

Expérience québécoise dans l'utilisation des technologies dans le continuum de soins

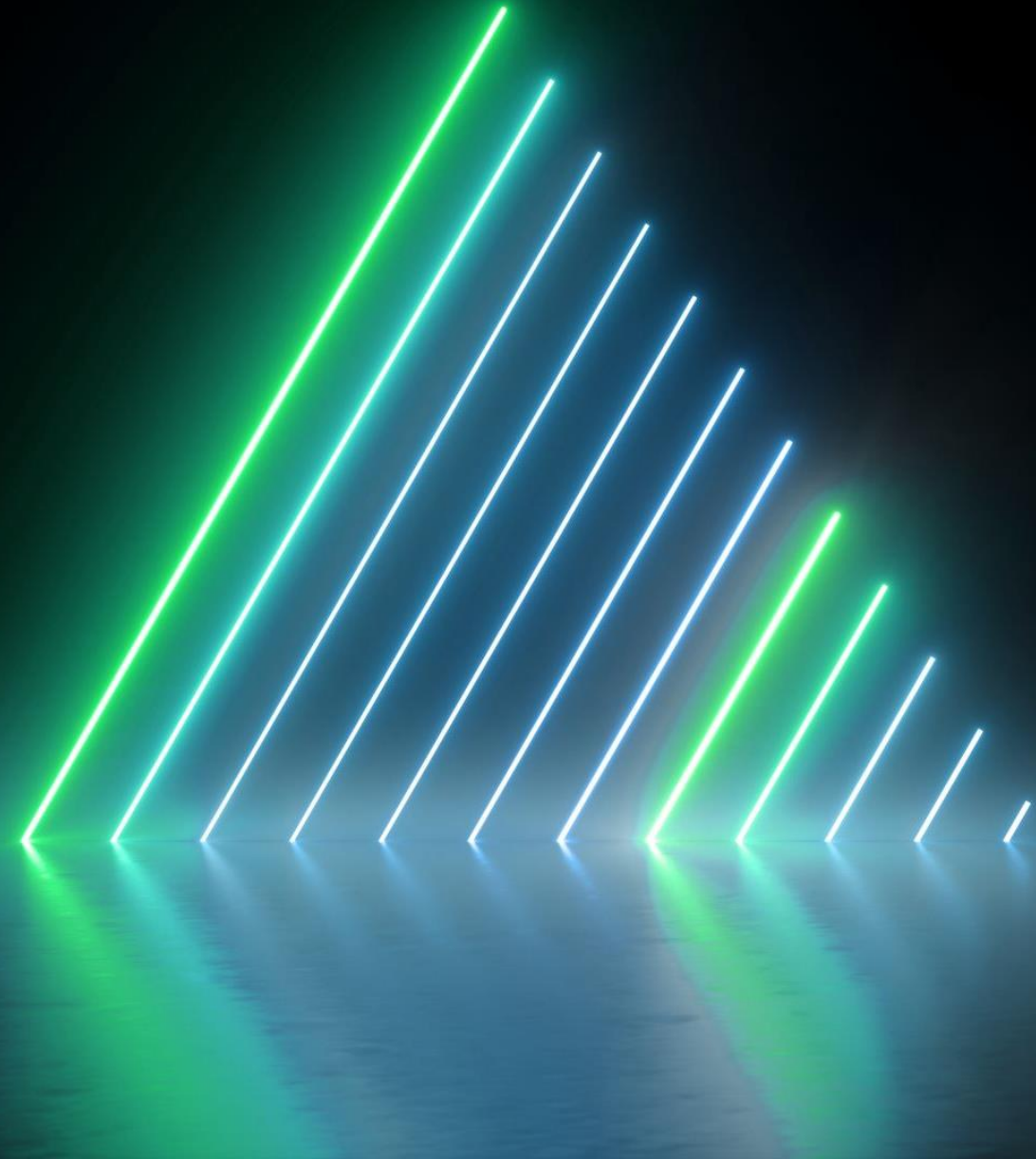
UN AVENIR PROMETTEUR?



Innovations technologiques

MON RÔLE: ÊTRE UN FACILITATEUR

2



Le personnel doit reconnaître la valeur du changement

3

Comment déterminer la pertinence d'une option technologique?

- ▶ Garantir la dignité
- ▶ Soutenir une approche personnalisée
- ▶ Respecter les compétences professionnelles
- ▶ Optimiser les pratiques cliniques
- ▶ Augmenter la sécurité
- ▶ Assurer une utilisation efficiente du temps des professionnels de la santé.

Nos initiatives au domicile

Suivi des maladies

COMMENT LES ÉTUDES ANTÉRIEURES GUIDENT LE DÉVELOPPEMENT TECHNOLOGIQUE...

Importance de la surveillance clinique

- ▶ Des signes précurseurs pouvaient être observés avant une hospitalisation urgente :
 - ▶ 7 jours avant l'hospitalisation
 - ▶ 35 % des patients avaient un œdème
 - ▶ 33 % avaient de la toux
 - ▶ 3 jours avant l'hospitalisation
 - ▶ 91 % présentaient de la dyspnée





TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit ? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ?
	Toux (jour et nuit)	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ?
	Étourdissements	■ Avez-vous des étourdissements ?
	Sommeil	■ Avez-vous un bon sommeil ?
	Fatigue	■ Vous sentez-vous fatigué ? ■ Quel est votre niveau d'énergie ?
	DRS	■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine ?
	Digestion	■ Votre digestion se fait-elle normalement ? Avez-vous bon appétit ? Avez-vous des ballonnements, des nausées ?
	Élimination urinaire et fécale	■ Urinez-vous normalement ? Urinez-vous beaucoup la nuit ? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale ? Avez-vous de la constipation ?
	Anxiété liée à la maladie cardiaque	■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle ?

L'importance de suivi des symptômes



Objets connectés



PORTRAIT CLINIQUE

Valeurs de surveillance

Cohortes

Type de filtre temporel

Dernières 24 heures

APPLIQUER

Rechercher



Nom	Prénom	Anamnèse IC	Pression artérielle	Fréquence cardiaque	Saturation	Fréquence respiratoire	Température corporelle	Poids	Chute caméra	Incontinence	Messages
Ouellet	Robert	—	✓	! 1	✓	✓	✓	—	—	✓	💬
Girard	Clément	! 36	✓	! 1	✓	✓	✓	✓	—	—	! 2 💬
Tremblay	Guy	—	✓	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	💬
Valois	Gaston	! 2	⚠	⚠	⚠	⚠	⚠	! 3	—	—	💬
Dubé	Ginette	⚠	✓	✓	✓	✓	✓	⚠	—	—	! 1 💬
Viau	André	—	✓	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	💬
Dufresne	René	—	✓	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	💬
Dubois	Rita	—	! 2	✓	✓	! 2	! 2	! 2	—	—	💬
Lebras	Bob	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	—	—	! 1 💬
Debon	Angel	—	! 2	✓	! 2	✓	! 2	✓	—	—	💬

Résultats par page 10 1-10 of 28 < >

Valeurs standard

✓ Normal ⚠ Avertissement ! Alerte — Pas de suivi

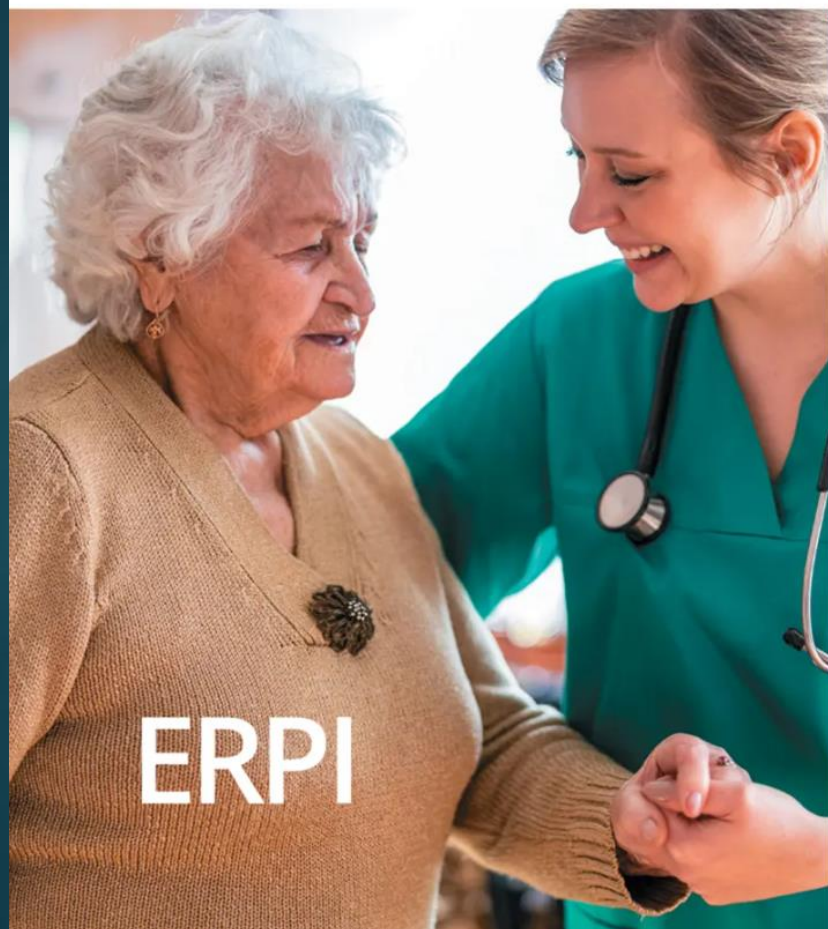
L'importance de la cohérence...

10

- ▶ Il faut une grande cohésion
 - ▶ Nos outils numériques existants
 - ▶ Nos formations
 - ▶ Nos livres
 - ▶ PTI
 - ▶ Note évolutive
 - ▶ Nos formulaires cliniques
 - ▶ Situation initiale
 - ▶ Situation aiguë
 - ▶ Situation de suivi



SCIENCES INFIRMIÈRES



L'EXAMEN CLINIQUE DE L'AÎNÉ

3^e édition

Guide d'évaluation et de surveillance clinique

PHILIPPE **VOYER**
CAMILLE **SAVOIE**
KIM **WILLCOCKS**
MÉLANIE **PARENTEAU**



TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit ? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ?
	Toux (jour et nuit)	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ?
	Étourdissements	■ Avez-vous des étourdissements ?
	Sommeil	■ Avez-vous un bon sommeil ?
	Fatigue	■ Vous sentez-vous fatigué ? ■ Quel est votre niveau d'énergie ?
	DRS	■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine ?
	Digestion	■ Votre digestion se fait-elle normalement ? Avez-vous bon appétit ? Avez-vous des ballonnements, des nausées ?
	Élimination urinaire et fécale	■ Urinez-vous normalement ? Urinez-vous beaucoup la nuit ? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale ? Avez-vous de la constipation ?
	Anxiété reliée à la maladie cardiaque	■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle ?

Formation 2.12– L'examen clinique cardiaque en situation aiguë et lors du suivi d'un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

176

TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit ? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ?
	Toux (jour et nuit)	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ?
	Étourdissements	■ Avez-vous des étourdissements ?
	Sommeil	■ Avez-vous un bon sommeil ?
	Fatigue	■ Vous sentez-vous fatigué ? ■ Quel est votre niveau d'énergie ?
	DRS	■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine ?
	Digestion	■ Votre digestion se fait-elle normalement ? Avez-vous bon appétit ? Avez-vous des ballonnements, des nausées ?
	Élimination urinaire et fécale	■ Urinez-vous normalement ? Urinez-vous beaucoup la nuit ? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale ? Avez-vous de la constipation ?
	Anxiété reliée à la maladie cardiaque	■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle ?



01:00

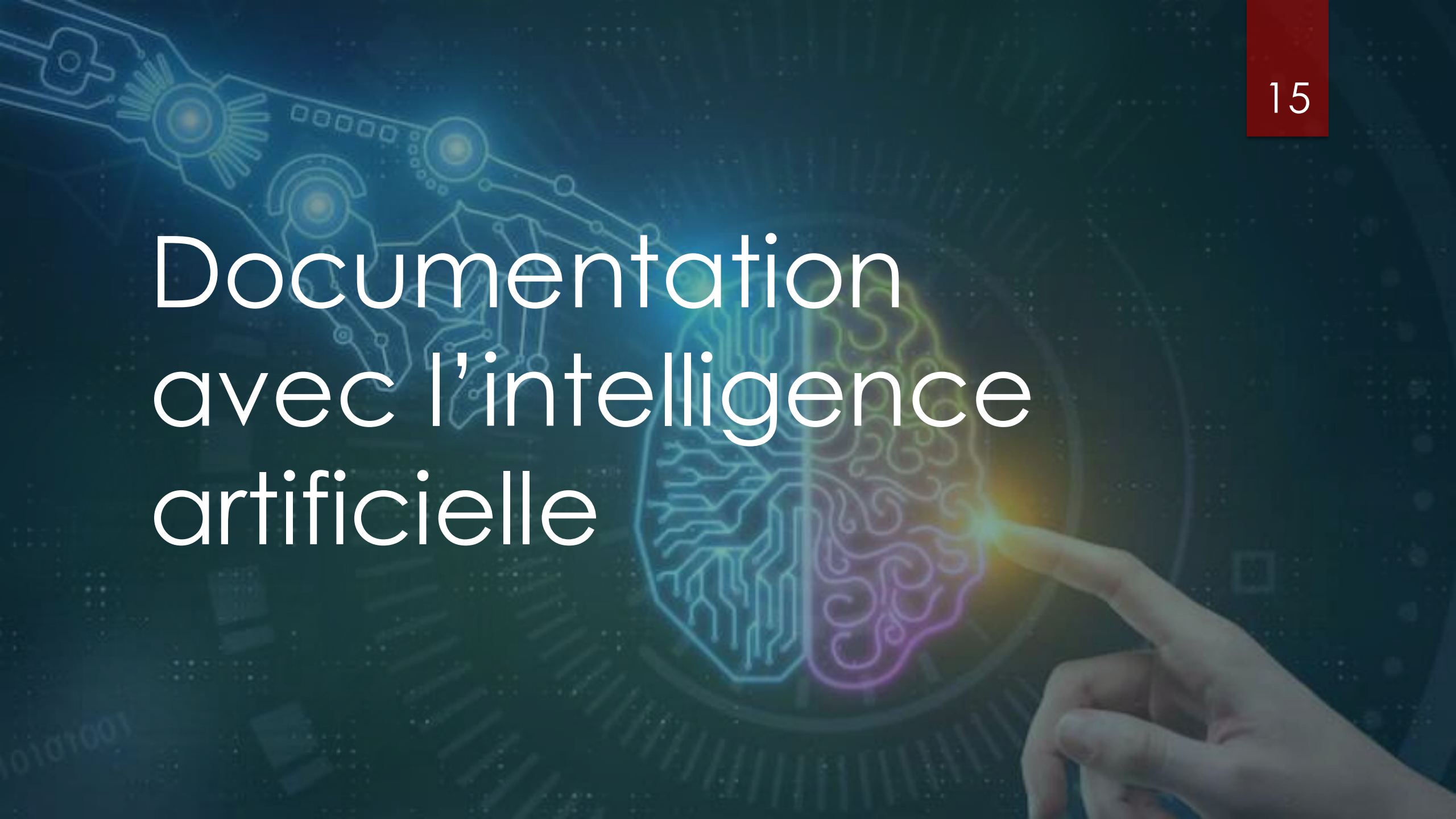


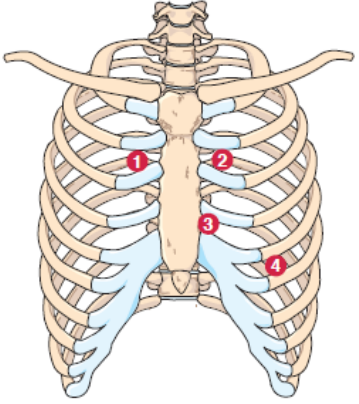


TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit ? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé ?
	Toux (jour et nuit)	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit ?
	Étourdissements	■ Avez-vous des étourdissements ?
	Sommeil	■ Avez-vous un bon sommeil ?
	Fatigue	■ Vous sentez-vous fatigué ? ■ Quel est votre niveau d'énergie ?
	DRS	■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine ?
	Digestion	■ Votre digestion se fait-elle normalement ? Avez-vous bon appétit ? Avez-vous des ballonnements, des nausées ?
	Élimination urinaire et fécale	■ Urinez-vous normalement ? Urinez-vous beaucoup la nuit ? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale ? Avez-vous de la constipation ?
	Anxiété reliée à la maladie cardiaque	■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle ?

Documentation avec l'intelligence artificielle

The background of the slide features a dark blue, textured surface. In the upper left, there is a stylized, glowing blue robotic arm or circuit structure. In the center, a human brain is depicted with glowing circuitry patterns. The left half of the brain is outlined in blue, while the right half is outlined in purple. A bright yellow and orange light emanates from the right side of the brain, where a human hand is pointing its index finger. The overall aesthetic is futuristic and technological.

ANAMNÈSE DE SUIVI						
Suivi insuffisance cardiaque		Oui	Non		Oui	Non
	Difficulté respiratoire (y compris la nuit) :	☐	☐	Douleur rétrosternale :	☐	☐
	Étourdissements :	☐	☐	Toux (y compris la nuit) :	☐	☐
	Problèmes de digestion :	☐	☐	Problème de sommeil :	☐	☐
	Problèmes d'élimination urinaire et fécale :	☐	☐	Fatigue :	☐	☐
				Anxiété r/à condition cardiaque :	☐	☐
INSPECTION EN SUIVI						
Toux (lors de l'examen) : ☐ Oui ☐ Non			Expectorations (lors de l'examen) : ☐ Oui ☐ Non			
• Fréquence : _____			• Fréquence : _____/h			
• Type de toux : ☐ Sèche ☐ Grasse			• Coloration : _____			
Orthopnée : ☐ Oui ☐ Non			• Texture : _____			
Quantification de l'essoufflement selon la classification NYHA						
☐ Classe I, aucune limitation de l'activité						
☐ Classe II, apparition lors des efforts les plus intenses et limitation modérée des activités						
☐ Classe III, apparition lors des efforts de la vie courante et limitation importante de l'activité physique						
☐ Classe IV, incapacité d'effectuer toute activité que ce soit, essoufflement au repos						
Poids ☐ Gain de _____ sur une période de 48 heures						
☐ Perte de _____ sur une période d'une semaine						
Palpation et auscultation						
Température du MIG : ☐ Normal ☐ Froid ☐ Chaud			Température du MID : ☐ Normal ☐ Froid ☐ Chaud			
Œdème du MIG : ☐ Non ☐ Oui (si oui, compléter ci-dessous)			Œdème du MID : ☐ Non ☐ Oui (si oui, compléter ci-dessous)			
Profondeur : _____ cm,			Profondeur : _____ cm,			
Circonférence : _____ cm			Circonférence : _____ cm			
Temps de résorption : _____ sec			Temps de résorption : _____ sec			
1 Foyer aortique	☐ B1 et B2 normaux					
	☐ Souffle					
2 Foyer pulmonaire	☐ B1 et B2 normaux					
	☐ Souffle					
3 Foyer tricuspidien	☐ B1 et B2 normaux					
	☐ Souffle					
4 Foyer mitral	☐ B1 et B2 normaux					
	☐ Souffle					
	☐ Bruits de galop					
	☐ B3 ☐ B4					
Frottement péricardique : ☐ Oui ☐ Non						
Modification du PTI : ☐ Oui ☐ Non						

Versatilité de l'assistant vocal



TABLEAU 7.5 – Le standard de suivi pour un aîné atteint d'insuffisance cardiaque

Examen clinique	Thèmes à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Respiration (jour et nuit)	■ Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé?
	Toux (jour et nuit)	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit?
	Étourdissements	■ Avez-vous des étourdissements?
	Sommeil	■ Avez-vous un bon sommeil?
	Fatigue	■ Vous sentez-vous fatigué? ■ Quel est votre niveau d'énergie?
	DRS	■ Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine?
	Digestion	■ Votre digestion se fait-elle normalement? Avez-vous bon appétit? ■ Avez-vous des ballonnements, des nausées?
	Élimination urinaire et fécale	■ Urinez-vous normalement? Urinez-vous beaucoup la nuit? ■ Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale? ■ Avez-vous de la constipation?
	Anxiété reliée à la maladie cardiaque	■ Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle?



TABLEAU 8.4 – Le standard pour le suivi d’une MPOC

Examen clinique	Thèmes à questionner	Exemples de question
Anamnèse		
	Dyspnée de jour et de nuit	■ Respirez-vous difficilement pendant la journée et pendant la nuit? ■ Vous sentez-vous fréquemment essoufflé?
	Toux de jour et la nuit	■ Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit?
	Sécrétions	■ Avez-vous des sécrétions? ■ Crachez-vous souvent?
	Céphalées matinales	■ Avez-vous des maux de tête le matin, au lever?
	Douleurs thoraciques	■ Lorsque vous toussiez, avez-vous de la douleur aux côtes? ■ Lorsque vous touchez votre thorax, ressentez-vous de la douleur?
	Anxiété reliée à son état respiratoire	■ Votre santé respiratoire vous inquiète-t-elle?
Examen physique		
INSPECTION	À l’inspection, l’infirmière doit: ■ évaluer l’état mental: l’état de conscience et l’attention; ■ mesurer la gravité de la MPOC au moyen de l’outil présenté au tableau 8.5; ■ mesurer la gravité de la dyspnée au moyen de l’échelle de dyspnée présentée au tableau 8.6; ■ chez l’ainé sans problème cognitif, utiliser l’échelle de Borg au repos et à la marche (ou une autre activité adaptée à son état) présentée au tableau 8.7;	


TABLEAU 5.12 – Surveillance clinique de la dépression

Examen clinique	Points à évaluer	Exemples de question
Anamnèse		
	Humeur dépressive	Vous sentez-vous souvent triste ?
	Intérêt ou plaisir pour les activités	Avez-vous de la difficulté à avoir du plaisir au quotidien ?
	Prise ou perte de poids	Avez-vous perdu l'appétit ?
	Insomnie ou hypersomnie	Avez-vous des problèmes de sommeil ?
	Agitation ou ralentissement psychomoteur	Vous sentez-vous agité ou ralenti ?
	Fatigue ou perte d'énergie	Vous sentez-vous fatigué ?
	Sentiment de culpabilité ou dévalorisation	Avez-vous des regrets ?
	Concentration et prise de décision	Avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?
	Pensées de mort récurrentes ou idées suicidaires	Pensez-vous plus souvent à la mort ces derniers temps ?
	Anxiété liée à humeur	Est-ce que votre humeur vous inquiète ?
Examen physique		
INSPECTION		État de conscience et attention.
		Utiliser une échelle de dépression ■ Si l'ainé ne présente pas de déficits cognitifs, l'infirmière peut employer l'échelle de dépression gériatrique à 15 questions ou la PHQ-9. Si l'ainé est atteint d'un TNCM, elle utilise l'échelle de dépression au cours des démences. ■ Prendre le poids.
Intervention		
		À déterminer selon les résultats.



ENCADRÉ 6.1 – Le journal du sommeil

JOUR 1	
1. Heure du coucher _____	9. Qu'est-ce qui a pu nuire à mon sommeil ? a) douleur b) inquiétude, anxiété c) problème respiratoire d) autre : _____
2. Heure du lever _____	10. Ce matin, je me sens : a) très reposé b) reposé c) fatigué d) très fatigué
3. Heure de l'éveil _____	11. De façon générale, mon sommeil de la nuit dernière a été : a) très satisfaisant b) satisfaisant c) peu satisfaisant d) pas du tout satisfaisant
4. Temps pour m'endormir _____ minutes	
5. Nombre d'éveils pendant la nuit _____	
6. Durée totale des éveils durant la nuit _____ minutes	
7. Ai-je fait une sieste hier ? Oui ☐ Non ☐ Durée : _____ minutes	
8. Hier, ai-je pris quelque chose pour m'aider à dormir (médicaments ou autres) ? Oui ☐ Non ☐ Nom : _____ Dose : _____	

Source : Ouellet, N. (2013). « L'hygiène du sommeil », dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e éd., Saint-Laurent, Pearson-ERPI.



Inventaire d'anxiété gériatrique – version courte

Veillez répondre en fonction de la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine. Cochez le cercle dans la colonne EN ACCORD si vous jugez que l'énoncé vous décrit plutôt bien; cochez le cercle dans la colonne EN DESACCORD si vous jugez que l'énoncé vous décrit plutôt mal.

		En accord	En <u>désaccord</u>
1	Je vis beaucoup dans l'inquiétude.		
2	Un rien me dérange.		
3	Je me considère comme étant de nature Inquiète.		
4	Je me sens souvent nerveux(se).		
5	Il arrive souvent que mes propres pensées suscitent de l'anxiété chez moi.		

Byrne, G.J., Pachana, N.A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – the GAI-SF. International Psychogeriatrics, 23(1), 125-131.



EXAMEN BREF DES BESOINS DU PROCHE-AIDANT			
Maladie ☐ Oui ☐ Non	Besoins informatifs Soins ☐ Oui ☐ Non	Médicaments ☐ Oui ☐ Non	Besoins émotionnels
Besoins instrumentaux			☐ Oui ☐ Non
Épicerie ☐ Oui ☐ Non	Transports ☐ Oui ☐ Non	Financiers ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Entretien de la maison ☐ Oui ☐ Non			☐ Oui ☐ Non
<i>Si vous avez coché « oui » à l'un des besoins, compléter l'information au dossier du proche-aidant.</i>			☐ Oui ☐ Non
Autres observations :			☐ Oui ☐ Non

VIRTUOSE PROXIMITÉ

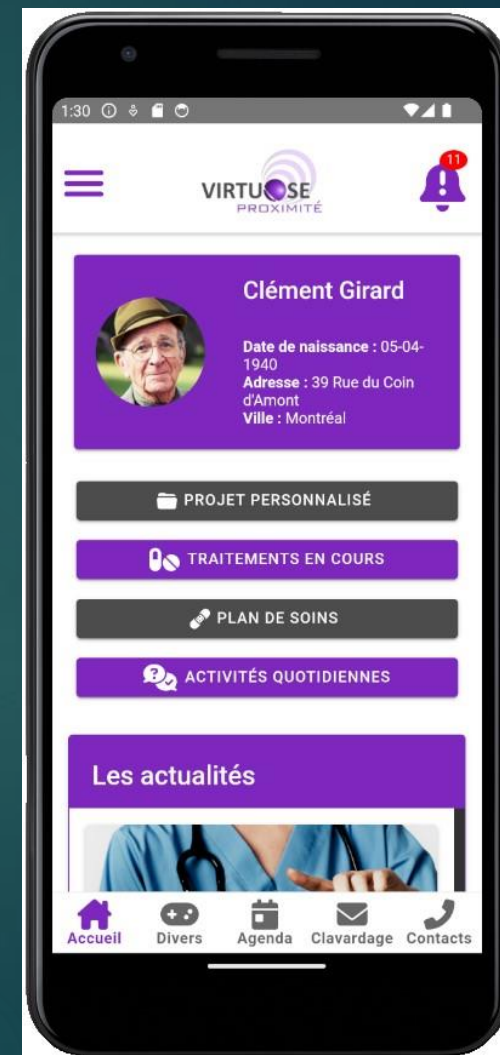


Description

- ✓ Application mobile facilitant l'échange et le partage d'informations entre les familles, les proches aidants, l'utilisateur et le personnel soignant.
- ✓ Permet aux familles et aux aidants de consulter des informations ciblées provenant du dossier de l'utilisateur.
- ✓ Permet des échanges par messageries et vidéoconférence sécurisée.
- ✓ Possibilité de diriger automatiquement des alertes en provenance de Virtuose Console permettant d'inclure le proche aidant dans la démarche d'accompagnement de l'utilisateur.

La communication

IL Y A AUSSI LE PROCHE AIDANT AVEC QUI COMMUNIQUER AINSI QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



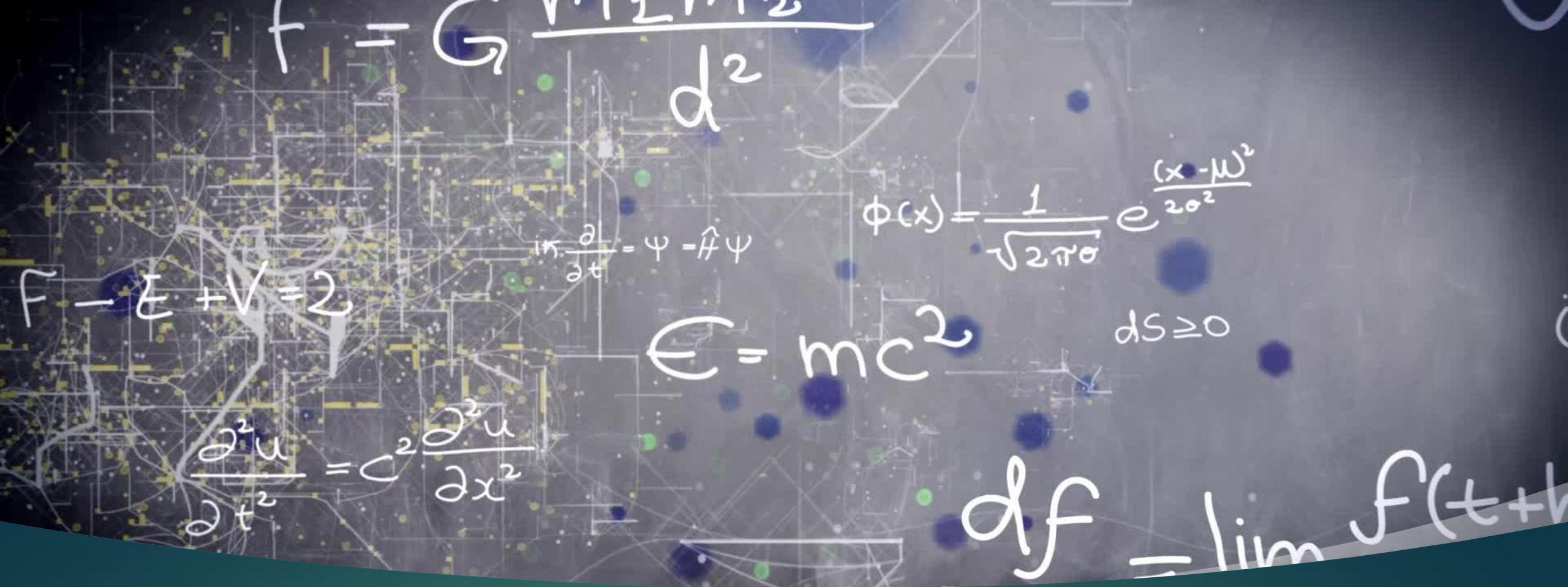
Les développements en IA avec l'assistant vocal

- ▶ Reconnaître les demandes d'aide
- ▶ Détecter les pleurs
- ▶ Identifier la détresse dans la voix

Les maisons des aînés

NOS EMS

Prévenir les SCPD par l'architecture



Faut-il changer notre modèle?

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE NOS MILIEUX DE VIE



Architecture institutionnelle



Architecture
institutionnelle



Poste
infirmier

Les témoignages des aînés atteints de problèmes cognitifs

► Faits saillants

- Nous nous ennuyons
- Nous nous sentons en captivité
- Nous ne sommes pas chez nous

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study

Marit Mjørud^{1,2*}, Knut Engedal^{1,2}, Janne Røsvik^{1,2} and Marit Kirkevold³

Abstract

Background: Persons with dementia have described life in nursing home as difficult and lonely. Persons with dementia often reside in nursing homes for several years; therefore, knowledge is needed about how quality of life is affected in the nursing-home setting in order to be able to provide the best possible care. The aim of this study was to investigate the personal experience of living in a nursing home over time from the perspective of the person with dementia and to learn what makes life better or worse in the nursing home.

Methods: A phenomenological hermeneutic research design was applied. Unstructured, face-to-face interviews and field observations were conducted twice, three months apart.

Results: Twelve persons residing in three different nursing homes were included. The analysis revealed four themes: "Being in the nursing home is okay, but you must take things as they are"; "Everything is gone"; "Things that make it better and things that make it worse"; and "Persons – for better or worse? Staff, family, and co-residents".

Conclusions: Persons with dementia are able to communicate their feelings and thoughts about their lives in the nursing home and can name several factors that have impacts on their quality of life. They differentiate between members of the staff, and they prefer their primary nurse. They are content with life in general, but everyday life is boring, and their sense of contentment is based on acceptance of certain facts of reality and their ability to adjust their expectations.

Keywords: Phenomenological, Interviews, Dementia, Nursing home, Quality of life

Y a-t-il des
alternatives?

Plusieurs modèles internationaux innovateurs dans l'hébergement des aînés atteints de problèmes cognitifs

34



Ferme Alzheimer,
Pays-Bas



Centre Alzheimer,
Suisse



Village Alzheimer,
Italie



Centre Alzheimer,
Autriche

Plusieurs modèles internationaux innovateurs dans l'hébergement des aînés atteints de problèmes cognitifs

35



Centre Alzheimer,
Norvège



GreenHouse Project,
États-Unis.



Village Alzheimer,
Pays-Bas

Plusieurs modèles internationaux innovateurs dans l'hébergement des aînés atteints de problèmes cognitifs

36



Le Saint-Dominique,
Arcachon, France



Village Langley,
Colombie-Britannique,
Canada



Le Manoir
Suisse

Plusieurs modèles internationaux innovateurs dans l'hébergement des aînés atteints de problèmes cognitifs

37



Green House Urban Model,
États-Unis.



Lantern Group,
États-Unis.



Village Landais,
France.



CareBright Village
Irlande

Est-ce de la poudre aux yeux ou il y a vraiment des bénéfices pour les résidents?

Moins de manifestations d'un besoin compromis (troubles de comportement)

39

Aging & Mental Health, 2016
Vol. 20, No. 1, 100–109, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116>



Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities

Dieneke Smit^{a,b,*}, Jacomine de Lange^c, Bernadette Willemse^{a,b}, Jos Twisk^{d,e} and Anne Margriet Pot^{a,b,e,f}

^aDepartment of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; ^bProgram on Aging, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, The Netherlands; ^cResearch Centre Innovations in Care, Rotterdam University of Applied Sciences, Rotterdam, The Netherlands; ^dDepartment of Methodology and Applied Biostatistics, Faculty of Earth and Life Sciences, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; ^eEMGO⁺ Institute for Health and Care research, Amsterdam, The Netherlands; ^fSchool of Psychology, University of Queensland, Brisbane, Australia

(Received 4 December 2014; accepted 4 May 2015)

Objectives: Involvement in activities is assumed to positively influence the quality of life of people with dementia, yet activity provision in long-term care remains limited. This study aims to provide more insight into the value of activity involvement for domains of the quality of life of long-term dementia care residents, taking resident characteristics and cognitive status into account.

Method: Data were derived from 144 long-term care facilities participating in the second measurement (2010/2011) of the living arrangements for dementia study. Amongst 1144 residents, the relationship between time involved in activities (activity pursuit patterns; RAI-MDS) and quality of life (Qualidem) was studied using multilevel linear regression analyses. Analyses were adjusted for residents' age, gender, neuropsychiatric symptoms, ADL dependency and cognition. To check for effect modification of cognition, interactions terms of the variables activity involvement and cognitive status were added to the analyses.

Results: Despite resident's cognitive status, their activity involvement was significantly related to better scores on care relationship, positive affect, restless tense behaviour, social relations, and having something to do. A negative relationship existed between the activity involvement and positive self-image. The explained variance in the quality of life between residents caused by the activity involvement was small.

Conclusion: Activity involvement seems to be a small yet important contributor to higher well-being in long-term care resident at all stages of dementia. Adjusting activities to individual preferences and capabilities might enlarge this relationship. Further research is needed to confirm this hypothesis, using measurement instruments less sensitive to recall bias and differentiating between the active and passive activity involvement.

Effects of Physical Environment on Health and Behaviors of Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities

A Longitudinal Study

Sook Young Lee, PhD; Habib Chaudhury, PhD; and Lillian Hung, RN, MA

ABSTRACT

The challenges in investigating the effects of the physical environment on residents with dementia include having a sample of comparable study groups and a lack of long-term follow-up evaluation. The current study attempted to address these two challenges by carefully matching residents and analyzing long-term measurement data. The aim of the study was to examine whether residents with dementia ($N = 12$) living in a traditional large-scale setting or a small-scale, home-like setting exhibit any difference in health and behaviors over time. Physical environmental assessment of the two care facilities was conducted using the Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes. Residents' behavioral assessments were performed using three tools at three assessments over a period of 1 year: (a) Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects, (b) Minimum Data Set, and (c) Dementia Care Mapping. The results suggest that older adults with dementia can have increased social interaction and engagement with the support of an optimal physical environment.

[Res Gerontol Nurs. 2016; 9(2):81-91.]

Moins d'anxiété et d'affect négatif

40

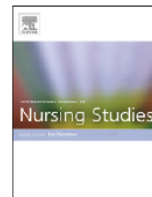
International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 931–940



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Journal of Nursing Studies

journal homepage: www.elsevier.com/ijns



Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: A quasi-experimental study[☆]

Alida H.P.M. de Rooij^{a,b,*}, Katrien G. Luijkx^b, Juliette Schaafsma^c, Anja G. Declercq^d, Peggy M.J. Emmerink^a, Jos M.G.A. Schols^e

^a De Kievitshorst Care Centre, De Wever, Tilburg, The Netherlands

^b Tilburg University, Tranzo Department, Tilburg, The Netherlands

^c Tilburg University, Department of Humanities, Tilburg, The Netherlands

^d K.U. Leuven, Lucas, Leuven, Belgium

^e Maastricht University/Caphri/Department of General Practice, Maastricht, The Netherlands

Kok et al. *Health and Quality of Life Outcomes* (2018) 16:38
DOI 10.1186/s12955-018-0853-7

Health and Quality
of Life Outcomes

RESEARCH

Open Access



Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: an 8-month controlled trial

Jeroen S. Kok^{1*}, Marjan M. A. Nielen² and Erik J. A. Scherder³

Abstract

Background: Quality of life is a clinical highly relevant outcome for residents with dementia. The question arises whether small scaled homelike facilities are associated with better quality of life than regular larger scale nursing homes do.

Methods: A sample of 145 residents living in a large scale care facility were followed over 8 months. Half of the sample ($N = 77$) subsequently moved to a small scaled facility. Quality of life aspects were measured with the QUALIDEM and GIP before and after relocation.

Results: We found a significant Group x Time interaction on measures of anxiety meaning that residents who moved

Meilleure qualité de vie

Special Care Facility Compared with Traditional Environments for Dementia Care: A Longitudinal Study of Quality of Life

Marlene A. Reimer, RN, PhD,* Susan Slaughter, RN, MSc(A),*^{||} Cam Donaldson, PhD,^{†¶}
Gillian Currie, PhD,^{‡‡} and Michael Eliasziw, PhD^{§§}

(See editorial comments by Dr. Steven Albert on pp 1214–1215)

OBJECTIVES: To compare the effect of a specialized care facility (SCF) on quality of life (QoL) for residents with middle- to late-stage dementia over a 1-year period with residence in traditional institutional facilities.

DESIGN: A prospective, matched-group design with assessments of QoL every 3 months for 1 year.

SETTING: Twenty-four long-term care centers and four

RESULTS: The intervening SCF group demonstrated less decline in activities of daily living, more sustained interest in the environment, and less negative affect than residents in the traditional institutional facilities. There were no differences between groups in concentration, memory, orientation, depression, or social withdrawal.

CONCLUSION: The present study suggests that QoL for

Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2005; 12: 4–9



ORIGINAL ARTICLE

Study on factors associated with changes in quality of life of demented elderly persons in group homes

YUUKA FUNAKI^{1,2}, FUMIKO KANEKO¹ & HITOSHI OKAMURA¹

¹Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Hiroshima University, ²Hatsudai Rehabilitation Hospital, Japan

Quality of life of residents with dementia in a group-living situation An approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan

Miharu NAKANISHI*, Taeko NAKASHIMA* and Kanae SAWAMURA*

Objectives Group living is an approach that can create small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. The aim of the present study was to examine quality of life (QOL) of residents with dementia in group-living situations.

Methods The group-living group consisted of facilities that formed residential units. Each unit had a common area and stable staff assignments. The control group consisted of facilities that did not form residential units. The quality of life instrument for Japanese elderly with dementia (QLDJ) scale was used to rate QOL by direct care workers of 616 residents with dementia from 173 facilities in the group-living group and 750 residents from 174 facilities in the control group. QOL was based on the following subscales: interacting with surroundings; expressing oneself; and experiencing minimal negative behavior.

Results Multilevel regression analyses demonstrated a significantly greater QOL with respect to interacting with surroundings, expressing oneself, and experiencing minimal negative behavior for residents with dementia in the group-living group compared to the control group, as measured by the QLDJ. The total QLDJ score was also significantly higher for the group-living group.

Clustered domestic residential aged care in Australia: fewer hospitalisations and better quality of life

Suzanne M Dyer^{1,2}, Enwu Liu^{1,3}, Emmanuel S Gnanamanickam^{1,2}, Rachel Milte^{1,4}, Tiffany Easton^{1,2}, Stephanie L Harrison^{1,2}, Clare E Bradley^{1,5}, Julie Ratcliffe^{2,4}, Maria Crotty^{1,2}

The known Models for providing residential care are changing around the world, with increasing emphasis on care in home-like environments. Large residential aged care facilities are still typical in Australia.

The new A clustered, domestic model of residential aged care was associated with fewer hospitalisations and emergency department presentations and higher quality of life for residents, without increasing whole of system costs.

The implications Smaller scale, clustered domestic models of care may better meet the preferences of residents and their families, and also improve health and quality of life outcomes for older people, at similar or lower costs.

Abstract

Objective: To compare the outcomes and costs of clustered domestic and standard Australian models of residential aged care.

Design: Cross-sectional retrospective analysis of linked health service data, January 2015 – February 2016.

Setting: 17 aged care facilities in four Australian states providing clustered (four) or standard Australian (13) models of residential aged care.

Participants: People with or without cognitive impairment residing in a residential aged care facility (RACF) for at least 12 months, not in palliative care, with a family member willing to participate on their behalf if required. 901 residents were eligible; 541 consented to participation (24% self-consent, 76% proxy consent).

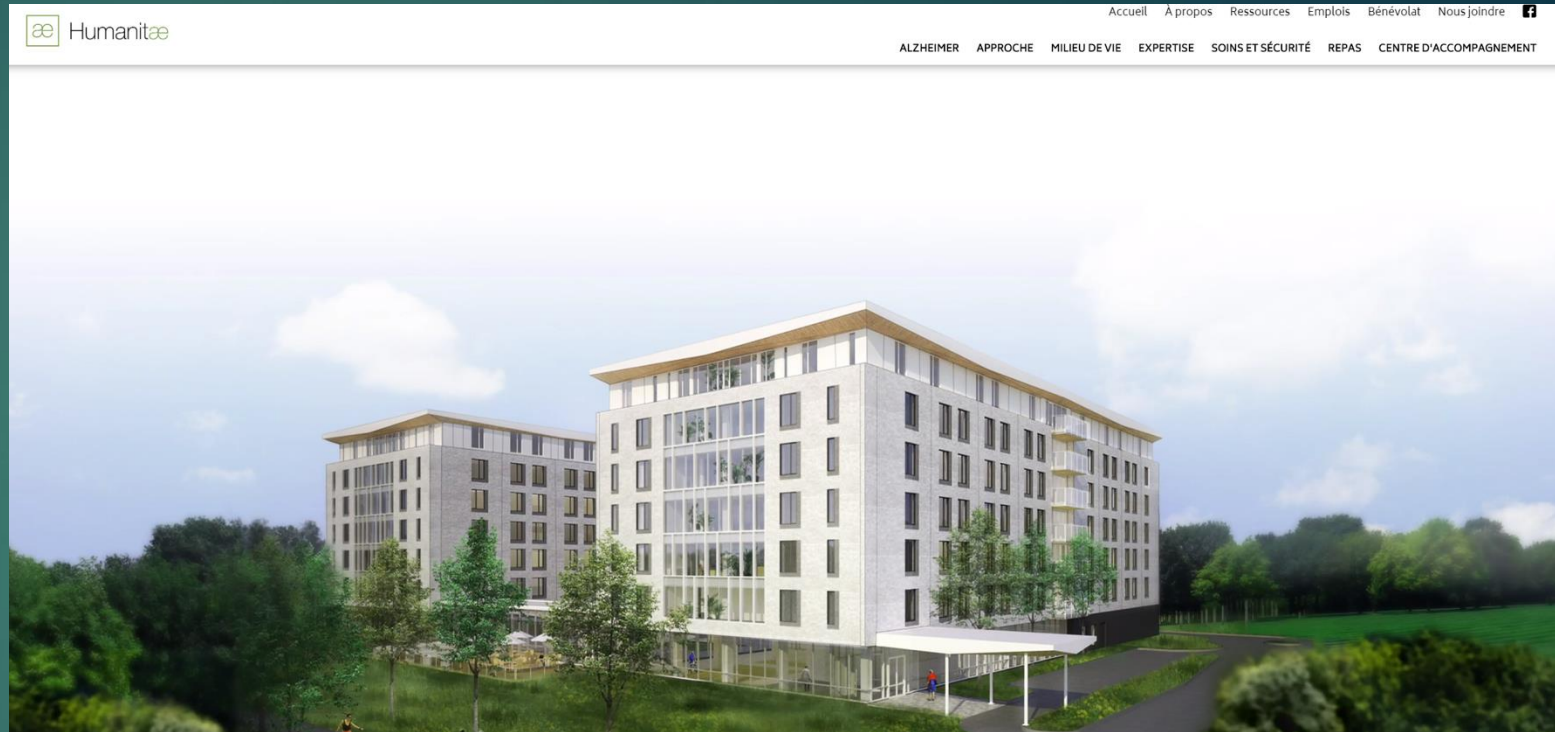
HUMANITAE

FRANÇOIS AUDET

NATHALIE PARÉ

ISABELLE VACHON

COLLABORATEUR : PHILIPPE VOYER



www.Humanitæ.ca



























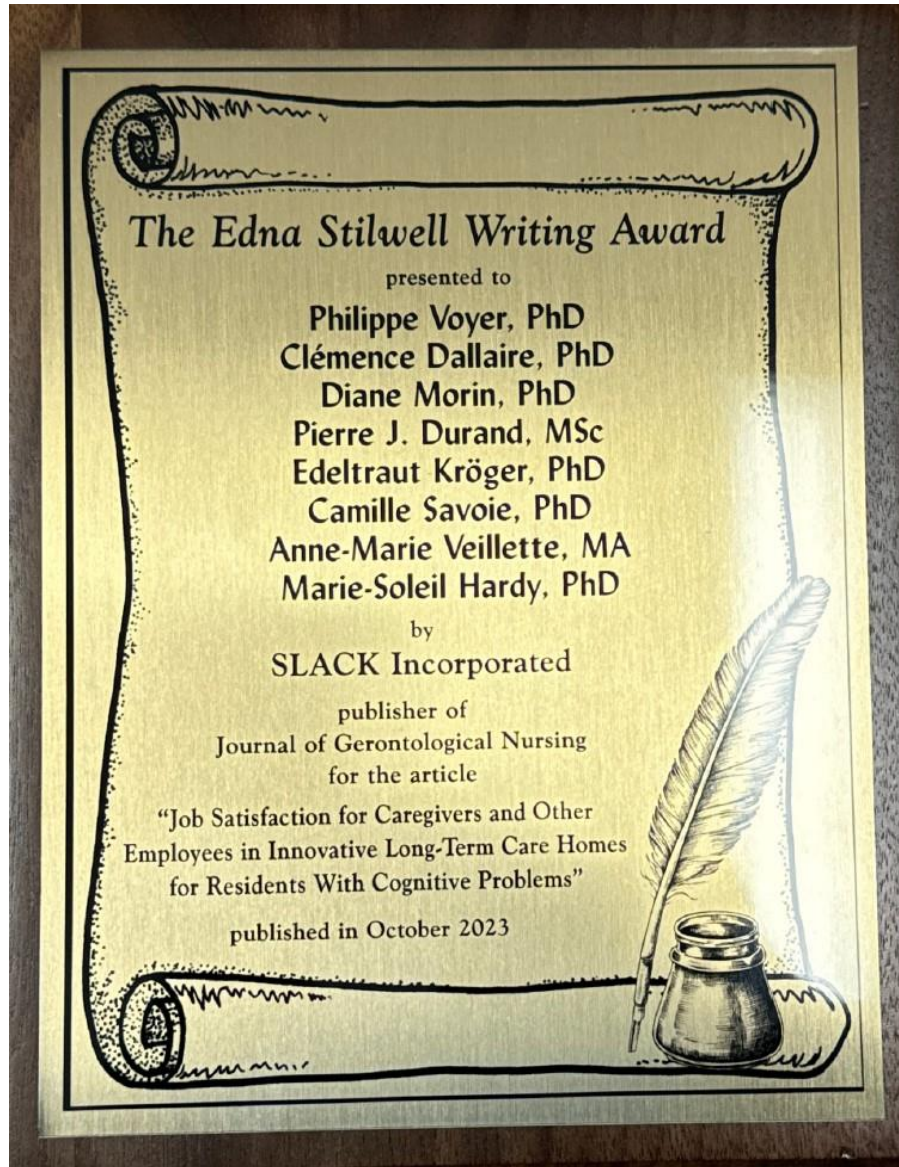




PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES À PRIVILÉGIER : MILIEUX DE VIE NOVATEURS POUR AÎNÉS

Résumé du rapport de recherche

Philippe Voyer, Marie-Soleil Hardy, Anne-Marie
Veillette, Sylvie Rey



Job Satisfaction for Caregivers and Other Employees in Innovative Long-Term Care Homes for Residents With Cognitive Problems

Marie-Soleil Hardy, PhD; Philippe Voyer, PhD; Clémence Dallaire, PhD; Diane Morin, PhD; Pierre J. Durand, MSc; Edeltraut Kröger, PhD; Camille Savoie, PhD; and Anne-Marie Veillette, MA

ABSTRACT

New housing models have emerged in Europe, Australia, the United States, and Canada. Intended for individuals with neurocognitive disorders, these models are characterized by a philosophy centered on the person, self-determination, liberty of choice, flexibility of care, acceptance of risk, and autonomy. Work and care are organized according to the pace and preferences of residents. The current multiple case study highlights the main sources of job satisfaction for caregivers and other employees in four innovative residential settings. Five themes are addressed as perceived by 58 employees: *Work Motivation, Work Organization, Collaboration and Decision-Making Latitude, Quality of Work Life, and Continuing Education*. These data will help inform clinical staff, policymakers, and the scientific community about clinical and organizational practices that contribute to job satisfaction in innovative residential settings. [*Journal of Gerontological Nursing*, 49(10), 36-43.]

For many years, the long-term care workforce has been characterized by overall staffing shortages and insufficient worker-to-resident ratios to provide adequate care. Literature demonstrates that long-term care staff

are at high risk for burnout, occupational stress, physical injury, and job insecurity (Hunter et al., 2020). Working with residents with neurocognitive disorders, which requires complex skills and competencies, tends to be

underrecognized, contributing to undesirable working conditions, poor job satisfaction, and understaffing. Therefore, the work experience of long-term care staff needs to change. Compared to conventional long-term environments, new housing models for clients with neurocognitive disorders offer a complete paradigm shift for care and the configuration of the physical environment.

This paradigm shift has become more significant since the early 2000s, as innovative long-term care homes (ILTCs) have emerged in Europe, Australia, the United States, and Canada (Brawley, 2006; Chalfont & Walker, 2012; de Boer et al., 2018). Green Houses, Care Villages, and Care Farms are some examples. These settings are characterized by a philosophy centered on liberty of choice, self-determination, flexibility of care, autonomy, and acceptance of risk. The residential and home-like environment of these models, where daily life approaches a sense of living at home, is distinct from conventional or hospital-like models (Davis et al., 2009; Fleming et al., 2016; Smit et al., 2012). The organization of work, oriented toward meeting the physical,

From Faculty of Nursing Science (M.-S.H., P.V., C.D., D.M., C.S.), Faculty of Medicine (P.J.D.), and Faculty of Pharmacy (E.K.), Université Laval; Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CIUSSS de la Capitale Nationale (E.K.), Québec; and Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, Lévis (A.-M.V.), Québec, Canada.

Disclosure: The authors have disclosed no potential conflicts of interest, financial or otherwise.

Funding: This work was funded by the Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Acknowledgment: The authors thank Mr. Pierre-Hugues Carmichael, biostatistician, for statistical consultation and analysis.

Address correspondence to Marie-Soleil Hardy, PhD, Faculty of Nursing Science, Université Laval, 1050 Avenue de la Médecine, Québec, QC, G1V 0A6, Canada; email: Marie-Soleil.Hardy@fsi.ulaval.ca.

Received: April 5, 2023. Accepted: August 4, 2023.

doi:10.3928/00989134-20230918-02

Détecter les inconforts
physiques pour prévenir
les douleurs et les SCPD



Prévenir les altercations
physiques, l'errance
intrusive et les chutes

Caméras et détecteurs acoustiques

63



Etat : Pas de chute Nb personne : 0 Confiance : 0
Mode de detection : detection personnes
Mode d'execution : En execution

Chute

Le résident tombe vers l'avant

Des développements en cours

65

Chambre

- Le résident s'assis dans son lit
- L'encombrement des lieux qui augmente les risques de chute
- Le résident demande de l'aide ou il pleure

Salle commune

- Altercation entre résidents
- Chute

Cour extérieure

- Chute
- Exposition au froid

Soins à domicile

- Transferts des données modifiées pour préserver la vie privée
- Manger, boire, mobilité, chute, demande d'aide, etc.



AWAKE AI

Voici **LISA**



Sans
camera



Rien à
Porter



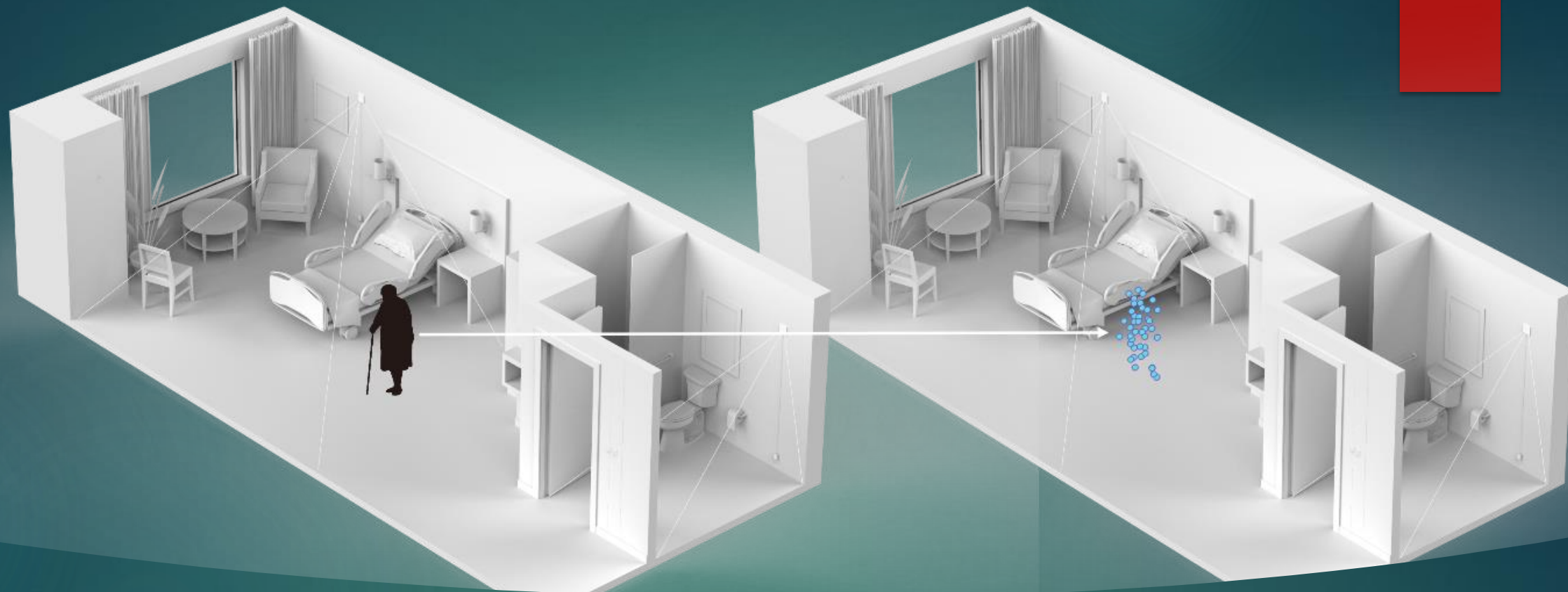
Installation
simple



Autonome



En temps
réel



La réalité clinique

IL Y A AUSSI LE RISQUE DE CHUTE À DÉTECTER



LivingSafe™



Résidents



Chambre

Statut

1



Sortie de chambre

2



Dans la chambre

3



Au lit

4



Au lit

5



Dans la chambre

6



Salle de bain

7



Dans la chambre

8



Dans la chambre

9



Au lit

10



Dans la chambre

11



Sortie de chambre

12



Sortie de chambre

13



Salle de bain

14



Dans la chambre

15



Sortie de chambre

16



Au lit

17



Dans la chambre

18



Au lit

19



Dans la chambre

20



Dans la chambre

21



Dans la chambre

22



Au lit

23



Au lit

24



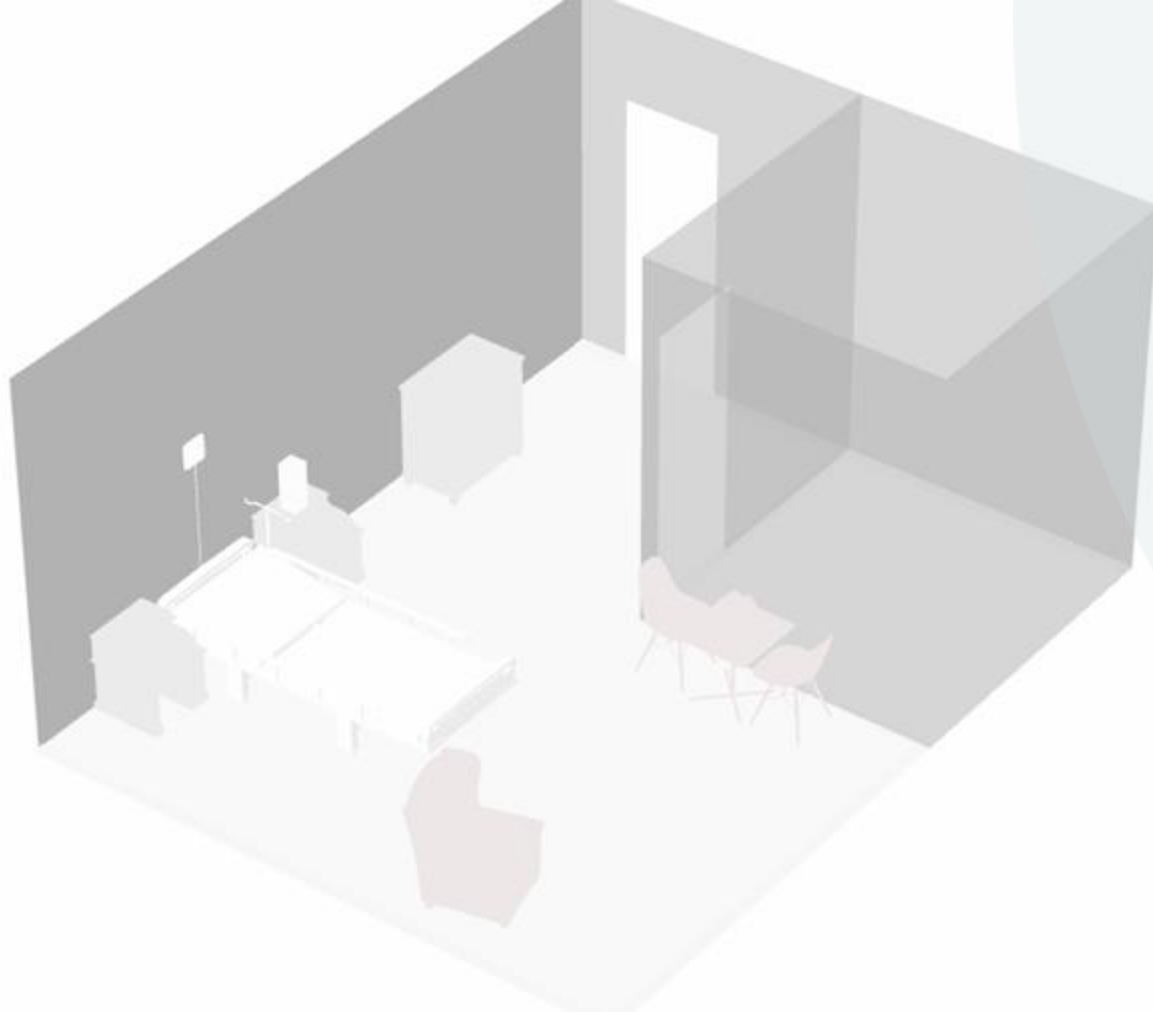
Sortie de chambre



LivingSafe



LivingSafe



Détection de chutes



Détection de sortie de lit

Prévenir les SCPD en
favorisant la liberté tout en
prévenant les égarements
et les chutes

AirrBelt

[Société](#) [Produits](#) [FAQ](#) [Contact](#) [Distributeurs](#) [Boutique](#) [Mon compte](#)

Perte d'équilibre

Détection de ma chute

Air bag gonflé

Impact au sol

La réalité clinique

IL Y A AUSSI LA PROTECTION POUR LES CAS PLUS LOURDS



www.airrbelt.ch



Prévention des SCPD par la prévention de l'inconfort

L'indicateur de Changement TENA SmartCare^{MC}



1

Le capteur réutilisable avec émetteur

se fixe à l'extérieur des produits absorbants TENA pour surveiller la saturation urinaire



2



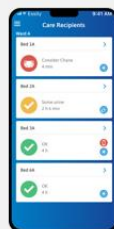
Les informations saisies sont transmises à un serveur sécurisé à des fins d'interprétation



3

L'application TENA SmartCare

- **Aviser les soignants** lorsque les produits TENA approchent de leur capacité maximale
- **Aide à prendre des décisions fondées sur des faits** en ce qui concerne le moment où le produit de chaque individu doit être changé



4

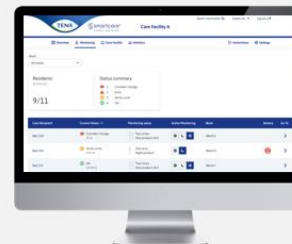


Tableau de bord TENA SmartCare

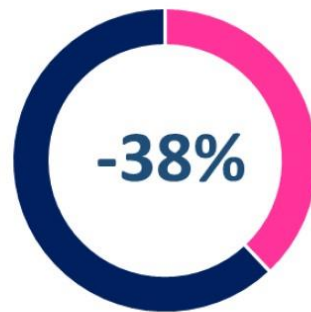
fournit une vue d'ensemble de l'incontinence, affichant des résumés et des statistiques, y compris le temps de réponse du personnel

Effets observés sur lors de l'utilisation de l'Indicateur de Changement TENA SmartCare^{MC}

CHSLD Ste-Rose, 29 avril – 21 juin 2024, n = 9



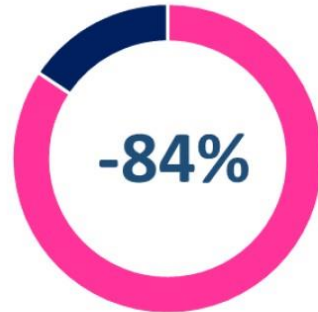
Changements de Produits



Une réduction de 35% le jour.

Une réduction de 41% la nuit

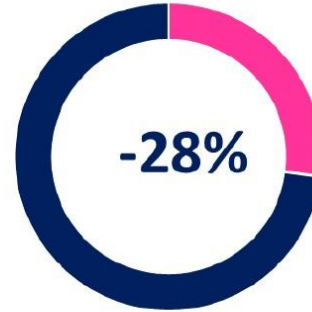
Fuites la nuit



Note: 6 des 9 résidents ont des fuites de jour lors de la mesure 1 mais aucune fuites à la mesure 0.

Ceci peut être expliqué par le temps de réponse moyen de 1h57 min le jour durant la mesure 1. Et temps moyen de 20 min la nuit.

Charge de Travail



Une réduction moyenne de 11 minutes par résident par jour.

Soit une réduction moyenne de 66,5 heures par résident par année

Budget

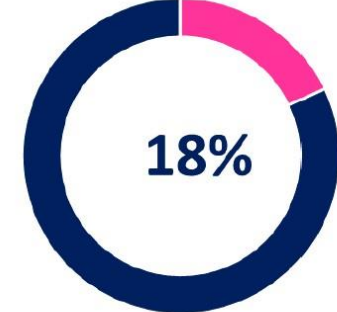


Une réduction moyenne de \$ 1 930 par résident par année

Coûts de la technologie* par résident de \$ 815 pour la première année incluant frais d'implémentation, \$755 les autres années

\$1 115 épargnes net par résident pour la première année, \$1 175 les autres années

Temps Non-Perturbé La Nuit



Une augmentation de 1h 22 min de temps non-perturbé la nuit.

De 7h 44 au début de l'essai à 9h 06 à la mesure 1

* Soins de la peau et des plaies ainsi que la gestion des déchets exclus

* Coûts des technologies calculées sur une base de 100 résidents

Conclusion

Combinaison gagnante
de l'écosystème centrée
sur la personne

- ▶ Clinique
- ▶ Scientifique
- ▶ Dynamique
- ▶ Ouvert
- ▶ Évolutif
- ▶ Compétitif

