action." *Progress in Cardiovascular Diseases* 53(1): 15–20. doi:10.1016/j.pcad.2010.01.003

Schouten, L.M., M.E. Hulscher, J.J. van Everdingen, R. Huijsman and R.P. Grol. 2008. "Evidence for the Impact of Quality Improvement Collaboratives: Systematic Review." *British Medical Journal* 336: 1491–94. doi:10.1136/bmj.39570.749884.BE

Tricco, A.C., N.M. Ivers, J.M. Grimshaw, D. Moher, L. Turner, J. Galipeau et al. 2012. "Effectiveness of Quality Improvement Strategies on the Management of Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet* 379: 2252–61. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60480-2

Vallis, M. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem: An Academic Mentor's Point of View." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 74–9. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

Verma, J.Y., J.-L. Denis, S. Samis, F. Champagne and M. O'Neil. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 19–60. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

Verma, J.Y., S. Samis, J-L. Denis, M. O'Neil and F. Champagne. 2016. "A Last Word on Collaborating for Lasting Change." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 97-109. doi:10.12927/hcpap.2016.24507

Wagner, E.H. 2016. "A First Step on the Journey to High-Quality Chronic Illness Care." *Healthcare Paper*s 15(Special Issue, January): 62–66. doi:10.12927/hcpap.2016.24506

Wedge, R. and Hon. D.W. Currie. 2016. "System-Level Reform in Healthcare Delivery for Patients and Populations Living With Chronic Disease." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 67–73. doi:10.12927/hcpap.2016.24508

Wilson, T. and T. Holt. 2003. "Complexity and Clinical Care." *British Medical Journal* 323: 685–88.

Young, G.J. 2013. "Redefining Payer–Provider Relationships in an Era of Pay for Performance: A Social Capital Perspective." *Quality Management in Health Care* 22(3): 187–98. doi:10.1097/QMH.0b013e31829a6af3

La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique : le moment est-il venu de remettre en question le gradient de la santé Ouest-Est au Canada ?

Terrence Sullivan, PhD
Président, Terrence Sullivan & Associates
Professeur et attaché de recherche, Institute of Health Policy, Management and Evaluation
Université de Toronto
Toronto, ON

Dans ce numéro de *Healthcare Papers,* nous commençons à comprendre l'ampleur du changement de cap effectué par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) au cours des trois dernières années, et la rapidité avec laquelle il a été réalisé. Au cours de cette période, et en s'appuyant sur une mine de recherche en matière de services de santé et de transfert des connaissances, l'organisation s'est redéfinie, en abandonnant une des caractéristiques principales de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), à savoir le financement et la réalisation d'activités de recherche sur les services de santé qui rassemblaient jusqu'alors les chercheurs et les décideurs. L'organisation a voulu aller plus loin que celle qui l'avait précédée, en ne se limitant pas au renforcement des capacités, mais en faisant progresser concrètement les services de santé grâce à des projets collaboratifs d'amélioration éclairés par des données probantes. La FCASS a adopté de manière pragmatique certains éléments d'organismes de prestation de soins de pointe engagés dans des projets de collaboration, tels que le Institute

for Healthcare Improvement et d'autres établissements aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Suède et ailleurs dans le monde, pour promouvoir l'amélioration et le rendement des services de santé partout au Canada.

Cette collection documente une de ses entreprises les plus ambitieuses, une initiative d'amélioration visant à établir un projet de collaboration au niveau des quatre provinces du Canada atlantique, dépassant donc largement le cadre régional ou provincial, régi par une charte commune avec la FCASS agissant à titre de grand laboratoire pour l'amélioration des services de santé. C'est en effet un laboratoire des plus appropriés, puisque le Canada atlantique supporte de manière disproportionnée le fardeau de la maladie et de la mauvaise santé au pays, dans le gradient Ouest (meilleur état de santé) - Est (moins bon état de santé) qui caractérise la santé au Canada. Cet important défi que voulait relever la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (COSA) en matière d'innovation et d'amélioration dans le traitement des maladies chroniques est bien illustré dans le document d'orientation de Verma, Denis et leurs collègues (2016) et de Wedge et Currie (2016). Le document d'orientation décrit de manière équilibrée la gamme des projets d'amélioration ciblés et la variété des interventions proposées, avec le soutien de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique et de la FCASS.

Les commentaires qui suivent s'appuient sur les six leviers d'action pour accélérer l'amélioration des services de santé, élaborés par la FCASS afin de nous permettre de mieux comprendre comment créer et soutenir des approches centrées sur les patients et les familles dans le traitement des maladies chroniques (FCASS). Nous reviendrons sur ces leviers d'action dans la conclusion, avec les réponses fournies par les auteurs principaux (Verma, Samis et al. 2016).

- Comment pouvons-nous offrir des soins centrés sur les patients ? Et comment pouvons-nous mobiliser les prestataires de soins et les gestionnaires de première ligne pour qu'ils offrent des soins de qualité dans le traitement des maladies chroniques (Wagner 2016) ?
- Comment pouvons-nous renforcer les capacités organisationnelles et créer des politiques et des mesures incitatives de soutien qui favorisent un environnement propice à l'amélioration (Wedge et Currie 2016) ?
- Comment pouvons-nous inciter les patients et leurs familles à travailler avec les prestataires pour concevoir et fournir des soins qui répondent mieux à leurs besoins (Vallis 2016) ?
- Comment pouvons-nous encourager les équipes à s'appuyer sur les meilleures données probantes et à effectuer des mesures du rendement afin de suivre les progrès accomplis dans la prestation de soins de meilleure qualité (Phillips et al. 2016) ?
- Que pouvons-nous apprendre des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité ? Peuvent-ils servir de tremplins vers des améliorations systémiques ou à grande échelle (Delgado 2016) ?

Comme l'ont indiqué tous les collaborateurs de ce document, les éléments de preuve qui sous-tendent les projets collaboratifs d'amélioration de la qualité sont modestes (Schouten et al. 2008), mais ils constituent néanmoins un bon point de départ pour élaborer et cibler des initiatives d'amélioration. Un certain nombre de nouveautés prometteuses pourraient permettre d'affiner les objectifs et les méthodes de ces projets collaboratifs, et nous en abordons plusieurs dans la collection. La définition des éléments efficaces communs aux projets collaboratifs

d'amélioration de la qualité semble représenter une tâche difficile, mais néanmoins importante, de la planification initiale, puisque ces éléments semblent pouvoir prévoir ce qui pourrait entraîner des améliorations efficaces, comme l'ont récemment indiqué Nadeem et ses collègues (2013). Dans le document d'introduction, Verma, Denis et leurs collègues résument bien les limites et les orientations prometteuses des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité (2016). En analysant la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique, les progrès accomplis et les défis à relever, ils comparent les éléments de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique à ceux qui sont énumérés dans le document de Nadeem et de ses collègues (2013). Ils dressent également une deuxième comparaison d'envergure avec le Modèle de soins des maladies chroniques de Seattle et les phases de l'approche d'amélioration de la FCASS. Le document d'orientation souligne les progrès mesurés de plusieurs initiatives réalisées grâce à la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique, certains projets étant toujours en cours.

Pour faire face aux défis relatifs à l'amélioration des services de santé dans la région atlantique, la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique, avec le soutien de la FCASS, a mis sur pied, en partenariat avec les ministères de la Santé de toutes les provinces concernées, une « coalition des parties disposées à agir », regroupant des autorités sanitaires régionales et des dirigeants cliniques, dans un certain nombre de domaines particuliers, de toute la région atlantique. Leurs objectifs multiples tournaient tous autour d'un grand défi commun : l'amélioration de la gestion des maladies chroniques. Dans ses commentaires ciblés, Pedro Delgado (2016), de l'Institute for Healthcare Improvement, note l'utilité des projets collaboratifs en tant que tremplins vers des améliorations systémiques. Il souligne qu'il est important d'unir et de mobiliser les gens autour d'un objectif commun d'amélioration dès le départ. Il expose également les défis que représentent les compromis en matière de portée et de ciblage auxquels il faut arriver dans les projets collaboratifs d'amélioration. Il explique que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique avait toute une série d'objectifs, ce qui exigeait des efforts supplémentaires pour que des changements mesurables voient le jour. La façon dont les objectifs sont définis et mesurés est essentielle à la réussite, comme l'ont aussi indiqué Philips et ses collègues dans leurs commentaires (Phillips et al. 2016).

L'équipe a eu la sagesse d'engager Edward Wagner en tant que collaborateur, pour qu'il offre des renseignements et des conseils sur le projet collaboratif d'amélioration du traitement des maladies chroniques de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique. Ses perspectives sont aussi sages que ciblées (Wagner 2016). Sur la façon de fournir des soins centrés sur le patient et de mobiliser les prestataires de soins et les gestionnaires de première ligne, il souligne les possibilités inhérentes à l'engagement des médecins de soins primaires, en tant que catalyseurs de l'amélioration. Il souligne également l'importance et la promesse de la participation des patients et de leurs familles à la conception des initiatives, y compris l'autogestion. La participation effective des médecins de soins primaires est une condition que l'on retrouve dans presque toutes les initiatives réussies d'amélioration de la qualité des soins. Certains éléments prouvent de manière indubitable que des initiatives bien conçues d'amélioration de la qualité des soins primaires peuvent améliorer la gestion du diabète, en particulier si le taux d'HbA1c est mal contrôlé au départ (Tricco et al. 2012).

Il est aussi apparemment possible de réaliser des améliorations pérennes dans le

domaine des soins primaires avec un effort soutenu, comme l'a récemment illustré le Programme australien de projets collaboratifs dans le domaine des soins primaires, plus particulièrement pour les soins du diabète (Knight et al. 2012). Dans ce programme australien, l'amélioration de la qualité des soins s'est faite en sept vagues successives sur une période de cinq ans. Les nombreux patients atteints de diabète ayant bénéficié de ce programme ont vu leur taux d'HbA1c s'améliorer de 50 %, avec une amélioration comparable au niveau des taux de lipides et de la tension artérielle. Un éditorial intéressant et critique de O'Connor (2012) accompagnait le rapport australien et soulignait qu'il est important d'enrichir les données électroniques pour faire en sorte que les projets collaboratifs futurs bénéficient d'une banque informatique de données probantes plus riches et plus nuancées, afin de faciliter l'amélioration et les soins centrés sur le patient.

Les commentaires pertinents de Vallis (2016) mettent en évidence la promesse et l'importance de la collaboration entre les patients, leurs familles et les prestataires de soins, pour concevoir et fournir des soins qui répondent le mieux aux besoins des patients. À son avis, le rôle du prestataire n'est pas d'imposer son opinion, mais dans une large mesure d'aider le patient à découvrir les raisons qui le poussent au changement : c'est là que réside la clé de l'amélioration de l'autogestion. C'est un aspect auquel on n'accorde pas suffisamment d'attention lorsqu'on parle d'amélioration de la gestion des pathologies. Vallis (2016) plaide pour un impératif de comportement simple afin de promouvoir l'autogestion : évaluer la compréhension et l'accord des patients pour qu'ils servent de tremplin à la conception d'outils d'autogestion (Wilson et Holt 2003). De cette façon, des outils peuvent être affinés avec les patients, grâce à l'adaptation de leur compréhension et de leur accord, et les stratégies d'intervention peuvent être révisées pour qu'elles demeurent cohérentes avec leur compréhension et leur accord.

En expliquant comment il est possible d'encourager les équipes à s'appuyer sur les meilleures données probantes et à effectuer des mesures du rendement, afin de suivre les progrès accomplis dans la prestation de soins de meilleure qualité, Phillips et ses collègues (2016) tirent plusieurs leçons relatives à la conception et à la mesure de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique ; des leçons qui génèrent un ensemble plus large de réflexions pour le programme de travail de la FCASS elle-même. Ils discutent de certains des piliers de la conception du projet collaboratif – les défis de la mesure continue, la planification et les rapports ; le renforcement de la capacité de mesure de l'équipe; l'encadrement et le soutien pour l'évaluation et la mesure ; et les analyses de réseautage social et de coûts supplémentaires. Leur analyse s'attarde aussi sur certains éléments critiques – la durée de l'intervention de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique était peut-être un peu trop courte pour produire des améliorations mesurées dans un certain nombre de domaines : une prolongation de l'intervention aurait pu s'avérer bénéfique. En outre, la portée et le ciblage de l'intervention d'amélioration se révèlent être des points de réflexion intense, comme cela est souvent le cas dans les projets collaboratifs d'amélioration. Il est certainement plus facile de se concentrer sur des interventions spécifiques à certaines pathologies et sur des mesures de résultats, là où des interventions groupées et des supports électroniques sont en mesure d'offrir un élan supplémentaire à la normalisation de soins optimaux.

Phillips et ses collègues (2016) réfléchissent sérieusement à l'importance de la Collaboration des organismes de santé de

l'Atlantique pour l'ensemble du portefeuille des initiatives d'amélioration actuelles, un portefeuille en pleine évolution, avec quelques domaines d'intérêt ciblés. L'ensemble de l'organisation opère dans le cadre du défi national en matière d'innovation et d'amélioration, un secteur où la FCASS a reçu des éloges enthousiastes de la part du Groupe consultatif fédéral sur l'innovation des soins de santé, dans son rapport publié au cours de l'été 2015 (Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada, 2015).

Il est intéressant de considérer la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique comme un projet collaboratif novateur de dirigeants exécutifs et cliniques et de décideurs provinciaux du Canada atlantique. À bien des égards, on peut dire que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a montré qu'elle était capable d'apporter des améliorations de soins modestes, qui pourraient prendre un nouvel élan à long terme.

Dans leurs commentaires, Wedge et Currie s'attaquent à une question d'actualité : comment renforcer les capacités organisationnelles et créer des politiques de soutien pour favoriser l'amélioration (2016) ? Ils notent que certaines politiques provinciales relatives à la collaboration professionnelle semblent œuvrer en faveur d'une meilleure gestion et d'un meilleur traitement des maladies chroniques. Ils soulignent également, en tant que citoyens très en vue d'une petite province, que l'Île-du-Prince-Édouard est déjà fortement intégrée avec les provinces voisines de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick pour toutes les chirurgies complexes et d'autres services médicaux de sous-spécialités. Une politique claire en matière de régionalisation pour les chirurgies complexes dans les provinces atlantiques pourrait être une autre étape importante à considérer à l'avenir (Finley et al. 2015).

En effet, une stratégie globale pour le Canada atlantique pourrait être une prochaine phase intéressante, qui permettrait de se concentrer encore plus sur la prévention et la gestion de certaines maladies spécifiques. Il est indéniable que plusieurs des défis en matière de santé dans la région de l'Atlantique trouvent leur explication dans les déterminants sociaux de la santé, reflétés par les conditions dans lesquelles les gens vivent et travaillent ; un état de santé précaire étant le reflet de conditions économiques et de circonstances générales plus défavorables. Un renversement complet du gradient Ouest-Est nécessiterait qu'on examine de plus près les dimensions sociales de l'état de santé du Canada atlantique et qu'on mobilise le public et les dirigeants des services de santé primaires dans la région. Il faudrait également peut-être étudier de manière plus proactive les leviers politiques dont disposent les gouvernements hôtes dans la région. Pourquoi un effort d'amélioration similaire à ce qui a été mis en œuvre en Carélie du Nord (Finlande) (Puska 2010) ne serait-il pas possible dans les provinces atlantiques ?

Il est incontestable que les dépenses de santé au Canada atlantique sont supérieures à la moyenne canadienne ; la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec (les trois quarts du Canada) dépensant moins par habitant. Bien que les coûts puissent être montrés du doigt pour expliquer en partie la précarité de l'état de santé dans les provinces atlantiques, on pourrait également citer le besoin d'extraire un maximum de valeur de tous les acteurs de la région, notamment des médecins et des négociateurs professionnels du secteur de la santé. La possibilité de faire appel à l'engagement civique des leaders du monde médical au Canada atlantique a été mise en avant, et il est peut-être possible de miser sur l'idée de fournir une valeur supérieure, comme le fait valoir l'émergence d'arrangements fondés sur la valeur aux États-Unis (Young 2013).

Le Canada dispose d'un ensemble limité de capacités d'amélioration, au delà des conseils provinciaux de la qualité, de la FCASS et de certains domaines médicaux spécialisés, y compris la santé cardiaque, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, la pédiatrie et bien sûr la santé publique. La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a bien réussi à mettre en évidence les possibilités et les promesses de certaines initiatives d'amélioration innovantes pour réduire les grandes disparités existant dans l'état de santé de populations spécifiques au Canada. Nos ressources pour le développement des capacités et l'amélioration sont dispersées, et le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2015) a judicieusement recommandé que ces ressources soient considérablement augmentées pour nous faire passer de manière systématique à un niveau supérieur de rendement dans le système de santé.

Comme Verma, Samis et leurs collègues (2016) le font remarquer dans leur conclusion, la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique reste une grande expérience qui a permis à la région de contribuer à l'évolution d'un système de soins de santé prêt à se remettre en cause au Canada, avec le soutien de processus d'innovation et d'amélioration appropriés. Canada atlantique : pouvons-nous pousser un peu plus loin ?

Références

Les références peuvent être trouvés à l'adresse: http://www.longwoods.com/content/24525

INVITED ESSAY *ESSAI INVITÉ*
Healthcare*Papers*

A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem

INVITED ESSAY

Jennifer Y. Verma, MSc, BJH
Senior Director, Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Ottawa, ON

Jean-Louis Denis, PhD
Professor, Canada Research Chair in Health Systems Governance and Transformation
École nationale d'administration publique
Montréal, QC

Stephen Samis, MA
Vice-President, Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Ottawa, ON

François Champagne, PhD
Professor, Université de Montréal
Montréal, QC

Maureen O'Neil, OC
President, Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Ottawa, ON

ABSTRACT

Quality improvement collaboratives (QICs) are popular vehicles for supporting healthcare improvement; however, the effectiveness of these models and the factors associated with their success are not fully understood. This paper presents a QIC in the Canadian context, where provincial healthcare systems have historically faced difficulty in transcending their structural and political limitations as well as moving

from reactive models of care (prioritizing illness treatment in a hospital-reliant system) to more proactive ones (prioritizing population health in a primary care-based system). In March 2012, in a move that has been described as "unprecedented," 17 health regions across four provinces in Atlantic Canada, together with the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), developed a collaborative to improve chronic disease prevention and management. This paper introduces the Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC), reflecting on the experience of developing and implementing the model, which involved teams of front-line clinicians and managers working with CFHI faculty, coaches and staff to assess, design, implement, evaluate and share healthcare improvements for people living with chronic diseases. The paper shares key results and lessons learned from the AHC QIC experience, thus far, for improving chronic disease prevention and management in healthcare in Canada.

Every modern health system is in pursuit of moving from usual care to chronic disease prevention and management (CDPM). "Usual care" treats acute illness over brief periods and inadequately prevents disease or supports patients and providers in effectively managing chronic conditions and improving population health. In Canada, patients with complex health needs often report suboptimal care (Schoen et al. 2009; Schoen et al. 2011); more than half of adult Canadians live with at least one chronic condition and one-third live with two or more chronic conditions, with these figures rising as populations age (Public Health Agency of Canada [PHAC] 2013; Statistics Canada 2014). A number of sources show that a small proportion of people living with "high risk, high needs" (many of whom live with multiple chronic conditions) use the majority of healthcare resources (Kozyrskyj et al. 2005; Rais et al. 2013; Reid et al. 2003; Wodchis et al. 2016) – services that are often hospital-based and, therefore, insufficient alone for patients with chronic and longer-term care needs. CDPM is distinguished from usual care by a focus on primary care, including prevention, with complete knowledge of the patient, clear accountability for the totality of care and involvement of specialists who improve care and increase primary care expertise (Wagner et al. 2014). A critical element of such an approach for patients living with chronic, long-term conditions is self-management, which extends beyond self-efficacy in daily activities to a greater personal role in preventative care and treatment (Panagioti et al. 2014; Taylor et al. 2014).

In Atlantic Canada, health system leaders worked with the CFHI – a not-for-profit, federally funded agency dedicated to accelerating healthcare improvement – to create a collaborative to improve the quality of care for people living with chronic disease. The AHC was forged in March 2012 to do the following (CFHI 2012a; 2012b):

- Create a patient- and family-centred approach to manage chronic diseases
- Build a network of organizational, regional and provincial teams to share evidence-informed, systems-level solutions and work together to develop, implement and sustain improvement initiatives
- Promote sustainability of health systems

This paper presents the early experience of the AHC QIC, including its background and the lessons learned for improving CDPM and undertaking future QICs in Canada.

Common Challenges Spur Collaboration

Healthcare providers and organizations face persistent challenges in creating an integrated, patient-centred care approach, which is a

requirement for the delivery of effective CDPM. In Atlantic Canada, the consequences of these challenges may be summarized as generally poorer health outcomes within a context of limited healthcare resources and competing health system priorities:

1. *Escalating rates of chronic disease in aging populations*. Compared to the rest of Canada, Atlantic Canada is home to higher rates of chronic disease (Canadian Institute for Health Information [CIHI] 2011; Statistics Canada 2013; 2014). Increased risk factors among all ages (such as poor nutrition, physical inactivity, obesity and smoking) and faster rates of population aging are escalating disease burden (Statistics Canada 2013). In 2008, more seniors in the Atlantic provinces reported living with one or more chronic conditions compared to the rest of Canada (76%), ranging from 79% of seniors on Prince Edward Island (PEI) to 81% in each of Nova Scotia (NS) and New Brunswick (NB) to 85% in Newfoundland and Labrador (NL) (CIHI 2011).
2. *Declining healthcare budgets at a time when care deficits persist.* Historically, healthcare costs have grown faster in Atlantic Canada than in the rest of Canada (CIHI 2014). In recent years, Canadian provinces have taken steps to bend the cost curve through, for example, making lean improvements and reducing overall spending. While these measures can serve to contain costs in the short term, they often fall short of addressing persistent care deficits, such as uneven application of best practice guidelines, lack of care coordination and active patient follow-up, and inadequate self-management education for patients, families and providers (MacColl Center for Health Care Innovation 2002). Shifting the emphasis of care to focus more on CDPM requires a systems approach. Taking such an approach is challenging in the Canadian healthcare context, as it is characterized by dispersed leadership, is largely acute-based and is in need of new care delivery models and services.
3. *Competing priorities crowd out focus on patient-centred CDPM.* A document analysis of key health-system priorities (based on the strategic plans from every health region and department of health in Atlantic Canada as of January 2012) revealed a predominant preoccupation with acute care (Akunov and Leith 2012). Quality of care issues such as safety, access and wait times within facility-based care topped the list of priorities. Atlantic health region CEOs, health department representatives and CFHI staff who came together to discuss the findings were surprised that CDPM featured less prominently in regional priorities (even though, as one healthcare CEO put it, "Atlantic Canada wins the prize for its high rates of mortality and morbidity due to chronic disease"). More striking was the particularly low profile attributed to patient engagement and patient- and family-centred care, which participants felt ought to inform any new improvement efforts.

CFHI and the Atlantic Regional Health Authorities (RHAs) seized the opportunity to initiate a pan–Atlantic Canada healthcare improvement collaboration, founding the AHC. Predating the collaborative, the CFHI EXTRA Executive Training Program had engaged healthcare leaders and teams across the country, including many in Atlantic Canada (CFHI 2015). In addition, CFHI had undertaken a successful CDPM

collaborative in the Northwest Territories (CFHI 2013). Building on these improvement efforts, CFHI and all 17 RHAs from Atlantic Canada, with endorsement from the four provincial departments of health, formalized their commitment through a charter agreement, which determined the goals, activities and other features of the collaborative (CFHI 2012a). Governing the collaborative was an executive committee composed of Atlantic RHA and CFHI leadership. At its core, the AHC supported multidisciplinary teams of front-line clinicians and managers to assess, design, implement, evaluate and share healthcare improvements for people living with chronic diseases.

The last AHC workshop was in June 2014, with continued coaching support to the end of 2014, a follow-up webinar with teams in January 2015 and dissemination webinars to share team and collaborative learning in fall 2015. Outreach to teams soliciting further details on team improvement project (IP) progress continues, given the continued emphasis on evaluation of results and sharing key learning. What follows is a description of the AHC as well as the early learning from the individual teams and overall collaborative results.

Collaborative Action for Better Chronic Care: The AHC Model

QICs are popular vehicles for improving healthcare, with at least 20 years of application, but there is still scant evidence on their effectiveness (de Silva 2014; Nadeem et al. 2013). A recent literature review commissioned by the Health Foundation in the UK (Bibby 2014; de Silva 2014) explored the effectiveness of QICs, determining the following success factors for delivering high-impact collaboratives:

- *Who:* A collaborative is only as strong as the time, energy and willingness of the people involved to participate, which are improved when healthcare professionals and patients work together with senior management support.
- *What:* A key investment toward yielding down-the-road results is a well-articulated problem and solution. Without clarity in focus, efforts can dwindle, as teams lose motivation for what can easily turn into futile efforts toward unrealistic or vague goals.
- *How:* "Some is still not a number; soon is still not a time" (Gauthier 2014) is sage advice for collaboratives, in which success comes to those who work toward the same aims and within agreed-upon timelines. Following a "low-rules approach," where teams decide how best to make the required changes, is critical; however, they need a systematic combination of evidence-based practice and quality improvement (QI) approaches to design and implement their changes.
- *With what resources:* Sustaining momentum once the excitement of a collaborative begins separates those collaboratives that have dedicated resources over the long haul and those that do not. With appropriate release time of staff and adequate evaluative support to allow for reflective learning, teams can stay focused on their improvements rather than becoming burdened by administrative efforts to secure additional resources.

A 2013 *Milbank Quarterly* systematic literature review of the common components of QICs found collaboratives tend to focus on the following:

- Improving provider practices or patient outcomes (with the latter being more difficult to demonstrate over the generally short time frame of a QIC)

- Structured activities for developmental team and cross-team learning
- Relying on expert guidance in evidence-based practice and QI within an improvement model that prioritizes measurable targets, data collection and feedback
- Multidisciplinary teams executing small tests of change (Nadeem et al. 2013)

The AHC QIC came to fruition before these literature reviews were available; however, a comparison shows complementarity with the models cited (see Table 1).

The content for workshops and other supports provided to teams through the AHC QIC (described in Table 1) were based on two improvement models: the CFHI

Table 1. Description of the Most Common Structural and Process-Oriented Components of Quality Improvement Collaboratives (QICs) (reported by Nadeem et al. 2013) as Compared to the AHC QIC Model

Component	Description	Application to the AHC QIC
Overall QIC Structure	☑ 12 months on average ☑ In-person learning sessions led by expert faculty for multidisciplinary teams ☑ Team-led quality IPs ☑ All in-person learning sessions and most phone meetings involved multiple sites	☑ 24 months plus pre-work and follow-up ☑ In-person learning sessions (workshops) led by expert faculty for multidisciplinary teams ☑ Team-led quality IPs ☑ Workshops and webinars involved all teams/sites, improvement coaches, academic mentors, faculty and invited guests (e.g., policy and decision-makers/leaders participated in all workshops) ☒ Phone meetings generally reserved for individual teams with CFHI and the team's coach and mentor; coaches/mentors additionally met monthly by phone to exchange information about teams/sites
Multidisciplinary QI Teams*	☑ Most involve such teams, but with limited detail as to team roles (e.g., direct care providers or management-level staff; representing different roles within an organizational hierarchy)	☑ Teams composed of two to six members who are either direct care providers or middle managers, with an assigned team lead or co-leads ⌘ Each team assigned an academic mentor and improvement coach to expand team expertise, with support of senior leadership
In-Person Sessions*	☑ Three sessions of two days each, on average ☑ Foster team planning and cross-site sharing of experiences (e.g., through site presentations, breakout sessions, storyboards)	☑ Four workshops of two days each, hosted in each of the Atlantic provinces ☑ Foster team learning and planning as well as cross-team sharing of experiences through a variety of approaches (e.g., team presentations, roundtable and plenary discussions, impact stories, site visits, networking receptions)
Content of In-Person Sessions	☑ Didactic training in a particular care process or practice (e.g., the Chronic Care Model [CCM]), training in QI techniques (e.g., Plan-Do-Study-Act [PDSA] cycles)	☑ Didactic training in CCM best practices (e.g., self-management support) and QI (e.g., problem-based assessment, evidence-based design, change management and implementation, evaluation and performance improvement, patient engagement, provider engagement, sustainability and spread, impact story development)
PDSA (Plan-Do-Study-Act) Cycles*	☑ Most report using PDSAs but offer little detail as to sites' experiences during PDSA cycles, how PDSAs were integrated into improvement efforts or how ongoing data collection informed the QI process	☒ Did not make use of PDSA cycles ⌘ Employed a common approach to improvement (as per the CFHI Improvement Approach: Assess, Design, Implement, Evaluate [CFHI 2014b]) and posed validation questions (e.g., Is your IP delivering what you thought it would? If not, why not?)

Table 1. Description of the Most Common Structural and Process-Oriented Components of Quality Improvement Collaboratives (QICs) (reported by Nadeem et al. 2013) as Compared to the AHC QIC Model (continued)

Component	Description	Application to the AHC QIC
Team Calls	☑ Monthly team calls ☑ Cross-site participation on calls	☑ Quarterly team calls ☒ Team calls generally reserved for individual teams with CFHI and the team's coach and mentor ⌘ Webinars with cross-team participation ⌘ Monthly coaching/mentorship calls, regular faculty calls and quarterly executive committee calls involved exchanging cross-team information
E-mail or Web Support	☑ Web-based or e-mail support sometimes offered but little information as to the extent to which QIC participants rely on this support	☑ Customized, bilingual web-based learning platform (dubbed "the Atlantic Desktop") for AHC teams, faculty, coaches and mentors, as well as e-mail support
QI Processes*	☑ Most incorporate ongoing data collection (e.g., performance indicators, ongoing reporting on target outcomes) ☑ In some cases, faculty provide site feedback and receive external support for data synthesis and feedback	☑ Measurement and data collection plans gathered team/IP-specific indicators and reporting, with collaborative-level metrics also incorporated • **IP indicator examples:** effectiveness measures such as knowledge and skills acquisition (provider), number of referrals to a new service, implementation of standardized order sets; patient- and family-centred care measures such as client satisfaction, self-efficacy, patient input to care processes • **Collaborative indicator examples:** team attendance in face-to-face and virtual learning activities; team knowledge and skills acquisition; team satisfaction (e.g., with workshop and webinar content, coaching); growth of participant network ☑ Faculty, coaches and mentors provided ongoing team/IP feedback and CFHI evaluation staff provided support for data synthesis and feedback
Organizational Involvement	☑ Some report organizational leadership involvement, but not clear if leaders are members of the QI team or engaged via other means ☑ Few examples of QIC penetration into the broader organization (e.g., training of non-QIC team members by either QIC faculty or local QIC members)	☑ Organizational leadership involvement via the executive committee, composed of senior-level leadership ☑ Workshop materials/webinars available to broader organizations, workshop invitations extended to select non-QIC participants (e.g., from health departments and across Canada) and CFHI supported/delivered customized training by request (e.g., supporting several Atlantic-based chronic care workshops/meetings)
Pre-QIC Involvement	☑ Few examples of "pre-work" activities (e.g., use of an "expert panel," a group that finds targets for improvement and plans the collaborative, such as requiring formal commitments, application or "readiness" criteria)	☑ Pre-work involved teams developing IP plans that met readiness criteria; CFHI staff also worked closely with faculty to develop curriculum (workshop content and worksheets) throughout the collaborative

*Indicates most common QIC components (as per Nadeem et al. 2013); ☑ Indicates alignment; ☒ Indicates divergence; ⌘ Indicates additional feature

Improvement Approach (CFHI 2014a) as the QI model and the CCM (MacColl Center for Health Care Innovation 2002) as the evidence-based practice model. The CFHI Improvement Approach guided the overall improvement direction, with curriculum and coaching designed to develop team-based capacity to *assess* the underlying health system problem, *design* an evidence-informed solution, *implement* the change and *evaluate* the difference it makes. Assessment, design, implementation and evaluation are important leadership competencies and practices that help gauge implementation progress of an IP (see Table 2a for a summary of team improvement progress). The CFHI Improvement Approach also includes "levers" that enable and accelerate healthcare improvement, for example, relying on evidence to inform decisions at every stage of the improvement process and engaging patients and families in care redesign (CFHI 2014a; 2014b). The CCM (which is now referred to by its originators as simply *The Care Model*) provided a framework for understanding the design elements of CDPM improvements. These elements include self-management support (SMS), delivery system design, decision support and clinical information systems as well as community resources and policies (see Table 2a for a summary of team IP foci and chronic care design elements).

Table 2a. AHC Team Improvement Projects' Foci and Alignment With the Chronic Care Model and CFHI Improvement Approach

				Improvement Progress (as per the CFHI Improvement Approach)			
Province*/ Team		**Improvement Project Foci**	**Chronic Care Model Focus/Design Elements**	**Assess**	**Design**	**Implement**	**Evaluate**
PEI	Health PEI	• Understand the underlying causes of higher-than-usual reported ambulatory care sensitive conditions (ACSC) • Develop web-based tool for patient–provider exchanges and follow-up for SMS • Outreach for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	• SMS • Delivery system design • Decision support • Clinical information systems • Community resources and policies	Y	Y	N	N
	Health PEI	• SMS training to all Health PEI clinicians (starting with primary care providers, then expanding to acute care providers)	• SMS • Decision support • Delivery system design	Y	Y	Y	Y
	Horizon Health Network	• Evaluate the PEER 126 (Peers Engaged in Education and Recovery) program – age-appropriate psychosocial rehabilitation services (for youth aged 16 to 29 years) and community-based programming designed to help youth reach goals for emotional, social and psychological well-being	• SMS • Delivery system design • Community resources and policies	Y	Y	Y	Y
	Réseau de Santé Vitalité	• Primary healthcare needs assessments and priority setting in four communities • Community engagement and population-based health	• Community resources and policies	NA[1]	Y	Underway	N

Table 2a. AHC Team Improvement Projects' Foci and Alignment With the Chronic Care Model and CFHI Improvement Approach (continued)

				Improvement Progress (as per the CFHI Improvement Approach)			
Province*/ Team		**Improvement Project Foci**	**Chronic Care Model Focus/Design Elements**	**Assess**	**Design**	**Implement**	**Evaluate**
NS	Nova Scotia Health Authority (formerly Capital Health)	• Modified value-stream mapping to identify gaps in care (current state) from the patient's perspective and develop process improvements to address these gaps (future state) • Service redesign across four chronic disease services to streamline processes and improve care coordination • Development of the Chronic Disease Prevention and Management (CDPM) Corridor© and Toolkit	• SMS • Delivery system design • Decision support • Clinical information systems • Community resources and supports	Y	Y	Underway	N
NL	Central Health	• Create standing orders and care maps as well as educate providers on existing respiratory care programs • Redesign the asthma clinic at the local health centre into an adult ambulatory respiratory care centre and educate providers on its programs • Develop a COPD outreach program based on the INSPIRED COPD Outreach Program™, acquire appropriate resources and educate providers on the benefits for patients	• SMS • Delivery system design • Decision support • Community resources and policies	Y	Y	Y	Y
	Eastern Health	• Survey/assessment of patients' satisfaction and perceptions of effectiveness of the current diabetes education program for patients with type 2 diabetes to inform future practice	• SMS	Y	N	N	N
	Labrador-Grenfell Health	• Increase understanding of local factors related to suicide for youth in Inuit communities • Review programs in the circumpolar world that have the greatest impact on improving mental health resiliency and suicide prevention • Develop community-specific suicide prevention and mental health promotion programs	• Delivery system design • Community resources and policies	NA[2]			
	Labrador-Grenfell Health	• Redesign primary healthcare clinic visits to include an interdisciplinary team of healthcare providers and community elders, with specific focus on improved diabetes care	• Delivery system design • Community resources and policies				
	Labrador-Grenfell Health	• Development of a regional health status standard dataset related to diabetes care • Development of a diabetes prevention and management plan for the region	• Delivery system design • Community resources and policies	Y	Underway	NA[3]	
	Western Health	• Assess current diabetes provider/team integration of SMS • Provide SMS training for providers • Gather patient input into service design through a patient survey and marketing of compliments and complaints process • Implement strategies to better recognize and support emotional distress during diabetes care	• SMS • Delivery system design • Decision support	Y	Y	Y	Y

*Prince Edward Island (PEI); New Brunswick (NB); Nova Scotia (NS); Newfoundland and Labrador (NL)

1. NA = Not applicable; the Vitalité team had already undertaken assessment prior to enrolment in the collaborative.
2. These Labrador-Grenfell Health (LGH) teams ended their enrolment in the collaborative because their work was research and the collaborative supported QI; however, the suicide prevention team reports progressing to implementation and evaluation, while the primary healthcare clinic redesign team reports progressing to implementation.
3. Following note 2, this LGH team joined the collaborative later than the other teams.

While the AHC QIC shares common features of existing QICs, it has several unique features:

- *Shared governance and costing.* An executive committee of Atlantic RHA CEOs and VPs governed the collaboration with CFHI leadership (CEO and VP of programs) and formalized their commitment in a charter that set the goals, activities and other features of the AHC (CFHI 2012a). The charter outlines a shared costing arrangement, formalizing all members' stake in the development, delivery and outcomes of the AHC. The arrangement entailed participating RHAs contributing to the costs associated with team workshop attendance and faculty-coaching stipends, as well as resources required to undertake local IPs. As per the terms of reference, the governance committee includes a rotating chair (currently the Health PEI CEO, who is one of the commentators on this issue) and CFHI staff (senior director and regional liaison), who serves as secretariat.
- *Reliance on regional needs and expertise.* Starting with an analysis of local strategic priorities, as defined by the Atlantic RHAs and provinces (Akunov and Leith 2012), the healthcare leaders who created the AHC QIC selected patient- and family-centred CDPM as the central focus. At its inception, the intention was to engage cross-regional and cross-provincial teams on shared IPs. However, this did not play out. CFHI worked with local leadership from each health region, who defined region-specific improvement aims, teams and IPs. Some would describe this process as a low-rules approach, as the executive committee relied on middle managers and healthcare providers to define the IPs based on their patient populations' needs, under the broad umbrella of CDPM. Also in accordance with a regional-based approach, the AHC hosted team workshops in each of the four Atlantic provinces, drew the majority of its coaching/mentorship capacity from the Atlantic region and incorporated a regional liaison (CFHI staff) position based in Moncton, NB, to serve as the key AHC point of contact. Given the need for bilingual (English–French) delivery, the collaborative was also delivered bilingually.
- *Emphasis on connecting delivery to policy.* Although provincial departments of health were neither formal signatories to the charter nor representatives on the executive committee (as per the committee's decision for the collaborative to be a delivery-level intervention and to be governed as such), the AHC paid special attention to fostering relationships with policy makers by creating opportunities for their participation in workshops (e.g., a health minister and other senior policy officials accepted invitations to welcome participants; and policy staff participated in the four workshops) and in discussions with the executive committee (e.g., policy makers helped to inform the charter as well as participated by invitation in several governance meetings). CFHI also responded to requests to prepare or deliver briefings and orientations to health departments on an ongoing and as-needed basis. These activities, while extensive, have not yet resulted in any policy changes nor influenced policy decisions; however, they served to create a channel whereby delivery-level improvements informed the policy context.
- *Deployment of a support network for teams with coaching and mentorship*. To assist teams in setting achievable goals, making measurable progress and realizing timely

results, the AHC provided dedicated support from a number of people. In addition to the coordination and curriculum development offered by CFHI staff and faculty, the AHC provided each team with access to an academic mentor and improvement coach – external advisors who offered one-to-one feedback to teams over the course of the collaborative. Academic mentors were senior applied researchers and practitioners with an array of skills and expertise who assisted teams with problem formulation, methodology and data requirements, as well as the systematic assessment and application of evidence from research to improvement initiatives. Improvement coaches were experienced healthcare leaders or clinicians who assisted teams with the change management process and the tactical and strategic approaches necessary for effective IP implementation. Coaches and mentors were positioned to develop relationships with teams and thereby expand their expertise and local networks. The AHC QIC coaches and mentors brought a range of expertise from healthcare disciplines (such as nursing, medicine, psychology, pharmacy, allied health), policy and decision-making positions for example, former health region CEOs) as well as research backgrounds (including economics, governance, evaluation and decision support).

Evaluating the AHC and Key Lessons Learned

The AHC monitoring and evaluation plan was developed by CFHI staff and validated by faculty, coaches and mentors (Phillips et al. 2013). External advisors working with CFHI carried out the final evaluation, which relied on a variety of data sources (document analysis, post-workshop surveys, key informant interviews, social networking analysis surveys and a focus group with CFHI staff [Champagne et al. 2015]). All of the findings in this section are drawn from the final evaluation, supplemented by observations arranged per each of the AHC QIC objectives: i) creating a patient- and family-centred approach to manage and prevent chronic disease; ii) building a network of organizational, regional and provincial teams to share evidence-informed, systems-level solutions and work together to develop, implement and sustain improvement initiatives; and iii) promoting sustainability of health systems.

I. Create a patient- and family-centred approach to manage chronic diseases

Four teams (of the eight that fully participated in the AHC) implemented and evaluated their IPs over the course of the AHC (see Table 2a and Table 2b). Consistent with the aim of the collaborative – to create a patient- and family-centred approach to managing and preventing chronic disease – these four teams implemented elements of the CCM related to SMS, delivery system design, decision support and community resources and partnerships (see Table 3). Apropos of SMS, in particular, the AHC findings reveal that developing this element of the CCM depends on a set of conditions and predispositions, including the following:

- Prioritizing patient involvement at the outset – for example, a team member reported, "By asking [patients], they identified a need and now we are developing programming for that. I never would have picked that [need] out."
- Focusing on greater provider awareness of the importance of self-management – for example, a team member said, "Self-management support should be integrated in the current functioning of

the healthcare system and into regular care; it should not be another silo initiative but an opportunity to build a common project between different services."

- Offering support for provider behaviour change through skills development – for example, a team member reported, "[In terms of the] differences in providers' perception of their role toward patients – for some, it shifted from a role of changing patients' behaviour to a role of encouraging patients to change."

Table 2b. Key Milestones of the Four AHC Teams That Were Successful in Implementing and Evaluating Their Improvement Projects

Team	Improvement Project Milestones

Health PEI	• 105 (of the ~1,000 over the next three years) targeted healthcare providers have completed or are in the process of SMS training, with additional clinicians on a wait-list for upcoming training. Post-workshop surveys show the following:
	  • High provider satisfaction with the training and content, citing the main strengths as the patient/family tools, practical examples and opportunity to apply the training in practice
	  • Provider confidence in their SMS ability, indicating a greater likelihood to implement the SMS behaviour change techniques in practice
	  • Ability for providers to cite at least two behaviour changes they will make in practice, with the most commonly cited changes as follows:
	  1. Ask more questions and do a better job of listening
	  2. Assess patient readiness to change and be non-judgmental
	  3. Set goals with patients and identify barriers to change
	  4. Apply the tools (e.g., importance/confidence scale, decisional balance, traffic light to assess readiness)

Horizon Health Network	• Surveys focusing on levels of concern in 14 life areas pre- and post-PEER 126 show youth self-report improvements in all areas (including mental health, work, relationships and money) with the exception of spirituality. • PEER 126 youth participants report reaching or making progress toward goals (e.g., the area of friendships and activities shows the most significant progress, while participants report developing skills for future employment as progress toward the area of active employment). • Healthcare utilization data show PEER 126 youth participants experienced decreased use of emergency room visits, community mobile mental health services and hospital admissions for a mental health diagnosis (compared to pre-PEER 126).
Central Health	• The former asthma outpatient clinic was redesigned into the Respiratory Care Centre, which uses a nine-month pathway combining on-site medical management with education and SMS and is filling a previously underserviced need for the mild–moderate COPD population (having seen 60 patients in a two-month span since opening). • A local version of the INSPIRED COPD Outreach Program™ was created for patients living with advanced COPD and their families – the program targets patients with COPD who have been hospitalized, to offer a program of home-based support including self-management education, action plan development, psychosocial support and, where appropriate, advance care planning.

Western Health	• 100% compliance reported based on an implementation audit of a depression-screening tool for people living with type 2 diabetes.
	• Staff educated on a new "compliments and complaints policy" for soliciting patient feedback and patients surveyed on existing program strengths, which include the following:
	  • Knowledgeable, skilled, respectful, courteous and helpful service providers
	  • Easily and conveniently scheduled appointments
	  • Helpful diabetes management plans, education sessions and appointments
	  • Patient-reported self-confidence in diabetes management, particularly vis-à-vis healthy eating, daily activities and physician visits.
	• Team core competencies identified and training for SMS initiated
	• Results from the Assessment of Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self Management (PCRS) conducted pre- and post- the aforementioned processes show improvements across all categories, for example:
	  • Emotional health – six out of seven teams met or exceeded the target of a 2.0 change, with a ~4.5-point improvement from baseline to follow up
	  • Patient input – all teams met or exceeded the target of a 2.0 change, with a ~4.3-point improvement from baseline to follow-up
	  • Physician, team and staff self-management education – six out of seven teams exceeded the target of a 2.0 change, with a ~4.1-point improvement from baseline to follow-up; the 7th team reported a 1.0-point change.

Table 3. Key AHC Findings Associated With the Implementation of Patient- and Family-Centred Approaches to Chronic Disease Prevention and Management

		Key Findings
Health System Elements of the Chronic Care Model[1]	**Self-management support**	• Patient involvement is a prerequisite for self-management. • Provider awareness and buy-in regarding the need for and usefulness of self-management is needed. • Behavioural change of healthcare providers is a necessary precursor for engaging patients in their own care. • Mutual trust between providers and patients is essential. • Confidence-building of providers regarding their skills and team-based support is important to promote self-management. • SMS should be integrated within day-to-day care provision. • Making tools available to patients and providers is crucial to support the practice of self-management.
	Delivery system design	• Patients provide highly valuable input in the co-design of care, including unexpected insights as to how to organize and deliver care.
	Decision support	• Adaptation of services to patient needs in real time is critical to support responsive care systems. • Proper follow-up and monitoring of patient attendance and attrition rates to programming are important to better adapt services.
Community Element of the Chronic Care Model	**Community resources and partnerships**	• Community collaboration is essential for increasing patient engagement in behaviour changes. • There are benefits to working with people from different programs and with different experiences to help to better integrate care.

1. There is no reference to the fourth health systems element – clinical information systems – as no key findings were realized as part of the AHC evaluation.

II. Build a network to share solutions and work toward chronic care improvement

The experience of health systems in their attempts to improve care suggests that these systems have an ongoing struggle with system inertia – the "tendency for a system to continue to do the same thing irrespective of changes in circumstances" (Coeira 2011: 27). The AHC aimed to provide a facilitative improvement environment. Findings from the AHC social networking analysis show that the collaborative afforded opportunities for participants to develop networks locally, cross-regionally and cross-provincially. From the baseline to the follow-up survey, increases are visible across all types of connections (in the categories of *know, share and collaborate*, which, as implied, assess the degree to which participants knew one another, shared information with one another or collaborated with one another; in analysis, the data was also examined across *all* categories, providing a fourth *all* category). Network density at least doubled across all types of connections, as did the number of ties (per capita) and the average degree (strength of the connection). The *know* network showed the greatest increase, with 132 new connections developed from baseline to follow-up; however, proportionally, the *share* network grew the most, with 2.67 times more connections over the same period. Importantly, while CFHI fostered the strongest connections at the outset, teams become more closely connected to the local expertise of faculty, coaches and mentors.

Networking was a positively reported component of the AHC QIC workshops as well. At the second workshop, 76% of participants reported that opportunities for networking were either "very good" or "excellent";

at the third workshop, 84% said the workshops helped them to identify opportunities for collaboration. Participant feedback helped to explain how the face-to-face networking helped. One participant said, "We are used to silos; [the workshop] was opening boundaries. It took us to this shared space. We learned a lot from other teams." Another reported, "We learned to link with people from other departments and other regional health authorities. My colleague doesn't work in the same department and so we are now working outside of silos." The workshops also afforded an opportunity to "not worry alone," as one informant put it, creating space to air shared concerns and work toward common goals.

A set of facilitating and limiting factors influenced the ability to create an environment for improvement (see Table 4). Support from leadership is important to align provincial or organizational policies with on-the-ground improvement efforts. Because providers develop routines in their day-to-day work, it appears valuable to have the support of external resources (e.g., CFHI as an improvement facilitator or academics and practitioners as mentors and coaches) to facilitate changing practices and models of care.

In addition, providers and organizations benefit from a customized and flexible approach to capacity development and timely intervention (e.g., from an independent third-party) to assist in a high-risk situation (e.g., when a team experiences turnover of its team lead). The participatory approach adopted by the AHC seems to favour the combination of various sources of experiential knowledge with research-informed evidence coming from various disciplines and research traditions. The potential benefits of this QIC are, however, constrained by the risk of providers and organizations becoming dependent on external support or distracted by the pressures of competing demands.

In terms of the lessons learned for undertaking and supporting QI more generally, the AHC experience (from all teams) provides lessons on implementation, development of QI competencies and facilitation of QI (through a QIC).

Implementation

The AHC results suggest that success in implementing CDPM improvements requires a set of conditions and predispositions. If attitudes and behaviours supportive

Table 4. Key AHC Findings Associated With Building a Pan-Atlantic Canada Network to Share Solutions and Work Together Toward Chronic Care Improvement

Influencing Factors	Key Findings
Facilitating	• Collaboration supports from governing authorities in the system • Alignment of IP with broader organizational strategic goals • Initial and continual support from senior management • Availability of and support from an external organization (CFHI), including at initial stage of project development • CFHI model of governance: support to mediate conflicts, especially through communicating and coordinating between team members; dedicated regional liaison based in the Atlantic region as a primary contact; strategic advice provided to teams • Importance of integrating providers' and patients' perspectives in assessment of problems for improvement cannot be overstated • Early integration of indicators and measurement in the development of the initiative
Limiting	• Lack of internal investment in continued improvement efforts (time and financial resources) • Team members facing competing priorities and demands • Low propensity to look for evidence, or lack of a culture of evaluation to support the design of robust IPs

of chronic care already exist at an organization, for example, then teams may be better equipped to initiate and carry out chronic care improvements. As only half the teams followed through on implementation during the collaborative (see Table 2a), it is possible that these teams experienced more favourable conditions or were more equipped to address challenges that arose than the teams that did not implement (Parry et al. 2013). However, in one circumstance where a team did not initiate implementation, the environment was not the limiting factor; rather, the scale of the initiative required more time than the AHC QIC timeline allowed. Overall, the findings suggest that the implementation of chronic care improvements in real practice settings takes considerable time and effort, as has been demonstrated in studies examining success of QI efforts (Parry et al. 2013). Based on the AHC results, the key factors associated with implementation are:

- Continuity of and ongoing support from senior leadership to better care for people living with chronic diseases despite competing demands
- Continuity of staff (in terms of resource turnover)
- Dedicated time to develop new approaches to care delivery
- Multidisciplinary teams with clinical and QI (particularly evaluative) expertise
- Strong QI and evaluation culture in the host organization
- Ongoing communication with a common sense of mission and trust between providers and management
- Shared perceived vision regarding improvement of care for patients living with chronic disease, enabling the development of patient- and family-centred care
- Realistic objectives and timelines, with commitment to improvement

According to one key informant, "The most important learning [was] getting the leadership invited and committed at the beginning, so that teams are given the necessary support to do the work." While the collaborative focused at the level of delivery, some participants noted that the broader policy context matters, and that the collaborative would have benefited from more policy maker involvement. Participants also noted that patients "were not engaged enough" and ought to be "more present." CFHI encouraged teams to bring patients and families to the workshops and to actively engage them in their delivery-level efforts to redesign care. However, the limited engagement of patients and families overall indicates that this engagement needs to be built into the collaborative design process more deliberately.

These and other key implementation factors align well with the receptive context common to "high-performing health systems," which feature stability (low turnover) of leadership and staff; sound communication between managers and clinicians; investments (of time and resources) in improvement processes; and a strategic focus on, and a culture of, improvement, including high reliance on performance measurement and evaluation (Baker and Denis 2011; Baker et al. 2008).

Competencies and skills

In education and training, which are fundamental to the AHC QIC, it is well recognized that before results may be observed (e.g., did the organization improve its performance?), changes are likely to be seen in experience, learning and behaviour (Kirkpatrick and Kirkpatrick 2006). In terms of behaviour, Table 2a indicates whether teams were successful in assessment, design, implementation and evaluation. As for experience and learning, participants report gaining skills and competencies in the following areas:

- **Communication** – Participants reported the need to consistently share and reinforce the aims and methods of their IPs within their host organizations, especially as team transitions and turnover occurred, and to maintain the "profile" of their IP as an organizational priority.
- **Community engagement** – Team members reported acquiring new knowledge regarding how to mobilize their local communities, whom to involve and how to collect data to inform design of new or existing services.
- **Project management** – Participants reported that the IP, in particular, was instructive in providing a practical, applied demonstration of how to manage a project (from design and planning through to execution and monitoring progress). The flexibility for IPs to be carried out through locally defined means also facilitated an understanding that a goal can be attained through different project management approaches, as long as there is a commitment to follow-through.
- **Evaluation** – While participants reported learning more about evaluation methods and practices (e.g., ways to standardize IP objectives, measurements and targets), many indicated that this led to a greater self-awareness that they or their organizations lacked skills or capacity to evaluate effectively. One participant reported, for example, "I learned a lot about evaluation to know that I didn't know much … [and] you have to bring on the right people at the outset." Notably, those teams that were able to demonstrate results (as per Table 2b) had existing members with evaluative expertise or were able to recruit that expertise locally. While at least one other organization had this expertise, its project was large in scope and the scope was its limiting factor, not the lack of evaluative expertise.
- **Implementation and spread** – Post-workshop surveys show the majority of participants (89%) agreed that workshop materials enhanced their understanding of developing a theory of change, how to design and implement an IP, how to redesign healthcare, ways to identify challenges, and opportunities for patient and provider engagement. Surveys also show that participants increased their skills related to sustainability and spread (97%) and increased their understanding of methods for spreading best practices (85%). A survey of coaches and mentors suggests that the AHC increased providers' confidence to engage in changes. "It provided the steps and support necessary for people, organizations and groups, with very little confidence in their ability, to implement" said one coach, while another reported, "There has been significant capacity-building at the individual and team level."
- **Multidisciplinary teamwork** – The practice of undertaking an IP as a team, in particular, provided an applied setting to develop awareness of multidisciplinary approaches and also challenged existing beliefs about what can be achieved through teamwork. For example, one participant reported learning that physicians are in fact open to changing practices, while another reported that teamwork served as a reminder that patient- and family-centred care should be part of the job.

Facilitation of QI

Participants reported positive experiences in regard to the components of this collaborative (described in Table 1). Among the factors supporting QICs are the following:

- Offering customized support/curriculum that respects the stage of progress of teams and their IPs

- Providing additional (third-party) support in high-risk situations such as staff turnover
- Providing a coaching/mentorship model that combines complementary expertise (academic and practical, in this case)
- Promoting the fundamental principles of effective chronic care improvement across the health system (from delivery to policy)
- Understanding the need to better communicate IP progress and results with managers and colleagues on an ongoing basis
- Understanding team member competencies and areas of discomfort (e.g., data collection, evaluation, community partnership development, teamwork) so as to develop curriculum in line with need.

Participants considered the workshops, webinars and other curricula useful overall (the content of which is summarized in Table 1). "The educational programs were really quite good," reported one participant, who added, "The tools and processes to work through the issues were very helpful." Survey data collected throughout the collaborative corroborate this finding. For example, 74% of participants reported the four workshops were "very good" or "excellent" overall. After each workshop, participants rated specific elements. For example, at the fourth workshop, the following elements were rated as "very good" or "excellent": workshop content (85%), workshop organization (88%), guest faculty/presenters (88%), pace of delivery (82%) and participant involvement/engagement (85%). The application of worksheets or tools received a notably lower score (70%), though this lower ranking could be due to the teams' brief introduction to these worksheets and tools at the workshop followed by the expectation to complete and submit them post-workshop.

The "dual" coaching model – with teams supported by both an academic mentor and improvement coach – was highly regarded. Interviews with teams indicated that coaches/mentors were invaluable, serving a variety of roles such as helping to keep IPs within scope and on deadline; facilitating connections to key stakeholders; and bringing forward new ideas, perspectives and resources. Coaches and mentors reported (by survey) that their roles could have been improved by involving them at the outset of the QIC. As context, CFHI worked with teams during and immediately following the first workshop to identify the kind of thematic expertise needed and only then invited coaches and mentors to participate. Even so, 80% of coaches/mentors felt they succeeded in creating trust with their teams. In terms of role clarity, 78% of coaches/mentors reported that their role was clear; however, some reported ambiguity regarding how to handle sensitive matters, such as how to support a team during a tumultuous time (e.g., at a time of team member turnover or when IP workload is threatened by "scope creep").

In terms of the application of the customized, bilingual web-based learning platform (dubbed "the Atlantic Desktop"), survey findings show that it served more as a knowledge management platform (for document storage), with limited function otherwise. In fact, one coach remarked, "The web portal was useful to me as a coach but probably not [useful] to teams." Utilization data corroborate this finding, showing modest peaks in logins and page views pre- and post-workshops with little application otherwise.

Participants commented positively about the availability of CFHI staff; the bilingual delivery; and the responsive, iterative approach to curriculum design. "I can't think of a time when we asked for support and didn't receive it," said one participant – "[CFHI was] recognizing needs that we didn't know that we had and helping us along the way." Another partici-

pant reported, "Everything was well planned – from the structure right through to the details and the organization. It appeared that everything [operated] like clockwork." Other important participant-reported characteristics of CFHI included its expertise and grasp of the healthcare landscape in Canada; its philosophy to "never leave the laggards behind," but to expend time and energy in supporting each team; its ability to recruit expert faculty, coaches and mentors; and its dedication to a regional approach, with a dedicated staff person in the region (the regional liaison).

III. Promote sustainability of health systems

When it comes to health system sustainability, it is only possible to make observations at this stage, given that most of the AHC IPs have not yet been implemented and others are at initial stages of implementation. We have even less to report on the matter of driving efficiencies and reducing per capita costs of care, though these are clearly crucial sustainability issues. Phillips and colleagues (2016) make further reference to this issue of "capturing cost" in the commentary paper that follows in the issue, in which they describe the measurement support to teams vis-à-vis capturing the cost of doing improvement as well as methods CFHI uses, where appropriate, to help teams understand the cost–benefit of new care delivery approaches. While many of the IPs in this collaborative aimed to deliver more efficient care (with aims explicitly related to efficiency or appropriateness of care, such as reducing waste and duplication in specialty care for patients with multiple chronic conditions, reducing inappropriate emergency department visits and hospitalizations through enhanced community-based care, and equipping providers and patients with SMSs to enable greater self-efficacy in CDPM), none tracked before-and-after changes in unit costs, for example. In terms of sustainability of the IPs and teams' efforts to redesign care, because of the different evolution of the projects (including their not being at the same stage of implementation), it is challenging to assess sustainability. However, we offer several observations to this end:

- *Team "improvement readiness assessments" can help set realistic expectations.* It might help to yield greater team IP and collaborative success if more rigorous steps and problem-based analysis are undertaken at the outset of the collaborative (beyond what the AHC "readiness criteria" were able to achieve) to assess team and IP fit and QI capacity. This measure might also help with assessment of level of risk in regard to ability to follow through and dedicate the time necessary. Securing coaches and mentors from the outset of the collaborative to facilitate this kind of robust assessment may also be beneficial.
- *Improving care takes dedicated time and commitment.* Although this was a two-year collaborative – which the literature indicates is an above-average QIC lifespan (Nadeem et al. 2013) – the AHC QIC experience confirms that making sustainable change in the design, delivery and evaluation of care takes considerable time and commitment, often outliving the collaborative itself. CFHI will continue to follow up with teams to see how long improvement takes. Spreading IPs, meanwhile, has two dimensions – internal spread (within the walls of the host organization) and external spread (beyond its walls). No matter the scope, improvement is not static and requires continued efforts and support over time. Even once an initial improvement goal is reached, a new goal is likely to arise as improvement teams become more adept at recognizing and addressing problems. What matters is the dedicated commitment to a culture of improvement and the recognition of what

it takes (in effort, time and resources) to achieve it.

- *Local support matters.* Teams that can align their IP efforts with local, organizational strategic priorities likely receive more reliable and ongoing support. This is important at the outset (e.g., carrying out IPs in conjunction with initiatives already underway to make use of existing resources and support), and once external resources or support ends (e.g., the ability of the team to continue its efforts once the collaborative's resources and improvement support end). Developing a regional community of practice may provide additional support to teams locally and contribute to their perseverance. The low-rules approach that informed the creation of team IPs was, arguably, an investment in local sustainability (internal spread) but not necessarily external spread. A low-rules approach leaves much open to local interpretation. On the one hand, such an approach allows for regional variation in, and customization of, the design of IPs responsive to local priorities and needs. On the other hand, this approach carries the inherent risk that regions undertake IPs that are widely different from one another, potentially limiting the degree to which cross-regional sharing may occur and contributing to the inability of teams to create cross-regional and cross-provincial IPs with the potential for higher system-wide impact.

Where to From Here?

Modernizing how healthcare addresses the needs of an increasingly chronically ill population is among the greatest challenges facing healthcare today. More people are living with multiple chronic conditions, putting pressure on healthcare systems that rely on facility-based care to treat acute illness over brief periods of time. This paper provides an in-depth look at the AHC as a pan-Canadian QIC that developed a network of healthcare providers motived to initiate CDPM improvements for patients and families. In the end, what should we reasonably expect from this type of initiative? The AHC QIC created a predisposition to support better healthcare for patients and families living with chronic disease. This experience shows it is possible, in the context of healthcare in Canada, to stimulate a genuine commitment to improve care for patients with chronic disease and to address systematically some of the challenges and obstacles associated with healthcare improvement.

Acknowledgements

We would like to recognize our colleagues who co-designed and undertook the AHC evaluation: Kaye Phillips (senior lead), Claudia Amar (project lead), Pernelle Smits (consultant), Keesa Elicksen-Jensen, Tom Valente (consultant) and Nurdin Akunov. As well, we acknowledge those who made the AHC possible, with specific mentions to Meghan Rossiter (regional liaison), Erin Leith (coaching lead) and Christine (Kirby) Kirvan. In addition to receiving funding support from CFHI, the AHC also received funding from five RHAs in Atlantic Canada: Nova Scotia Health Authority (formerly Capital Health, NS), Eastern Health (NL), Health PEI, Horizon Health Network and Réseau Santé Vitalité, (NB). Medavie Health Foundation also sponsored each of the four workshops, while Health Association Nova Scotia provided in-kind support. Most importantly, we would like to thank the tremendous network of executives, faculty, coaches and mentors, as well as the teams of dedicated healthcare professionals who participated. CFHI is funded through an agreement with Health Canada. The views expressed in this paper do not necessarily represent those of the Government of Canada.

References

Akunov, N. and E. Leith. 2012. "An Analysis of Health System Priorities in Atlantic Canada: An Environmental Scan." Unpublished. Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement.

Baker, G.R. and J.L.D. Denis. 2011. *A Comparative Study of Three Transformative Healthcare Systems: Lessons for Canada.* Ottawa, ON: CFHI.

Baker, G.R., A. Macintosh-Murray, C. Pocellato, L. Dionne, K. Stelmacovich and K. Born. 2008. *High-Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design.* Toronto, ON: Longwoods.

Bibby, J. 2014. "Four Lessons for Running Impactful Collaboratives in Health Care." The Health Foundation. Retrieved January 15, 2015. <http://www.health.org.uk/blog/four-lessons-for-running-impactful-collaboratives-in-health-care/>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2012a. "Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease Charter." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/collaborations/Atlantic-Charter-March12-2012-E.pdf>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2012b. "The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/collaborations/CFHI-Atlantic-Brochure-E.pdf>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2013. "Making the Case for Change: Advancing the NWT Chronic Disease Management Strategy." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/NWT-Report-E.pdf>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2014a. "CFHI Improvement Approach." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/AboutUs/OurApproach.aspx>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2014b. "Accelerating Healthcare Improvement: Canadian Foundation for Healthcare Improvement's Assessment Tool." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-cass.ca/PublicationsAndResources/cfhi-self-assessment-tool>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2015. "EXTRA: Executive Training Program." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-cass.ca/WhatWeDo/extra>.

Canadian Institute for Health Information. 2011. "Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions?" Retrieved January 15, 2015. <https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_en.pdf>.

Canadian Institute for Health Information (CFHI). 2014. "National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014." Retrieved January 15, 2015. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2014_ENweb.pdf>.

Champagne, F., P. Smits, C. Amar, K. Elickson, J. Verma and K. Phillips. 2015. "Evaluation of the Atlantic Healthcare Collaboration." Ottawa, ON: CFHI.

Coeira, E. 2011. "Why System Inertia Makes Health Reform So Difficult." *British Medical Journal* 342: 3693. doi:10.1136/bmj.d3693

de Silva, D. 2014. "Improvement Collaboratives in Health Care." The Health Foundation. Retrieved January 15, 2015. <http://www.health.org.uk/publications/improvement-collaboratives-in-health-care>.

Gauthier, J. 2014, March 5. "Soon is still not a number, some is still not a time" [Web log post]. Institute for Healthcare Improvement. Retrieved January 15, 2015. <http://www.ihi.org/communities/blogs/_layouts/ihi/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=69>.

Kirkpatrick, D.L. and J.D. Kirkpatrick. 2006. *Evaluating Training Programs* (3rd. ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.

Kozyrskyj, A., L. Lix, M. Dahl and R.-A. Soodeen. 2005. "High-Cost Users of Pharmaceuticals: Who Are They?" Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba. Retrieved January 15, 2015. <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/high-cost.pdf>.

MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Research Institute. 2002. "The Care Model." Retrieved January 15, 2015. <http://www.improving-chroniccare.org/downloads/the_care_model_with_copyright.jpg>.

Nadeem, E., S.S. Olin, L.C. Hill, K.E. Hoagwood and S.M. Horwitz. 2013. "Understanding the Components of Quality Improvement Collaboratives: A Systematic Literature Review." *Milbank Quarterly* 91(2): 354–94. doi:10.1111/milq.12016

Panagioti, M., G. Richardson, E. Murray, A. Rogers, A. Kennedy, S. Newman et al. 2014. "Reducing Care Utilisation Through Self-Management Interventions (RECURSIVE): A Systematic Review and Meta-Analysis." *Health Services Delivery and Research* 2(54).

Parry, G.J., A. Carson-Stevens, D.F. Luff, M.E. McPherson and D.A. Goldmann. 2013. "Recommendations for Evaluation of Health Care Improvement Initiatives." *Academic Pediatrics* 13(6 Suppl): S23–S30. doi:10.1016/j.acap.2013.04.007

Phillips, K., J. Verma, C. Amar, K. Elicksen and F. Champagne. 2013. "Atlantic Healthcare Collaboration: CFHI's Monitoring and Evaluation Plan." Available upon request.

Public Health Agency of Canada (PHAC). 2013. "Preventing Chronic Disease Strategic Plan 2013–2016." Retrieved January 15, 2015. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/strategy_plan-plan_strategique-eng.php>.

Rais, S., A. Nazerian, S. Ardal, Y. Chechulin, N. Bains and K. Maliko. 2013. "High-Cost Users of Ontario's Healthcare Services." *Healthcare Policy* 9(1): 44–51. doi:10.12927/hcpol.2013.23478

Reid, R., R. Evans, M. Barer, S. Sheps, K. Kerluke, K. McGrail et al. 2003. "Conspicuous Consumption: Characterizing High Users of Physician Services in One Canadian Province." *Journal of Health Services Research and Policy* 8(4): 215–24. doi:10.1258/135581903322403281

Schoen, C., R. Osborn, S.K. How, M.M. Doty and J. Peugh. 2009. "In Chronic Condition: Experiences of Patients With Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008." *Health Affairs* 28(1): w1–16. doi:10.1377/hlthaff.28.1.w1

Schoen, C., R. Osborn, D. Squires, M. Doty, R. Pierson and S. Applebaum. 2011. "New 2011 Survey of Patients With Complex Care Needs in Eleven Countries Finds That Care is Often Poorly Coordinated." *Health Affairs* 30(12): 2437–48. doi:10.1377/hlthaff.2011.0923

Statistics Canada. 2013. "Health Profile, December 2013." Retrieved January 15, 2015. <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=E>.

Statistics Canada. 2014. "Canadian Socio-Economic Information Management System (CANSIM), Table 051-0001." Retrieved January 15, 2015. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo31d-eng.htm>.

Taylor, S., H. Pinnock, E. Epiphanou, G. Pearce, H. Parke, A. Schwappach et al. 2014. "A Rapid Synthesis of the Evidence on Interventions Supporting Self-Management for People With Long-Term Conditions: PRISMS – Practical Systematic Review of Self-Management Support for Long-Term Conditions." *Health Services and Delivery Research* 2(53). doi.org/10.3310/hsdr02530

Wagner, E.H., N. Sandhu, K. Coleman, K.E. Phillips and J.R. Sugarman. 2014. "Improving Care Coordination in Primary Care." *Medical Care* 52(11 Suppl 4): S33–38. doi:10.1097/MLR.0000000000000197

Wodchis, W., P.C. Austin and D.A. Henry. 2016. "A 3-Year Study of High-Cost Users of Health Care." *Canadian Medical Association Journal* doi: 10.1503/cmaj.150064

Une approche de collaboration à un problème de soins chroniques

ESSAI INVITÉ

Jennifer Y. Verma, MSc, BJH
Directrice principale, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Ottawa, ON

Jean-Louis Denis, PhD
Professeur, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé
École nationale d'administration publique
Montréal, QC

Stephen Samis, MA
Vice-président, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Ottawa, ON

François Champagne, PhD
Professeur, Université de Montréal
Montréal, QC

Maureen O'Neil, OC
Présidente, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Ottawa, ON

RÉSUMÉ

Les projets collaboratifs d'amélioration de la qualité sont des outils populaires pour encourager l'amélioration des soins de santé ; toutefois, l'efficacité de ces modèles et les facteurs associés à leur réussite ne sont pas pleinement compris. Cet article présente un projet collaboratif d'amélioration de la qualité dans un contexte canadien, où les systèmes de santé provinciaux ont souvent du mal à transcender leurs limites structurelles et politiques pour passer d'un modèle de soins réactif (priorisation du

traitement de la maladie dans un système dépendant de l'hospitalisation) à une démarche plus proactive (priorisation de la santé de la population dans un système axé sur les soins primaires). En mars 2012, dans un geste qui a été qualifié de « sans précédent », 17 régions sanitaires des quatre provinces du Canada atlantique, de concert avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), ont mis sur pied un collectif visant à améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques. Ce document présente la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en matière d'innovation et l'amélioration dans le traitement des maladies chroniques (COSA), ainsi qu'une réflexion sur l'expérience de l'élaboration et de la mise en œuvre de ce modèle, qui réunissait des équipes de cliniciens de première ligne et des gestionnaires travaillant avec des enseignants, des formateurs et des membres du personnel de la FCASS à l'évaluation, à la conception, à la mise en œuvre, à l'évaluation et au partage d'améliorations des soins de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Ce document révèle les principaux résultats et enseignements tirés jusqu'à présent dans le cadre de ce projet collaboratif d'amélioration de la qualité (la COSA) dont l'objectif était d'améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques au Canada.

Tout système de santé moderne s'efforce de passer des soins habituels à la prévention et à la gestion des maladies chroniques (PGMC). Les « soins habituels » traitent la maladie aiguë pendant de courtes périodes, mais ils ne parviennent pas suffisamment à prévenir la maladie ou à aider les patients et les prestataires à efficacement gérer les maladies chroniques ou à améliorer la santé de la population. Au Canada, les patients aux besoins thérapeutiques complexes déclarent souvent recevoir des soins moins qu'optimaux (Schoen et al. 2009 ; Schoen et al. 2011), bien que plus de la moitié des Canadiens adultes aient au moins un problème de santé chronique et que le tiers d'entre eux soit atteint de deux affections chroniques ou plus ; et que ces chiffres augmentent progressivement en raison du vieillissement de la population (Agence de santé publique du Canada [ASPC] 2013 ; Statistique Canada 2014). Un certain nombre de sources révèlent qu'une faible proportion de personnes ayant « des risques élevés et des besoins importants » (dont un bon nombre est atteint de maladies chroniques multiples) consomme la majorité des ressources de santé (Kozyrskyj et al. 2005 ; Rais et al. 2013 ; Reid et al. 2003 ; Wodchis et al. 2016). Ces services sont souvent de nature hospitalière et, par conséquent, insuffisants à eux seuls pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques sur le long terme. La PGMC se distingue des soins habituels par l'attention qu'elle consacre aux soins primaires, notamment à la prévention, à la connaissance intégrale du patient, à la responsabilisation claire pour la totalité des soins et à la participation de spécialistes qui contribuent à améliorer les soins et à renforcer l'expertise des soins primaires (Wagner et al. 2014). Un élément essentiel d'une approche particulière aux patients atteints de maladies chroniques (ou à long terme), concerne l'autogestion, qui transcende l'auto-efficacité relative aux activités quotidiennes pour accorder un plus grand rôle au patient dans ses soins préventifs et son traitement (Panagioti et al. 2014 ; Taylor et al. 2014).

Dans les provinces atlantiques du Canada, des dirigeants du système de santé ont travaillé avec la FCASS (un organisme sans but lucratif financé par le gouvernement fédéral qui se consacre à l'accélération des améliorations en santé) afin de créer un collectif visant à améliorer la qualité des soins pour les personnes atteintes d'une maladie chronique. La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (COSA) a été forgée en mars 2012 afin de réaliser ce qui suit (FCASS 2012a ; 2012b) :

- Créer une approche centrée sur le patient et sa famille en matière de gestion des maladies chroniques ;
- Établir un réseau d'équipes organisationnelles, régionales et provinciales en vue de partager des données probantes sur d'éventuelles solutions systémiques et travailler ensemble à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la pérennisation d'initiatives d'amélioration ;
- Promouvoir la pérennité des systèmes de santé.

Cet article présente un recensement des premières expériences du projet collaboratif d'amélioration de la qualité COSA, dont sa genèse et ses enseignements dans le but d'améliorer la PGMC et la réalisation de futurs projets collaboratifs d'amélioration de la qualité au Canada.

Les défis communs stimulent la collaboration

Les prestataires de soins de santé et les organisations sont confrontés à des problèmes persistants tandis qu'ils s'efforcent de créer une approche intégrée de soins centrés sur le patient ; une exigence indispensable à la prestation efficace de la PGMC. Dans le Canada atlantique, les conséquences de ces problèmes se résument généralement à de moins bons résultats en matière de santé dans un contexte caractérisé par des ressources de santé limitées et la concurrence des priorités du système :

1. *Le taux croissant de maladies chroniques dans les populations vieillissantes.* Comparativement au reste du Canada, le Canada atlantique est aux prises avec un taux plus élevé de maladies chroniques (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] 2011 ; Statistique Canada 2013 ; 2014). Des facteurs de risque accrus chez les personnes de tous âges (comme la mauvaise alimentation, la sédentarité, l'obésité et le tabagisme) et le vieillissement accéléré de la population alourdissent le fardeau de la maladie (Statistique Canada 2013). En 2008, un plus grand nombre de personnes âgées vivant dans les provinces de l'Atlantique ont déclaré être atteintes d'une ou de plusieurs affections chroniques par rapport au reste du Canada (76 %), passant de 79 % chez les aînés de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) à 81 % chez ceux de la Nouvelle-Écosse (N.-É.) et du Nouveau-Brunswick ((N.-B.) et même 85 % à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) (ICIS 2011).
2. *Une diminution constante des budgets de santé à l'heure où les déficits de soins persistent.* Dans le passé, le coût des soins de santé augmentait plus rapidement dans les provinces de l'Atlantique que dans le reste du Canada (ICIS 2014). Au cours des dernières années, les provinces canadiennes ont pris des mesures pour infléchir la courbe des coûts grâce, notamment, à des améliorations de la productivité et à une réduction générale des dépenses. Ces mesures peuvent certes servir à contenir les coûts à court terme, mais elles s'avèrent souvent insuffisantes pour régler le problème des déficits de soins persistants, tels que l'application inégale de lignes directrices sur les pratiques exemplaires, une coordination de soins et un suivi du patient lacunaires, et une sensibilisation imparfaite à l'autogestion chez les patients, les familles et les prestataires (MacColl Centre for Health Care Innovation 2002). Déplacer l'accent des soins vers la PGMC exige une approche systémique. L'adoption d'une telle approche constitue un défi de taille dans le contexte des soins de santé du Canada, qui sont caractérisés par un

leadership diffus, une monomanie en faveur des soins actifs et un besoin urgent de nouveaux modèles de prestation de soins et de services.

3. *Les priorités concurrentes étouffent la centralité du patient dans la prévention et la gestion des maladies chroniques.* Une analyse documentaire des principales priorités du système de santé (fondée sur les plans stratégiques de toutes les régions sanitaires et de tous les ministères de la santé du Canada atlantique en date de janvier 2012) a révélé une préoccupation prédominante pour les soins actifs (Akunov et Leith 2012). Les questions touchant la qualité des soins comme la sécurité, l'accès et les temps d'attente en milieu hospitalier étaient en tête de liste des priorités. Les premiers dirigeants des régions sanitaires de l'Atlantique, les représentants des ministères de la santé et le personnel de la FCASS, réunis pour discuter de ces résultats, se sont étonnés que la PGMC occupe une place moins importante parmi les priorités régionales (malgré que, comme un PDG l'exprimait, « Le Canada atlantique remporte la palme en termes de taux de mortalité et de morbidité associés aux maladies chroniques »). Le plus frappant était sans doute la faible importance accordée à la participation du patient et de sa famille aux soins, qui, de l'avis des participants, devrait éclairer toute nouvelle initiative d'amélioration.

La FCASS et les autorités sanitaires régionales (ASR) de l'Atlantique ont saisi l'occasion de forger un collectif d'amélioration de la qualité pan-Canada atlantique en créant la COSA. Même avant la création de la Collaboration, le programme de formation pour cadres FORCES de la FCASS avait mobilisé des dirigeants et des équipes de soins de santé de partout au pays, dont un grand nombre dans le Canada atlantique (FCASS 2015). En outre, la FCASS avait entrepris une collaboration fructueuse sur la PGMC dans les Territoires du Nord-Ouest (FCASS 2013). En misant sur ces efforts d'amélioration, la FCASS et 17 ASR du Canada atlantique, avec l'aval des quatre ministères provinciaux de la santé, ont officialisé leur engagement au moyen d'une charte qui établissait les objectifs, les activités et d'autres caractéristiques de la Collaboration (FCASS 2012a). Un comité exécutif composé de dirigeants des ASR de l'Atlantique et de la FCASS dirigeait la Collaboration. À la base, la COSA appuyait des équipes multidisciplinaires de cliniciens de première ligne et des gestionnaires dans l'évaluation, la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et le partage des améliorations de soins de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Le dernier atelier de la COSA s'est tenu en juin 2014, bien que l'accompagnement des équipes se soit étendu jusqu'à la fin de 2014, qu'un webinaire de suivi avec les équipes ait été organisé en janvier 2015 et que des webinaires visant à diffuser les apprentissages des équipes et de la Collaboration aient été tenus à l'automne 2015. La communication avec les équipes pour obtenir plus de renseignements au sujet de l'évolution de leur projet d'amélioration (PA) se poursuit, compte tenu de l'importance de l'évaluation des résultats et du partage des apprentissages clés. Ce qui suit est une description de la COSA, des apprentissages préliminaires des diverses équipes et des résultats généraux de la Collaboration.

Action concertée pour de meilleurs soins chroniques : le modèle de la COSA

Les projets collaboratifs d'amélioration de la qualité sont des vecteurs populaires pour l'amélioration des soins de santé, grâce à leur historique de plus de 20 ans, bien qu'il existe

encore peu de données probantes sur leur efficacité (de Silva 2014 ; Nadeem et al. 2013). Un examen de la littérature scientifique récemment commandé par la Health Foundation du Royaume-Uni (Bibby 2014 ; de Silva 2014) explorait l'efficacité de ces projets collaboratifs et recensait les facteurs de réussite suivants chez les collectifs à fort impact :

- *Qui ?* Une collaboration ne sera jamais égale qu'au temps, à l'énergie et à la volonté des personnes concernées d'y prendre part ; qui bénéficient tous du travail concerté des professionnels de la santé et des patients, appuyé par des cadres dirigeants.
- *Quoi ?* Un problème et une solution bien articulés constituent un investissement important en vue de produire des résultats à terme. En l'absence d'une orientation bien définie, l'enthousiasme peut s'affaiblir, tandis que la motivation des équipes s'essouffle devant des objectifs inatteignables ou imprécis pour lesquels les efforts deviennent rapidement futiles.
- *Comment ?* « Certains n'est toujours pas un nombre définitif ; pas plus que bientôt est un moment précis » (Gauthier 2014). Voilà un sage conseil pour les projets collaboratifs, car la réussite vient à ceux qui travaillent à atteindre des objectifs communs dans des délais convenus. L'observation d'une « approche faible en règles », dans le cadre de laquelle les équipes sont libres de décider de la meilleure façon d'apporter les changements nécessaires, est fondamentale ; toutefois, une combinaison systématique d'approches fondées sur des données probantes et axées sur l'amélioration de la qualité (AQ) est indispensable à la conception et à la mise en œuvre des changements.
- *Avec quelles ressources ?* Le maintien de l'élan, une fois passé l'enthousiasme initial d'un nouveau projet collaboratif, distingue les collectifs qui ont envisagé les ressources à long terme de ceux qui ne l'ont pas fait. Si le personnel dispose du temps voulu et du soutien nécessaire à l'évaluation, dans le but de réaliser un apprentissage réflexif, les équipes peuvent rester concentrées sur leurs améliorations plutôt que d'être accablées par des questions administratives visant à obtenir des ressources supplémentaires.

Un examen systématique de la littérature scientifique réalisé par *Milbank Quarterly* (2013) au sujet des traits communs des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité a révélé que leurs efforts tendent à se concentrer sur les éléments suivants :

- L'amélioration des pratiques des prestataires ou des résultats pour le patient (ceux-ci étant plus difficiles à démontrer au cours de la durée généralement brève d'un projet collaboratif) ;
- Des activités structurées pour encourager l'apprentissage et le développement croisés des équipes ;
- Le recours à des conseils d'expert en matière de pratique fondée sur des données probantes et d'AQ dans le cadre d'un modèle d'amélioration qui priorise des cibles mesurables, la collecte de données et la rétroaction ;
- Des équipes multidisciplinaires qui réalisent de petits essais de changement (Nadeem et al. 2013).

Le projet collaboratif d'amélioration de la qualité COSA s'est concrétisé avant que ces études documentaires ne soient disponibles ; cependant, une comparaison révèle une bonne complémentarité entre les modèles cités (voir le Tableau 1).

Le contenu des ateliers et d'autres formes de soutien fourni aux équipes dans le cadre du

Tableau 1. Description des composants structurels et axés sur les processus les plus courants des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité (selon Nadeem et al. 2013) par rapport au modèle du projet collaboratif d'AQ COSA

Composant	Description	Application au projet collaboratif d'AQ COSA
Structure générale du projet collaboratif d'AQ	☑ 12 mois en moyenne ☑ Séances d'apprentissage menées par des enseignants experts à l'intention d'équipes multidisciplinaires ☑ Projets d'AQ dirigés par les équipes ☑ Toutes les séances d'apprentissage en personne, ainsi que la majorité des téléconférences, réunissent plusieurs établissements	☑ 24 mois en plus du travail préalable et de suivi ☑ Séances d'apprentissage en personne (ateliers) menées par des enseignants experts pour les équipes multidisciplinaires ☑ Projets d'AQ dirigés par les équipes ☑ Ateliers et webinaires réunissant toutes les équipes / tous les établissements, formateurs en amélioration, mentors universitaires, enseignants et invités (p. ex., des décideurs et des responsables des politiques / dirigeants ont participé à tous les ateliers) ☒ En général, les téléconférences étaient réservées aux équipes individuelles qui rencontraient le personnel de la FCASS, leur formateur ou leur mentor ; les formateurs / mentors se réunissaient tous les mois au téléphone pour échanger de l'information sur les équipes / établissements
Équipes multi-disciplinaires d'AQ*	☑ La plupart réunissent de telles équipes, mais avec peu de détails sur les rôles de l'équipe (p. ex., les prestataires de soins directs ou le personnel de direction qui représentent divers rôles de la hiérarchie organisationnelle)	☑ Équipes composées de deux à six membres qui sont prestataires de soins directs ou cadres intermédiaires, dont un ou deux chefs d'équipe ⌘ Un mentor universitaire et un formateur en amélioration ont été affectés à chaque équipe afin d'élargir son expertise, avec l'appui de la haute direction de l'organisme
Séances en personne*	☑ Trois séances de deux jours chacune, en moyenne ☑ Pour favoriser la planification de l'équipe le partage d'expériences entre établissements (p. ex., au moyen d'exposés d'équipe, de séances en petits groupes et de scénarimages)	☑ Quatre ateliers de deux jours chacun dans chacune des provinces de l'Atlantique ☑ Pour favoriser l'apprentissage en équipe et la planification ainsi que le partage des expériences acquises au moyen d'approches diverses (p. ex., exposés d'équipe, tables rondes, discussions en séance plénière, histoires à succès, visites de sites et réceptions de réseautage)
Contenu des séances en personne	☑ Formation didactique dans le cadre d'un processus ou d'une pratique de soins en particulier (p. ex., le Modèle de soins chroniques), formation sur les techniques d'AQ (p. ex., les cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir [PEEA])	☑ Formation didactique en meilleures pratiques selon le Modèle de soins chroniques (p. ex., soutien à l'autogestion) et en AQ (p. ex., évaluation axée sur la résolution de problèmes, conception fondée sur des données probantes, gestion du changement et de la mise en œuvre, évaluation et amélioration du rendement, participation du patient, engagement des prestataires, pérennité et diffusion, élaboration d'une histoire à succès)
PEEA (cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir*)	☑ La majorité déclare avoir recours à des cycles PEEA, mais présentent peu de détails sur les expériences des établissements au cours des cycles PEEA, sur la manière dont les cycles PEEA sont intégrés aux efforts d'amélioration ou sur la façon dont la collecte continue de données éclaire le processus d'AQ	☒ N'a pas eu recours aux cycles PEEA ⌘ A employé une approche commune en matière d'amélioration (selon l'approche d'amélioration de la FCASS : apprécier, concevoir, mettre en œuvre, évaluer [FCASS 2014b]) et a fait appel à des questions de validation (p. ex., votre PA produit-il ce que vous escomptiez ? Dans la négative, pourquoi pas ?)

Tableau 1. Description des composants structurels et axés sur les processus les plus courants des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité (selon Nadeem et al. 2013) par rapport au modèle du projet collaboratif d'AQ COSA (suite)

Composant	Description	Application au projet collaboratif d'AQ COSA
Appels d'équipe	☑ Appels mensuels d'équipe ☑ Participation de divers établissements aux appels	☑ Appels trimestriels d'équipe ☒ Appels d'équipe généralement réservés à des rencontres entre chaque équipe et le personnel de la FCASS, le formateur et le mentor de l'équipe ⌘ Webinaires avec participation de nombreuses équipes ⌘ Appels d'encadrement / de mentorat trimestriels, appels réguliers avec le corps enseignant et appels trimestriels du comité exécutif où un échange d'information se produisaient entre les équipes
Soutien électronique / par courriel	☑ Soutien électronique ou par courriel parfois offert, mais peu d'informations quant à la mesure dans laquelle les participants au projet collaboratif d'AQ comptent sur cet appui	☑ Plateforme d'apprentissage en ligne personnalisée, bilingue, (surnommée « le Bureau virtuel de l'Atlantique ») pour les équipes de la COSA, ses enseignants, ses formateurs et ses mentors ; en plus d'un soutien complémentaire par courriel
Processus d'AQ*	☑ La majorité intègre la collecte continue de données (p. ex., indicateurs de rendement, rapports continus sur les résultats visés)	☑ Les plans de mesure et de collecte de données recueillaient des indicateurs particuliers aux équipes / aux PA et des mesures du degré de collaboration y étaient également incorporées • Exemples d'indicateurs de PA : mesures d'efficacité telles que l'acquisition de connaissances et de compétences (chez le prestataire), le nombre d'aiguillages vers un nouveau service, la mise en œuvre d'ensembles d'ordonnances normalisés ; des mesures concernant les soins centrés sur le patient et sa famille telles que la satisfaction du client, l'auto-efficacité, l'apport du patient aux processus de soins. • Exemples d'indicateurs de collaboration : la participation de l'équipe à des activités d'apprentissage virtuelles ; l'acquisition de connaissances et de compétences de l'équipe; la satisfaction de l'équipe (p. ex., par rapport au contenu de l'atelier et des webinaires, à l'encadrement) ; expansion du réseau des participants
	☑ Dans certains cas, les enseignants prodiguent des conseils aux établissements et comptent sur un soutien externe pour la synthèse des données et la rétroaction	☑ Les enseignants, formateurs et mentors ont offert une rétroaction continue aux équipes / rétroaction continue par rapport aux PA et le personnel d'évaluation de la FCASS a fourni du soutien et une rétroaction en matière de synthèse des données
La participation organisationnelle	☑ Certains rendent compte de la participation de la Direction de l'organisation, mais il n'est pas clair que ces dirigeants soient membres de l'équipe d'AQ ou qu'ils participent autrement	☑ Participation des dirigeants de l'organisation au moyen d'un comité exécutif composé de hauts dirigeants
	☑ Peu d'exemples de projets collaboratifs d'AQ qui ont pénétré l'ensemble de l'organisation (p. ex., la formation de personnel autre que les membres de l'équipe du projet collaboratif d'AQ assurée par un enseignant du projet collaboratif d'AQ ou des membres locaux du projet collaboratif d'AQ)	☑ Matériel des ateliers / webinaires disponible à l'ensemble de l'organisation, invitations aux ateliers à certains participants choisis en dehors de l'équipe du projet collaboratif d'AQ (p. ex., provenant de ministères de la santé et de partout au Canada) et formation sur mesure assurée / appuyée par la FCASS sur demande (p. ex., plusieurs ateliers / réunions sur les soins chroniques dans la région de l'Atlantique)

Tableau 1. Description des composants structurels et axés sur les processus les plus courants des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité (selon Nadeem et al. 2013) par rapport au modèle du projet collaboratif d'AQ COSA (suite)

Composant	Description	Application au projet collaboratif d'AQ COSA
Participation préalable au projet collaboratif d'AQ	☑ Peu d'exemples d'activités préalables (p. ex., utilisation « d'un groupe d'experts », un groupe qui établit des cibles d'amélioration et des plans en matière de collaboration, comme l'obtention obligatoire d'un engagement officiel ou l'application de critères « de préparation »)	☑ Travail préalable exigeant que les équipes établissent un plan pour leur PA qui satisfasse les critères de préparation ; le personnel de la FCASS a également travaillé en étroite collaboration avec le corps enseignant pour élaborer un plan d'apprentissage (contenu des ateliers et feuilles de travail) tout au long du projet collaboratif

*indique les composants les plus courants des projets collaboratifs d'AQ (selon Nadeem et al. 2013) ; ☑ signifie un alignement ; ☒ indique une divergence ; ⌘ indique une caractéristique supplémentaire

projet collaboratif d'AQ COSA (décrits dans le Tableau 1) étaient fondés sur deux modèles d'amélioration : l'approche d'amélioration de la FCASS (FCASS 2014a) en tant que modèle d'AQ et le CCM (modèle du MacColl Center for Health Care Innovation 2002) en tant que modèle de pratique fondée sur des données probantes. L'approche d'amélioration de la FCASS a orienté l'amélioration globale : le programme d'apprentissage et d'encadrement étant conçus dans le but de développer la capacité des équipes à *apprécier* le problème sous-jacent du système de santé, à *concevoir* une solution éclairée par des données probantes, à *mettre en œuvre* le changement et à *évaluer* la différence que celui-ci produit. L'appréciation, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation sont des compétences et des pratiques importantes en matière de leadership qui permettent d'évaluer les progrès de mise en œuvre d'un PA (voir le Tableau 2a pour consulter un résumé des progrès des équipes d'amélioration). L'approche d'amélioration de la FCASS comprend aussi des « leviers » qui permettent et accélèrent l'amélioration des soins de santé, par exemple, l'utilisation de données probantes pour éclairer les décisions à toutes les étapes du processus d'amélioration et la participation des patients et de leurs familles au réaménagement des soins (FCASS 2014a ; 2014b).

Le CCM (que ses auteurs appellent maintenant tout simplement le Modèle de soins) a offert un cadre pour comprendre les éléments de la conception d'améliorations à la PGMC. Ces éléments comprennent le soutien à l'autogestion (SAG), la conception du système de prestation, l'aide à la décision et les systèmes d'information cliniques, ainsi que les ressources communautaires et les politiques (voir le Tableau 2a pour consulter un résumé des objectifs centraux et des éléments de conception des PA des équipes pour la prestation de soins chroniques).

Tandis que le projet collaboratif d'AQ COSA partage les caractéristiques de projets collaboratifs d'AQ existants, il présente plusieurs caractéristiques uniques :

- *Partage de la gouvernance et des coûts.* Un comité exécutif constitué de PDG et de VP des ASR de l'Atlantique régissait la Collaboration, de concert avec la Direction de FCASS (chef de la direction et vice-président des programmes), dont l'engagement a été officialisé par une charte qui établissait les objectifs, les activités, ainsi que d'autres éléments de la COSA (FCASS 2012a). La charte prévoyait une entente sur le partage des coûts, ainsi que la formalisation de l'intérêt de tous les membres pour

Tableau 2a. Objectifs centraux des projets d'amélioration des équipes de la COSA et alignement sur le Modèle de soins chroniques (CCM) et l'Approche d'amélioration de la FCASS

			Progrès en matière d'amélioration (selon l'Approche d'amélioration de la FCASS)				
Province*/ Équipe		**Objectifs centraux du projet d'amélioration**	**Objectif central du Modèle de soins chroniques / éléments de conception**	**Apprécier**	**Concevoir**	**Mettre en œuvre**	**Évaluer**
Î.-P.-E.	Health PEI	• Comprendre les causes sous-jacentes de l'incidence anormalement élevée des affections sensibles aux soins ambulatoires (ACSC) • Élaborer un outil virtuel pour les échanges patient–prestataire et pour le suivi du SAG • Renseigner les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	• SAG • Conception du système de prestation • Aide à la décision • Systèmes d'information clinique • Ressources communautaires et politiques	O	O	N	N
	Health PEI	• Formation en SAG pour tous les cliniciens de Health PEI (en commençant par les prestataires de soins primaires et en poursuivant avec les prestataires de soins actifs)	• SAG • Aide à la décision • Conception du système de prestation	O	O	O	O
N.-B.	Réseau de santé Horizon	• Évaluer le programme PEER 126 (Peers Engaged in Education and Recovery) : un service de réadaptation psychosociale sensible à l'âge (pour les jeunes de 16 à 29 ans) et les programmes communautaires visant à aider les jeunes à atteindre leurs objectifs en matière de bien-être affectif, social et psychologique	• SAG • Conception du système de prestation • Ressources communautaires et politiques	O	O	O	O
	Réseau de santé Vitalité	• Évaluation des besoins en matière de soins de santé primaires et établissement des priorités dans quatre collectivités • Participation communautaire et santé de la population	• Ressources communautaires et politiques	S/O[1]	O	En cours	N
N.-É.	Nova Scotia Health Authority (anciennement Capital Health)	• Modifier la schématisation de la chaîne de valeur pour identifier les lacunes de soins (état actuel) du point de vue du patient et concevoir des améliorations de processus pour combler ces lacunes (état futur) • Réaménager les services de quatre programmes de maladies chroniques dans le but de rationaliser les processus et d'améliorer la coordination des soins • Conception du Corridor© et de la trousse d'outils de Prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC)	• SAG • Conception du système de prestation • Aide à la décision • Systèmes d'information clinique • Ressources et soutien communautaires	O	O	En cours	N
T.-N.-L.	Central Health	• Créer des ordonnances permanentes et des cheminements de soins et former les prestataires par rapport aux programmes de soins respiratoires existants • Convertir la clinique de l'asthme du centre de santé local en centre ambulatoire de soins respiratoires pour adultes et informer les prestataires de soins de l'existence de ses programmes • Élaborer un programme de sensibilisation à la MPOC fondé sur le Programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™, obtenir les ressources nécessaires et informer les prestataires de soins de ses bienfaits pour les patients	• SAG • Conception du système de prestation • Aide à la décision • Ressources communautaires et politiques	O	O	O	O

Tableau 2a. Objectifs centraux des projets d'amélioration des équipes de la COSA et alignement sur le Modèle de soins chroniques (CCM) et l'Approche d'amélioration de la FCASS (suite)

			Progrès en matière d'amélioration (selon l'Approche d'amélioration de la FCASS)				
Province*/ Équipe		**Objectifs centraux du projet d'amélioration**	**Objectif central du Modèle de soins chroniques / éléments de conception**	**Apprécier**	**Concevoir**	**Mettre en œuvre**	**Évaluer**
T.-N.-L.	Eastern Health	• Enquête / évaluation de la satisfaction et de la perception du patient quant à l'efficacité actuelle des programme d'éducation sur le diabète pour les patients atteints de diabète de type 2 afin d'éclairer la pratique future	• SAG	O	N	N	N
	Labrador-Grenfell Health	• Accroître la compréhension des facteurs locaux liés au suicide chez les jeunes des collectivités inuit • Examiner les programmes de la région circumpolaire qui ont eu le plus grand impact sur l'amélioration de la résilience mentale et sur la prévention du suicide • Élaborer des programmes de prévention du suicide particuliers à la communauté et des programmes de promotion de la santé mentale	• Conception du système de prestation • Ressources communautaires et politiques	S/O[2]			
	Labrador-Grenfell Health	• Refondre les consultations à la clinique de soins de santé primaires afin d'y inclure une équipe interdisciplinaire composée de prestataires de soins de santé et d'aînés de la collectivité, en mettant l'accent sur l'amélioration des soins du diabète	• Conception du système de prestation • Ressources communautaires et politiques				
	Labrador-Grenfell Health	• Élaborer un ensemble de données standardisé sur l'état de santé régional en matière de soins du diabète • Élaborer un plan de gestion et de prévention du diabète pour la région	• Conception du système de prestation • Ressources communautaires et politiques	O	En cours	S/O[3]	
	Western Health	• Évaluer l'intégration actuelle du SAG chez les prestataires / équipes • Offrir une formation en SAG aux prestataires • Recueillir les commentaires des patients quant à la conception des services au moyen d'une enquête et en faisant connaître le processus de plaintes et de compliments • Mettre en œuvre des stratégies visant à mieux reconnaître et alléger la détresse affective dans le contexte des soins du diabète	• SAG • Conception du système de prestation • Aide à la décision	O	O	O	O

*l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), le Nouveau-Brunswick (N.-B.), la Nouvelle-Écosse (N.-É.) et Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)

1. S/O = sans objet ; l'équipe de Vitalité avait déjà entrepris l'évaluation avant son inscription à la COSA.
2. Ces équipes de Labrador-Grenfell Health (LGH) ont mis fin à leur participation à la COSA, car leur travail portait sur de la recherche et la COSA concernait l'AQ ; cependant, l'équipe de prévention du suicide déclare avoir fait des progrès sur le plan de la mise en œuvre et de l'évaluation, tandis que l'équipe de réorganisation de la clinique de soins de santé primaires déclare avoir fait des progrès en matière de mise en œuvre.
3. En conséquence de la note 2, cette équipe de LGH s'est jointe à la COSA plus tardivement que les autres équipes.

l'élaboration, la prestation et les résultats de la COSA. L'entente comportait la contribution des ASR aux coûts associés à la participation de leurs équipes à l'atelier et à la rémunération des enseignants / formateurs, ainsi que des ressources nécessaires pour réaliser les PA localement. Selon le mandat et les attributions de l'entente, la présidence du comité de gouvernance est tournante (actuellement, elle est assurée par le chef de la direction de Health PEI, qui a fourni ses commentaires sur ce projet) et le personnel de la FCASS (directrice principale et agente de liaison régionale) s'acquitte des activités liées à son secrétariat.

- *Dépendance par rapport à l'expertise et aux besoins régionaux.* En s'appuyant sur une analyse des priorités stratégiques locales, telles que définies par les provinces et les ASR de l'Atlantique (Akunov et Leith 2012), les dirigeants du secteur de la santé ont choisi la PGMC centrée sur le patient et sa famille en tant qu'objectif central du projet collaboratif d'AQ COSA. D'entrée de jeu, on souhaitait solliciter la participation d'équipes interrégionales et interprovinciales aux PA. Toutefois, cela ne s'est pas concrétisé. La FCASS a travaillé avec les dirigeants de chaque région sanitaire, qui ont, à tour, défini des objectifs d'amélioration particuliers à leur région, constitué des équipes et conçu des PA. D'aucuns décriraient le processus comme une approche faible en règles, puisque le Comité exécutif s'est fié à des cadres intermédiaires et à des prestataires de soins de santé pour définir les PA selon les besoins de leurs populations de patients, sous le dénominateur commun de la PGMC. Par ailleurs, toujours conformément à une approche d'ordre régional, la COSA a organisé un atelier pour les équipes dans chacune des quatre provinces de l'Atlantique, a fait venir la majorité de ses ressources d'encadrement / de mentorat de la région de l'Atlantique et a intégré une fonction de liaison régionale (membre du personnel de la FCASS) à Moncton, N.-B., afin de servir de principal point de chute de la COSA. Compte tenu de la nécessité d'offrir le programme en anglais et français, la COSA revêtait une nature bilingue.
- *L'accent sur le raccordement entre la prestation et les politiques.* Bien que les ministères provinciaux de la santé n'aient jamais formellement été signataires de la Charte ni membres du comité exécutif (conformément à la décision du comité visant à faire de la Collaboration une intervention au niveau de la prestation et qu'elle soit régie de la sorte), la COSA a accordé une attention particulière à l'établissement de liens avec les décideurs en leur donnant la possibilité de participer à des ateliers (p. ex., un ministre de la santé et d'autres hauts fonctionnaires ont accepté d'accueillir les participants dans le cadre d'un discours liminaire et des responsables de l'élaboration des politiques ont participé aux quatre ateliers) et à certaines délibérations du comité exécutif (p. ex., des responsables des politiques ont contribué à éclairer la charte en plus de participer, sur invitation, à plusieurs réunions de gouvernance). La FCASS a également accepté des demandes de préparation ou d'animation de séances d'information et d'orientation auprès des ministères de la santé, de façon continue et selon les besoins. Ces activités, bien que vastes, n'ont pas encore abouti à des modifications de la politique ni influencé des décisions stratégiques ; en revanche, elles ont servi à créer une voie de communication en vertu de laquelle des améliorations au niveau de la prestation éclairent le milieu des politiques.

- *Déploiement d'un réseau de soutien pour les équipes comprenant de l'encadrement et du mentorat*. Pour aider les équipes à se fixer des buts réalistes, à faire des progrès mesurables et à obtenir des résultats en temps opportun, la COSA a consacré un soutien propre au projet. En plus de la coordination et de l'élaboration du programme d'apprentissage offerts par le personnel et le corps enseignant de la FCASS, la COSA a donné à chaque équipe l'accès à un mentor universitaire et à un formateur en amélioration : des conseillers externes qui ont prodigué des conseils personnalisés aux équipes au cours de la Collaboration. Les mentors universitaires étaient des chercheurs chevronnés en recherche appliquée et des praticiens disposant d'un éventail de compétences et d'expertises qui ont aidé les équipes à formuler leur énoncé de problème, à choisir leur méthodologie et à déterminer les exigences de leur projet en matière de données ; en plus de les aider à comprendre l'évaluation systématique et l'application des données probantes issues de la recherche à des initiatives d'amélioration. Les formateurs en amélioration étaient des dirigeants ou des cliniciens chevronnés du secteur de la santé qui ont aidé les équipes à gérer le changement et à appliquer des approches tactiques et stratégiques en vue d'efficacement mettre en œuvre leur PA. Les formateurs et les mentors étaient en mesure d'établir des liens avec les équipes et, par conséquent, de développer leur expertise et leurs réseaux locaux. Les formateurs et les mentors de la COSA ont contribué une vaste expertise issue d'une gamme de disciplines du domaine de la santé (notamment les soins infirmiers, la médecine, la psychologie, la pharmacie et d'autres professions de la santé), de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions (par exemple, d'anciens PDG de régions sanitaires), ainsi que des milieux de la recherche (notamment en économie, en gouvernance, en évaluation et en aide à la décision).

Évaluer la COSA et ses principaux enseignements

Les plans de suivi et d'évaluation de la COSA ont été élaborés par le personnel de la FCASS et validés par ses enseignants, ses formateurs et ses mentors (Phillips et al. 2013). Des conseillers externes, partenaires de la FCASS, ont réalisé l'évaluation finale qui reposait sur une variété de sources de données (l'analyse de documents, des enquêtes post-atelier, des entretiens avec des informateurs clés, des enquêtes sur l'analyse des réseaux sociaux et une discussion de groupe avec le personnel de la FCASS (Champagne et al. 2015). Toutes les constatations de cette section sont tirées de l'évaluation finale, complétées par des observations portant sur chacun des objectifs du projet collaboratif d'AQ COSA : i) l'élaboration d'une approche centrée sur le patient et sa famille pour gérer et prévenir les maladies chroniques ; ii) la création d'un réseau d'équipes organisationnelles, régionales et provinciales en vue de partager des solutions systémiques éclairées par des données probantes et de travailler ensemble à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la pérennisation d'initiatives d'amélioration ; et iii) la promotion de la pérennité des systèmes de santé.

I. Créer une approche centrée sur le patient et sa famille en matière de gestion des maladies chroniques

Quatre équipes (des huit qui ont participé pleinement à la COSA) ont mis en œuvre et évalué leur PA au cours de la durée de la COSA (voir les Tableaux 2a et 2b). Conformément à l'objectif de la Collaboration

Tableau 2b. Les étapes clés des quatre équipes de la COSA qui ont réussi à mettre en œuvre et à évaluer leurs projets d'amélioration

Équipe	Jalons du projet d'amélioration

Health PEI	• 105 prestataires de soins de santé ciblés (sur les ~1 000 des trois prochaines années) ont terminé ou suivent actuellement une formation sur le SAG et d'autres cliniciens sont sur une liste d'attente pour suivre cette formation à l'avenir. Les enquêtes post-atelier révèlent ce qui suit :
	  • La grande satisfaction des prestataires quant à la formation et à son contenu, entre autres concernant les outils pour le patient / sa famille, les exemples concrets et l'application pratique de la formation
	  • La confiance des prestataires quant à leur compétences en matière de SAG, ce qui suppose une plus grande probabilité de mettre en œuvre les techniques de modification des comportements de SAG dans la pratique
	  • La capacité des prestataires de citer au moins deux changements de comportement qu'ils apporteront dans leur pratique ; les changements les plus couramment cités étant :
	  1. Poser plus de questions et mieux écouter
	  2. Évaluer la réceptivité du patient au changement sans porter de jugement
	  3. Fixer des objectifs avec les patients et identifier les obstacles au changement
	  4. Appliquer les outils (p. ex., échelle d'importance / de confiance, équilibre décisionnel, évaluation du degré de préparation)

Réseau de santé Horizon	• Les enquêtes ciblant les préoccupations selon 14 domaines de la vie pré- et post-PEER 126 montrent que les jeunes auto-signalent des améliorations dans tous les secteurs (notamment la santé mentale, le travail, les relations interpersonnelles et l'argent), à l'exception de la spiritualité. • Les jeunes participants de PEER 126 déclarent atteindre leurs buts ou faire des progrès en ce sens (p. ex., les domaines de l'amitié et des activités sont l'objet des progrès les plus importants, tandis que les participants eux-mêmes déclarent développer les compétences nécessaires à l'obtention d'un emploi futur, selon le domaine de la « vie active »). • Les données sur l'utilisation des soins de santé montrent que les jeunes participants de PEER 126 ont moins visité les urgences, les services de santé mentale communautaires mobiles et les hôpitaux pour un diagnostic de troubles mentaux (comparativement à leur situation préalable à PEER 126).
Central Health	• L'ancienne clinique externe de l'asthme a été transformée en centre de soins respiratoires, où l'on utilise un cheminement de neuf mois qui combine la gestion médicale sur place et la sensibilisation à l'autogestion afin de combler un besoin jusqu'à présent mal desservi pour la MPOC légère à modérée (60 patients ont été vus dans l'intervalle des deux mois depuis l'ouverture). • Une version locale du programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™ a été créée pour les patients atteints d'une MPOC avancée et leurs familles. Le programme cible les patients souffrant de MPOC qui ont été hospitalisés et leur offre un programme de soutien à domicile, comprenant la sensibilisation à l'autogestion, l'élaboration de plans d'action, un soutien psychosocial et, le cas échéant, la planification préalable des soins.

Western Health	• Conformité de 100 % selon une vérification concernant la mise en œuvre d'un outil de dépistage de la dépression chez les personnes atteintes de diabète de type 2.
	• Personnel formé par rapport à la nouvelle « politique de compliments et de plaintes » visant à solliciter des commentaires de la part de patients ; et les patients ont été interrogés quant aux points forts du programme, qui comprennent les éléments suivants :
	  • Prestataire bien informé, compétent, respectueux, courtois et serviable
	  • Rendez-vous commodes, facilement obtenus
	  • Plans de gestion du diabète utiles, séances de sensibilisation et rendez-vous
	  • Confiance déclarée par les patients eux-mêmes en matière de gestion du diabète, notamment par rapport à une saine alimentation, aux activités quotidiennes et aux rendez-vous avec le médecin.
	• Compétences essentielles de l'équipe déterminées et formation en SAG amorcée
	• Résultats de l'évaluation des ressources en soins de santé primaires et du soutien à la prise en charge des maladies chroniques (PCRS) réalisée pré- et post- processus susmentionnés montrent des améliorations à tous points de vue, à savoir :
	  • Santé affective – six des sept équipes ont atteint ou dépassé la cible de changement de 2,0 dont une amélioration du score de suivi de ~4,5 points
	  • Apport du patient – toutes les équipes ont atteint ou dépassé la cible de 2,0 dont un changement de ~4,3 points dans l'amélioration du score de suivi
	  • Formation du médecin, de l'équipe et du personnel en matière d'autogestion : six des sept équipes ont dépassé l'objectif de changement de 2,0 dont une amélioration du score de suivi de ~4,1-points ; la 7e équipe ayant rapporté un changement de 1,0.

Tableau 3. Principales conclusions associées à la mise en œuvre d'approches de prévention et de gestion des maladies chroniques centrées sur le patient et sa famille

		Principales constatations
Éléments du système de santé du Modèle de soins chroniques[1]	**Soutien à l'autogestion**	• La participation du patient est une condition préalable à l'autogestion. • La sensibilisation et l'acceptation du prestataire en ce qui concerne la nécessité et l'utilité de l'autogestion s'imposent. • Le changement des comportements des prestataires de soins de santé est un précurseur nécessaire à la participation des patients à leurs soins. • La confiance mutuelle entre prestataire et patient est fondamentale. • Le renforcement de la confiance des prestataires concernant leurs compétences et le soutien au travail d'équipe sont importants pour promouvoir l'autogestion. • Le SAG devrait être intégré à la prestation des soins habituels. • L'accès à des outils pour les patients et les prestataires est essentiel à la pérennisation de la pratique de l'autogestion.
	Conception du système de prestation	• Les patients fournissent un apport important dans le cadre de la conception conjointe des soins, notamment des observations inattendues sur la façon d'organiser et de prodiguer les soins.
	Aide à la décision	• L'adaptation des services aux besoins des patients en temps réel est essentielle à la mise en place de systèmes de soins adaptés. • Un suivi et une surveillance appropriés de l'assiduité des patients et des taux d'attrition des programmes sont importants pour mieux adapter les services.
Aspect communautaire du Modèle de soins chroniques	**Ressources communautaires et partenariats**	• La collaboration communautaire est fondamentale à l'accroissement de la participation des patients aux changements de comportement. • Le travail en partenariat avec des gens provenant de programmes distincts, aux expériences diverses, peut contribuer à mieux intégrer les soins.

1. Il n'y a aucune référence pour le quatrième élément des systèmes de santé (systèmes d'information cliniques) puisque l'évaluation de la COSA n'a révélé aucun constat important en la matière.

(de créer des soins centrés sur le patient et sa famille à l'égard de la gestion et la prévention des maladies chroniques), ces quatre équipes ont mis en œuvre des éléments du CCM relatifs au SAG, à la conception du système de prestation, à l'aide à la décision, aux ressources communautaires et aux partenariats (voir le Tableau 3). Concernant le SAG, en particulier, les conclusions de la COSA révèlent que l'élaboration de cet élément du CCM dépend d'un ensemble de conditions et de prédispositions, dont les suivantes :

- prioriser la participation du patient d'emblée : par exemple, un membre d'une équipe a déclaré qu'en posant la question aux patients, son équipe avait identifié un besoin particulier et pouvait à présent élaborer des programmes pour y répondre. Il rajoutait qu'il n'aurait jamais lui-même choisi ce besoin.
- mettre l'accent sur une plus grande conscience de la part des prestataires de l'importance de l'autogestion : par exemple, un membre d'une équipe a signalé que le soutien à l'autogestion devrait être intégré au fonctionnement actuel du système de soins de santé et aux soins habituels ; cela ne devrait pas être une nouvelle initiative réalisée en vase clos, mais plutôt l'occasion de construire un projet commun pour divers services.
- offrir du soutien aux prestataires de services en faveur du changement de certains comportements grâce au développement des compétences : par exemple, un membre d'une équipe a indiqué que chez les prestataires, la perception de leur rôle à l'égard des patients avait changé : pour certains, elle était passée d'un rôle de responsable du changement de comportement chez le patient à celui

de responsable d'encourager le patient à changer.

II. Construire un réseau pour partager des solutions et œuvrer à l'amélioration des soins chroniques

L'expérience des systèmes de santé dans le cadre de tentatives visant à améliorer les soins laisse supposer que ces systèmes luttent constamment contre l'inertie du régime : « la tendance qu'ont les systèmes à continuer à faire la même chose sans tenir compte des circonstances changeantes » (Coeira 2011 : 27). La COSA proposait un environnement d'amélioration accueillant. Les conclusions de l'analyse des réseaux sociaux de la COSA montrent que le collectif offrait aux participants la possibilité d'élargir leurs réseaux locaux, interrégionaux et interprovinciaux. De l'enquête de référence à l'enquête de suivi, des améliorations sont manifestes pour les types de liens (dans les catégories *savoir, partager et collaborer*, qui, comme leur nom l'indique, évaluent la mesure dans laquelle les participants se connaissaient l'un l'autre, l'information qu'ils partagent les uns avec les autres ou la mesure dans laquelle ils collaborent les uns avec les autres ; dans l'analyse, les données ont également été examinées en fonction de toutes les catégories, en plus de l'ajout d'une quatrième catégorie, soit l'ensemble). La densité du réseau a au moins doublé pour tous les types de liens, tout comme le nombre de liens (par personne) et leur degré moyen (la profondeur du lien). Le réseau du *savoir* a affiché la plus forte hausse, soit 132 nouveaux liens tissés de la date de référence à la date de suivi ; toutefois, proportionnellement, le réseau du *partage* a connu la plus forte croissance : 2,67 fois plus de liens au cours de la même période. Il convient de noter que la FCASS a favorisé la création des liens les plus étroits au départ, puisque les équipes se sont senties plus étroitement liées à l'expertise locale des enseignants, des formateurs et des mentors.

Le réseautage était, par ailleurs, aussi perçu comme une composante positive du projet collaboratif d'AQ COSA. Lors du second atelier, 76 % des participants ont indiqué que les occasions de réseautage étaient soit « très bonnes » ou « excellentes » ; lors du troisième atelier, 84 % ont déclaré que les ateliers leur avaient permis de cerner des possibilités de collaboration. La rétroaction des participants a permis d'élucider l'apport du réseautage en personne. Un participant a déclaré : « nous sommes habitués aux cloisons ; [l'atelier] a permis d'ouvrir des frontières. Il nous a donné un espace partagé. Nous avons beaucoup appris des autres équipes. » Un autre a déclaré : « nous avons appris à établir des liens avec les employés d'autres ministères et autorités régionales de la santé. Mon collègue ne travaille pas pour le même ministère, ce qui signifie que nous travaillons à présent en dehors de nos cloisons. » Les ateliers ont également été l'occasion de « ne vivre ses inquiétudes seul », comme un informateur le signalait, en créant une tribune pour le partage de préoccupations communes et pour œuvrer à la réalisation d'objectifs communs.

Une série de facteurs favorables et défavorables ont influencé la capacité de créer un environnement propice à l'amélioration (voir le Tableau 4). L'appui des dirigeants est important pour aligner les politiques organisationnelles ou provinciales sur les efforts d'amélioration du terrain. Étant donné que les prestataires créent des routines pour leur travail quotidien, il apparaît utile d'obtenir l'appui des ressources externes (p. ex., la FCASS en tant que facilitateur de l'amélioration ou des universitaires et des praticiens en tant que mentors et formateurs) afin de faciliter le changement de pratiques et de modèles de soins.

En outre, les prestataires et les organisations pouvaient compter sur une approche souple et personnalisée pour développer leurs capacités et intervenir en temps opportun (p. ex., grâce

Tableau 4. Principaux résultats de la COSA associés à la création d'un réseau pan-atlantique pour partager des solutions et œuvrer ensemble à l'amélioration des soins chroniques

Facteurs d'influence	Principales constatations
Favorables	• Soutien pour la Collaboration de la part des autorités dirigeantes du système • Alignement de PA sur les objectifs stratégiques généraux de l'organisation • Soutien initial et continu de la part de la haute direction • Disponibilité et soutien d'une organisation externe (FCASS), notamment au début de la phase d'élaboration du projet • Modèle de gouvernance de la FCASS : soutien à la médiation de conflits, notamment par la communication et la coordination entre les membres de l'équipe ; fonction de liaison régionale basée dans la région de l'Atlantique comme personne ressource principale ; conseils stratégiques prodigués aux équipes • Importance de l'intégration du point de vue des prestataires et des patients à l'évaluation des problèmes à améliorer ne saurait être surestimée • Intégration précoce des indicateurs et des mesures dès l'élaboration de l'initiative
Défavorables	• Manque d'investissements internes dans les efforts d'amélioration continue (temps et ressources financières) • Membres de l'équipe faisaient face à des priorités et à des demandes concurrentes • Faible disposition à chercher des données probantes ou absence d'une culture de l'évaluation pour appuyer la conception d'un PA rigoureux

au concours d'une partie indépendante) en cas de situation à risque élevé (p. ex., si une équipe subissait le roulement de son chef d'équipe). L'approche participative adoptée par la COSA semble favoriser la combinaison de diverses sources de connaissances expérientielles et les données probantes issues de la recherche provenant de disciplines et de traditions de recherche variées. Toutefois, les avantages potentiels de ce projet collaboratif d'AQ sont affaiblis par le risque que les prestataires et les organismes deviennent dépendants de cette aide extérieure ou distraits par la pression exercée par des demandes concurrentes.

Sur le plan des enseignements, en vue d'entreprendre et d'appuyer l'AQ au sens large, l'expérience (de toutes les équipes) de la COSA a permis de tirer des leçons sur la mise en œuvre, le développement des compétences et la facilitation de l'AQ (par l'intermédiaire d'un projet collaboratif d'AQ).

Mise en œuvre

Les résultats de la COSA laissent supposer que la réussite de la mise en œuvre des améliorations de la PGMC exige un ensemble de conditions et de prédispositions. Dans la mesure où l'organisation dispose déjà des attitudes et des comportements favorables aux soins chroniques, par exemple, les équipes seront peut être mieux outillées pour entreprendre et mener à bien l'amélioration des soins chroniques. Étant donné que seule la moitié des équipes sont passées à la mise en œuvre de leur initiative au cours de la Collaboration (voir le Tableau 2a), il est possible que ces équipes aient eu des conditions plus favorables ou aient été mieux équipées pour relever les défis éventuels que les équipes qui ne sont pas parvenues à la mise en œuvre (Parry et al. 2013). Or, dans le cas d'une équipe qui n'a pas amorcé la mise en œuvre de son projet, l'environnement n'était pas le facteur restrictif ; plutôt, l'ampleur de l'initiative exigeait plus de temps que l'échéance permise par la COSA. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la mise en œuvre de l'amélioration des soins chroniques dans les milieux de pratique réels exige beaucoup de temps et d'effort, comme les études portant sur la réussite des efforts d'AQ l'avaient déjà révélé (Parry et al. 2013). Selon les résultats de la COSA, les principaux facteurs associés à la mise en œuvre sont :

- La continuité et le soutien continu de la haute direction pour offrir de meilleurs soins aux personnes atteintes de maladies chroniques, en dépit de demandes concurrentes
- La continuité du personnel (en termes de roulement des ressources)
- Le temps réservé à l'élaboration de nouvelles approches de prestation de soins
- Des équipes multidisciplinaires disposant d'une expertise clinique et d'AQ (plus précisément en matière d'évaluation)
- Une forte culture de l'AQ et de l'évaluation au sein de l'organisation d'accueil du projet
- Une communication continue caractérisée par une compréhension commune de la mission et une confiance mutuelle entre les prestataires et la Direction
- Une vision commune de l'amélioration des soins pour les patients atteints de maladies chroniques permettant de mettre en place des soins centrés sur le patient et sa famille
- Des objectifs et des échéanciers réalistes, assortis d'un engagement à s'améliorer

Selon l'un des informateurs clés, « le principal apprentissage [fut] la participation et l'obtention de l'engagement des dirigeants dès le début, de sorte que les équipes bénéficiaient de l'appui nécessaire pour faire leur travail. » Bien que la Collaboration se centrait sur le niveau de la prestation, certains participants ont noté que le contexte plus général des politiques importait et que la Collaboration aurait profité d'une participation plus active des responsables des politiques. Les participants ont également souligné que les patients « n'ont pas suffisamment participé » et devraient être « plus présents ». La FCASS a encouragé les équipes à inviter des patients et des membres de leurs familles à participer aux ateliers et à solliciter leur participation active aux efforts de remaniement de la prestation des soins. Toutefois, la participation limitée des patients et de leurs familles, dans l'ensemble, montre que celle-ci doit délibérément être intégrée à la conception du projet collaboratif.

Ces facteurs clés de la mise en œuvre, parmi d'autres, cadrent bien avec le contexte commun et réceptif des « systèmes de santé très performants », caractérisés par une grande stabilité (faible taux de roulement) de la Direction et du personnel ; une bonne communication entre les gestionnaires et les cliniciens ; un investissement (en temps et en ressources) dans les processus d'amélioration ; ainsi qu'une orientation stratégique axée sur l'amélioration, en plus d'une culture de l'amélioration, notamment un accent prononcé sur la mesure du rendement et l'évaluation (Baker et al. 2008 ; Baker et Denis 2011).

Compétences et aptitudes

En ce qui concerne les domaines de l'éducation et de la formation, des aspects fondamentaux du projet collaboratif d'AQ COSA, on s'accorde à reconnaître qu'avant que des résultats ne puissent être observés (p. ex., l'organisation a-t-elle amélioré son rendement ?), des changements sont susceptibles d'être constatés sur le plan de l'expérience, de l'apprentissage et du comportement (Kirkpatrick et Kirkpatrick 2006). En termes de comportement, le Tableau 2a indique si les équipes ont été en mesure d'apprécier, de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer leur projet. En matière d'expérience et d'apprentissage, les participants ont déclaré avoir perfectionné leurs aptitudes et compétences dans les domaines suivants :

- **Communication** – Les participants ont évoqué la nécessité de constamment partager et renforcer les objectifs et les méthodes de leur PA auprès de leur organisation d'attache, surtout si un changement dans la composition de

l'équipe ou de son chef se produisait, et de veiller à ce que leur PA reste « bien en vue » à titre de priorité organisationnelle.

- **Engagement communautaire** - Les membres des équipes ont indiqué qu'ils avaient acquis de nouvelles connaissances quant à la façon de mobiliser leurs collectivités respectives, à savoir qui faire participer et comment recueillir des données pour éclairer la conception de nouveaux services ou de services existants.
- **Gestion de projet** – Les participants ont signalé que le PA, en particulier, était enrichissant, car il fournissait une démonstration pratique et appliquée de la gestion de projets (de la conception et de la planification jusqu'à l'exécution et le suivi des progrès). La souplesse permettant le choix de moyens d'exécution locaux permettait également de comprendre qu'on pouvait atteindre un objectif au moyen de méthodes variées de gestion de projets, tant que la volonté de le mener à bien était ferme.
- **Évaluation** – Les participants ont indiqué avoir beaucoup appris sur les méthodes et les pratiques d'évaluation (p. ex., les moyens de normaliser les objectifs, les mesures et les cibles d'un PA), or un grand nombre d'entre eux ont indiqué que cela les avait conduit à prendre conscience de l'absence de compétences ou de capacités au sein de leur organisation en matière d'évaluation efficace. Un des participants signalait, par exemple : « J'ai beaucoup appris au sujet de l'évaluation et j'ai réalisé que je n'étais pas très renseigné […]. Il faut s'assurer de faire participer des personnes compétentes d'entrée de jeu. » Ainsi, les équipes qui ont été en mesure de montrer des résultats (comme l'indique le Tableau 2b) comptaient des membres disposant déjà d'une expertise en évaluation ou ont pu recruter cette expertise localement. Par ailleurs, au moins un autre organisme disposait de cette expertise, mais la portée et le champ d'application de son projet étaient les facteurs restrictifs, non pas l'absence d'une expertise en matière d'évaluation.
- **Mise en œuvre et diffusion** – Les enquêtes post-atelier montrent que la majorité des participants (89 %) conviennent que les documents des ateliers ont contribué à améliorer leur compréhension de l'élaboration d'une théorie du changement, de la façon de concevoir et de mettre en œuvre un PA, des moyens de remanier les soins de santé et d'identifier les défis et les possibilités en matière de participation du patient et du prestataire. Ces enquêtes révèlent également que les participants ont accru leurs compétences en matière de pérennité et de diffusion (97 %) et ont renforcé leur compréhension des méthodes de diffusion des meilleures pratiques (85 %). Une enquête menée auprès des formateurs et des mentors donne à penser que la COSA a augmenté la confiance des prestataires par rapport à la réalisation de changements. « Elle a fourni les étapes et le soutien nécessaires pour que les gens, les organismes et les groupes, qui avaient très peu de confiance en leur capacités au départ, passent à la mise en œuvre » déclarait un formateur, tandis qu'un autre affirmait : « un important renforcement des capacités s'est produit tant à l'échelle individuelle qu'au niveau des équipes. »
- **Travail d'équipe multidisciplinaire** – La pratique consistant à entreprendre un PA en équipe, en particulier, a fourni un milieu appliqué où développer une sensibilisation aux approches multidisciplinaires et a remis en question les croyances existantes quant à ce que le travail d'équipe est apte à réaliser. Par exemple, un participant a déclaré avoir appris que les médecins sont en fait ouverts à l'évolution

des pratiques, tandis qu'un autre a affirmé que le travail d'équipe avait servi de rappel à l'effet que les soins centrés sur le patient et sa famille devraient faire partie des descriptions de tâches.

Facilitation de l'AQ

Les participants ont rapporté des expériences positives quant aux composants de cette Collaboration (décrits dans le Tableau 1). Parmi les facteurs qui appuient les projets collaboratifs d'AQ, on retrouve :

- Un soutien / programme d'apprentissage personnalisé qui respecte le stade d'avancement des équipes et leur PA
- Un complément de soutien (tiers) dans les situations à risque élevé, comme le roulement du personnel
- Un encadrement/ modèle de mentorat qui combine une expertise complémentaire (théorique et pratique dans ce cas)
- La promotion des principes fondamentaux de l'amélioration efficace des soins chroniques à l'ensemble du système de santé (de la prestation aux politiques)
- La nécessité de mieux communiquer les progrès et les résultats du PA auprès des gestionnaires et des collègues sur une base continue
- La compréhension des forces et des faiblesses des membres de l'équipe (p. ex., la collecte de données, l'évaluation, l'établissement de partenariats communautaires, le travail d'équipe) afin d'élaborer des programmes d'apprentissage adaptés à leurs besoins.

Les participants estimaient que les ateliers, les webinaires et les autres éléments du programme d'apprentissage étaient utiles (dont le contenu est résumé au Tableau 1). « Le programme d'enseignement était vraiment très bien », signalait un participant qui ajoutait : « les outils et les processus de travail pour comprendre ces enjeux sont très utiles. » Les données d'enquête recueillies tout au long de la Collaboration corroborent ce constat. Par exemple, 74 % des participants ont indiqué que les quatre ateliers étaient « très bien » ou « excellents » dans l'ensemble. Après chaque atelier, les participants évaluaient des éléments particuliers. Par exemple, lors du quatrième atelier, les éléments suivants ont reçu la mention « très bien » ou « excellent » : contenu de l'atelier (85 %), organisation de l'atelier (88 %), enseignants / conférenciers invités (88 %), rythme de prestation du contenu (82%) et participation des participants (85 %). L'application des feuilles de travail et des outils a reçu un score sensiblement plus faible (70 %), bien que ce classement inférieur pourrait être attribuable au fait que les équipes n'aient bénéficié que d'une brève introduction à ces feuilles de travail et à ces outils lors de l'atelier, en dépit du fait qu'elles devaient être remplies et renvoyées après l'atelier.

Le modèle d'encadrement « double » (les équipes pouvant compter sur l'appui à la fois d'un mentor universitaire et d'un formateur en amélioration) était fort apprécié. Dans le cadre d'entretiens, les équipes ont indiqué que l'apport des mentors / formateurs était inestimable et que leurs fonctions étaient multiples : contribuer à limiter le PA à la portée établie et à respecter les échéances fixées ; faciliter l'établissement de liens avec les principales parties prenantes ; et présenter de nouvelles idées, perspectives et ressources. Les formateurs et les mentors ont déclaré (au moyen d'un questionnaire) que leur rôle aurait pu être renforcé par leur participation plus précoce au projet collaboratif d'AQ, soit dès son établissement. Effectivement, la FCASS a travaillé avec les équipes à l'occasion du premier atelier, et immédiatement après celui-ci, à l'identification du type d'expertise thématique qui leur serait la plus utile pour ensuite inviter des formateurs

et des mentors à participer au projet. Malgré cela, 80 % des formateurs / mentors estimaient avoir réussi à établir un lien de confiance avec leurs équipes. En termes de clarté, 78 % des formateurs / mentors ont déclaré que leur rôle était clair ; toutefois, certains ont rapporté un certain degré d'ambiguïté au sujet de la manière de traiter des questions délicates, comme les moyens d'appuyer une équipe qui vit des bouleversements (p. ex., les cas de roulement d'un membre de l'équipe ou d'une charge de travail liée au PA menacée par un « glissement de sa portée »).

Sur le plan de l'application de la plate-forme d'apprentissage en ligne, personnalisée et bilingue, (surnommée « le Bureau virtuel de l'Atlantique »), les conclusions des sondages montrent qu'elle a davantage pris la forme d'une plate-forme de gestion des connaissances (pour l'entreposage de documents) ; ses autres fonctions étant limitées. En fait, un formateur remarquait que « le portail virtuel avait été utile pour [lui] en tant que formateur, mais probablement pas [utile aux équipes] ». Les données d'utilisation corroborent ce constat, indiquant de modestes pointes d'ouvertures de session et de pages consultées pré- et post-ateliers ; l'application de la plate-forme étant faible autrement.

Les participants ont fait des observations positives quant à la disponibilité du personnel de la FCASS ; à la prestation bilingue du programme ; et à la nature itérative et souple du programme d'apprentissage. « Je ne me rappelle pas un seul moment où nous ayons demandé du soutien sans le recevoir », déclarait un participant, « [la FCASS décelait des besoins] dont nous ignorions l'existence et nous aidait à les combler chemin faisant. » Un autre participant indiquait que « tout était bien planifié, de la structure générale jusqu'aux détails et à l'organisation. On avait l'impression que tout fonctionnait comme sur des roulettes. » D'autres caractéristiques importantes de la FCASS relevées par les participants comprenaient son expertise et sa compréhension du paysage sanitaire du Canada ; sa philosophie qui consiste à ne « jamais abandonner les derniers lambins », mais plutôt de consacrer du temps et de l'énergie à l'appui de chaque équipe ; sa capacité de recruter des enseignants experts, des formateurs et des mentors ; et son dévouement à une approche régionale, comprenant un membre du personnel dans la région (la liaison régionale).

III. Promouvoir la pérennité des systèmes de santé

En ce qui concerne la pérennité du système de santé, il n'est possible que de formuler des observations à ce stade, étant donné que la plupart des équipes de la COSA n'ont pas encore mis en œuvre leur projet et que d'autres n'en sont qu'aux premières étapes de la mise en œuvre de leur initiative. Encore moins de constats peuvent être formulé sur la question de l'efficacité et de la réduction du coût des soins par habitant, bien que ces questions de pérennité soient indispensables. Phillips et ses collègues (2013) font davantage référence à la question de la « comptabilisation des coûts » dans le commentaire qui suit, dans lequel ils décrivent les mesures de soutien apportées aux équipes sur le plan de la comptabilisation des coûts d'amélioration, ainsi que les méthodes employées par la FCASS, le cas échéant, afin d'aider les équipes à cerner les coûts-avantages de nouvelles approches de prestation de soins. Bien que plusieurs PA de cette Collaboration avaient pour but de dispenser des soins de manière plus efficace (associés à des objectifs explicitement liés à l'efficacité ou la pertinence des soins comme la réduction du gaspillage et des double emplois dans le domaine des soins spécialisés pour les patients atteints de maladies chroniques multiples, la réduction des consultations aux urgences et des hospitalisations évitables grâce à l'amélioration des soins

de santé communautaires et la sensibilisation des prestataires et des patients au SAG pour permettre une plus grande auto-efficacité en matière de PGMC), aucune des équipes n'a signalé de changement « avant et après » du point de vue des coûts unitaires, par exemple. En termes de pérennité des PA et des efforts des équipes en matière de remaniement des soins, étant donné l'évolution variable des projets (notamment quant au stade de leur mise en œuvre), il est difficile d'évaluer la pérennité. Toutefois, nous proposons plusieurs observations à cette fin :

- *L'« évaluation du degré de préparation à l'amélioration » peut contribuer à définir des attentes réalistes.* Elle peut, par ailleurs, contribuer à produire un impact plus important aux niveaux de l'équipe du PA et de la Collaboration si des mesures plus rigoureuses et une analyse axée sur la résolution de problèmes sont établies d'emblée (au-delà de ce que les « Critères de préparation » de la COSA ont été en mesure de réaliser) pour évaluer l'adéquation entre l'équipe et le PA et renforcer la capacité d'AQ. Cette mesure pourrait également contribuer à l'évaluation du niveau de risque associé à la capacité d'exécuter le projet et à y consacrer le temps nécessaire. Il peut également s'avérer avantageux de retenir les services de formateurs et de mentors dès le début du projet collaboratif afin de faciliter ce genre d'évaluation rigoureuse.
- *Le temps et le dévouement sont essentiels à l'amélioration des soins.* Bien qu'il s'agissait d'un projet collaboratif d'une durée de deux ans, ce qui, selon la littérature scientifique, est une durée supérieure à la moyenne (Nadeem et al. 2013), l'expérience du projet collaboratif d'AQ COSA confirme qu'apporter un changement pérenne à la conception, à la prestation et à l'évaluation des soins prend beaucoup de temps et de dévouement, souvent au-delà de la durée du projet collaboratif lui-même. La FCASS continuera d'assurer le suivi auprès des équipes de la COSA afin de déterminer combien de temps prend l'amélioration. La diffusion des PA, entretemps, réunit deux dimensions : la diffusion à l'interne (à l'intérieur des murs de l'organisation d'accueil) et la diffusion externe (au-delà de ses murs). Peu importe la portée, l'amélioration n'est pas statique et exige des efforts et un soutien continus au fil du temps. Même une fois l'objectif d'amélioration initial atteint, un nouvel objectif est susceptible de surgir tandis que les équipes d'amélioration deviennent plus conscientes de l'existence et de la résolution des problèmes. Ce qui importe est l'engagement en faveur d'une culture de l'amélioration et la reconnaissance des éléments nécessaires (en termes d'efforts, de temps et de ressources) à sa concrétisation.
- *Le soutien local importe.* Les équipes qui peuvent aligner les efforts de leur PA sur les priorités stratégiques des administrations locales et de leur organisation d'attache sont susceptibles de recevoir un soutien continu plus fiable. Cela est important, dès le départ (p. ex., réalisation d'un PA en parallèle avec des initiatives déjà en cours afin de tirer parti de ressources et de formes de soutien existantes) et une fois le soutien ou les ressources externes épuisés (p. ex., la capacité de l'équipe de poursuivre ses efforts une fois les ressources et le soutien de la Collaboration terminés). L'élaboration d'une communauté de pratique régionale peut fournir un appui supplémentaire aux équipes à l'échelle locale et contribuer à leur persévérance. On peut soutenir que l'approche faible en règles, qui est à la base de la création

des PA des équipes, est sans doute un investissement dans leur pérennité locale (diffusion à l'interne), mais pas forcément dans leur diffusion externe. Une approche faible en règles laisse beaucoup de place à l'interprétation locale. D'une part, une telle approche permet une variation régionale et une personnalisation de la conception du PA de sorte que celui-ci soit adapté aux priorités et aux besoins locaux. D'autre part, cette approche comporte le risque inhérent que les régions s'engagent dans des PA très différents les uns des autres, ce qui pourrait limiter leur diffusion interrégionale future et contribuer à l'incapacité des équipes à créer des PA interrégionaux et interprovinciaux dont le potentiel d'impact systémique est beaucoup plus grand.

Perspectives d'avenir

La modernisation de la façon dont les soins de santé réagissent aux besoins d'une population de plus en plus aux prises avec des maladies chroniques est un des plus grands défis que le système de soins de santé actuel doit relever. Plus de gens vivent avec de multiples affections chroniques, ce qui crée de la pression sur les systèmes de soins de santé qui s'appuient principalement sur des soins hospitaliers conçus pour traiter des maladies aiguës pendant de brèves périodes de temps. Ce document présente un examen approfondi de la COSA en tant que projet collaboratif d'AQ pan-canadien qui a développé un réseau de prestataires de soins de santé vivement intéressés à amorcer des améliorations en PGMC pour les patients et leurs familles. En définitive, à quoi est-on raisonnablement en droit de s'attendre de ce type d'initiative ? Le projet collaboratif d'AQ COSA a créé une prédisposition culturelle à l'appui de l'amélioration des soins de santé pour les patients atteints d'une maladie chronique et leurs familles. Cette expérience montre qu'il est possible, dans le contexte des soins de santé au Canada, de stimuler un véritable engagement à améliorer les soins aux patients atteints de maladies chroniques et à s'attaquer systématiquement à certains des problèmes et des obstacles associés à l'amélioration des soins de santé.

Remerciements

Nous souhaitons attirer l'attention sur la contribution de nos collègues qui ont conjointement conçu et entrepris l'évaluation de la COSA : Kaye Phillips (responsable principale), Claudia Amar (responsable du projet), Pernelle Smits (experte-conseil), Keesa Elicksen-Jensen, Tom Valente (expert-conseil) et Nurdin Akunov. Par ailleurs, nous saluons ceux qui ont rendu la COSA possible, avec des remerciements particuliers pour Meghan Rossiter (liaison régionale), Erin Leith (responsable de l'encadrement) et Christine (Kirby) Kirvan. En plus de recevoir un soutien financier de la part de la FCASS, la COSA a également obtenu une aide financière de la part de cinq ASR du Canada Atlantique : Nova Scotia Health Authority (anciennement Capital Health, N.-É.), Eastern Health ((T.-N.-L.), Health PEI, Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité (N.-B.). La Fondation pour la santé Medavie a également parrainé chacun des quatre ateliers, tandis que la Health Association Nova Scotia a fourni un soutien en nature. Enfin et surtout, nous tenons à remercier l'énorme réseau de cadres supérieurs, d'enseignants, de formateurs et de mentors, ainsi que les équipes de professionnels de la santé dévoués qui ont participé à la COSA. La FCASS est financée au moyen d'une entente avec Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas forcément celles du gouvernement du Canada.

Références

Les références peuvent être trouvés à l'adresse: http://www.longwoods.com/content/24503

COMMENTARY *COMMENTAIRE*

Healthcare*Papers*

A First Step on the Journey to High-Quality Chronic Illness Care

Un premier pas sur le chemin des soins de grande qualité pour les maladies chroniques

COMMENTARY
COMMENTAIRE

Edward H. Wagner, MD, MPH
Group Health Research Institute Senior Investigator
Director (Emeritus), MacColl Center
Seattle, Washington

Chercheur principal, Group Health Research Institute
Directeur (émérite), MacColl Center
Seattle, Washington

ABSTRACT

The Atlantic Healthcare Collaboration (AHC) conducted a quality improvement initiative to improve chronic disease prevention and management for the four Atlantic provinces and their regional health authorities. Leaders and front-line teams carried out a range of projects, each suited to the needs of that region. This initiative helped build the case for improvement, increased the motivation to change, exposed participants to proven ideas for improvement and supported participating organizations in developing the capacity and culture to test, implement and spread improvements. The AHC also created a politically safe learning community with the potential to support and sustain the work of chronic care improvement over time. In carrying this initiative forward, the greatest challenge will be the magnitude of work to be done.

RÉSUMÉ

La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (COSA) a piloté une initiative d'amélioration de la qualité en vue de faire progresser la prévention et la gestion des maladies chroniques dans les quatre provinces de l'Atlantique et dans leurs autorités sanitaires régionales respectives. Des dirigeants et des équipes de première ligne ont mené à bien une série de projets, chacun étant adapté aux besoins de sa région. Cette initiative a contribué à prouver la pertinence des efforts d'amélioration, à accroître la motivation en faveur du changement, à exposer les participants à des idées avérées en matière d'amélioration et à aider les organismes participants à élargir leurs capacités et à instaurer une culture de la mise à l'essai, de l'exécution et de la diffusion des améliorations. Par ailleurs, la COSA a créé un environnement où les participants pouvaient apprendre en toute sécurité, à l'abri de considérations politiques, en vue d'appuyer et de pérenniser des travaux d'amélioration des soins chroniques au fil du temps. À l'avenir, le plus important défi de cette initiative consistera à composer avec l'ampleur du travail à abattre.

Many in Canada and elsewhere view it as a strength that provincial and regional governments play the predominant roles in the organization and delivery of Canadian healthcare. Variation across provinces or regions creates opportunities for comparison and learning, but it may also impede the spread of evidence-based best practices. The Atlantic Healthcare Collaboration (AHC) involves the four Atlantic provinces and their Regional Health Authorities (RHAs) in a quality improvement (QI) initiative to improve chronic disease prevention and management for their populations. The AHC encouraged participating RHAs to select QI projects based on regional strengths and weaknesses and population needs but urged that each project should base its intervention on the Chronic Care Model (CCM) (Coleman et al. 2009; Stellefson et al. 2013), an evidence-based framework for redesigning care to improve the health of people with chronic conditions. Helping chronically ill people become more skilled managers of their own illness and more engaged participants in their care was a particular AHC focus. Each RHA team received support and assistance from an improvement coach, an academic mentor, other faculty and the other participating RHA teams in in-person learning sessions, webinars and telephone calls. As expected, the RHA teams chose a wide variety of projects, ranging in scope from an ambitious effort to train all healthcare clinicians in the region in self-management counselling to more localized and focused programs to improve services to high-risk youth and patients with chronic obstructive pulmonary disease.

The decision to emphasize patient engagement and self-management, in my view, was a wise one. Engagement, in the context of the collaborative, refers not only to a patient's participation in his or her own care, but also to patient involvement in the design and improvement of health systems. There are several persuasive reasons for beginning the journey of chronic illness care improvement with patient engagement. First, it applies to all chronic conditions or constellations of conditions. Second, engaged patients manage their illnesses better, which leads to better outcomes (Hibbard and Greene 2013). Third, our QI experience suggests that self-management support is the aspect of the CCM with which practices have the most difficulty making and sustaining improvements over time. Finally, patient involvement in delivery system improvement adds a crucial customer

perspective to the process. Organizations that have made serious efforts to form patient advisory committees and routinely include patients in QI activities generally come to appreciate the constructive impacts of adding patient voices.

Despite the high level of support given each RHA, only four of the eight participating teams in the AHC implemented their planned projects over the two-year period. Was bringing together RHA leaders and front-line teams a promising start on the journey to better care for the chronically ill or a well-intentioned waste of time? Evaluations of QI collaboratives generally find weakly positive effects (Nadeem et al. 2013; Schouten et al. 2008). The modest success of most collaboratives is a function of the broad variation in the extent of changes to care delivery made across participants. Participants in all collaboratives, whether small practices or large organizations, vary widely in their commitment to change, their understanding of what changes to make, and their ability to make changes to entrenched systems. As a result, a substantial percentage of participants (20–50%) in most collaboratives report little to no improvement over the course of the initiative. Nutting and colleagues, in their evaluation of a major primary care transformation effort, proposed that practices that failed to change lacked the leadership, communication and trust needed to disrupt traditional ways of doing things (Nutting et al. 2011). In a study of primary care practices that made major improvements in a collaborative, we too found that engaged leadership was critical, but so too was a well-established QI strategy (Wagner et al. 2014). Organizations without a trusted measurement system and process-change approach floundered even if their leaders were committed.

Nolan has described three essential elements for successfully improving the quality of healthcare: will, ideas and execution (Nolan 2007). Will is the motivation to engage in the difficult work of altering established ways of organizing and delivering care. Ideas are specific interventions or system changes derived from research or from successful exemplar organizations. Execution is the capacity to actually make system changes and sustain them over time. Leaders are central to building will and helping staff see the ideas for change as the basis for a better future. But without a robust QI strategy based on regular performance measurement, and QI teams using rapid-cycle change methods to test and then implement new ideas, a health system of any size will have difficulty making meaningful changes that improve its performance.

A well-run collaborative such as the AHC helps build the case for improvement, increases the motivation to change, exposes participants to proven ideas for improvement and tries to help participating organizations develop the capacity and culture to test, implement and spread improvements. This takes time, often more time than the duration of the collaborative allows. For example, in their evaluation of the Health Disparities Collaborative (HDC), a US nationwide effort from 1998 to 2004 to use the CCM to improve diabetes care in safety net practices, Chin and colleagues (2007) found that HbA1c levels were not significantly improved among HDC practices two years after the start but were so when assessed four years after the start. In our recent work with safety net practices (Sugarman et al. 2014), several of which had participated in the HDC, we often heard that it took practices several years to fully integrate and implement what they learned in the HDC.

For many teams, the AHC brought together individuals and organizations without much experience collaborating, so team building and finding common ground amidst disparate interests were essential early steps. Policy makers and regional leaders

wrestling with balancing budgets and/or reducing waiting times and queues needed time to see the relevance of focusing on the less visible needs of people who are chronically ill. But the major challenge for participants in the AHC, as for most QI efforts, is deciding where to begin. Those teams that progressed to intervention tended to have specific interventions in mind that they wanted to spread and/or evaluate. For less advanced RHAs, the AHC has provided a supportive and safe environment in which to learn and plan. It enabled regional and provincial leaders, healthcare providers and academics to work together to tackle the major public health and clinical issues of their region. Perhaps most importantly, the AHC created a politically safe learning community with the potential to support and sustain the work of chronic care improvement over time. That said, the ultimate impact of the AHC won't be known until this phase of the project is long past.

Despite their limited immediate success, participants in multi-organizational QI initiatives such as collaboratives consistently confirm the value to them of doing QI in groups. The group format provides ideas, a support structure and opportunities to compete with and learn from similar organizations facing similar challenges. Such approaches seem particularly well suited to Canada, where decision-making about the organization and design of healthcare delivery is so strongly influenced by provincial governments. But the journey to high-quality chronic illness care across the population is a long and arduous one. Most chronic illness care is delivered in primary care. Even a small province like Prince Edward Island has approximately 1,000 primary care providers; therefore, improvement at the regional and provincial levels will require interventions that involve and ultimately reach hundreds of practices. The AHC is an important first step, but it is only a first step.

References

Chin, M.H., M.L. Drum and M. Guillen et al. 2007. "Improving and Sustaining Diabetes Care in Community Health Centers With the Health Disparities Collaboratives." *Medical Care* 45(12): 1135–43. doi:10.1097/MLR.0b013e31812da80e

Coleman, K., B.T. Austin, C. Brach and E.H. Wagner. 2009. "Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium." *Health Affairs* 28(1): 75–85. doi:10.1377/hlthaff.28.1.75

Hibbard, J.H. and J. Greene. 2013. "What the Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs." *Health Affairs* 32(2): 207–14. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061

Nadeem, E., S.S. Olin, L.C. Hill, K.E. Hoagwood and S.M. Horwitz. 2013. "Understanding the Components of Quality Improvement Collaboratives: A Systematic Literature Review." *Milbank Quarterly* 91(2): 354–94. doi:10.1111/milq.12016

Nolan, T.W. 2007. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results.* IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Nutting, P.A., B.F. Crabtree, W.L. Miller, K.C. Stange, E. Stewart and C. Jaen. 2011. "Transforming Physician Practices to Patient-Centered Medical Homes: Lessons From the National Demonstration Project." *Health Affairs* 30(3): 439–45. doi:10.1377/hlthaff.2010.0159

Schouten, L.M., M.E. Hulscher, J.J. van Everdingen, R. Huijsman and R.P. Grol. 2008. "Evidence for the Impact of Quality Improvement Collaboratives: Systematic Review." *British Medical Journal* 336(7659): 1491–94. doi:10.1136/bmj.39570.749884.BE

Stellefson, M., K. Dipnarine and C. Stopka. 2013. "The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review." *Preventing Chronic Disease* 10(Feb): E26. doi:10.5888/pcd10.120180

Sugarman, J.R., K.E. Phillips, E.H. Wagner, K. Coleman and M.K. Abrams. 2014. "The Safety Net Medical Home Initiative: Transforming Care for Vulnerable Populations." *Medical Care* 52(11 Suppl 4): S1–10. doi:10.1097/MLR.0000000000000207

Wagner, E.H., R. Gupta and K. Coleman. 2014. "Practice Transformation in the Safety Net Medical Home Initiative: A Qualitative Look." *Medical Care* 52(11 Suppl 4): S18–22. doi:10.1097/MLR.0000000000000196

Want to improve healthcare for Canadians?

We can help.

The Canadian Foundation for Healthcare Improvement identifies proven innovations and accelerates their spread across Canada. We're supporting healthcare organizations to adapt, implement and measure improvements in patient care, population health and value-for-money.

cfhi-fcass.ca

Canadian Foundation for
Healthcare Improvement

The Canadian Foundation for Healthcare Improvement is a not-for-profit organization funded through an agreement with the Government of Canada.

Vous voulez améliorer les services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes?

Nous pouvons vous aider.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé recense des innovations éprouvées et accélère leur diffusion partout au Canada en soutenant les organismes de santé dans l'adaptation, la mise en œuvre et l'évaluation de l'amélioration des soins, de la santé de la population et de l'optimisation des ressources.

fcass-cfhi.ca

Fondation canadienne pour
l'amélioration des services de santé

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé est un organisme sans but lucratif financé dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada.

System-Level Reform in Healthcare Delivery for Patients and Populations Living with Chronic Disease

Réforme systémique en matière de prestation de soins de santé pour les patients et les groupes atteints de maladies chroniques

COMMENTARY
COMMENTAIRE

Richard Wedge, MD
CEO, Health PEI
Chair, Atlantic Healthcare Collaboration Executive Committee
Charlottetown, PEI

Chef de la direction, Health PEI
Président, Comité exécutif de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique
Charlottetown, Î.-P.-É.

Hon. Douglas W. Currie
Former Minister of Health and Wellness
Government of PEI
Charlottetown, PEI

L'ancien Ministre de la Santé et du Mieux-être
Gouvernement de l'Î.-P.-É.
Charlottetown, Î.-P.-É.

ABSTRACT

Healthcare in Canada has generally not kept pace with the evolving needs of patients since the creation of medicare in the 1960s. Budgets for hospitals, physicians and prescription drugs make up the bulk of spending in health, despite the need for better prevention and management of chronic disease, the needed expansion of home-based care services and the call for reform of front-line primary care. Over the past decade, a number of Canadian health authorities have adopted the US-based Institute for Healthcare Improvement Triple Aim philosophy (better population health, better patient experience and better per capita cost of care) in order to build system-level change. The Atlantic Healthcare Collaboration was one attempt to initiate system-level reform in healthcare delivery for patients living with chronic disease.

RÉSUMÉ

Dans l'ensemble, depuis la création du régime d'assurance-maladie au cours des années 1960, au Canada, les soins de santé n'ont pas suivi le rythme de l'évolution des besoins des patients. Les budgets des hôpitaux, les médecins et les médicaments sur ordonnance représentent l'essentiel des dépenses en santé, en dépit du besoin de s'attaquer à la prévention et à la gestion des maladies chroniques, du besoin urgent d'élargir les services à domicile et des appels à la réforme des soins primaires de première ligne. Au cours de la dernière décennie, un certain nombre d'autorités sanitaires de partout au Canada ont adopté la philosophie du Triple objectif de l'Institute for Healthcare Improvement (une population en meilleure santé, une meilleure expérience pour le patient et de meilleurs coûts par habitant pour la prestation des soins de santé) dans le but de mener à bien des changements systémiques. La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique visait précisément à engager une réforme systémique de la prestation des soins de santé pour les patients atteints de maladies chroniques.

Introduction

The lead paper signals a need to move from usual care that is focused on providing episodic and fragmented care to one that offers more holistic and continuous chronic illness prevention and care (Verma et al. 2016). Indeed, what is needed is a better fit between the care that is offered and the care that the population needs – more emphasis on primary healthcare, more effective prevention and management of chronic disease and more resources placed in mental health. There also needs to be greater involvement of patients, families and communities in care co-design as well as disease prevention and management. Getting there will take a broad and coherent set of strategies to significantly transform healthcare in Canada (Denis et al. 2010).

It is a daunting task but a necessary one. From a spending perspective, although growth continues on a modest trend since 2011, total healthcare spending in 2014 in Canada was projected to be $214.9 billion ($6,045 per person), with 30% of those dollars allocated to hospital costs alone (CIHI 2014). Per capita healthcare spending in the Atlantic region outpaces that of provinces such as British Columbia, Quebec and Ontario (CIHI 2014). From a population health perspective, Atlantic Canada also has higher risk factors and rates of chronic disease than ever before, indeed, greater than the Canadian average (Statistics

Canada 2013). In terms of experience of care, the *Health Care in Canada* survey carried out by Pollara (2014) suggests that Canadians see room for improvement. For example, more than 80% (including 37% who strongly support and 46% who somewhat support) call for more wellness promotion and disease prevention education and support, while more than 80% (30% strongly support; 51% somewhat support) want increased patient involvement in decision-making about the healthcare system (Pollara 2014).

Taken together, reducing the per capita cost of care, improving population health and patient experience of care constitute what the US-based Institute for Healthcare Improvement (IHI) refers to as the Triple Aim (Berwick et al. 2008). Improving care for patients living with chronic disease is the new reality that only a Triple Aim approach can achieve. The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC), while finished, continues to be governed by Atlantic health region leadership in partnership with the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). The AHC was an attempt at pan-Atlantic collaboration intended to move the marker on two of the aims: sustainability and care experience. To be effective, the efforts that the AHC supported must continue but with more emphasis on improving the population health objective of the Triple Aim. Still, it remains a positive example in the Canadian context that collaboration can and does happen – because when a vision is shared, so too can be the agenda required to achieve it.

One-Island Health System Is Making Good on Triple Aim

In 2010, the government of Prince Edward Island (PEI) created a single, province-wide health authority, Health PEI, to manage the delivery of health services to Islanders. This provincial crown corporation is fully integrated across the health spectrum. In addition to hospitals and hospital services such as diagnostic imaging and laboratory services, Health PEI includes physician payment budgets, long-term care, home care, public health and ambulance services. As the health authority in a small province, Health PEI collaborates with Nova Scotia and New Brunswick to provide complex subspecialty services such as cardiac surgery, neurosurgery, transplant surgery, vascular surgery and thoracic surgery. In other provinces, the ability of health authorities to achieve full integration can be hampered by separate and siloed budgets and management. From the early days of Health PEI, it was recognized that improvements to healthcare services would flow from independent governance and management of a fully integrated provincial health system, while respecting governments' direction on healthcare policy and their ability to fund healthcare for Islanders.

Healthcare consumes almost 45% of the Atlantic provinces' budget expenditures (CIHI 2014). When Medicare programs were being developed in the 1960s and 1970s, healthcare largely referred to hospital care and physician services. In 2015, the definition of healthcare must be broader – populations are older, many citizens have one or more chronic diseases and hospital/physician care makes up only about half of provincial health expenditures. The provincial governments' coverage for community-based allied health professionals such as physiotherapists, optometrists, social workers, nurse practitioners, nurse educators and psychologists, as well as public coverage for home care, pharmaceuticals and ambulance services, varies widely between provinces. The Canada Health Act does not require provinces to cover non-physician and non-hospital costs. The expansion of publically financed health services is dependent on

individual provincial government policy direction and provincial fiscal realities.

Growth in health budgets on PEI, as in other provinces, averaged approximately 6–7% per year over the past decade (CIHI 2014). This was the result of increasing numbers of clinical providers, expansion of healthcare services and pharmaceutical formularies, new technology and improvements to incomes of healthcare workers. These increases were in response to the growing prevalence of chronic disease as well as the growing impatience from Islanders about prolonged wait times. These large, yearly health budget increases did not solve access problems, stimulate system reforms or do much to expand the range of public services. Clearly, increases of this magnitude were unsustainable, so Health PEI, similar to most other health authorities, began to focus on achieving real improvements in the patient care experience at a lower cost.

Triple Aim is a strategic approach that brings about simultaneous and at-scale improvements to individual patient care experience as well as whole-of-population health benefits yielding lower healthcare costs (Berwick et al. 2008). For Health PEI's one-island health system, the approach is fitting, given that it takes into account the health and health system of all Islanders. In the same way, when the AHC presented an opportunity for Health PEI to collaborate with its Atlantic counterparts – across regions and provinces toward a shared goal of improving patient- and family-centred chronic care – it made sense.

Building Organizational Capacity – The AHC Experience

Most attempts at reforming the healthcare system have focused on improving wait times, preventing medical errors and reducing costs. The goal of the AHC was to promote and support interdisciplinary team care for chronic disease in the community setting. This team-based care is expected to decrease demand on primary care physicians' time, reduce emergency room visits, reduce hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions, return patients to their own homes sooner if admitted to a hospital and improve patients' overall healthcare experience.

Health authority CEOs and senior managers from across Atlantic Canada's (then) 17 health authorities as well as senior officials from the provincial departments of health came together with CFHI in January 2012 in St. John's, Newfoundland, to set a vision for the AHC. Together, the AHC built a network of organizational, regional and provincial teams to share evidence-informed, system-level solutions, first with their own organization, but eventually with the other teams. The AHC executive committee provided both local leadership and Atlantic Canadian leadership. The AHC executive committee members also committed resources for the planning, implementation and evaluation of the individual projects.

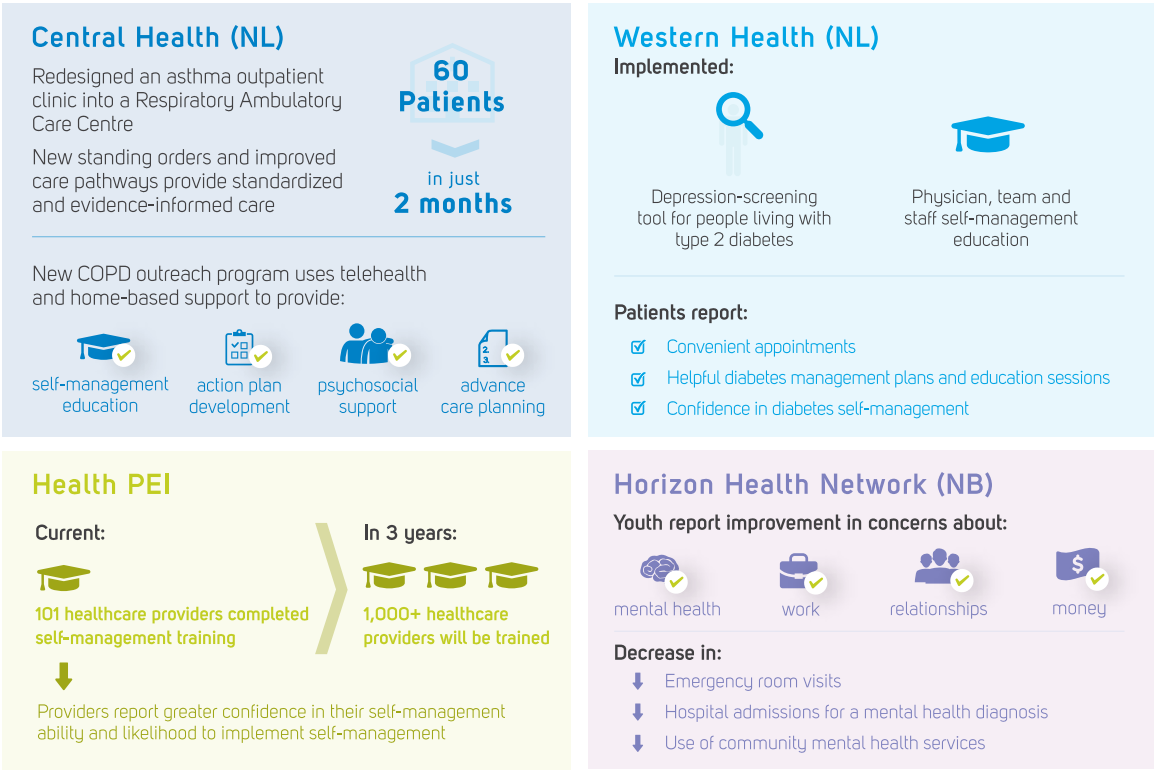
The goal of the AHC was to ensure that clinical professionals at all levels of the health system had access to the knowledge and tools they needed to improve chronic disease management and prevention. In addition, the clinicians would build and improve upon provincial and inter-provincial supports for collaboration, networking and engaging their peers in managing the rising prevalence of chronic disease. The clinicians and administrators gained knowledge, skills and confidence to initiate, sustain, spread and lead future change initiatives within their own organizations. Health authority staff members were required to apply the knowledge and skills they learned by leading initiatives in their own organizations. The initiatives identified were healthcare services with rising demand, prolonged wait times or other concerns identified by the local health authority.

To support the teams, CFHI provided them with access to expert faculty, academic mentorship and improvement coaching and regular, in-person workshops and webinars that combined educational supports in quality improvement alongside chronic care improvements. All of this was in an effort to create a system of support around the teams as they designed, implemented and evaluated their chronic disease management and prevention improvement initiatives.

As the lead authors indicate, improvement takes time, often outlasting the timeline of a collaborative (Verma et al. 2016). Many of these teams are now enrolled in other CFHI collaboratives or quality improvement programs in order to continue their improvement journeys. That is the case for the two Health PEI teams, for example, with one now enrolled in an international Triple Aim program offered by IHI in partnership with CFHI – the *Better Health and Lower Costs Collaborative for Patients with Complex Needs* collaborative – with the other enrolled in a pan-Canadian CFHI spread collaborative – the *INSPIRED Approaches to COPD* collaborative.

Improvement is not a point in time; teams require ongoing access to such supports offering professional development, access to best evidence and practice experts as well as networks of peers making gains against the same improvement objectives. The lead paper reports that the AHC was successful at creating these kinds of linkages – connecting providers and teams with one another in a common improvement pursuit that became stronger over the course of the collaboration (Verma et al. 2016). Because of these supports, some of these teams are already making important gains, for example, the key results shown in Figure 1 below:

Figure 1. Key Milestones of the Four AHC Teams That Were Successful in Implementing and Evaluating Their Improvement Projects During the Collaborative



At least one factor that assisted in making these gains (in what is a relatively short period) is that the AHC brought on board initiatives that were decidedly local priorities and for which some capacity was already invested locally. From a cost containment and benefits–realization perspective, this was a pragmatic approach in that it surrounded existing improvement teams with the support they needed to initiate and manage change. It also kept those initiatives and teams on the senior leadership's agendas, as the AHC executive committee met regularly (and continues to do so) to share improvement progress and milestones. Similarly, the AHC executive committee shares these progress markers with our ministerial colleagues – another benefit of a collaborative model, as it enables sharing information across regions and provinces.

The time it takes to realize these modest, but important improvements cannot be overstated. And it will take longer to realize the population health aim of the Triple Aim. On this objective, we simply need to pay more concerted attention to primary care and public health initiatives to alleviate risk factors for chronic disease like smoking, obesity and inactivity; as well, we must continue to provide self-management education and supports to those living with chronic disease. To do so means inviting people – patients, family caregivers and communities – to the improvement table alongside front-line providers, managers and policy makers. Arguably, the AHC did make efforts to bring patients to the table, but it needs to be more definitively part of the equation – involving patients as partners is not a "nice to have" but a "must have." In fact, involving patients in the design of their health services leads to a more effective and meaningful healthcare system. In the same way, any at-scale improvements require greater involvement of the policy arm, for example, to help gauge whole-of-province and whole-of-population gains in cost containment and health.

Creating Supportive Policies and Legislation – A Direction Forward

Although there have been many successful improvements to healthcare throughout Canada in recent years, Canadian healthcare continues to be a laggard in comparison to other developed countries. Canada's current Commonwealth Fund ranking is 10th out of 11 countries (with the US being 11th) overall (The Commonwealth Fund 2014). Canada's rank is near the bottom on safety, access, quality and efficiency. Many governments and healthcare managers feel that further increases to spending without structural change, policy change and physician payment reforms will not lead to improvements in our health system.

Government policy supporting collaborative interdisciplinary team-based primary care, reduction in solo physician practices, reduction of volume-based fee-for-service physician care, shared professional accountability for performance and outcomes, as well as a robust clinical information system are needed to move the health system forward. These changes need to be aligned with physician payment agreements as well as negotiations with all front-line clinical staff.

Governments generally signal their priorities via changes to current healthcare policy or the introduction of legislative changes to the organization of health delivery. Legislation is accustomed to realigning health system components to ensure that change occurs. This approach has resulted in a number of provincial and regional health authorities, in various forms, in various provinces. In the past, the introduction of legislation has also served to promote accountability to health providers, hospitals or health system management. Strategic plans, annual business plans and annual reports to the public ensure that

specific performance targets are set and achieved and that health authorities are held accountable. Health authorities have also realized innovative and efficiency changes to the delivery of healthcare via clinical and health system administrator collaboration.

Conclusion

The AHC organizational teams worked together to develop, implement and embed sustainable improvement initiatives in chronic disease prevention and management. Through sharing their improvement work, these teams are helping to promote the sustainability of healthcare services in Atlantic Canada. The AHC also took a Triple Aim lens in its focus on improved care experience for people living with chronic disease throughout the Atlantic provinces while simultaneously addressing health system sustainability. It's an example of how working together, across regions and provinces, makes it possible to enhance team-based and organizational capacity to improve care.

Leadership plays a critical role in supporting innovative care delivery models and the spread of these ideas and mechanisms to others. These front-line staff, who initiated and developed approaches to care, must be supported and evaluated, and the knowledge they gained must be spread to other organizations. Atlantic Canadian health authorities need to continue to work together to develop clinician leadership as well as develop partnerships with clinical organizations that focus on patient-centred care and promotion of best practices and innovations.

All of us have had first-hand experience with healthcare in Canada – the good and the bad. To achieve the vision of a high-performing healthcare system, all governments, health authorities, clinicians and the public need to work together and commit to a common goal of highest quality health services.

References

Berwick, D.M., T.W. Nolan and J. Whittington. 2008. "The Triple Aim: Care, Health, and Cost." *Health Affairs*, *Millwood* 27(3): 759–69. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759

Canadian Institute of Health Information (CIHI). 2014. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014.* Retrieved March 19, 2015. <http://www.cihi.ca/web/resource/en/nhex_2014_report_en.pdf>.

Denis, J-L., H.T.O. Davies, E. Ferlie and L. Fitzgerald. 2010. "Assessing Initiatives to Transform Health Systems: Lessons for the Canadian Healthcare System." Retrieved March 19, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/JLD_REPORT.sflb.ashx>.

Pollara. 2014. *Health Care in Canada Survey.* Retrieved March 19, 2015. <http://www.hcic-sssc.com/>.

Statistics Canada. 2013. Statistics Canada Catalogue no. 82-228-XWE. Ottawa. Released December 12, 2013. Retrieved March 19, 2015. <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=E>.

The Commonwealth Fund. 2014. *Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally.* Retrieved March 19, 2015. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.

Verma, J.Y., J.-L. Denis, S. Samis, F. Champagne and M. O'Neil. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 19–60. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem: An Academic Mentor's Point of View

Une approche de collaboration à un problème de soins chroniques : le point de vue d'un mentor

COMMENTARY
COMMENTAIRE

Michael Vallis, PhD R Psych
Behaviour Change Institute, Nova Scotia Health Authority & Dalhousie University
Halifax, NS

Behaviour Change Institute, Nova Scotia Health Authority et Université Dalhousie
Halifax, N.-É.

ABSTRACT

The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC) represents a social experiment of sorts. The AHC provided a platform to integrate regions, health issues, healthcare systems, providers and individuals/families living with chronic disease. As such, the scope of the AHC was very broad, providing a rich learning environment but also risking biting off more than it

could chew. I participated in this experiment as an academic mentor to three of the improvement projects (IPs) with Health PEI, Central Health and Western Health and also was a member of the IP extended team at Nova Scotia Health Authority (formerly Capital Health) in Nova Scotia. My professional contribution was from the perspective of health behaviour change – change at the level of the patient and family living with chronic disease, at the level of the healthcare provider working within an expert-based, siloed system, and at the level of the healthcare system – the managers and decision-makers.

RÉSUMÉ

La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (COSA) constitue, en quelque sorte, une expérience sociale. La COSA a fourni une plate-forme pour rassembler les régions, les priorités du système de santé, les prestataires et les personnes / familles atteintes d'une maladie chronique. Ainsi, la portée de la COSA était très large : elle offrait un milieu d'apprentissage stimulant, mais courrait aussi le risque d'être victime du proverbe « qui trop embrasse, mal étreint ». J'ai participé à cette expérience en tant que mentor universitaire dans le cadre de trois des projets d'amélioration (PA) exécutés par Health PEI, Central Health et Western Health, et je faisais également partie de l'équipe élargie du PA de Nova Scotia Health Authority (antérieurement Capital Health), en Nouvelle-Écosse. Ma contribution professionnelle se faisait dans la perspective de la modification des comportements de santé : des changements au niveau du patient et de sa famille aux prises avec une maladie chronique, au niveau du prestataire de soins de santé œuvrant dans un système cloisonné, axé sur l'expertise, ainsi qu'au niveau du système de santé, de ses gestionnaires et de ses décideurs.

Verma, Denis, Samis, Champagne and O'Neil have done a nice job of describing the AHC and providing convincing detail of its value. I would highlight the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) Model as an excellent guide to supporting change at the level of the program and organization. On the quality improvement collaboratives (QIC) criteria specified in the paper, the AHC was extremely successful (Verma et al. 2016, Tables 1 and 2a). Effective engagement of decision-makers, front-line workers and system managers was, in my mind, successful at creating a novel learning environment. Further, CFHI provided innovative, and variably effective, structured support for the IPs.

The accessibility of field-leading academic experts on system change (Verma et al. 2016) was a huge benefit to the AHC. This accessibility provided an opportunity to bootstrap the typical low academic self-efficacy of the modal clinic environment. IPs were provided specific templates that allowed them to fill in any knowledge gaps concerning methodology and procedure and received systematic and regular mentoring on the use of these templates. It is impressive to see the results of this structured support. The unfolding of the AHC was anchored around a series of two-day conferences spread around the region and several webinars. These conferences provided the IPs with necessary reassurance for them to step into a new area.

The roles of the academic mentor and improvement coach embellished this support by providing IPs with ongoing consultation and interpersonal support throughout the project. I must say that the role of the academic mentor and coach blurred substantially as the project unfolded. If this AHC were to be replicated, it is not clear if both roles would be necessary. Clearer differentiation of roles would be useful at a minimum. The AHC also provided an online support tool, but it is my impression that this was under-utilized, which is unfortunate, because this desktop resource was rich. Greater attention paid to increasing access to this type of a resource is warranted.

All this being said, as is true of many well-run experiments, the replicability of the AHC may be in question. Also, how sustainable is this model? Without the level of expert support, can health units and systems sustain the efforts started or initiate new efforts? I suspect that some of the IP teams progressed to the point where they could self-manage. These teams began the AHC ahead of the curve, however. They typically had strong commitment and infrastructure already in place to achieve their goals. For these IPs, the AHC was opportune. Other teams may struggle with follow-through, as the AHC was needed to build the structures required to initiate programs. In some ways, the AHC was of most benefit to the teams that began the initiative with higher levels of readiness to change. Sustainability within teams that are less ready to change is more of a challenge. These are difficult issues to deal with. Verma and her colleagues (2016) are not naive to these issues, but the issues remain "steep hills to climb".

The above comments notwithstanding, I would like to focus on the issue of self-management. One of the cornerstone goals of the AHC was to "create a patient- and family-centred approach to managing chronic disease," using primarily the Chronic Care Model, within which self-management plays an integral role. The AHC, in my opinion, has done an excellent job of helping to uncover the scope of the issues regarding self-management and self-management support in chronic disease management. A number of specific self-management issues can be highlighted. My intent in highlighting these issues is to aid in realizing the potential of the self-management model. Implicit in this statement is the acknowledgement that the AHC did not achieve all of its goals. The objectives were as follows:

i. Create a patient- and family-centred approach to manage chronic diseases
ii. Build a network of organizational, regional and provincial teams to share evidence-informed, systems-level solutions and work together to develop, implement and sustain improvement initiatives
iii. Promote sustainability of health systems (CFHI 2012a; 2012b)

Significant progress was made on the first two objectives but not the last. The AHC can be considered a work in progress. The AHC helped us to clarify exactly what we are getting into in regard to self-management at a systems level, as is explained below. I consider this clarity to be a value-added outcome of the AHC.

First, the AHC helped to uncover what self-management in the medical system really means. There is, in my opinion, a real danger that clinicians and systems will simply pay lip service to the concept of self-management. Self-management refers to the actions taken by individuals living with chronic disease and explicitly defines the role of the system and the healthcare provider as that of self-management support. In other words, we need to go from a lead role to a support role.

This is easier said than done, and this issue arose in all of the IPs that focused on self-management. That is, team members fell into a tendency to try to control the process of change, often expressed as "we are looking for a tool to change behaviour." An explicit illustration of this issue occurred at a recent CFHI-sponsored session in the Atlantic region in which a presenter stated, "We used motivational interviewing to convince patients to change." Even a cursory familiarity with the principles of motivational interviewing (Miller and Rose 2009) will alert professionals to the fact that it is about helping the patient discover his or her own reasons to change, not to convince the person that our reasons should dominate. Striking the balance between the roles of the person living with chronic disease and the healthcare provider is challenging and is best seen as an ongoing dynamic rather than a static protocol.

Second, promoting the role of the patient and family effectively requires a change in the balance of power in relationships. Currently, healthcare providers are seen, and see themselves, as the experts whose job it is to diagnose, determine/implement treatment and evaluate outcomes (Vallis 2015). But taking the position of expert has very specific implications in regard to relationship dynamics, that is, the way that people establish and maintain their connectedness.

The interpersonal circumplex model of relationships is an empirically supported model that describes how humans maintain connectedness (Markey et al. 2003; Wiggins 1996). In this model, there are two orthogonal dimensions of interpersonal functioning: dominance and affiliation. The healthcare expert is clearly taking charge, that is, adopts the dominant role. In doing so, this puts the patient in the position of becoming submissive. That is, when one person assumes dominance, the other person reacts with submissiveness in order to stay connected. If both people in a relationship adopt the dominant role, conflict – a breaking of the connection – is inevitable. Similarly, if both people adopt a submissive role, no decisions get made and the relationship cannot move forward. On the dimension of affiliation, connectedness is maintained by both parties collaborating. But are systems and providers really willing to give up their power? Shifting from "teach and tell" to "collaborate and empower" requires a fundamental shift in how providers see themselves. Greater attention is needed to this issue to better understand how to shift from acute to chronic care models. I have recently published a paper describing an alternative to the "diagnose, treat and evaluate outcomes" approach (Vallis 2015). This alternative is based on the concepts of describe, predict and focus on choice (the choice of the patient and family, not the provider or system).

In addition to a major shift in relationship dynamics, imagine the provider in a situation where the person at risk chooses, after careful deliberation, to not change. In a self-management model this is an acceptable outcome, which means that providers would need to "sit with" the distress associated with patient choices that are inconsistent with their recommendation, i.e., distress tolerance. The AHC IPs were effective in uncovering discomfort with both of these issues – giving up the power of the expert as well as the stress of situations where patients choose suboptimal treatments. As an academic mentor, I clearly heard the theme "but it's our job to change the patient."

Third, any discussion of self-management of chronic disease should be placed into the context of the still-dominant acute care model. As Verma and her colleagues touch on in their paper (2016), acute care priorities crowd out a patient-centred chronic disease

prevention and management approach. What will it take to change the attitude of decision-makers and funders to support self-management? Currently, "hard" outcomes are seen as the most worthwhile. Self-management support would require the acceptance of a different model of evaluation. Jones and colleagues (2015) have recently raised this issue in regard to diabetes, i.e., a call for prioritization of quality of life and functional health measures as primary outcomes in diabetes management (see also Halliday et al. 2015). In the self-management model, improvements in self-management, perhaps even quality of life or functional ability would be acceptable outcomes.

Fourth, it is worth commenting on the self-management perspective vis-à-vis the high-risk, high-need patient with multimorbidity (Sampalli et al. 2012). The system appears to be becoming aware of this subgroup of individuals who are high system users. But are we ready for the changes required to aid these individuals from the perspective of self-management support? Clinical programs still tend to focus on disease states and medical specialties. This focus results in those with multimorbidity being involved in a number of programs in which there is much duplication, low likelihood of provider-to-provider communication and high potential for confusing or contradictory information. Placing the person with high risk, high needs and multimorbidity (a growing population) at the centre of care will be challenging indeed.

Finally, fully embracing the self-management perspective has specific implications for accepting complexity. The current healthcare system can be fairly labelled as a reductionistic, deterministic system (Plsek and Greenhalgh 2003). The randomized controlled trial (RCT) and clinical algorithms dominate. Yet there is reason to believe that human behaviour is too complex to fit with a reductionistic model. Kessler and Glasgow (2011) have recently called for a 10-year moratorium on RCTs in clinical research. They base this argument on what are described as "wicked" problems – problems that are complex, interacting, multi-determined and unable to be decontextualized and mechanistically taken apart.

Wilson and Holt (2003) recently presented an easy-to-understand conceptualization of this issue. They propose two dimensions from which to consider a field – degree of understanding and degree of agreement. If, in a particular field, there is high agreement on how to intervene and a high degree of understanding of the issues, then this is a simple system, where reductionism and explicit treatment algorithms work well. If the level of agreement and level of understanding are low, this describes a chaotic system, where information should be sought to identify patterns. If the level of understanding and agreement are moderate, this describes a complex system. In complex systems, boundaries are fuzzy rather than discrete, actions stem from internalized rules, systems are embedded within each other, tension and paradox do not resolve and interventions lead to new behaviours. Self-management support interventions fit nicely within this notion of complex systems.

We might know that behaviour is likely to occur in situations where the following conditions are met: capability (knowledge, skill), opportunity (access, support) and motivation (readiness to change) – what is called the COM-B model of behaviour change (Michie et al. 2011). Exactly what interventions lead to these conditions is not clear, however. Different providers have different views on which interventions work best, and any given intervention will have different effects on different people. Given this diversity, establishing an informed approach to behaviour

change that is endorsed by the broad care team, and then collaborating with patients to evaluate and revise the plan as implementation unfolds, would allow programs to make the most out of self-management support. The exact procedures and evaluation methods can vary from program to program and yet at the same time remain true to self-management support (see Hawe et al. 2004).

These comments are offered in the spirit of collaboration. Projects such as the AHC go a long way toward laying the foundation necessary to get us where we need to go.

References

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2012a. "Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease Charter." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/collaborations/Atlantic-Charter-March12-2012-E.pdf>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2012b. "The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease." Retrieved January 15, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/collaborations/CFHI-Atlantic-Brochure-E.pdf>.

Halliday, J., C. Hendrieckx, L. Beeney and J. Spieight. 2015. "Prioritization of Psychological Well-Being in the Care of Diabetes: Moving Beyond Excuses, Bringing Solutions." *Diabetic Medicine* 32(10): 1393–94. doi:10.1111/dme.12768

Hawe, P., A. Shiell and T.Riley. 2004. "Complex Interventions: How 'Out of Control' Can a Randomised Controlled Trial Be?" *British Medical Journal* 328(7455): 1561–63 doi:10.1136/bmj.328.7455.1561

Jones, A., M. Vallis and F. Pouwer. 2015. "If It Does Not Significantly Change HbA1c Levels Why Should We Waste Time on It? A Plea for the Prioritization of Psychological Well-Being in People With Diabetes." *Diabetic Medicine* 32(2): 155–63. doi:10.1111/dme.12620

Kessler, R. and R.E. Glasgow. 2011. "A Proposal to Speed Translation of Healthcare Research Into Practice: Dramatic Change is Needed." *American Journal of Preventive Medicine* 40(6): 637–44. doi:10.1016/j.amepre.2011.02.023

Markey, P., D. Funder and D. Ozer. 2003. "Complementarity of Interpersonal Behaviors in Dyadic Interactions." *Personality & Social Psychology Bulletin* 29(9): 1082–90. doi:10.1177/0146167203253474

Michie, S., M.M. van Stralen and R. West. 2011. "The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions." *Implementation* Science 6: 42. doi:10.1186/1748-5908-6-42

Miller, W.R. and G.S. Rose. 2009. "Toward a Theory of Motivational Interviewing." *American Psychologist* 64(6): 527–37. doi:10.1037/a0016830

Plsek, P. and T. Greenhalgh. 2003. "The Challenge of Complexity in Health Care." *British Medical Journal* 323: 625–28.

Sampalli, T., R.A. Fox, R. Dickson and J. Fox. 2012. "Proposed Model of Integrated Care to Improve Health Outcomes for Individuals With Multimorbidities." *Journal of Patient Preference and Adherence* 6: 757–64. doi:10.2147/PPA.S35201

Vallis, M. 2015. "Are Behavioural Interventions Doomed to Fail? Challenges to Self-Management Support in Chronic Diseases." *Canadian Journal of Diabetes* 39(4): 330–34. doi:10.1016/j.jcjd.2015.01.002

Verma, J.Y., J.-L. Denis, S. Samis, F. Champagne and M. O'Neil. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 19–60. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

Wiggins, J. 1996. "An Informal History of the Interpersonal Circumplex Tradition." *Journal of Personality Assessment* 66: 217–33. doi:10.1207/s15327752jpa6602_2

Wilson, T. and T. Holt. 2003. "Complexity and Clinical Care." *British Medical Journal* 323: 685–88.

Evaluating a Chronic Disease Management Improvement Collaboration: Lessons in Design and Implementation Fundamentals

Évaluer un projet collaboratif visant à améliorer la gestion des maladies chroniques : leçons sur des principes fondamentaux de la conception et de la mise en œuvre

COMMENTARY
COMMENTAIRE

Kaye Phillips, PhD
Senior Director, Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Ottawa, ON

Directrice principale, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Ottawa, ON

Claudia Amar, RN, BScN, MHA
Senior Improvement Lead, Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Ottawa, ON

Responsable principale de l'amélioration, Fondation canadienne
pour l'amélioration des services de santé
Ottawa, ON

Keesa Elicksen-Jensen, MA
Improvement Analyst, Canadian Foundation for Healthcare Improvement
Ottawa, ON

Analyste de l'amélioration, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Ottawa, ON

ABSTRACT

For the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI), the Atlantic Healthcare Collaboration (AHC) was a pivotal opportunity to build upon its experience and expertise in delivering regional change management training and to apply and refine its evaluation and performance measurement approach. This paper reports on its evaluation principles and approach, as well as the lessons learned as CFHI diligently coordinated and worked with improvement project (IP) teams and a network of stakeholders to design and undertake a suite of evaluative activities. The evaluation generated evidence and learnings about various elements of chronic disease prevention and management (CDPM) improvement processes, individual and team capacity building and the role and value of CFHI in facilitating tailored learning activities and networking among teams, coaches and other AHC stakeholders.

RÉSUMÉ

Dans le cas de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (COSA) était une occasion décisive de mettre à profit sa vaste expertise et sa riche expérience de formation en matière de gestion de changements régionaux, en plus d'affiner son approche d'évaluation et de mesure du rendement. Cet article porte sur les principes et l'approche de cette évaluation, ainsi que sur les enseignements tirés de l'expérience de la FCASS tandis que celle-ci travaillait diligemment à coordonner les activités de la Collaboration et à soutenir les équipes des projets d'amélioration (PA), ainsi que le réseau des parties prenantes concernées, dans le but de concevoir et d'entreprendre une série d'activités d'évaluation qui permettraient de produire des données probantes et des enseignements concernant divers éléments des processus d'amélioration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques (PGMC), ainsi que le renforcement des capacités individuelles et d'équipe. En outre, il s'agissait d'évaluer le

rôle et la valeur de la FCASS à titre d'organe de production d'activités d'apprentissage sur mesure et d'occasions de réseautage entre les équipes, les formateurs et d'autres parties prenantes de la COSA.

Evidence demonstrating the value and impact of quality improvement collaboratives (QICs) on healthcare improvement and patient outcomes is slowly emerging. While early critics suggested that QICs lack solid evidence (Mittman 2004; Øvretveit et al. 2002) and demonstrate modest effects (Homer et al. 2005; Schouten et al. 2008), recent evidence indicates that QICs have the potential to live up to their promises of enabling the implementation of evidence-based practices for improved healthcare delivery experiences and outcomes. Increasingly, the black box of QICs is being systematically opened and unpacked through mixed methods approaches (Broer et al. 2010) and evaluation designs, which are leading to a better understanding of both the motivations for and core effective components of QICs (Bibby 2014; Knight et al. 2014; Lin et al. 2005; Nadeem et al. 2013; Pearson et al. 2005). Emerging literature is providing greater, albeit still limited, insight into the outcomes and value of QICs (Schouten et al. 2008) as the organizations that are designing, leading, programming and participating in QICs build evaluation capacity and balance the demands of traditional, resource-intensive research evaluation methods with integrative and real-time data collection approaches.

Between January and March 2013, a comprehensive, two-level AHC evaluation plan (Phillips et al. 2013) was designed and validated by an evaluation advisory committee consisting of CFHI staff, AHC coaches and faculty and five external Canadian experts in evaluation and chronic disease management. The evaluation objectives were to assess the IPs and teams' CDPM improvement processes and outcomes as well as CFHI's collaborative programming approach. The evaluation plan was framed around principles of developmental evaluation (Patton 2011), the Chronic Care Model (CCM) (Wagner et al. 2001) and lessons learned from past comparative CFHI programs (CFHI 2013). Developmental evaluation informs and supports innovative and adaptive development in complex dynamic environments. It brings to innovation and adaptation the processes of asking evaluative questions, applying evaluation logic, and gathering and reporting evaluative data to support project, program, product and/or organizational development with timely feedback. The AHC evaluation plan was designed to ensure that it did the following:

- Aligned with CFHI's Improvement Approach (CFHI 2014) and the AHC's three objectives (see Verma et al. 2016)
- Integrated a mixed methods approach (combining program evaluation and improvement science methods with quantitative and qualitative data)
- Responded to the unique evaluation context, stages, needs and priorities of IP teams and their respective organizations
- Encouraged capacity building and sustainability (through performance measurement and evaluation embedded in the curriculum and reporting to ensure continuous learning and to generate measurable results)

The context of the AHC, including similarities and differences among the teams as well as the needs and uses of the evaluation

to various stakeholders, had an important influence on the design of the AHC evaluation plan. Although teams participating in the AHC were aligned and grounded by a common set of objectives, cross-regional CDPM priorities and CCM strategies, there were a number of regional and contextual differences. For example, teams addressed different types of diseases (ranging from chronic obstructive pulmonary disease [COPD] to diabetes, mental health and comorbidities) based on their organizational priorities and identified population needs. The IP teams also designed and implemented their initiatives within different organizational settings and entered the AHC with different levels of readiness, capacity and resources to undertake and measure team-based CDPM quality improvement initiatives. Furthermore, participating teams and organizations had various needs and uses for performance measurement and evaluation, such as the need for data to inform plan-do-study-act cycles, continuous quality improvement, evidence of process and outcome impacts, and reporting.

In addition to the AHC IP teams and CFHI, multiple other stakeholders were interested in the evaluation outcomes, including the AHC's executive steering committee, provincial departments of health, regional health authorities, the CFHI board of directors and other collaborative participants. Designing an evaluation plan for such a multifaceted regional CDPM QIC demanded an approach that attended to the nuances of a complex and interconnected network of cross-regional and interprofessional teams, as well as differentiated processes and outcomes, and met the needs and priorities of a variety of stakeholders.

These nuances meant that one standardized, cookie-cutter evaluation approach would not be sufficient to capture all of the important interests. Rather, an approach was designed to capture two evaluation levels. Level-1 evaluation centred on teams' reporting on performance measures specific to their improvement aims and strategies and focused on their IP processes and outcomes. As per CFHI's Improvement Approach (2014), this level included teams' progress in designing and implementing their initiatives; measurable changes in professional and organizational practices, and/or changes in patient and family practices and experiences; measureable improvements in the quality and cost-effectiveness of care; feasibility of IP spread and scale-up; and CDPM improvements. Level-2 evaluation centred on program evaluation of the AHC and CFHI's approach to collaborative improvement. It focused on CFHI's collaborative design and delivery approach and the achievement of the collaborative's objectives of strengthening skills and competencies of AHC team members in leading improvement; building an interprofessional and cross-regional CDPM improvement network; and establishing a valuable mentorship and coaching program.

Multiple strategies were used to undertake and integrate this two-level evaluation plan, including: i) ongoing performance measurement planning, implementing and reporting; ii) building measurement capacity within teams; iii) coaching and support for evaluation and measurement; iv) ongoing surveying to facilitate continuous learning about, and improvements to, the collaborative; and v) complementary networking and costing analyses. Combined, these strategies allowed for ongoing data collection and analysis to inform the IPs' and the AHC's ongoing progress and final results (Verma et al. 2016). As discussed below, the strategies also prompted important reflections and lessons about designing and implementing evaluations for improvement collaboratives, whether focused on CDPM or other priority topics.

Ongoing Performance Measurement Planning and Reporting

As part of the AHC, teams were required to develop their own IP measurement plans using a CFHI template (provided at the outset of the collaborative) and to submit progress reports at two points – December 2013 (with 100% team completion rate) and September 2014 (with 88% team completion rate). CFHI staff and coaches reviewed these documents and provided teams with written and verbal feedback, which was incorporated in the cycle of coaching calls with teams to help them overcome the challenges they experienced. Challenges faced by the IP teams primarily concerned how to identify measures and tools that aligned with their needs and priorities, as well as how to develop evaluation expertise to undertake the collection, analysis and dissemination of data. AHC teams were also required to submit their final IP reports in September 2014 and participated in a 120-day follow-up collaborative webinar in January 2015 to share their IP progress and results.

In the design phase of the evaluation, consideration was given as to whether the evaluation plan and team reporting template struck the appropriate balance between collecting and using the right amount of data and avoiding placing an undue burden on human and financial resources (both for the teams and CFHI) to obtain these data. In order to balance the burden of data collection with its utility, much of the information collected served multiple purposes. This approach allowed a thorough document review as part of the final (summative) evaluation, supplemented by key informant interviews and ongoing surveying. Although this approach facilitated final IP reporting at the end of the collaborative in September 2014 during the summative evaluation, some interviewees identified a heavy workload as a challenge during the collaborative. In future, alignment among the curriculum, tools and reporting requirements will be essential to ensure that the workload and human resources required are manageable for participating IP teams, coaches and other staff who are administering and delivering the IP.

Building Team Measurement Capacity

Supporting IP teams in the development of their measurement capacities was a critical component of the AHC's evaluation approach and training. Evaluation and performance measurement was built into the training curriculum through workshop and webinar sessions (November 2012, May 2013, October 2013 and November 2013), measurement plan development and exercises (January and June 2013), team-coach measurement teleconferences (ongoing) and, in some instances, in-person meetings. Training topics ranged from designing a CDPM measurement framework and identifying indicators and instruments to monitor implementation and evaluate outcomes to data collection and analysis and capturing the cost of doing improvement.

Many of the AHC teams were not equipped with a lead member responsible for IP measurement at the outset of the collaboration and lacked the skills and time to effectively identify, collect, analyze and share the results of their IP initiatives. As Verma and colleagues noted (2016), while many of the IPs in this collaborative aimed to deliver more appropriate and efficient care for patients with chronic conditions, none tracked before–after changes in unit costs. As reported by one respondent in the final AHC evaluation survey, "I learned [enough] about evaluation to know … that I didn't know much about evaluation. What I've learned from this is that you have to bring on the right people at the outset" (Champagne et al. 2015). While CFHI strived to build measurement capacity within IP teams through curriculum and

coaching support, it will be crucial to ensure that future IP teams are designed to include a dedicated staff member to undertake measurement activities. Going forward, the requirement for team members to lead measurement activities, including their roles and the level of effort required, ought to be clearly articulated in participating teams' IP evaluation plans.

Across organizations, resources and capacities for evaluation and measurement vary. Recognizing these capacities at the outset of the IP, as well as ensuring that resources are available for the spectrum of evaluation and measurement training needs of participating teams, are important collaborative design considerations that will help ensure that teams are adequately skilled at the outset to carry out performance measurement and evaluation activities. In future, establishing a measurement maturity scale and risk grid for each IP, to make sure teams' specific needs are addressed, would be one step in the right direction.

Coaching and Support for Evaluation and Measurement

Important aspects of the AHC were facilitating team coaching and building a network for the coaches and mentors for peer learning. IP teams were offered a set of two coaches – one academic mentor and one seasoned executive serving as an improvement coach. Calls with these coaches/mentors were held monthly, starting midway through the collaboration, and included discussions of evaluation and measurement design and progress. Results of a survey of AHC coaches indicated that these calls built coaches' and mentors' confidence in reviewing and providing feedback on IP measurement plans; choosing proper performance indicators, information and processes to support evaluation; and determining appropriate data collection methodologies and instruments for the teams.

The final AHC evaluation report (Champagne et al. 2015) revealed that the double coaching model and support of academic and practical expertise were lauded by all interviewees. Despite universal praise for the coaching, there were suggestions that it could be strengthened by ensuring that thematic content expertise and team self-selection of coaches match the foci of the IPs. Such a process would help ensure better responses to the teams' specific measurement and data questions.

A network of faculty, including a core set of curriculum advisors and guest speakers, acted as additional evaluation and measurement resources provided to the teams. A CFHI lead evaluation program staff member was also embedded in the IP teams to provide continuity and support. CFHI staff time was dedicated to scheduling and participating in measurement coaching calls with teams, staying up to date on team progress and challenges, ensuring that curriculum aligned with the teams' stages of IP development, sharing regular progress updates with CFHI staff and providing hands-on coaching to teams. In addition, CFHI's senior director of evaluation, education and performance improvement, as well as an evaluation analyst and an external evaluation advisor, also committed time and support to the AHC throughout its duration – for example, designing the evaluation plans, visiting IP teams, overseeing evaluative/measurement activities, developing curriculum, designing and analyzing AHC workshop and related surveys, coaching teams and supporting design and analysis of IP reports.

Ongoing Surveying

Ongoing surveying to facilitate continuous learning and improvements to the AHC design and delivery occurred throughout the AHC. Survey information was gathered from participants after each of the four in-person

workshops. This information included team members' perceived learning needs and expectations, experience with the curriculum/coaching, perceived relevance of the content, intended application of their learning post-event, and perceived value of the curriculum/workshop and specific aspects of the network. A CFHI staff member (dedicated to the AHC) also initiated formal and informal check-ins with teams as a feedback mechanism to ensure they were receiving the support they required. Feedback was used by CFHI staff, faculty and coaches/mentors to develop subsequent AHC training activities. As reported by Verma and colleagues (2016), the preliminary results of the final AHC evaluation report, which triangulated the survey data with additional stakeholder interviews and key document analysis, indicated some learning and IP improvement outcomes. Having multiple data sources during the AHC allowed CFHI to undertake analysis using corroborated evidence. In future, it should be ensured that collaboratives' surveys and associated analyses report on the experience and the specific knowledge and competency gains of participants compared to the workshops' specific learning objectives. This will be essential to demonstrating trends in individual and IP team capacity gains in evidence-based CDPM strategies and change management over time.

Additional Social Networking and Costing Analyses

Social Network Analysis (SNA) is a methodology that analyzes social relationships and connections among people and organizations. This technique was used to corroborate evidence about the value and strength of the regional network built through the AHC. An SNA survey was distributed to all collaborative participants (teams, coaches, faculty, mentors, CFHI staff) at three points during the collaborative to assess the extent to which the AHC was successful in developing an interdisciplinary and cross-regional CDPM improvement network (Survey 1, May 2013; Survey 2, November 2013 and Survey 3, June 2014). The main results from the AHC SNA, as reported by Verma and colleagues (2016), supported by workshop survey and participant interview data, suggested that CFHI was successful in beginning to build a network of regional and provincial teams that shared information and collaborated with each other. New connections were formed between different types of participants, as well as among regions, across the three points in time. As discussed in the final AHC evaluation report (Champagne et al. 2015), although exposed to networking opportunities at the face-to-face workshops, AHC participants felt they could have benefited from more of these types of experiences to establish deeper connections with each other.

In order to understand any economic impacts of the AHC, in 2015, CFHI plans to undertake a partial benefit cost analysis (PBCA) to capture progressive outcomes and sustained impacts realized by selected IPs. CFHI has used PBCA successfully in the past to understand the impacts of its EXTRA Program for Healthcare Improvement IPs (KPMG 2014). By analyzing a sample of high-impact projects to help determine a program's value, PBCA enables investigation of a program's economic impact when there is reason to believe that impacts are unevenly distributed across projects within that program; it is especially useful in situations where a small number of projects create the "lion's share" of impacts. PBCA is an intensive undertaking – it requires sufficient internal analytic resources and capacity as well as IP teams' commitment to, and participation in, follow-up interviews and data submission, but it will provide supplementary downstream results

for the AHC. Given that Atlantic Canada is spending on healthcare more than the three largest provinces in Canada (CIHI 2014), cost impacts are important, especially with a weaker fiscal and tax base. This reinforces the case for continuing to use the approach of "learning by doing" in Atlantic Canada.

Key Lessons and Conclusion

The design and implementation of the AHC evaluation between 2012 and 2014 has provided CFHI with rich learnings and options for performance measurement and evaluation approaches that are crucial for consideration in the design of future collaboratives. Having a focus on collaboration, with a well-defined scope, is essential to ensure the effectiveness of CFHI's programming (Nadeem et al. 2013). Although an initial environmental scan and meetings with senior Atlantic leaders identified CDPM as the agreed-upon cross-regional priority and IP focus (to give teams flexibility in developing IPs within their local contexts), the final AHC evaluation revealed that some team members perceived the broad CDPM focus as limiting in terms of targeted curriculum, support activities and transferable learning. When designing future collaboratives, CFHI must make strategic decisions regarding the benefits and limitations of broad versus targeted foci.

The two-year duration of the AHC proved to be too short for the IP teams to effectively undertake evidence-based CDPM design, implementation and evaluation. As reported by Verma and colleagues (2016), at the IP level, only four out of the eight teams who fully participated reached the implementation phase and provided lessons learned about improving CDPM, specifically regarding self-management support, community partnerships, decision support and factors that facilitate or hinder improvement processes. The notion that it takes time to realize change was also underscored in a regional evaluation of CFHI's EXTRA Program for Healthcare Improvement in Quebec (Dubois and Pomey 2013), which indicated that many IP outcomes are attained following participation in improvement programming. IP implementation and outcome barriers reported by AHC teams included the significant amount of time required to undertake IP work amid competing priorities, staff turnover and resource constraints (Champagne et al. 2015). While CFHI did not use team and organizational readiness assessments at the start of the AHC, assessment tools to facilitate early dialogue between teams and CFHI regarding the teams' capacities, readiness and resources to undertake improvement work, and to track its progress, will be used to ensure optimal design and delivery of CFHI's future collaborations.

At the level of the collaborative, CFHI has learned about its role in capacity-building through tailored learning, networking and improvement support via coaching and facilitation. As reported in the final AHC evaluation, there is consensus that these elements of the AHC were well balanced and quite useful (Champagne et al. 2015). Further work to unpack the organizational barriers and success factors to sustaining and spreading the AHC CDPM IPs will be required to understand the full and longer-term impacts of IPs. As CFHI designs future collaboratives, teams' readiness, capacity and resources will be assessed at the outset of the IPs. In addition, given the timelines within and beyond the collaboration, expectations related to IP progress and outcomes will be made more explicit to ensure that the objectives of the IPs and the collaborative as a whole are realistic and achievable.

Several of the AHC's achievements and learnings were important to CFHI's operations, including organizational processes and program resourcing. The AHC helped identify improved ways for CFHI to work

and conduct program evaluation in a matrix organizational structure. In alignment with developmental evaluation (Patton 2011), CFHI established a new role for evaluation – embedding an evaluator within one of its programs (the AHC). Fifty percent of a full-time CFHI employee's time was dedicated to supporting IP measurement activities in the AHC, to foster relationships with the teams and ensure that ongoing development and feedback were represented and incorporated in the AHC's training and evaluative activities. Overall, staff learned a great deal about CFHI's own evaluation programming, functioning, approach and tools, which has been, and will be, invaluable to its future QIC.

The AHC's evaluation approach and experience have also contributed important insight into the design of CFHI's forthcoming organizational and collaborative evaluation programming. For instance, they have spurred the design of organization-wide evaluative questions (that each of CFHI's new collaboratives will endeavour to answer), including:

- What is the value of CFHI's pan-Canadian collaborative improvement approach?
- What changes to quality result from engaging patients, families and citizens?
- What changes to provider and organizational capacity, practices, policies and culture result from CFHI's programs?
- What changes to quality (better coordination of care, patient and family experience, value for money), processes and health outcomes result from CFHI's programs?
- What are the effectiveness and estimated cost-benefit (or return on investment) of CFHI's programs?
- What can we learn about the context and conditions for implementing, spreading and sustaining improvement? What can we learn from success and failure?

The design and implementation of the AHC evaluation approach offered a pivotal opportunity to further test and hone CFHI's strategies for facilitating evaluation and performance measurement and tracking progress toward improved care. Throughout these processes, CFHI has supported teams' performance measurement activities; developed teams' evaluation and measurement capacity and coaching connections; assessed learner-level knowledge and skill development against learning objectives; created a system to track improvement progress, outcome measures, achievements and lessons learned; and analyzed the magnitude and growth of the network that the AHC set out to create. These activities have given CFHI a strong foundation on which to build future evaluation and performance measurement design and implementation efforts.

References

Bibby, J. 2014. "Four Lessons for Running Impactful Collaboratives in Health Care." The Health Foundation. Retrieved February 10, 2015. <http://www.health.org.uk/blog/four-lessons-for-running-impactful-collaboratives-in-health-care/>.

Broer, T., A.P. Nieboer and R.A. Bal. 2010. "Opening the Black Box of Quality Improvement Collaboratives: An Actor-Network Theory Approach." *BMC Health Services Research* 10(265). doi:10.1186/1472-6963-10-265

Canadian Foundation for Healthcare Improvement. (CFHI). 2013. "Making the Case for Change: Advancing the NWT Chronic Disease Management Strategy." Retrieved March 4, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/Collaborations/NorthwestTerritories/NWTReport.aspx>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2014. "CFHI Improvement Approach." Retrieved March 4, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/Collaborations/ OurApproach.aspx>.

Canadian Institute for Health Information. 2014. "National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014." Retrieved March 4, 2015. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrends Report2014_ENweb.pdf>.

Champagne, F., P. Smits, C. Amar, K. Elickson, J. Verma and K. Phillips. 2015. "Evaluation of the Atlantic Healthcare Collaboration." Ottawa, ON: CFHI.

Dubois, C.A. and M.P. Pomey. 2013. "Évaluation des projets d'intervention conduits dans le cadre du programme FORCES/EXTRA au Québec [Evaluation of Intervention Projects in the framework of the Executive Training for Research Application (EXTRA/FORCES) Program in Quebec]." Ottawa, ON: CFHI.

Homer C.J., P. Forbes, L. Horvitz, L.E. Peterson, D. Wypij and P. Heinrich. 2005. "Impact of Quality Improvement Program on Care and Outcomes for Children with Asthma." A*rchives of Pediatric and Adolescent Medicine* 159(5): 464–69. doi:10.1001/archpedi.159.5.464

Knight, A.W., C. Szucs, M. Dhillon, T. Lembke and C. Mitchell. 2014. "The eCollaborative: Using a Quality Improvement Collaborative to Implement the National eHealth Record System in Australian Primary Care Practices." *International Journal for Quality in Health Care* 26(4): 411–17. doi:10.1093/intqhc/mzu059

KPMG. 2014. "Five-Year Evaluation of the Canadian Foundation for Healthcare Improvement." Retrieved March 5, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/cfhi--five-year-evaluation-e.pdf?sfvrsn=2>.

Lin, M.K., J.A. Marsteller, S.M. Shortell, P. Mendel, M. Pearson, M. Rosen et al. 2005. "Motivation to Change Chronic Illness Care: Results From a National Evaluation of Quality Improvement Collaboratives." *Health Care Management Review* 30(2): 139–56.

Mittman, B. 2004. "Creating the Evidence Base for Quality Improvement Collaboratives." *Annals of Internal Medicine* 140(11): 897–901.

Nadeem, E., S.S. Olin, L.C. Hill, K.E. Hoagwood and S.M. Horwitz. 2013. "Understanding the Components of Quality Improvement Collaboratives: A Systematic Literature Review." *Milbank Quarterly* 91(2): 354–94. doi:10.1111/milq.12016

Øvretveit, J., P. Bate, P. Cleary, S. Cretin, D. Gustafson, K. McInnes et al. 2002. "Quality Collaboratives: Lessons From Research." *Quality and Safety in Health Care* 11(4): 345–51. doi:10.1136/qhc.11.4.345

Patton, M.Q. 2011. *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use.* New York, NY: The Guilford Press.

Pearson, M.L., S. Wu, J. Schaefer, A.E. Bonomi, S.M. Shortell, P.J. Mendel et al. 2005. "Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives." *Health Services Research* 40(4): 978–96. doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00397.x

Phillips, K., J. Verma, C. Amar, K. Elicksen and F. Champagne. 2013. "Atlantic Healthcare Collaboration: CFHI's Evaluation Plan." Available upon request.

Schouten, L.M., M.E. Hulscher, J.J. van Everdingen, R. Huijsman and R.P. Grol. 2008. "Evidence for the Impact of Quality Improvement Collaboratives: Systematic Review." *British Medical Journal* 336(7659): 1491–94. doi:10.1136/bmj.39570.749884.BE

Verma, J.Y., J.-L. Denis, S. Samis, F. Champagne and M. O'Neil. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 19–60. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

Wagner, E.H., B.T. Austin, C. Davis, M. Hindmarsh, J. Schaefer and A. Bonomi. 2001. "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action." *Health Affairs* 20(6): 64–78. doi:10.1377/hlthaff.20.6.64

Meeting the Challenge of Chronic Conditions in a Sustainable Manner: Building on the AHC Learning

Relever le défi des maladies chroniques de manière pérenne : mettre à profit les acquis de la COSA

COMMENTARY
COMMENTAIRE

Pedro Delgado, MSc
Executive Director
Institute for Healthcare Improvement
Cambridge, MA

Directeur exécutif
Institute for Healthcare Improvement
Cambridge, MA

ABSTRACT

The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC) set out to achieve three aims: to create a patient- and family-centred approach to manage chronic diseases; to build a network of organizational, regional and provincial teams to share evidence-informed, systems-level solutions and work together to develop, implement and sustain improvement initiatives; and to promote

the sustainability of the participating health systems. Important elements of all three aims were achieved and the synthesis provides a meaningful contribution to systems working to improve chronic care. This paper explores those achievements as well as some of the areas for improvement, including replicability, expanded outcome measurement, greater detail around patient and family engagement, increased focus on specific outcomes and processes, and further articulation of lessons learned and recommendations.

RÉSUMÉ

La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en matière d'innovation et d'amélioration dans le traitement des maladies chroniques (COSA) a entrepris de réaliser trois objectifs : créer une approche de gestion des maladies chroniques centrée sur le patient et sa famille ; établir un réseau d'équipes organisationnelles, régionales et provinciales afin de partager des solutions et collaborer en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et de pérenniser des initiatives d'amélioration ; et promouvoir la pérennité des systèmes de santé participants. Des éléments importants de ces trois objectifs ont été atteints et leur synthèse apporte une importante contribution aux systèmes œuvrant à améliorer les soins chroniques. Cet article passe en revue les réalisations de la COSA et les domaines appelant des améliorations supplémentaires, notamment sa reproductibilité, l'expansion de la mesure de ses résultats, l'enrichissement de ses détails concernant la participation du patient et de sa famille, un accent accru sur les résultats et les processus spécifiques et une explication plus étoffée des leçons apprises et des recommandations.

Globally, one of the toughest challenges of current times is the chronic conditions epidemic which is threatening the sustainability of many health systems. The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC) was designed to stimulate participating health systems to behave in a patient- and family-centred manner, develop networks for collaboration and design for sustainability. The AHC also promoted the Chronic Care Model (MacColl Center for Health Care Innovation 2002) elements of self-management support, delivery system design, decision support and clinical information systems, community resources and policies. Its key findings are described in "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem" (Verma et al. 2016), which provides a meaningful contribution to the growing body of documented quality improvement collaborative (QIC) experiences.

The paper references some of the most recent frameworks for designing and executing QICs (Nadeem et al. 2013; Bibby 2014; De Silva 2014) and provides detailed and extensive descriptions of how the AHC was planned and the results it generated. To evaluate the AHC impact, the authors used qualitative as well as quantitative methodologies (Ayers et al. 2005). Its findings, linked to the three original aims of the AHC, can be summarized as follows:

- Did it create a patient- and family-centred approach to manage chronic diseases? Yes, in some of the participating teams.

- Did it build a network of organizational, regional and provincial teams to share evidence-informed, systems-level solutions and work together to develop, implement and sustain improvement initiatives? Yes, in part; the sharing, working together and early implementation efforts are evident, although sustainability is not.
- Did it promote the sustainability of the participating health systems? There is no evidence that it did; perhaps the time to assess this dimension (which may be useful to define in a more explicit manner) is in a couple of years.

One could argue that the shared governance and costing models, as well as the reliance on existing regional needs and expertise, are important elements that support the sustainability of the AHC efforts. However, to limit its impact to these three dimensions is to underestimate the achievements of the AHC, which mobilized many key stakeholders to rethink the way they care for those with chronic conditions. The participating teams evaluated the AHC workshops and support positively and were exposed to key spread and scale-up concepts, as well as to the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) Model (CFHI 2014a; 2014b) as a foundational tool for collaborative efforts now and in the future. For instance, post-workshop surveys show the majority of participants (89%) agreed that workshop materials enhanced their understanding of developing a theory of change, how to design and implement an improvement project, how to redesign healthcare and how to identify challenges and opportunities for patient and provider engagement. Surveys also show that participants increased their skills related to sustainability and spread (97%) and increased their understanding of methods for spreading best practices (85%).

The scale of the work is impressive, as the AHC planned for participants to learn how to assess, design, implement, evaluate and share healthcare improvements for people living with chronic diseases in 17 health regions across four provinces in Atlantic Canada, under the formal endorsement of each of their provincial departments of health. The intentional approach to moving care from hospital-centric models to more proactive, primary-care–based efforts sparked new levels of collaboration and coordination. The endorsement from the four provincial departments of health, formalized through a charter agreement, was a creative way to build a link to both policy and performance management from the start, fostering a closer relationship between those delivering the services and those planning or funding them. The support network for teams decentralizes the mentoring function, and the coaching model, which includes both academic and improvement coaches, presents a novel approach to addressing the tension that can exist between the two.

It is clear that the AHC generated a high volume of activity, learning, collaboration and Kirkpatrick Levels[1] 1 and 2 results on a large scale. It also served to channel the attention of senior leaders toward chronic conditions, highlighted the importance of having protected time for innovation and improvement, galvanized multidisciplinary teams around a topic, and promoted a culture of quality improvement.

1. Level 1: What was the participants' experience? (Did the participants have an excellent experience working on the improvement project?); Level 2: What did the participants learn? (Did they learn improvement methods and begin testing?); Level 3: Did they modify their behaviour? (Did they work differently and see change in their process measures?); Level 4: Did the organization improve their performance? (Did they improve their outcomes?)

In addition to the AHC's many strengths, a few areas should be considered for improvement. The first piece of feedback is based largely on maximizing the replicability of the effort, inviting a clearer articulation of the activities undertaken and the participants that were engaged. Without these details, it is difficult to understand the estimated cost and scale of hosting learning sessions or virtual meetings, as well as how to best frame invitations and gauge the planning needed to free up individuals from different professional backgrounds to participate. The article references four face-to-face meetings plus virtual support and coaching over 24 months, but one cannot determine much beyond these basic details. For instance, how much shared learning was there in between sessions and what were the most vibrant pieces of content that triggered interaction? How many coaches or mentors were used to support this effort and what did the central planning team look like? Organizations wishing to replicate activities of this nature will want to understand what investments would be needed to design and implement a QIC. Further, it is difficult to discern how many of the 17 RHAs that signed the original charter participated on the QIC actively – for instance, Table 2a lists eight participating regions, with a high degree of variation in terms of how many of the CFHI Model dimensions were applied. It would be useful to understand broadly the gaps in participation in each stream of work, in order to explore what specific areas attract the most participation.

In addition, the following suggestions are framed as questions for consideration:

- **Measuring outcomes:** Assessing the impact of large-scale efforts is always challenging; the results described in this paper fell largely under Kirkpatrick Levels 1 and 2 – the effort provided a good experience for participants and there was learning. There is some evidence of impact on patient- and family-centred care measures, as well as collaborative indicator examples. However, patient-level and system-level outcome measures would strengthen the case for using QICs that generate impact and contribute to the sustainability of health systems. Developing additional aims or sub-aims to the broad topics of developing networks or sustainability that answer the question, "We will participate on the AHC in the service of what outcome changes?" would help to define measures at Kirkpatrick Levels 3 and 4 (behaviour change and outcomes). For instance, measures under each of the headings of the Institute for Healthcare Improvement's (IHI) Triple Aim (Whittington et al. 2015) provide a useful framework for assessing the experience of care, the health of the population and costs – three dimensions that, pursued simultaneously, help to address the question of sustainability in a comprehensive manner. Developing outcome measures in this way would add to the initial efforts of the AHC; in doing so, areas such as prevention may emerge as new spheres of activity and collaboration.
- **Engaging patients and families:** There is a clear commitment at the core of the AHC to create a patient- and family-centred approach to manage chronic conditions. However, it is unclear how patients and families were actively engaged (beyond being the recipients of care) in the planning, governance or implementation (participation in learning sessions, etc.) of the collaborative. If engagement was lacking, having patients at one or more of these levels would add coherence and strength to the work.

- **Breadth:** There is a constant conundrum for QICs that attempt to cover broad topics (e.g., chronic care) versus specific clinical areas – the complexity increases with the scale of the effort, both in terms of reach (number of participating organizations) and stakeholders involved (multi-professionals, patients, families, etc.). The AHC's aims were broad (creating networks, sustainability and patient- and family-centred approaches). Are there ways of framing the means to the end of improving chronic care, that is, might focusing on a number of specific outcomes and processes to be impacted (conditions or evidence-based interventions), using a framework such as the Triple Aim (Whittington et al. 2015) as suggested above, help us to design systems that engage patients and families, work as networks, and enhance sustainability? One could look at prevalence, acuity, political urgency or other factors in order to choose the specific conditions or processes. This might help organizations invited to participate in a QIC with their internal stakeholders (inviting teams to participate, etc.) and with their external constituencies (e.g., telling a story of improved outcomes may be powerful to taxpayers who provide the funding for public health services). It might also help to develop "micro" communities – specific segments for learning or constituencies that work on similar topics and hence feel a stronger sense of shared learning over time. Although I agree with Davidoff (2014: 526) that "improvement interventions are social treatments, not pills," I see an opportunity to enhance the strength of the AHC by reconsidering the way aims are framed and measured.
- **Communicating what was learned – for action:** The evaluation and lessons learned section has some great "nuggets" of actionable information (Verma et al. 2016). Given the ambition of this effort to impact the way chronic care is planned and delivered, it might be useful to frame the lessons and recommendations by key constituencies – for example, for primary care, for patients and families, for commissioners of services, for leaders of integrated systems, for policy makers and so on. This may make the accumulated learning even more actionable for a wide range of constituencies globally that are actively working to improve chronic care.

"A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem" is a meaningful contribution to systems working to improve chronic care collaboratively and to the QIC literature (Verma et al. 2016). QICs are designed to generate intentional movement toward a shared aim under a structured learning system, and the AHC must be commended for having done so on a large scale. I hope that many around the world learn from its lessons as they strive to meet the challenge of chronic conditions in a sustainable manner and, more importantly, that patients in Canada and elsewhere can benefit from this and similar efforts.

References

Ayers, L.R., S.C. Beyea, M.M. Godfrey et al. 2005. "Quality Improvement Learning Collaboratives." *Quality Management in Health Care* 14(4): 234–47.

Bibby, J. 2014. *Four Lessons for Running Impactful Collaboratives in Health Care.* London, UK: The Health Foundation. Retrieved August 20, 2015. <http://www.health.org.uk/blog/four-lessons-for-running-impactful-collaboratives-in-health-care/>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2014a. *CFHI Improvement Approach. Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement.* Retrieved August 20, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/Collaborations/OurApproach.aspx>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2014b. *Accelerating Healthcare Improvement: Canadian Foundation for Healthcare Improvement's Assessment Tool.* Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Retrieved August 20, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/ResourcesAndTools/cfhi-self-assessment-tool>.

Davidoff, F. 2014. "Improvement Interventions Are Social Treatments, Not Pills." *Annals of Internal Medicine* 161(7): 526–27. doi:10.7326/m14-1789

De Silva, D. 2014. *Improvement Collaboratives in Health Care.* London, UK: The Health Foundation. Retrieved August 20, 2015. <http://www.health.org.uk/publications/improvement-collaboratives-in-health-care/>.

MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Research Institute. 2002. *The [Chronic] Care Model.* Retrieved August 20, 2015. <http://www.improvingchroniccare.org/downloads/the_care_model_with_copyright.jpg>.

Nadeem, E., S.S. Olin, L.C. Hill, K.E. Hoagwood and S.M. Horwitz. 2013. "Understanding the Components of Quality Improvement Collaboratives: A Systematic Literature Review." *Milbank Quarterly* 91(2): 354–94. doi:10.1111/milq.12016

Verma, J.Y., J.-L. Denis, S. Samis, F. Champagne and M. O'Neil. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 19–60. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

Whittington, J.W., K. Nolan, N. Lewis and T. Torres. 2015. "Pursuing the Triple Aim: The First Seven Years." *Milbank Quarterly* 93(2): 263–300. doi:10.1111/1468-0009.12122

THE AUTHORS RESPOND *LES AUTEURS RÉAGISSENT*

Healthcare*Papers*

A Last Word on Collaborating for Lasting Change

THE AUTHORS RESPOND

Jennifer Y. Verma, Stephen Samis, Jean-Louis Denis, Maureen O'Neil and François Champagne

ABSTRACT

When a vision is shared, so too can be the agenda required to achieve it – *this quote from Wedge and Currie (2016: 67) offers a key lesson from this issue of* Healthcare Papers, *which presents the experiences of a chronic disease quality improvement collaborative (QIC) in Atlantic Canada. The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC) hosted its last workshop in June 2014. Key findings from the summative evaluation, undertaken by the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) in fall–winter 2014–15, are reported in the lead paper of this issue (Verma et al.), followed by commentaries from some of those who were involved (Phillips et al.; Vallis 2016; Wedge and Currie 2016) as well as experts in chronic care and improvement capability (Wagner 2016 and Delgado 2016, respectively). As this final paper reveals, time is often an important factor in realizing improvement – in the time period since the lead paper was written, for example, the number of teams progressing to implementation and evaluation has doubled. This closing paper highlights team progress and summarizes our reflections on creating improvement capacity, leading large-scale change and partnering with patients and families to get there. All of these are critically important in shaping the kind of health and care Canadians need and expect.*

If healthcare providers and systems are to address the needs of chronically ill patients, then care design and delivery require more than adaptation; they require innovation and transformation. This issue relates the Atlantic Healthcare Collaborative (AHC) Quality Improvement Collaborative (QIC) experience to the factors that enable healthcare improvement (see Figure 1) to further our understanding of how to create and sustain patient- and family-centred approaches in chronic care. The commentaries raised important considerations about the AHC QIC model, generating common healthcare improvement themes: i) creating improvement capability through collaboration, ii) laying the foundation for spread and large-scale improvement and iii) engaging patients and policy makers for improvement. These themes are the focus of this closing paper, with reference to CFHI's levers for healthcare improvement.

Figure 1. CFHI's Six Levers for Accelerating Healthcare Improvement (CFHI 2014)

Engaging front-line managers and providers in creating an improvement culture
Relying on front-line providers as agent of improvement to build a culture committed to providing quality of care

Focusing on population needs
Understanding the population served and their needs, especially at a time when chronic disease rates are rising, is a precursor for improving population health

Creating supportive policies and incentives
Implementing organizational and system-level policies that ensure a healthy work environment and support providers in acquiring and applying improvement skills

Building organizational capacity
Creating a reliance for improvement within an organization by training staff in healthcare improvement, giving them the ability to identify necessary improvements based in evidence, supporting them in implementing the changes and recognizing them for doing so

Engaging patients and citizens
Enabling organizations to tap into the wealth of ideas and knowledge about the design, delivery and evaluation of services which patients, families and the community provide

Promoting evidence-informed decision-making
Ensuring that healthcare providers and their managers have access to up-to-date information and are skilled in finding, assessing, adapting and applying data and evidence for improvement

Creating Improvement-Capable Environments Through Collaboration

Dr. Donald Berwick once said, "At present, prevailing strategies [in healthcare] rely largely on outmoded theories of control and standardisation of work. More modern, and much more effective, theories … seek to harness the imagination and participation of the workforce in reinventing the system" (Berwick 2003: i2). The intended goal of the AHC, from the perspective of the leaders who created it, was to harness this creativity and the active participation of front-line clinicians in positive, and potentially disruptive, change. Through a charter agreement (CFHI 2012), senior leaders launched the collaborative and showed the will, but they relied on those delivering care to determine in what ways (the ideas for improvement and their execution). Nolan (2007) described these elements – will, ideas and execution – as essential for producing system-level results (with credit to Wagner [2016] for raising this point).

The purpose of the charter (CFHI 2012) was threefold: to name the shared vision of the collaborative, to hold the health regions involved to shared account for achieving that vision and to motivate the front-line clinicians to work together toward common health system goals in chronic disease prevention and management (CDPM). Delgado (2016) saw the charter as "a creative way to build a link to both policy and performance management from the start, fostering a closer relationship between those delivering the services and those planning or funding them." To be meaningful, the charter was part of a broader strategy with defined structures and processes at the leadership and front-line levels. At the leadership level, health region and CFHI leadership met regularly at every stage of the collaborative, often involving provincial departments of health. At the front-line level, CFHI worked with expert faculty, coaches and mentors to deliver curriculum to teams, provide evaluation and performance measurement support to improvement projects (IPs) and create spaces where improvement is planned and executed – in summary, to support the development of improvement capacities at the point of care.

Despite limited evidence on the effectiveness of QICs (Nadeem et al. 2013; Schouten et al. 2008), all commentators cited reasons why pursuing collaborative models to develop and deliver healthcare improvement is needed. Wagner (2016), for example, said the AHC helped to build the case and motivation for improvement and offered a venue for idea creation, support structure and opportunities to learn from similar organizations facing similar challenges. Vallis (2016) added that the AHC offered supportive tools and a network to help translate evidence to practice (which he cleverly described as "boot-strap[ping] the typical low academic self-efficacy of the model clinic environment"). Delgado (2016) saw the connection of academics to improvement teams as also presenting "a novel approach to addressing the tension that can exist between the two." Further, he summarized that the AHC "served to channel the attention of senior leaders toward chronic conditions, highlighted the importance of having protected time for innovation and improvement, galvanized multidisciplinary teams around a topic and promoted a culture of quality improvement" (Delgado 2016). In broad strokes, the AHC delivered on all of the components one would expect of a QIC, creating the kind of collaborative environment where improvement can occur. Importantly, the AHC focused on changing what services are offered and how care is provided in systems that are traditionally resistant to change.

In the lead paper, we reported that improvements, in fact, are occurring. In four of the 11 cases, the IPs were showing measureable improvements (see Table 2b from Verma et al. 2016) and an additional two cases (from Labrador-Grenfell Health [LGH]) were reportedly in implementation or evaluation stages (despite having ended their participation in the collaborative). Since the lead paper was drafted, two more teams have moved into implementation and evaluation (their progress is detailed below). That brings the tally of teams that progressed to implementation and evaluation to eight of 11 cases, while 10 of the 11 teams have reported continuing to pursue their IP (or a modified improvement initiative). Five impact stories capture the IPs and their results to date (CFHI 2016).

In one instance, the team at Nova Scotia Health Authority (NSHA, formerly Capital Health) developed and applied a modified value stream mapping (VSM) approach to redesign care processes to better address the needs of those with chronic conditions, including multiple chronic conditions (multimorbidities). VSM is a "lean" technique that takes the client perspective (in this case, that of patients) as its point of focus in documenting, analyzing and ultimately improving workflows to produce a service that delivers value to clients. The team modified the VSM approach to align with key components of the Chronic Care Model (CCM) (MacColl Center for Health Care Innovation 2002) in order to identify, map and improve processes of relevance to individuals living with chronic conditions.

The NSHA initiative engaged patients living with multimorbidities and their healthcare providers in a "value creation" exercise that identified problems with the current state of care (across four service areas – the Integrated Chronic Care Services [ICCS], the Diabetes Management Centre, the Community Health Team and the INSPIRED chronic obstructive pulmonary disease [COPD] outreach program) and informed a redesign process to eliminate non–value-add practices and strengthen or develop value-add practices. Sampalli and colleagues (2015) cited improved access, patient satisfaction and functional status, as well as contained costs and efficiencies, as outcomes of their work to date. The access and efficiency gains were achieved through reducing the ICCS wait times (from a baseline of 13 months in 2012 to an outcome of two months in 2014 and no wait time in 2015) and offering group visits, telehealth and telephone outreach (Sampalli et al. 2015). In addition to the VSM work, this team created a Chronic Disease Prevention and Management Corridor© to facilitate better care experience for patients with chronic conditions and multimorbidities. The corridor consists of three main components: 1) service redesign; 2) common elements for CDPM (such as common outcomes, clinical intake processes, standards for health literacy and core competency modules); and 3) a hub of supports to guide the review and development of processes to better support care for individuals living with chronic conditions.

Additionally, information technology systems were redeveloped to support data collection and ease access to patient information by all providers, increasing the potential for care coordination. The methodology used here will be applied to other chronic disease management programs, locally and across the province. An online toolkit to support the implementation of the corridor approach will also be available to all providers at the NSHA (the province's single health authority, which took effect April 1, 2015, replacing nine health regions) and to interested users across the country and internationally. In the fall of 2014, CFHI supported the team in hosting a provincial symposium, featuring Dr. Edward

Wagner and other leading experts on chronic care. The symposium served as an opportunity to share the work in Halifax with colleagues from across the province. In June 2015, the team was recognized with a 3M Health Care Quality Team Award for their *"My Care My Voice"* initiative, which was part of this broader IP (NSHA 2015).

In a second example, the team at LGH (which had a late start, joining mid-collaborative in June 2013) reported initiating a diabetes registry for the region (LGH 2014) and skilling up clinicians in self-management support (SMS). The registry uses extracted data from the region's existing integrated healthcare information system (Meditech) to inform a regional diabetes prevalence database. This work is part of a broader plan to develop a regional chronic disease management database. Meanwhile, healthcare providers were trained as master trainers in the Stanford Self-Management Model (called "Improving Health: My Way") and delivered public education sessions. These were designed to increase the accessibility of chronic disease self-management programs in rural and remote communities and to empower lay trainers to take active roles in helping improve the health of individuals living with chronic disease in their communities (LGH 2014). All of this work is part of the health region's CDPM plan, which is being led by a newly struck regional chronic disease prevention and management advisory committee, which is guiding the IP team's work.

The ideas for the IP changes – in the cases where implementation occurred – came from the clinicians and front-line managers (the team leads). Recent work shows that the willingness and ability of clinicians to undertake change depends on the intervention design (what they are being asked to do to resolve issues related to care delivery) and the implementation strategy (how they intend to concretely do it; Hayes 2014). The hypothesis is that improvement initiatives that do not add additional workload and have high perceived value for those undertaking the change have greater likelihood of being sustainably adopted, reduce workplace burden and achieve the intended outcomes (Hayes 2014). While the evaluation of the AHC did not explicitly examine this connection between workload, value and outcomes, we hypothesize that this relationship played out for participating teams. Specifically, teams that floundered lacked clarity on intervention design, were pursuing a new scope of work or felt unengaged in the collaborative approach. Conversely, teams that flourished were pursuing an intervention that they designed and were already invested in delivering and that they had an interest in collaborating on. As expected, being "voluntold" likely has the opposite of the desired effect in engaging clinicians in quality improvement (QI).

Wagner (2016) – who served as a guest faculty for the AHC's final workshop – noted this connection between workload, value and outcomes: "Those teams that progressed to intervention tended to have specific interventions in mind that they wanted to spread and/or evaluate." However, Wagner (2016) also saw value for health regions that were not as advanced in designing their IP: "The AHC has provided a supportive and safe environment in which to learn and plan … a politically safe learning community with the potential to support and sustain the work of chronic care improvement over time."

Phillips and colleagues (2016) also focused on the issue of workload, indicating that most teams expressed their IPs as burdensome in terms of design and delivery, but also in terms of evaluation of effects and outcomes. The authors recommended (as we did in the lead paper) undertaking more in-depth assessment of pre-collaborative conditions to understand

and respond to prospective team readiness. Tools such as *Highly Adoptable Improvement* (Hayes 2014) can help to assess expectations of workload (what will it take?) and value (what will it achieve?) in a way that resonates with those responsible for delivering improvement. In the same way, resources such as CFHI's Organizational Assessment Tool for Accelerating Healthcare Improvement, which elucidates the six levers (as per Figure 1), can help to create a picture of the broader improvement landscape within which the prospective team operates (CFHI 2014). With such vast variety in team IP foci – Phillips and colleagues (2016) noted differences in target population, target disease, organizational settings, improvement capability and resources invested – readiness assessments may also assist in understanding team progress against a common scale (be it an implementation or measurement scale, or both) and in considering their limitations. Rigorous assessments of training needs, as the commentators point out, are also helpful in designing QICs.

The major challenge for teams, as with many QI efforts, wrote Wagner (2016), is deciding where to begin. Phillips and colleagues (2016) made the same point, indicating that teams were also slow out of the gate in identifying measures and tools that aligned with their needs and priorities. By all accounts, teams needed the intensity of support offered by the AHC. With IPs still in the field, we can expect they require continued support. Øvretveit (2003: 7) popularly wrote, "The challenge for sustainability is not starting improvement, but continuing after the initial enthusiasm has gone." To this end, CFHI undertook a 120-day follow up webinar (post-submission of team IP final reports) and is hosting a three-part webinar series in fall 2015 as additional points of follow-up. However, Wagner (2016) and Wedge and Currie (2016) stressed the importance of health regions and governments using their scope, authority and capacity to offer continued, on-the-ground support to teams, especially now that the AHC has ended. A recent systematic review on the effectiveness of chronic care models supports this position, finding that leadership support for the implementation and sustainability of interventions is a critical success factor (along with opportunities for reflective healthcare practice and clear messages about the importance of chronic disease care; Davy et al. 2015).

In their commentary, Wedge and Currie (2016) offered examples of how Health PEI teams are receiving continued support via enrollment in other QI collaboratives. CFHI is aware that, in total, four of the 11 teams (including IP teams from Health PEI, NSHA and Central Health) have been enrolled in such collaboratives since the end of the AHC, delivered or sponsored by CFHI. However, this does raise the question, In what ways have health regions or governments accommodated the continued improvement efforts of their IP teams for the long run? Additionally, to what extent can health regions and health departments make this accommodation, given that there is, arguably, no clear locus of management authority for healthcare improvement? These are questions that CFHI will pick up in discussions with the AHC executive committee and with policy stakeholders when the sustainability of capacities and improvement work beyond the AHC are further considered.

Laying the Foundation for Spread and Large-Scale Change

The IPs in this collaborative varied in aim (target populations and disease) as well as scope (from local to large-scale improvements). Wagner (2016) summarized this breadth: "As expected, the RHA teams chose a wide variety of projects, ranging in scope from an ambitious effort to train all

healthcare clinicians in the region in self-management counselling to more localized and focused programs to improve services to high-risk youth and patients with [COPD]." In regard to large-scale change, Mohrman and Cummings (1989) put forward three dimensions, which we illustrate with questions:

- Size – Is the improvement intended to spread across boundaries, for example, geographies, organizations or groups?
- Depth – Will the improvement deeply challenge existing ways of working, for example, behaviourally or by creating a "paradigm shift"?
- Pervasiveness – Will the improvement system, for example, coordinated changes?

The greater the size, depth or pervasiveness of the intended change, the more large-scale the change is expected to be and the more challenging it is to achieve (at least in the short term). Of the six IPs that were implemented (as part of the collaborative, thus excluding the two LGH teams that ended their enrollment), three were arguably intended as large-scale, system-wide (across multiple practices and organizations within a health delivery system) change efforts: 1) the skilling up of all healthcare clinicians on Prince Edward Island to deliver a "minimal intervention" approach to SMS education, 2) the creation of a Chronic Disease Prevention and Management Corridor© for the province of Nova Scotia, 3) the development of a diabetes registry and consistent approach to SMS education across Labrador. Two IPs were designed as local change efforts, redesigning care within organizations (that are part of broader health systems), 4) the incorporation of mental health screening into diabetes care and SMS in western Newfoundland and 5) the improvement of respiratory care through standardizing procedures and redesigning existing services as well as developing a new SMS program for patients living with advanced COPD in central Newfoundland. The final implemented IP was 6) an evaluation of an existing local mental health support program for high-risk youth in Saint John, New Brunswick, to determine its potential for spread.

The larger the scale of the IP, the greater the intensity of effort involved to achieve its goals. Wagner (2016) argued, for example, "…improvement at the regional and provincial levels will require interventions that involve and ultimately reach hundreds of practices." This scale of improvement takes time, often beyond the time period a collaborative can accommodate (Delgado 2016; Verma et al. 2016; Wagner 2016). This time lag of years between initiating an intervention or interventions and realizing results is consistent with other collaborative examples. Wagner (2016) cited a US-based example in which it took four years beyond the start of the collaborative to realize patient outcomes (and this was for a highly focused set of diabetes interventions, contrasted with the breadth represented by the AHC IPs). The Health Foundation arrived at a similar finding when examining improvement stories that had resulted in major impacts or had the greatest potential to be spread widely – "In some cases the full extent of a project's impact only becomes apparent years later" (Jones 2015: para 5). As such, perhaps collaboratives ought to be longer-term interventions, for example, five years as opposed to one or two.

Moreover, achieving large-scale improvement within the system requires moving from local improvements to system policies that change the ways that resources are allocated, incentive structures are designed and performance is managed across the healthcare system. Indeed, a recent report from a federal healthcare innovation panel in Canada (Advisory Panel on Healthcare

Innovation 2015) cited such structures and incentives as critical for giving way for spread and scale-up of innovation: "… somehow, the structures and incentives of Canada's healthcare systems are suboptimal for widespread adoption of positive change," which results in the "frustrating reality" that "many excellent ideas of interventions are never translated into saleable or scalable innovations" (Advisory Panel on Healthcare Innovation 2015: 2). Among the barriers to wider adoption and scaling up of healthcare innovations in Canada cited by the Advisory Panel on Healthcare Innovation (2015) are a lack of meaningful patient engagement, outmoded human resource models, system fragmentation, inadequate health data and information management capacity, a lack of effective deployment of digital technology, barriers to entrepreneurship, a risk-averse culture and an inadequate focus on understanding and optimizing innovation.

When it comes to creating fertile ground for innovation to spread and take root, Phillips and colleagues (2016) suggested that CFHI make strategic decisions that take into account the benefits and limitations of broad versus targeted collaborative foci. In some instances, CFHI continues to cast a wide net (e.g., a learning collaborative that aims to understand the benefits of and strategies for involving patients and families in the co-design of care), while in other areas, CFHI has honed in on a specific intervention or suite of interventions (e.g., a spread collaborative that aims to reduce inappropriate use of antipsychotic medications for patients living with dementia in long-term care and another spread collaborative that aims to improve at-home SMS as well as advanced care planning for patients with moderate-severe COPD). Certainly, it can be argued that there are deeper opportunities for focusing on specific conditions or high-burden diseases, rather than the spectrum tackled in Atlantic Canada (Delgado 2016; Phillips et al. 2016). However, at the same time, casting the net widely is crucial in areas where there is still much to be learned about intervention design and sustaining change, especially where capacities are limited.

Delgado (2016: 90) described the "constant conundrum of QICs that attempt to cover broad topics (e.g., chronic care) versus specific clinical areas." With breadth and complexity of IP foci comes complexity of QIC design in terms of reach, stakeholders involved, and measurement of progress and outcomes (Delgado 2016). On measuring progress and outcomes, Delgado (2016) argued that there exists the "opportunity to enhance the strength of the AHC by reconsidering the way aims are framed and measured," in particular by focusing on what is expected in terms of outcome changes. Phillips and colleagues (2016) described how teams developed IP measurement plans that take into account outcome, process and balancing measures (however, Delgado would not have had the opportunity to read this discussion beforehand). Neither the lead paper nor Phillips and colleagues' (2016) commentary offered a detailed account of team IP measurement plans, however. To facilitate this understanding, Table 1 provides examples of measures reported at the patient, provider and systems levels for the Western Health, NL, team – these results are described in greater detail in the forthcoming manuscript by Amar et al. (2016).

Two commentaries (Delgado 2016; Wedge and Currie 2016) argued for a measurement design that accounts for improved health, enhanced care experiences and reduced per capita cost of care – what the Institute for Healthcare Improvement defines as "Triple Aim for populations" (Berwick et al. 2008; Whittington et al. 2015). Triple Aim, acknowledges Delgado (2016), would

Table 1. Example Indicators and Results from Western Health Team Improvement Project Measurement Plan

Indicator Type	Indicator Domains	Preliminary Results	Data Source
Patient-Level	Patient care experience domains: • Patient activation • Delivery system/practice design • Goal setting/tailoring • Problem-solving/contextual • Follow-up/coordination	Scored an overall average of 4.10/5[1] (*n* = 30), with the lowest score reported as 3.77 (patient activation) and the highest score reported as 4.41 (delivery system/practice design)	Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC) – measures specific actions or qualities of care, congruent with the Chronic Care Model (CCM), that patients report they have experienced in the delivery system (MacColl Center for Health Care Innovation 2004)
Provider-Level	Patient support domains: • Individualized assessment of patient self-management educational needs • Self-management (SM) education • Goal setting • Problem-solving skills • Emotional health • Patient involvement in decision-making • Social support • Links to community resources	Overall average improvement from baseline (*n* = 23) to follow-up (*n* = 18) of 2.66 points, with greatest differences in emotional health (4.4-point difference pre and post from an average of 2.9/10 to 7.3/10)[2]	Assessment of Primary Care Resources and Supports for Self-Management (PCRS) – assesses delivery of SMS services and organizational infrastructure, congruent with the CCM, which providers or teams report they deliver (Diabetes Initiative 2009)
System-Level	Organizational support domains: • Continuity of care • Coordination of referrals • Ongoing QI • System for documentation of SMS services • Consumer participation/patient input • Integration of SMS into primary care • Patient care team/team approach • Staff education and training	Overall average improvement from baseline (*n* = 23) to follow-up (*n* = 18) of 2.83 points, with greatest differences in: • Patient input (4.3-point difference pre and post from an average of 2.1/10 to 6.4/10) • Staff education and training (4.1-point difference pre and post from an average of 2.9/10 to 6.6/10) • Ongoing QI (4.5-point difference pre and post from an average of 2.1/10 to 6.6/10)[2]	

1. Each item is scored on a 5-point scale, ranging from 1 (no/never) to 5 (yes/always); reporting results for *n* = 30 (Dec 2013), where clients aged 18 years or older were randomly selected from the client referral management system.
2. Each characteristic is scored on a 10-point scale, ranging from 1 (lowest quality level) to 10 (highest); reporting results from baseline (spring 2012) for *n* = 23 team members to follow-up (Jan–Feb 2014) for *n* = 18 team members.

help in outlining patient- and system-level outcome measures while also helping teams to move from experience and learning gains (as per the Kirkpatrick and Kirkpatrick [2006] model cited in the lead paper) to behaviour change and outcomes. Wedge and Currie (2016) similarly argued, "Improving care for patients living with chronic disease is the new reality that only a Triple Aim approach can achieve … [and the AHC must assume] … more emphasis on improving the population health objective" in particular, if it is to realize sustainable improvements. Delgado (2016) further argued that pursuit of Triple Aim

would assist in pursuing the AHC's aim of broader sustainability by, for example, allowing areas such as prevention to emerge as new spheres of improvement activity.

Developing consistent approaches to data collection and analysis, toward common indicators for success alongside detailed accounts of what each IP aims to achieve, are critical steps in maximizing "replicability" of the AHC improvements (Delgado 2016). However, continual QI is based on the idea that improvement develops in context. While there is certainly virtue in sharing or standardizing common goals and measures, it may also be useful to allow room for local variations. Equally important is communicating results for action by targeting lessons learned to key constituencies (Delgado 2016). Dissemination is a key function CFHI and the collaborative will continue to serve to reach those who stand to benefit from learning from the AHC experience.

Engaging Patients and Policy Makers for Improvement

At the core of the AHC was a commitment to improve patient- and family-centred approaches to managing chronic disease. The team improvements were achieved through engaging patients (and their families) living with chronic disease through new or redesigned modes of SMS. From a patient outcomes standpoint, engaged patients are better able to manage their health more effectively, leading to improved outcomes (Wagner 2016). This is one of the reasons Wagner (2016) cited as to why a collaborative focus on patient engagement and SMS is warranted. He also noted two other reasons – clinical QI adoption and health system design – that we explore in greater detail, as these were points raised by multiple commentators.

From a clinical adoption and QI perspective, SMS is often the element of the chronic care model that providers struggle the most to implement and sustain (Wagner 2016). Vallis (2016) cited healthcare's dominant focus on acute models of care as a major barrier to practice change. When it comes to implementing SMS in the medical system, Vallis (2016) argued that there exists "a danger that clinicians pay lip service to SMS." Effectively, promoting the roles of patients and families in SMS requires a change in the balance of power from traditional patient–provider relationships (where providers dominate the discussions) to relationships that promote greater patient input and involvement (as expressed in the levers, Figure 1, that envision such involvement as a countervailing source of information that brings about more sustainable and higher quality healthcare; CFHI 2014). Such patient and family involvement becomes increasingly important when redesigning (and, indeed, co-designing) care for patients with high risks and needs, for example, for older adults living with multimorbidities (Sampalli et al. 2015; Vallis 2016). In the same way, SMS requires new and co-designed approaches to evaluation, which should be more qualitative in nature (Vallis 2016). Qualitative approaches are particularly important given the inherent difficulty in measuring "the peace of mind that both patients and their families report from a better understanding of the disease, its management and its usual course" (Advisory Panel on Healthcare Innovation 2015: 17).

In a collaborative context, patient engagement goes beyond patients' involvement in their own care to involvement in design, delivery and evaluation of health services and systems (Wagner 2016). This point raised questions (Delgado 2016; Wedge and Currie 2016; Verma et al. 2016) regarding the degree to which the AHC truly engaged patients and families in an active way in the planning, governance or

implementation of the collaborative. While the AHC did make efforts to bring patients to the table, it needed to do this "more deliberately," wrote Wedge and Currie (2016). "[I]t is unclear how patients and families were actively engaged (beyond being the recipients of care) in the planning, governance or implementation (participation in learning sessions, etc.) of the collaborative," reported Delgado (2016), adding, "If engagement was lacking, having patients at one or more of these levels would add coherence and strength to the work."

Without question, involving patients and their family caregivers would have enhanced the AHC experience. At the time the AHC was initiated, CFHI (then, the Canadian Health Services Research Foundation, CHSRF) had already launched a second round of its Patient Engagement Projects (PEP) collaborative, which aimed to involve patients in the design, delivery and evaluation of health services (Brosseau and Verma 2011). Despite limited empirical evidence at the time in terms of how engaging patients influences service use, satisfaction and quality, the first round of PEP had already started to show the difference it makes when patients are at the table, as partners in care design and QI (Brosseau and Verma 2011). Indeed, the organization started to pay greater attention to involving patients and the public as well as policy makers (O'Neil 2009). In 2009, CHSRF President Maureen O'Neil recognized the following:

> Health services research can inform health services practitioners and managers – frequently with excellent results. But we have not done enough to inform the politics and policy making that will inevitably shape health system performance and outcomes. If research hopes to improve health services in sufficient scope and scale, it will have to address two daunting realities: first, the complex political economy of the health system; and second, the necessity of more informed and effective public participation in health system decisions. (O'Neil 2009: 18)

Of course, since that time, CFHI has moved more squarely into supporting healthcare QI, but the principles of engaging patients and policy makers are as central as ever. The AHC experience is relevant to public policy – for example, all Atlantic provincial departments of health rely on the CCM to inform their CDPM provincial policy frameworks and strategies. In addition, the AHC experience can help to inform what it takes to develop cross-regional and -provincial networks that enable sharing of best practices as well as support professional development in QI.

A Last Word

Despite their limited evidence, QICs are not, as noted by Wagner (2016), "well-intentioned wastes of time," but are critical for creating the type of support and follow-through as well as the culture change required to deliver more patient-centred, proactive and responsive care for people living with chronic disease. "[The AHC is] a positive example in the Canadian context that collaboration can and does happen – because when a vision is shared, so too can be the agenda required to achieve it," reported Wedge and Currie (2016). We hope that this special issue provides a meaningful contribution to the growing body of documented knowledge on QICs. We acknowledge that the AHC is but a first step toward more coordinated and sustained action to improve chronic care and recognize that it will take time to fully realize its influence on culture change, practice orientation and, ultimately,

outcomes related to patient care and the respective health systems.

From a policy perspective, we are not yet equipped to answer the question, To what extent is a collaborative model of health system improvement an effective "template" or approach for spreading improvements? At this stage, we can conservatively report that the AHC has helped to mobilize key system players to rethink the ways in which they care for patients living with chronic disease (and their families). We also surmise that such approaches are well suited to the Canadian context, with its single-payer model of care and, as Wagner (2016) pointed out, "where decision-making about the organization and design of healthcare delivery is so strongly influenced by health regions and provincial government." In this regard, the AHC showed that improvements in patient care are possible even in the short period of an improvement collaborative and in systems that are often resistant to change.

References

Advisory Panel on Healthcare Innovation. 2015. "Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada." Retrieved October 20, 2015. <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-eng.pdf>.

Amar, C., J. Verma, D. King, D. MacAusland, T. Harper and M. Vallis. 2016. "Self-Management Support in Chronic Care: Practice Implementation Lessons for Healthcare Providers from a Collaboration in Atlantic Canada." Manuscript submitted for publication.

Berwick, D.M. 2003. "Improvement, Trust and the Healthcare Workforce." *Quality & Safety in Health Care* 12(Suppl. 2): i2–i6.

Berwick, D., T. Nolan and J. Whittington. 2008. "The Triple Aim: Care, Health, and Cost." *Health Affairs*, 27: 3759–69.

Brosseau, M. and J. Verma. 2011. "Engaging Patients to Improve Healthcare Quality." *Healthcare Quarterly* 14(3): 16–18. doi:10.12927/hcq.2011.22484

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2012. *Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease Charter.* Retrieved October 20, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Collaborations/Atlantic-Charter-March12-2012-E.pdf>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2014. *Accelerating Healthcare Improvement: Canadian Foundation for Healthcare Improvement's Assessment Tool.* Retrieved October 20, 2015. <http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/cfhi-self-assessment-tool>.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI). 2016. *A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem: Impact Stories From the Atlantic Healthcare Collaboration.* Ottawa, ON: Author. Retrieved February 1, 2016. <http://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/atlantic-healthcare-collaboration/ahc-impacts>

Davy, C., J. Bleasel, L. Hueiming, M. Tchan, S. Ponniah and A. Brown. 2015. "Effectiveness of Chronic Care Models: Opportunities for Improving Healthcare Practice and Health Outcomes: A Systematic Review." *BMC Health Services Research* 15(194): 1–11. doi:10.1186/s12913-015-0854-8

Delgado, P. 2016. "Meeting the Challenge of Chronic Conditions in a Sustainable Manner: Building on the AHC Learning." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 90–5. doi:10.12927/hcpap.2016.24504

Diabetes Initiative. 2009. "Assessment of Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self Management (PRCS)." Retrieved October 20, 2015. <http://www.diabetesinitiative.org/build/PCRS.html>.

Hayes, C. 2014. "Highly Adoptable Improvement." Retrieved October 20, 2015. <http://www.highlyadoptableqi.com/background.html>.

Jones, B. 2015. "300 Inspirational Stories of Improvement." The Health Foundation. Retrieved October 20, 2015. <http://www.health.org.uk/blog/300-inspirational-stories-improvement/?utm_source=charityemail&utm_medium=email&utm_campaign=september-2015&pubid=healthfoundation&description=september-2015&dm_i=4Y2,3OTBU,GGRPBT,D9PX9,1>.

Labrador-Grenfell Health (LGH). 2014. "Labrador-Grenfell Regional Health Authority 2013–2014 Annual Performance Report." Retrieved October 20, 2015. <http://www.lghealth.ca/docs/Labrador-Grenfell%20Health%20Annual%20Performance%20Report%202013-14%20(web).pdf>.

MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Research Institute. 2002. "The Care Model." Retrieved October 20, 2015. <http://www.improving-

chroniccare.org/downloads/the_care_model_with_copyright.jpg>.

MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Research Institute. 2004. "Patient Assessment of Care for Chronic Conditions Survey." Retrieved October 20, 2015. <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_survey&s=36>.

Mohrman, S.A. and T.G. Cummings. 1989. "Self-Designing Organizations: Learning How to Create High Performance Management." In M.A. Von Glinow and S.A. Mohrman (Eds.), *Managing Complexity in High Technology Organizations* (pp. 216–36). New York, NY: Oxford Press.

Nadeem, E., S.S. Olin, L.C. Hill, K.E. Hoagwood and S.M. Horwitz. 2013. "Understanding the Components of Quality Improvement Collaboratives: A Systematic Literature Review." *Milbank Quarterly* 91(2): 354–94. doi:10.1111/milq.12016

Nolan, T.W. 2007. "Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results." [White paper]. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Nova Scotia Health Authority (NSHA). 2015. "My Care My Voice: Integrated Chronic Care Service (ICCS) Initiative to Reduce Wait Times to Care for Complex Patients by Providing a 'Voice to the Patient.'" Retrieved October 20, 2015. <http://www.cdha.nshealth.ca/performance- excellence-program/quality-awards>.

O'Neil, M. 2009. "Politics, Policy and Practice: Research for Change in Canadian Healthcare." *Healthcare Quarterly* 12(3): 18–21. doi:10.12927/hcq.2013.20873

Øvretveit, J. 2003. "Making Temporary Quality Improvement Continuous: A Review of Research Relevant to the Sustainability of Quality Improvement in Healthcare." Unpublished manuscript.

Phillips, K., C. Amar and K. Elicksen. 2016. "Evaluating a Chronic Disease Management Improvement Collaboration: Lessons in Design and Implementation Fundamentals." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 80–9. doi:10.12927/hcpap.2016.24505

Sampalli, T., M. Desy, M. Dhir, L. Edwards, R. Dickson and G. Blackmore. 2015. "Improving Wait Times to Care for Individuals with Multimorbidities and Complex Conditions Using Value Stream Mapping." *International Journal of Health Policy and Management* 4: 459–66. doi:10.15171/ijhpm.2015.76

Schouten, L.M., M.E. Hulscher, J.J. van Everdingen, R. Huijsman and R.P. Grol. 2008. "Evidence for the Impact of Quality Improvement Collaboratives: Systematic Review." *British Medical Journal* 336(7659): 1491–94. doi:10.1136/bmj.39570.749884.BE

Wagner. E. 2016. "A First Step on the Journey to High-Quality Chronic Illness Care." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 62–6; doi:10.12927/hcpap.2016.24506

Wedge, R. and D. Currie. 2016. "System-Level Reform in Healthcare Delivery for Patients and Populations Living With Chronic Disease." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 67–73. doi:10.12927/hcpap.2016.24508

Whittington, J.W., K. Nolan, N. Lewis and T. Torres. 2015. Pursuing the Triple Aim: The First Seven years. *Milbank Quarterly* 93(2): 263–300. doi:10.1111/1468-0009.12122

Vallis, M. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 74-9. doi:10.12927/hcpap.2016.24

Verma, J.Y., J.-L. Denis, S. Samis, F. Champagne and M. O'Neil. 2016. "A Collaborative Approach to a Chronic Care Problem." *Healthcare Papers* 15(Special Issue, January): 19-60. doi:10.12927/hcpap.2016.24503

Un dernier mot sur la collaboration visant à réaliser des changements pérennes

LES AUTEURS RÉAGISSENT

Jennifer Y. Verma, Stephen Samis, Jean-Louis Denis, Maureen O'Neil et François Champagne

RÉSUMÉ

Lorsqu'une une vision est partagée, les éléments essentiels à sa réalisation peuvent le devenir aussi. *Cette citation, de Wedge et Currie (2016 : 67) est une conclusion importante de ce numéro de* Healthcare Papers, *qui présente les expériences d'un projet collaboratif d'amélioration de la qualité des soins des maladies chroniques dans les provinces atlantiques. Le dernier atelier de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en matière d'innovation et d'amélioration dans le traitement des maladies chroniques a eu lieu en juin 2014. Les principales conclusions de l'évaluation sommative, entreprise par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) en automne-hiver 2014-2015, sont reprises dans le document de base de ce numéro (Verma et al. 2016), et elles sont suivies par les commentaires de certains participants (Phillips et al. 2016 ; Wedge et Currie 2016) et d'experts en capacité d'amélioration et en traitement des maladies chroniques (Wagner 2016 et Delgado 2016, respectivement). Comme le révèle ce rapport final, le temps constitue souvent un facteur important dans la réalisation d'une amélioration. Depuis la publication du document d'orientation, par exemple, le nombre d'équipes étant passées aux stades de la mise en œuvre et de l'évaluation a doublé. Ce rapport final souligne les progrès réalisés par les équipes et résume nos réflexions sur le renforcement des capacités d'amélioration, sur la mise en œuvre du changement à grande échelle et sur le partenariat avec les patients et les familles pour y parvenir. Tous ces éléments revêtent une importance capitale dans la conception du type de système de santé et de soins dont les Canadiens ont besoin et auquel ils s'attendent.*

Pour que les professionnels et les systèmes de santé répondent aux besoins des patients atteints de maladies chroniques, l'adaptation de la conception et de la prestation des soins est insuffisante ; il faut les réexaminer sous l'angle de l'innovation et de la transformation. Ce numéro examine l'expérience du projet collaboratif d'amélioration de la qualité de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique et les facteurs qui favorisent l'amélioration des soins (voir la Figure 1) dans le but de nous aider à mieux comprendre comment créer et pérenniser des approches centrées sur les patients et les familles dans le traitement des maladies chroniques. Les commentaires ont soulevé d'importantes

Figure 1. Les six leviers de la FCASS pour accélérer l'amélioration des services de santé (FCASS 2014)

Se concentrer sur les besoins de la population
Il faut impérativement comprendre la population desservie et ses besoins pour améliorer la santé populationnelle, surtout à une époque où les maladies chroniques sont de plus en plus répandues.

Mettre à contribution les fournisseurs de services de santé et les gestionnaires de première ligne dans la création d'une culture d'amélioration
En mobilisant vos fournisseurs de services de santé et vos gestionnaires de première ligne à collaborer et à devenir des agents d'amélioration, vous contribuez à bâtir une culture déterminée à fournir de meilleurs soins.

Renforcer la capacité organisationnelle
Le renforcement des capacités et de l'autonomie pour l'amélioration au sein de votre organisation implique la nécessité de former le personnel en amélioration des services de santé, de lui donner la possibilité de déterminer les améliorations nécessaires en se basant sur les données probantes, de l'appuyer dans la mise en œuvre de ces changements et de lui témoigner de la reconnaissance pour le travail réalisé.

Élaborer des politiques et des mesures incitatives favorables
Élaborer des politiques et des mesures incitatives favorables signifie qu'il faut non seulement mettre en œuvredes politiques organisationnelles qui assurent un milieu de travail sain, mais aussi soutenir les employés à acquérir et utiliser les compétences en matière d'amélioration.

Mobiliser les patients et les citoyens
La participation des patients et des familles peut permettre à votre organisation de puiser dans une multitude d'idées et de connaissances sur la conception, la prestation et l'évaluation des services.

Promouvoir la prise de décision éclairée par les données probantes
Promouvoir la prise de décision éclairée par les données probantes signifie qu'il faut s'assurer que les fournisseurs de services de santé et leurs gestionnaires ont accès à des renseignements à jour et qu'ils sont formés en recherche, en évaluation, en adaptation et en application des faits et des données probantes en vue de l'amélioration.

considérations sur le modèle du projet collaboratif d'amélioration de la qualité de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique, générant des thèmes communs en matière d'amélioration des services : i) créer une capacité d'amélioration grâce à la collaboration, ii) jeter les bases de la diffusion et de la mise en œuvre de l'amélioration à grande échelle et iii) mobiliser les patients et les décideurs politiques. Ces thèmes sont au cœur de ce rapport final, ainsi que les six leviers de la FCASS pour accélérer l'amélioration des services de santé.

Créer des environnements propices à l'amélioration grâce à la collaboration

Le Dr Donald Berwick a dit un jour : « À l'heure actuelle, les stratégies les plus courantes (dans le domaine de la santé) reposent en grande partie sur des théories de contrôle et de normalisation du travail qui sont dépassées. Des théories plus modernes, et beaucoup plus efficaces... cherchent à tirer le meilleur parti de l'imagination et de la participation des effectifs pour réinventer le système » (Berwick 2003 : i2). L'objectif visé par la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique, pour les dirigeants qui l'ont créée, était de canaliser cette créativité et de faire participer activement les cliniciens de première ligne à un changement positif, et potentiellement perturbateur. Une charte constitutive (FCASS 2012) a permis aux hauts dirigeants d'entreprendre le projet collaboratif et de montrer leur volonté, mais ils ont laissé le soin aux prestataires de déterminer de quelles façons [les améliorations devraient être mises en œuvre]. Nolan (2007) estime que ces éléments – la volonté, les idées et la mise en œuvre – sont indispensables à l'atteinte de résultats systémiques (le crédit revenant à Wagner [2016] d'avoir soulevé cette question).

La charte (FCASS 2012) avait trois objectifs : nommer la vision commune derrière le projet collaboratif, inciter les régions sanitaires à collaborer pour concrétiser cette vision et motiver les cliniciens de première ligne à travailler ensemble vers des objectifs communs en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC). Delgado (2016) a perçu la charte comme « une façon créative d'établir un lien, dès le début, entre le monde des politiques et celui de la gestion du rendement, favorisant une relation plus étroite entre ceux qui fournissent les services et ceux qui sont responsables de leur planification ou de leur financement. » Pour être efficace, la charte faisait partie d'une stratégie plus vaste, avec des structures et des processus définis aux niveaux des dirigeants et des gestionnaires de première ligne. Au niveau des dirigeants, les responsables des régions sanitaires et de la FCASS se sont rencontrés de manière régulière, à chaque étape du projet, en sollicitant souvent la participation de ministères provinciaux de la santé. Au niveau des gestionnaires de première ligne, la FCASS a travaillé avec des enseignants experts, des formateurs et des mentors pour offrir le programme aux équipes, fournir un soutien à l'évaluation et à la mesure du rendement des projets d'amélioration et créer des milieux où l'amélioration est planifiée et mise en œuvre. En résumé, pour soutenir le développement des capacités d'amélioration là où les soins sont prodigués.

Malgré le peu d'éléments attestant de l'efficacité des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité (Schouten et al. 2008 ; Nadeem et al. 2013), tous les commentateurs ont insisté sur l'importance de maintenir ces modèles d'élaboration et de mise en œuvre des améliorations au sein des services de santé. Wagner (2016), par exemple, a déclaré que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique avait contribué à monter un dossier et à stimuler la motivation envers l'amélioration, et avait offert un

milieu pour la création d'idées, le soutien et les possibilités d'apprentissage d'organismes analogues confrontés à des défis similaires. Vallis (2016) a ajouté que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique avait offert des outils et un réseau de soutien pour aider à appliquer les données probantes à la pratique. Delgado (2016) a vu le lien existant entre les universitaires et les équipes d'amélioration comme « une nouvelle approche visant à atténuer les tensions qui peuvent exister entre les deux. » Il a en outre indiqué que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique « avait servi à attirer l'attention des hauts dirigeants sur les maladies chroniques, avait souligné l'importance du temps spécifiquement consacré à l'innovation et à l'amélioration, avait galvanisé les équipes multidisciplinaires autour d'un thème commun et avait fait la promotion d'une culture de l'amélioration de la qualité » (Delgado 2016). En bref, la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique avait fait ce qu'on attendait d'elle en matière d'amélioration de la qualité, c'est-à-dire créer le genre d'environnement collaboratif où l'amélioration peut voir le jour. Il faut retenir que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique s'est surtout concentrée sur ce qu'il fallait changer dans les services offerts et les soins prodigués, dans des systèmes qui sont traditionnellement réfractaires au changement.

Dans le document de base, nous avons signalé que des améliorations étaient, en fait, en cours de réalisation. Dans quatre des onze cas, les projets montraient des améliorations mesurables (voir le Tableau 2b de Verma et al. 2016), et deux autres projets (de l'Autorité sanitaire de Labrador-Grenfell [LGH]) en étaient à l'étape de la mise en œuvre ou de l'évaluation (même si l'autorité sanitaire ne participait plus au projet collaboratif). Depuis que ces commentaires ont été rédigés, deux autres équipes sont passées à l'étape de la mise en œuvre et de l'évaluation (leurs travaux sont décrits ci-après). Ce sont donc huit des onze équipes qui sont passées à la mise en œuvre et à l'évaluation, tandis que dix équipes sur onze ont indiqué qu'elles poursuivaient leurs projets (ou une initiative d'amélioration modifiée). Cinq articles percutants décrivent les projets d'amélioration et les résultats obtenus à ce jour (FCASS 2016).

Dans un cas, l'équipe de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse (NSHA, anciennement Capital Health) a élaboré et mis en œuvre une approche modifiée de l'analyse de la chaîne de valeur (VSM) pour réaménager les processus de soins, afin de mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de maladies chroniques, notamment de maladies chroniques multiples (multimorbidités). La VSM est une technique qui considère que le point de vue des clients (dans ce cas, des patients) est l'élément central qui permet de documenter, d'analyser et, finalement, d'améliorer les flux de travail, afin de créer un service qui offre une valeur accrue aux clients. L'équipe a modifié l'approche VSM pour s'aligner sur les principaux composants du modèle de soins des maladies chroniques (CCM) (Centre MacColl pour l'innovation en santé 2002), afin d'identifier, de répertorier et d'améliorer les processus pouvant intéresser les personnes vivant avec des maladies chroniques.

L'initiative de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse a incité des patients vivant avec des multimorbidités, et leurs prestataires de soins, à participer à un exercice de « création de valeur » qui a identifié certains problèmes avec l'état actuel des soins (dans quatre domaines - les Services intégrés de traitement des maladies chroniques [ICCS], le Centre de gestion du diabète, l'Équipe de santé communautaire et le programme INSPIRED de sensibilisation

à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et a encadré un processus de restructuration visant à éliminer les pratiques qui n'apportaient pas de valeur ajoutée et à renforcer ou à développer des pratiques à valeur ajoutée. Sampalli et ses collègues (2015) ont cité comme résultats des travaux, à ce jour, des améliorations en matière d'accès, de satisfaction des patients et de l'état fonctionnel des patients, ainsi qu'une meilleure maîtrise des coûts et des gains d'efficacité. Les améliorations en matière d'accès et d'efficacité ont été obtenues grâce à la réduction des délais d'attente (ICCS) (les délais d'attente sont passés de 13 mois en 2012, à deux mois en 2014, et à zéro en 2015), aux visites de groupe, à la télésanté et à une campagne de sensibilisation par téléphone (Sampalli et al. 2015). En plus de la VSM, cette équipe a créé un Corridor de prévention et de gestion des maladies chroniques© pour offrir une meilleure expérience de soins aux patients souffrant de maladies chroniques et de multimorbidités. Le Corridor comprend trois éléments fondamentaux : 1) la redéfinition des services ; 2) des éléments communs pour la PGMC (tels que les résultats, les processus d'admission cliniques, les normes pour la littératie en santé et les modules de compétences de base) et 3) un pôle de supports pour guider l'examen et l'élaboration des processus afin de mieux soutenir les soins des personnes atteintes de maladies chroniques.

En outre, des systèmes de technologie de l'information ont été réaménagés pour appuyer la collecte de données et faciliter l'accès aux renseignements sur les patients pour tous les prestataires, augmentant ainsi le potentiel de coordination des soins. La méthodologie utilisée ici sera appliquée à d'autres programmes de gestion des maladies chroniques, à l'échelle locale et à l'échelle provinciale. Une trousse d'outils en ligne visant à appuyer la mise en œuvre de la méthode du Corridor sera également mise à la disposition de tous les prestataires travaillant au sein de l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse (la seule autorité sanitaire de la province depuis le 1er avril 2015, qui remplace neuf régions sanitaires) et des utilisateurs intéressés au pays et à l'étranger. Au cours de l'automne 2014, l'équipe a organisé un colloque provincial, où étaient invités le Dr Edward Wagner et d'autres experts de premier plan dans le domaine du traitement des malades chroniques, avec le soutien de la FCASS. Le symposium a été l'occasion de partager les résultats du travail effectué à Halifax avec des collègues de partout dans la province. En juin 2015, l'équipe a été récompensée par le Prix 3M de la qualité pour les équipes de soins de santé, pour son initiative « *My Care My Voice* », qui faisait partie de ce vaste projet d'amélioration (NHSA 2015).

Dans un deuxième exemple, l'équipe de l'LGH (qui s'est jointe tardivement au projet collaboratif, en juin 2013) a indiqué avoir ouvert un registre du diabète pour la région (LGH 2014) et avoir offert une formation en soutien à l'autogestion aux cliniciens. Le registre utilise des données extraites du système d'information intégré de soins de santé de la région (Meditech) pour alimenter une base de données régionale sur la prévalence du diabète. Ce travail fait partie d'un projet plus vaste visant à créer une banque de données régionale sur la gestion des maladies chroniques. Pendant ce temps, les prestataires de soins ont reçu une formation de maître-animateur selon le modèle d'autogestion de Stanford (intitulé « Improving Health: My Way ») et ont offert des séances d'éducation publiques. Ces séances visaient à augmenter l'accessibilité des programmes d'autogestion des maladies chroniques dans les collectivités rurales et éloignées et à habiliter les animateurs à jouer un rôle actif dans l'amélioration de la santé des personnes atteintes de maladies chro-

niques dans leurs collectivités (LGH 2014). Tout ce travail fait partie du plan de PGMC de la région sanitaire, sous la direction d'un comité consultatif régional de prévention et de gestion des maladies chroniques nouvellement constitué, qui est responsable de l'orientation des travaux de l'équipe d'intervention.

Les idées de changement – dans les cas où elles ont été mises en œuvre – sont venues des cliniciens et des gestionnaires de première ligne (les responsables des équipes). Des travaux récents montrent que la volonté et la capacité des cliniciens à entreprendre des changements dépend de la conception de l'intervention (ce qu'ils sont invités à faire pour résoudre les problèmes liés à la prestation des soins) et de la stratégie de mise en œuvre (comment ils comptent le faire de manière concrète ; Hayes 2014). L'hypothèse est que les initiatives d'amélioration qui n'augmentent pas la charge de travail et qui sont valorisées par ceux qui entreprennent le changement ont plus de chances d'être adoptées de manière pérenne, de réduire la charge de travail et d'atteindre les résultats escomptés (Hayes 2014). Bien que l'évaluation de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique n'ait pas examiné de manière explicite ce lien entre la charge de travail, la valeur et les résultats, nous émettons l'hypothèse que ce lien a joué un rôle important pour les équipes participantes. Plus précisément, les équipes qui ont éprouvé des difficultés manquaient de clarté au niveau de la conception de l'intervention, se lançaient dans un nouveau champ d'activités ou ne s'étaient pas approprié l'approche collaborative. Inversement, les équipes qui ont réussi étaient engagées dans une intervention qu'elles avaient conçue, dans laquelle elles étaient déjà investies et pour laquelle elles étaient prêtes à collaborer. Comme on pouvait s'y attendre, « être désigné volontaire » a probablement produit l'effet contraire à l'effet désiré, en matière de participation des cliniciens à l'amélioration de la qualité (AQ).

Wagner (2016) – enseignant invité à l'atelier final de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique – a relevé ce lien entre la charge de travail, la valeur et les résultats : « Les équipes qui ont réussi avaient généralement en tête des interventions précises qu'elles voulaient diffuser et / ou évaluer ». Toutefois, Wagner (2016) a également compris l'importance du processus pour les régions sanitaires qui n'étaient pas aussi avancées dans la conception de leur projet d'amélioration : « La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a fourni un environnement favorable et sain pour l'apprentissage et la planification... une communauté d'apprentissage exempte de considérations politiques, disposant du potentiel nécessaire pour appuyer et pérenniser des initiatives d'amélioration de la qualité des soins des maladies chroniques au fil du temps. »

Phillips et ses collègues (2016) se sont également concentrés sur la question de la charge de travail, indiquant que la plupart des équipes avaient qualifié leur projet d'amélioration de fastidieux, en termes de conception et d'exécution, mais aussi en termes d'évaluation des effets et des résultats. Les auteurs ont recommandé (comme nous l'avons fait dans le document de base) d'effectuer une évaluation plus approfondie des conditions existant avant le projet collaboratif, pour comprendre le degré de préparation des équipes potentielles et pallier les problèmes éventuels. Des outils tels que le *Highly Adoptable Improvement* (Hayes 2014) peuvent contribuer à évaluer les attentes en matière de charge de travail (qu'est-ce qu'il faudra ?) et de valeur (quels seront les résultats ?), de manière à rallier ceux qui sont responsables de la mise en place de ces améliorations. De la même manière, des ressources telles que l'outil d'évaluation organisationnelle (de la FCASS)

pour accélérer l'amélioration des services de santé, qui élucide les six leviers figurant dans la Figure 1, peuvent contribuer à donner une idée du contexte plus large dans lequel évolue l'équipe chargée de l'amélioration (FCASS 2014). Les objectifs des projets d'amélioration sont si variés – Phillips et ses collègues (2016) ont noté des différences dans la population cible, la maladie visée, les paramètres organisationnels, la capacité d'amélioration et les ressources investies – que des évaluations du degré de préparation peuvent également aider à cerner les progrès des équipes par rapport à une échelle commune (que ce soit une échelle de mise en œuvre ou de mesure, ou des deux) et leurs limites. Comme l'ont souligné les commentateurs, l'évaluation rigoureuse des besoins de formation est également utile dans la conception des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité.

Le plus important défi pour les équipes, écrit Wagner (2016), comme c'est le cas pour de nombreux efforts d'amélioration de la qualité, consiste à décider par où commencer. Phillips et ses collègues (2016) ont soulevé la même question, indiquant que les équipes ont eu du mal à identifier, au départ, les mesures et les outils qui correspondaient à leurs besoins et à leurs priorités. Manifestement, les équipes avaient besoin du soutien intensif offert par la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique. Certains projets d'amélioration sont toujours en cours, et nous pouvons nous attendre à ce qu'ils aient besoin de soutien continu. Dans ses commentaires, Øvretveit (2003 : 7) a indiqué que « le défi pour la pérennité n'est pas de lancer un projet d'amélioration, mais de continuer après que l'enthousiasme initial soit retombé. » À cette fin, la FCASS a organisé un webinaire de suivi au bout de 120 jours (après la présentation des rapports finaux des équipes) et a organisé une série de webinaires en trois parties à l'automne 2015, pour compléter le suivi. Wagner (2016) et Wedge et Currie (2016) ont cependant souligné qu'il était important pour les régions sanitaires et les gouvernements d'utiliser leur autorité et d'employer leur capacité pour offrir un sou-tien continu aux équipes sur le terrain, surtout depuis l'achèvement de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique. Un récent examen systématique de l'efficacité des modèles de soins des maladies chroniques reprend ce point de vue, estimant que le soutien des dirigeants pour la mise en œuvre et la pérennité des interventions est un facteur essentiel de réussite (tout comme des pratiques réfléchies et des messages clairs sur l'importance du traitement des maladies chroniques ; Davy et al. 2015).

Dans leurs commentaires, Wedge et Currie (2016) ont donné des exemples sur la façon dont les équipes de Health PEI reçoivent un soutien continu en s'inscrivant à d'autres projets collaboratifs d'amélioration de la qualité. La FCASS sait, qu'au total, quatre des onze équipes (notamment celles de Health PEI, de NSHA et de Central Health) se sont inscrites à ce genre de projets collaboratifs, offerts ou parrainés par la FCASS, depuis que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a pris fin. Cela soulève toutefois les questions suivantes : de quelle manière les régions sanitaires et les gouvernements ont-ils facilité les efforts continus d'amélioration des équipes sur le long terme ? De plus, dans quelle mesure les régions sanitaires et les ministères de la santé peuvent-ils faciliter ces efforts, étant donné qu'il n'y a vraisemblablement pas d'organisme central qui ait la responsabilité claire de gérer ce dossier ? Ce sont des questions que la FCASS tentera d'élucider dans ses discussions avec le comité exécutif de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique et avec les décideurs politiques, lorsqu'on envisagera la pérennisation des capacités et des travaux d'amélioration,

après que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique aura pris fin.

Jeter les bases de la diffusion et de la mise en œuvre de l'amélioration à grande échelle

Dans cette initiative, les objectifs des projets d'amélioration variaient quant à leurs intentions (les populations cibles et les maladies visées) et à leur portée (améliorations locales ou à grande échelle). Wagner (2016) a résumé cette diversité comme suit : « Comme on pouvait s'y attendre, les équipes des ASR ont choisi des projets très divers, allant de la formation de tous les cliniciens de la région en counseling en matière d'autogestion, un effort des plus ambitieux, à des programmes locaux plus ciblés visant à améliorer les services pour les jeunes à risque et les patients atteints de MPOC. » En ce qui concerne les changements à grande échelle, Mohrman et Cummings (1989) ont mis en avant trois dimensions, que nous illustrons avec des questions :

- Ampleur : l'amélioration est-elle destinée à être diffusée au-delà des frontières géographiques et organisationnelles, ou à être reprise par d'autres groupes ?
- Portée : l'amélioration remettra-t-elle profondément en cause les façons actuelles de travailler, par exemple, au niveau des comportements ou en créant un changement de paradigme ?
- Omniprésence : l'amélioration nécessitera-t-elle des changements sur le plan de la pratique dans tout le système, par exemple, des changements coordonnés ?

Plus l'ampleur, la portée ou l'omniprésence du changement prévu sont significatives, plus on s'attend à ce que le changement soit effectué à grande échelle, et plus il sera difficile à réaliser (au moins à court terme). Des six projets d'amélioration qui ont été mis en œuvre (dans le cadre du projet collaboratif, excluant ainsi les deux équipes de l'LGH qui s'étaient retirées), trois étaient sans doute destinés à être mis en œuvre à grande échelle, à l'échelle du système (dans des pratiques et des organismes multiples au sein du système de santé) : 1) la formation de tous les cliniciens sur l'Île-du-Prince-Édouard, pour qu'ils offrent une approche « minimaliste » en matière de sensibilisation au soutien à l'autogestion, 2) la création d'un Corridor de prévention et de gestion des maladies chroniques© pour la province de la Nouvelle-Écosse, 3) l'ouverture d'un registre du diabète et l'élaboration d'une approche cohérente en matière de sensibilisation au soutien à l'autogestion au Labrador. Deux projets d'amélioration avaient pour objectifs des changements au niveau local, exigeant le réaménagement des soins de certains organismes (qui font partie de systèmes de santé plus larges), 4) l'incorporation du dépistage des troubles de la santé mentale dans les soins du diabète et du soutien à l'autogestion à l'ouest de Terre-Neuve et 5) l'amélioration des soins respiratoires grâce à la normalisation des procédures, à la refonte des services existants et à l'élaboration d'un nouveau programme de soutien à l'autogestion pour les patients atteints de MPOC grave dans le centre de Terre-Neuve. Le dernier projet d'amélioration mis en œuvre était 6) l'évaluation d'un programme local de soutien en santé mentale pour les jeunes à risque, à Saint John, au Nouveau-Brunswick, afin de déterminer son potentiel de diffusion.

Plus l'implantation d'un projet d'amélioration est envisagée sur une grande échelle, plus intense sera l'effort nécessaire à sa réalisation. Wagner (2016) a fait valoir, par exemple, que « ... l'amélioration au niveau régional et au niveau provincial nécessitera des interventions qui solliciteront et finiront

par toucher des centaines de pratiques. » Des améliorations d'une telle envergure prennent du temps, souvent plus longtemps que ce que peut offrir un projet collaboratif (Delgado 2016 ; Verma et al 2016 ; Wagner 2016). Ce décalage entre le lancement d'une ou de plusieurs interventions et leur aboutissement en termes de résultats est conforme à d'autres exemples de projets collaboratifs. Wagner (2016) a cité un exemple aux États-Unis où il a fallu attendre quatre ans après le début d'un projet collaboratif pour que les patients bénéficient de ses résultats (pour un ensemble d'interventions très ciblées sur le diabète, par opposition à l'ampleur du projet de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique). La Health Foundation est arrivée à une conclusion similaire après avoir examiné des cas d'amélioration ayant eu des impacts majeurs ou qui avaient le plus grand potentiel de diffusion : « Dans certains cas, la pleine mesure de l'impact d'un projet n'apparaît que des années plus tard » (Jones 2015 : para 5). En tant que tel, les projets collaboratifs devraient peut-être durer plus longtemps, cinq ans par exemple, au lieu d'un an ou deux.

En outre, la réalisation d'améliorations à grande échelle au sein du système exige que l'on passe des améliorations locales à des politiques systémiques qui modifient la façon dont les ressources sont attribuées, dont les structures d'incitation sont conçues et dont le rendement est géré dans le système de santé. En effet, un rapport récent du Groupe consultatif sur l'innovation en matière de soins de santé (2015) a souligné que ces structures et ces mesures d'incitation étaient essentielles pour passer à la diffusion et à la mise en œuvre à grande échelle : « ... d'une certaine manière, les structures et les mesures d'incitation des systèmes canadiens de santé ne sont pas optimales pour permettre l'adoption généralisée de changements positifs », ce qui se traduit par la « réalité frustrante » que « de nombreuses excellentes idées d'intervention ne sont jamais traduites en innovations commercialisables ou évolutives » (Groupe consultatif sur l'innovation en matière de soins de santé 2015 : 2). Parmi les obstacles à une plus large adoption et à une mise en œuvre à grande échelle des innovations en matière de santé au Canada, le Groupe consultatif sur l'innovation en matière de soins de santé (2015) a cité une participation lacunaire des patients, des modèles dépassés de gestion des ressources humaines, la fragmentation du système, des données sur la santé et une capacité de gestion de l'information qui sont inadéquates, une absence de déploiement efficace de la technologie numérique, des obstacles à l'entrepreneuriat, une culture d'aversion au risque et une attention insuffisante portée à la compréhension et à l'optimisation de l'innovation.

Lorsqu'il s'agit de créer un environnement propice à l'essaimage et à l'enracinement de l'innovation, Phillips et ses collègues (2016) ont suggéré que la FCASS prenne des décisions stratégiques en tenant compte des avantages et des limites des projets ciblés et des projets de grande envergure. Dans certains cas, la FCASS continue à ratisser large (par exemple, un projet collaboratif d'apprentissage visant à comprendre les avantages de la participation des patients et des familles à la conception conjointe des soins, et les stratégies correspondantes), tandis que dans d'autres cas, la FCASS s'est concentrée sur une intervention précise ou sur une série d'interventions (par exemple, un projet collaboratif visant à réduire le recours inopportun à des médicaments antipsychotiques chez les patients atteints de démence résidant dans des établissements de soins de long durée, et un autre projet collaboratif cherchant à améliorer le soutient à l'autogestion à domicile, ainsi que la planification préalable des soins pour

les patients atteints de MPOC modérée ou grave). On peut certainement soutenir qu'il est plus prometteur de se concentrer sur des pathologies spécifiques ou sur des maladies entraînant des frais lourds à porter, plutôt que sur le spectre très large couvert dans les provinces atlantiques (Delgado 2016 ; Phillips et al. 2016). Toutefois, dans le même temps, ratisser large est crucial dans les domaines où il y a encore beaucoup à apprendre sur la conception des interventions et sur la poursuite du changement, en particulier là où les capacités sont limitées.

Delgado (2016 : 90) a décrit « le perpétuel casse-tête des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité qui tentent de couvrir des sujets très vastes (par exemple, les soins chroniques) plutôt que des domaines cliniques spécifiques. » Les grands projets complexes se traduisent par une conception plus complexe, en ce qui concerne la portée, les parties prenantes concernées, ainsi que la mesure des progrès et des résultats (Delgado 2016). En ce qui concerne la mesure des progrès et des résultats, Delgado (2016) a fait valoir qu'il était « possible de renforcer la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en réexaminant la façon dont les objectifs sont définis et évalués », en particulier en se concentrant sur les résultats attendus en matière de changement. Phillips et ses collègues (2016) ont décrit comment les équipes avaient élaboré des plans de mesure de l'amélioration de la qualité qui tenaient compte des résultats, des processus et des mesures d'équilibre (Delgado n'a cependant pas eu l'occasion de lire ce document au préalable). Ni le document de base ni les commentaires de Phillips et de ses collègues (2016) n'ont cependant offert de compte-rendu détaillé des plans de mesure des projets. Pour faciliter cette compréhension, le Tableau 1 donne des exemples de mesures rapportées par les patients, les prestataires et les systèmes pour l'équipe de Western Health. Ces résultats seront décrits de manière plus détaillée dans le prochain manuscrit de Amar et al. (2016).

Deux commentaires (Delgado 2016 ; Wedge et Currie 2016) ont plaidé pour une conception de la mesure qui tienne compte de l'amélioration de la santé, de l'amélioration des expériences en matière de soins et de la réduction des coûts par personne – ce que l'Institute for Healthcare Improvement définit comme le « Triple objectif pour les populations » (Berwick et al. 2008 ; Whittington et al. 2015). Delgado (2016) reconnaît que le Triple objectif aiderait à définir des mesures de rendement aux niveaux des patients et du système tout en aidant les équipes à passer des gains en matière d'expérience et d'apprentissage (selon le modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick [2006] cité dans le document d'orientation) à des changements de comportement et des résultats. Wedge et Currie (2016) ont également fait valoir que « l'amélioration des soins pour les patients atteints d'une maladie chronique est la nouvelle réalité que seule une approche Triple objectif peut concrétiser... [et la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique doit mettre] ... davantage l'accent sur l'amélioration de la santé publique » en particulier, si elle veut réaliser des améliorations pérennes. Delgado (2016) a également soutenu que la poursuite du Triple objectif contribuerait à la réalisation de l'objectif de pérennité de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique en permettant, par exemple, à des domaines tels que la prévention d'émerger comme nouvelles sphères d'amélioration.

Élaborer des approches cohérentes en matière de collecte et d'analyse des données, dans le but de créer des indicateurs communs de réussite et d'offrir des comptes détaillés de ce que chaque projet d'amélioration espère accomplir, constitue une étape importante dans l'optimisation de la reproductibilité

Tableau 1. Exemples d'indicateurs et de résultats du plan de mesure du projet d'amélioration de l'équipe de Western Health

Indicateur type	Domaines	Résultats préliminaires	Source des données
Niveau des patients	Domaines relatifs à l'expérience des patients en matière de soins : • Activation des patients • Système de prestation / conception de la pratique • Établissement et adaptation des objectifs • Résolution de problèmes / analyse contextuelle • Suivi / coordination	Moyenne générale de 4,10 / 5[1] (n = 30), le score le plus bas (enregistré) étant de 3,77 (activation des patients) et le score le plus élevé (enregistré) étant de 4,41 (système de prestation / conception de la pratique)	Évaluation par les patients des soins relatifs aux maladies chroniques (PACIC) – mesure des soins spécifiques ou de la qualité des soins que les patients indiquent avoir reçus, conformément au modèle de soins des maladies chroniques (CCM) (Centre MacColl pour l'innovation en santé 2004)
Niveau des prestataires	Domaines relatifs au soutien apporté aux patients : • Évaluation individualisée des besoins éducatifs des patients en matière d'autogestion • Éducation en matière d'autogestion • Établissement d'objectifs • Aptitude à résoudre des problèmes • Santé affective • Participation des patients à la prise de décision • Soutien social • Liens vers des ressources communautaires	Amélioration globale de la moyenne de 2,66 points, entre le niveau de référence (n = 23) et l'étape de suivi (n = 18), la plus grande différence ayant été enregistrée en santé affective (4,4 points de différence entre avant et après, passant d'une moyenne de 2,9 / 10 à 7,3 / 10)[2]	Évaluation des ressources de soins primaires et des mesures de soutien à l'autogestion – évaluation de la prestation des services d'autogestion et de l'infrastructure organisationnelle que les prestataires ou les équipes déclarent offrir, conformément au CCM (Initiative sur le diabète 2009)
Niveau des systèmes	Domaines relatifs au soutien organisationnel : • Continuité des soins • Coordination des recommandations • Amélioration continue de la qualité • Système de documentation des services de soutien à l'autogestion • Participation des consommateurs / rétroaction des patients • Intégration du soutien à l'autogestion dans les soins primaires • Équipe de soins aux patients / approche concertée • Éducation et formation du personnel	Amélioration globale de la moyenne de 2,83 points, entre le niveau de référence (n = 23) et l'étape de suivi (n = 18), les plus grandes différences ayant été enregistrées en : • Rétroaction des patients (4,3 points de différence entre avant et après, passant d'une moyenne de 2,1 / 10 à 6,4 / 10) • Éducation et formation du personnel (4,1 points de différence entre avant et après, passant d'une moyenne de 2,9 / 10 à 6,6 / 10) • Amélioration continue de la qualité (4,5 points de différence entre avant et après, passant d'une moyenne de 2,1 / 10 à 6,6 / 10)[2]	

1. Chaque élément est noté sur une échelle de 5 points, allant de 1 (non / jamais) à 5 (oui / toujours) ; résultats pour n = 30 (déc. 2013), où les clients âgés de 18 ans et plus ont été sélectionnés de manière aléatoire dans le système de gestion de l'aiguillage des clients.
2. Chaque caractéristique est notée sur une échelle de 10 points, allant de 1 (le niveau de qualité le plus bas) à 10 (le niveau de qualité le plus élevé) ; résultats du niveau de référence (printemps 2012) pour n = 23 (membres de l'équipe) et de l'étape de suivi (janvier-février 2014) pour n = 18 (membres de l'équipe).

des améliorations de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique (Delgado 2016). Cependant, l'amélioration continue de la qualité repose sur l'idée que l'amélioration se développe dans un certain contexte. Bien qu'il soit certainement utile de partager ou de normaliser des mesures et des objectifs communs, il peut également être utile de faciliter des variations locales. Il est également important de communiquer les résultats, pour que des mesures concrètes soient prises, les enseignements étant transmis à certains groupes constitutifs clés (Delgado 2016). La diffusion est une fonction clé que la FCASS et le projet collaboratif continueront à mettre en avant pour toucher ceux qui pourraient bénéficier des leçons tirées de l'expérience de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique.

Mobiliser les patients et les décideurs politiques en faveur de l'amélioration

Il y avait au cœur de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique un engagement à vouloir améliorer les approches centrées sur les patients et leurs familles pour gérer les maladies chroniques. Des améliorations ont été réalisées grâce à la participation des patients atteints de maladies chroniques (et de leurs familles), en utilisant des nouveaux modèles ou des modèles remaniés de soutien à l'autogestion. En matière de résultats, les patients engagés sont mieux à même de gérer leur santé de manière plus efficace, ce qui entraîne une amélioration des résultats (Wagner 2016). C'est une des raisons, explique Wagner (2016), qui justifie que l'on mette l'accent sur la participation des patients et le soutien à l'autogestion.
Il a aussi noté deux autres raisons – l'adoption de l'amélioration de la qualité clinique et la conception du système de santé – que nous allons explorer plus en détail, car elles ont été soulevées par plusieurs commentateurs.

En ce qui concerne l'adoption de l'amélioration de la qualité clinique, le soutien à l'autogestion est souvent l'élément du modèle de soins des maladies chroniques que les prestataires ont le plus de mal à mettre en œuvre et à maintenir (Wagner 2016). Vallis (2016) a indiqué que l'accent prédominant mis par le système de santé sur les modèles de soins actifs constitue une importante entrave au changement. Lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre le soutien à l'autogestion dans le système médical, Vallis (2016) fait valoir qu'il existe « un danger que les cliniciens ne s'intéressent au soutien à l'autogestion que du bout des lèvres. » En effet, promouvoir les rôles des patients et de leurs familles dans le soutien à l'autogestion exige un rééquilibrage des pouvoirs, pour passer des relations traditionnelles patient-prestataire de soins (où les prestataires dominent les discussions) à des relations qui favorisent un plus grand apport et une plus grande participation des patients (reportez-vous aux leviers de la Figure 1 qui considèrent cette participation comme une autre source d'information, favorisant des soins plus pérennes et de meilleure qualité ; FCASS 2014). Cette participation des patients et des familles devient de plus en plus importante lors de la reconception (et, en fait, de la coconception) des soins pour les patients à risques élevés et aux besoins multiples, par exemple, pour les personnes âgées vivant avec des multimorbidités (Vallis 2016 ; Sampalli et al. 2015). De la même manière, le soutien à l'autogestion exige de nouvelles approches d'évaluation conçues conjointement et qui devraient être de nature plus qualitatives (Vallis 2016). Les approches qualitatives sont particulièrement importantes, car il est difficile de mesurer « la tranquillité d'esprit que mentionnent les patients et leurs familles lorsqu'ils comprennent mieux la maladie,

sa gestion et son évolution habituelle » (Groupe consultatif sur l'innovation en matière de soins de santé 2015 : 17).

Dans le contexte des projets collaboratifs, la participation des patients transcende la participation à leurs propres soins. Elle implique également qu'ils participent à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services et des systèmes de santé (Wagner 2016). Cet aspect soulève la question suivante (Delgado 2016 ; Wedge et Currie 2016 ; Verma et al 2016) : dans quelle mesure la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a-t-elle vraiment fait participer les patients et leurs familles à la planification, à la gouvernance et à la mise en œuvre du projet collaboratif ? Bien que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique ait fait des efforts pour engager le dialogue avec les patients, elle avait besoin de le faire « de manière plus délibérée », écrivent Wedge et Currie (2016). « On ne sait pas vraiment comment les patients et leurs familles ont activement participé (à part comme bénéficiaires des soins) à la planification, à la gouvernance et à la mise en œuvre du projet collaboratif (participation à des séances d'apprentissage, etc.) », a souligné Delgado (2016), ajoutant que « s'il y avait des lacunes en matière de participation, solliciter des patients à un ou plusieurs de ces niveaux aurait apporté plus de cohérence et de force au projet. »

Il ne fait aucun doute que la participation active des patients et de leurs soignants aurait amélioré l'expérience de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique. Lorsque le projet collaboratif a vu le jour, la FCASS (qui s'appelait alors la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, la FCRSS) avait déjà lancé une deuxième série de projets collaboratifs sur la participation des patients, dont l'objectif était de faire participer des patients à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services de santé (Brosseau et Verma 2011). Bien qu'à l'époque les preuves empiriques attestant de l'influence de la participation des patients sur l'utilisation et la qualité des services, et sur la satisfaction vis-à-vis de ces services, ait été limitées, la première série de projets collaboratifs avait déjà commencé à montrer l'impact que pouvait avoir cette participation, les patients étant considérés comme des partenaires dans la conception des soins et l'amélioration de la qualité (Brosseau et Verma 2011). En effet, l'organisme avait commencé à accorder plus d'attention à la participation des patients, du public et des décideurs politiques (O'Neil 2009). En 2009, Maureen O'Neil, présidente de la FCRSS reconnaissait ce qui suit :

> La recherche sur les services de santé peut informer les professionnels et les gestionnaires des services de santé – souvent avec d'excellents résultats. Mais nous n'avons pas consacré assez d'efforts à la sensibilisation des décideurs politiques et des responsables de l'élaboration des politiques qui façonneront inévitablement le rendement et les résultats du système de santé. Si la recherche espère apporter des améliorations suffisantes aux services de santé, elle devra affronter deux réalités redoutables : premièrement, l'économie politique complexe du système de santé ; et, deuxièmement, la nécessité d'une participation plus éclairée et plus efficace du public dans les décisions relatives à la santé. (O'Neil, 2009 : 18)

Bien sûr, depuis lors, la FCASS s'est clairement engagée à favoriser l'amélioration de la qualité des services de santé, mais le principe de la participation des patients et des décideurs reste au cœur du débat. L'expérience de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique est pertinente en termes de

politique publique ; par exemple, tous les ministères de la santé des provinces atlantiques s'appuient sur le modèle de soins des maladies chroniques pour éclairer leurs stratégies et leurs cadres politiques en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques. En outre, l'expérience de la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique peut contribuer à encadrer la création de réseaux interrégionaux et interprovinciaux qui permettraient de partager les meilleures pratiques et de faciliter le perfectionnement professionnel dans le domaine de l'amélioration de la qualité.

Un dernier mot

Malgré le peu d'éléments prouvant leur efficacité, les projets collaboratifs d'amélioration de la qualité ne sont pas, comme l'a indiqué Wagner (2016), « une perte de temps bien intentionnée », mais plutôt un maillon essentiel pour créer le type de soutien, de suivi et de changement de culture qui sont nécessaires à la prestation de soins proactifs, adaptés et centrés sur les patients atteints de maladies chroniques. « [La Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique est] un exemple positif, dans le contexte canadien, qui montre que la collaboration peut exister et existe réellement dans les faits, car lorsqu'une vision est partagée, les éléments essentiels à sa réalisation peuvent le devenir aussi, » ont souligné Wedge et Currie (2016). Nous espérons que ce numéro spécial contribuera de manière significative au corpus grandissant de connaissances documentées sur les projets collaboratifs d'amélioration de la qualité. Nous reconnaissons que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique n'est qu'un premier pas vers une action plus coordonnée et plus soutenue pour améliorer les soins des maladies chroniques, et qu'il faudra du temps pour réaliser pleinement son influence sur le changement de la culture, l'orientation de la pratique et, au final, les résultats en matière de soins aux patients et de systèmes de santé.

Du point de vue des politiques, nous ne sommes pas encore suffisamment équipés pour savoir dans quelle mesure les modèles collaboratifs d'amélioration du système de santé sont un « modèle » ou une approche efficace pour la diffusion des améliorations. À ce stade, nous pouvons dire, avec prudence, que la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a contribué à mobiliser les parties prenantes clés du système, pour qu'elles réexaminent la façon dont elles traitent les patients atteints de maladies chroniques (et leurs familles). Nous supposons également que de telles approches sont bien adaptées au contexte canadien, avec son système de payeur unique et, comme Wagner (2016) l'a souligné, « là où la prise de décision sur l'organisation et la conception de la prestation des soins est si fortement influencée par les régions sanitaires et les gouvernements provinciaux. » À cet égard, la Collaboration des organismes de santé de l'Atlantique a montré qu'il était possible d'apporter des améliorations aux soins des patients, même si les projets collaboratifs d'amélioration sont courts, et même si les systèmes sont souvent réfractaires au changement.

Références

Les références peuvent être trouvés à l'adresse: http://www.longwoods.com/content/24507

Healthcare*Papers*
Volume 15 • Special Issue

EDITOR-IN-CHIEF
Adalsteinn D. Brown,
Director, Institute of Health Policy, Management and Evaluation and Dalla Lana Chair in Public Health Policy,
Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

EDITORIAL ADVISORY BOARD FOR HEALTHCARE*PAPERS*
Owen B. Adams, Director of Research, Policy and Planning, Canadian Medical Association

Dr. Arif Bhimji, Magna Health, Aurura, Ontario

Adalsteinn D. Brown, Director, Institute of Health Policy, Management and Evaluation and Dalla Lana Chair in Public Health Policy, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

Dr. Gordon D. Brown, Professor and Director, University of Missouri–Columbia, Department of Health Management & Informatics

Mr. Tom Closson, Toronto, Ontario

Mr. William Carter, Borden Ladner Gervais, Toronto, Ontario

Mr. Michael Decter, Toronto, Ontario

Dr. Jeff Edelson, Executive VP, Research and Development & Chief Medical Officer, Intranasal Therapeutics, Saddle Brook, NJ, Principal, Aequanimitas Consulting, Berwyn, PA

Dr. Bruce J. Fried, Associate Professor and Director, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina

Mr. Peter Goodhand, Markham, Ontario

Dr. Toby Gordon, Associate Professor and Director, The Johns Hopkins University, Department of Health Policy and Management, Baltimore, Maryland and Vice-President Planning & Marketing, Johns Hopkins Medicine

Dr. Carol Herbert, Professor Emeritus, UWO Schulich School of Medicine & Dentistry, London, Ontario

Dr. Alan Hudson, Toronto, Ontario

Mr. Ron Kaczorowski, Chairman, Kensington Health Centre Board of Directors, Toronto, Ontario

Mr. John King, Executive Vice-President, Hospital Services, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario

Dr. Peggy Leatt, Professor Emeritus, Department of Health Policy and Administration, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill

Dr. Sandra Leggat, School of Public Health, LaTrobe University, Bundoora, Victoria, Australia

Mr. Steven Lewis, President, Access Consulting Ltd., Saskatoon; Adjunct Professor of Health Policy, University of Calgary and Simon Fraser University

Mr. Jonathan Lomas, Founding Executive Director, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, Ontario

Dr. Noni MacDonald, Dalhousie Medical School, Halifax, Nova Scotia

Mr. Bruce S. MacLellan, President, Environics Communications Inc., Toronto and New York

Mr. Joseph Mapa, President and CEO, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario

Dr. Michael McGuigan, Medical Director, Long Island Regional Poison Control Center, New York

Dr. Robert McMurtry, Professor of Surgery, University of Western Ontario and Orthopedic Consultant, St. Joseph's Health Care, London, Ontario

Dr. Eric Meslin, Director, Indiana University Center for Bioethics, Indianapolis, Indiana

Dr. Terrence J. Montague, Professor of Medicine and Director, Disease Management Research Group, University of Montreal, Montreal, Quebec

Mr. Torbjörn Pelow, Health Administrator & Consultant, Gothenburg, Sweden

Dr. Bernardo Ramirez, Academy for Educational Development, Washington, DC

Dr. Janet Thompson Reagan, Professor and Director, Health Administration Programs, California State University, Northridge, California

Dr. Anne E. Rogers, Professor of the Sociology of Health Care, National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, England

Dr. Judith Shamian, President, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland

Ms. Tina Smith, Program Director, University of Toronto, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Toronto, Ontario

Dr. Willem Wassenaar, President, Wellesley Therapeutics, Toronto, Ontario

Dr. Ruth Wilson, Professor, Department of Family Medicine, Queen's University, Kingston, Ontario

Dr. Howard S. Zuckerman, Professor Emeritus, Center for Health Management Research, University of Washington, Seattle, Washington

EDITORIAL ADVISORY BOARD FOR HEALTHCARE QUARTERLY PUBLICATIONS
Dr. Charlyn Black, Director, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia

Dr. Christopher Carruthers, President, Society of Physician Executives, Ottawa, Ontario

Sister Elizabeth M. Davis, Sisters of Mercy of Newfoundland & Labrador

Dr. Jeff Edelson, Executive VP, Research and Development & Chief Medical Officer, Intranasal Therapeutics, Saddle Brook, NJ

Mr. Hy Eliasoph, Toronto, Ontario

Mr. Ted Freedman, Board of Directors, Bridgepoint Health, Toronto, ON

Mr. Chris Helyar, Associate Director, Hay Health Care Consulting

Dr. Peggy Leatt, Professor Emeritus, Department of Health Policy and Administration, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill

Mr. John Malcom, President and CEO, Cape Breton District Health Authority, Sydney, Nova Scotia

Mr. Joseph Mapa, President and CEO, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario

Mr. James Saunders, President, J.L. Saunders and Associates Inc., Calgary, Alberta

Mr. Don Schurman, Sierra Systems, Edmonton, Alberta

Dr. Judith Shamian, President, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland

CONSULTING EDITORS FOR HEALTHCARE QUARTERLY PUBLICATIONS
Dr. Robert Filler, Founding Member and Chair, Ontario Telehealth Network

Dr. Michael Guerriere, Vice-President, Transformation Services and Chief Medical Officer, TELUS Health Solutions

Mr. Ken Tremblay, Peterborough, ON

This issue of *Healthcare Papers* was made possible through the support of