

Rapport public initial

Date d'émission du rapport : 12 septembre 2024**Numéro d'inspection** : 2024-1450-0005**Type d'inspection** :

Inspection proactive de la conformité

Titulaire de permis : The Ontario Mission of the Deaf**Foyer de soins de longue durée et ville** : Bob Rumball Home for The Deaf, Barrie

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 19 au 22 août, du 26 au 30 août et le 3 septembre 2024

L'inspection concernait :

- Le dossier : n° 00124147 – Inspection proactive de la conformité

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes
Prévention et gestion de la peau et des plaies
Alimentation, nutrition et hydratation
Gestion des médicaments
Conseils des résidents et des familles
Foyer sûr et sécuritaire
Prévention et contrôle des infections
Prévention des mauvais traitements et de la négligence
Personnel, formation et normes de soins
Amélioration de la qualité
Droits et choix des personnes résidentes
Gestion de la douleur

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Recyclage

Problème de conformité n° 001 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 82 (4) de la LRSLD (2021)

Formation

Paro 82 (4) Le titulaire de permis veille à ce que les personnes qui ont reçu la formation visée au paragraphe (2) se recyclent dans les domaines visés à ce paragraphe aux moments ou aux intervalles que prévoient les règlements.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'un membre du personnel complète sa formation annuelle du programme de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Justification et résumé

Le directeur ou la directrice des soins infirmiers (DSI) a déclaré que le personnel doit suivre une formation annuelle au sujet de la PCI sur Surge Learning.

L'examen des dossiers de formation au sujet de la PCI sur Surge Learning d'un membre du personnel a montré que la formation 2023 n'avait pas été suivie.

Le fait de ne pas avoir veillé à ce qu'un membre du personnel suive la formation annuelle au sujet de la PCI peut avoir augmenté le risque de propagation d'infections dans le foyer.

Sources : Entretien avec le ou la DSI, dossier de formation de Surge Learning

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 002 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Paragraphe 24 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que la température ambiante du foyer soit maintenue à au moins 22 degrés

Celsius.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer soit maintenu à une température minimale de 22 degrés Celsius.

Justification et résumé

Un examen des registres de la température ambiante du foyer pour le mois d'août 2024 indique que la température n'a pas été maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius dans le Chalet du 19 au 22 août 2024, dans la salle à manger D4 le 25 août 2024, et dans la chambre d'une personne résidente le 25 août 2024. Les températures enregistrées étaient comprises entre 19,3 et 21,8 degrés Celsius.

Il y avait un risque d'inconfort pour les personnes résidentes lorsque la température ambiante n'était pas maintenue à un minimum de 22 degrés Celsius.

Sources : Registres de la température ambiante du mois d'août 2024, entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux et nutritionnels.

AVIS ÉCRIT : Température ambiante

Problème de conformité n° 003 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 24 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Température ambiante

Par. 24 (3) La température qui doit être mesurée en application du paragraphe (2) est consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Le titulaire de permis n'a veillé à indiquer que les températures devant être mesurées en vertu du paragraphe (2) doit être consignée au moins une fois le matin, une fois l'après-midi, entre 12 h et 17 h, et une fois le soir ou la nuit.

Justification et résumé

Un examen des registres de température ambiante du foyer pour le mois d'août 2024 a indiqué qu'à de multiples occasions, les températures ambiantes du foyer n'ont pas été enregistrées trois fois par jour, comme cela est requis.

Le fait de ne pas enregistrer et contrôler les températures ambiantes comme il se doit a exposé les personnes résidentes à un risque d'inconfort si les températures ambiantes n'étaient pas maintenues à une température minimale de 22 degrés Celsius.

Sources : Registres de la température ambiante du mois d'août 2024, entretien avec le ou la gestionnaire des services environnementaux et nutritionnels.

AVIS ÉCRIT : Exigences générales

Problème de conformité n° 004 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 34 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Exigences générales

Paragraphe. 34 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille au respect des règles suivantes à l'égard de chacun des programmes structurés exigés aux articles 11 à 20 de la Loi et de chacun des programmes interdisciplinaires exigés à l'article 53 du présent règlement :

4. Le titulaire de permis doit conserver un dossier écrit relatif à chaque évaluation visée à l'alinéa 3 qui comprend la date de l'évaluation, le nom des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des modifications apportées et la date de mise en œuvre de ces modifications.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'évaluation de 2023 du programme de soins de la peau et des plaies comprenne les noms des personnes qui ont participé à l'évaluation, un résumé des modifications apportées et la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Justification et résumé

L'examen du document d'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies (Annual Evaluation of Skin and Wound Care Program), daté du 31 janvier 2024 a montré que le document ne contenait pas le nom des personnes présentes à la réunion, ne contenait pas les modifications apportées et ne contenait pas la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le ou la DSI a déclaré que le document ne contenait pas les noms des personnes présentes à la réunion, ne contenait pas les modifications apportées et ne contenait pas la date à laquelle ces modifications ont été mises en œuvre.

Le fait que le foyer n'ait pas veillé à ce que l'évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies comprenne les renseignements requis peut avoir eu une incidence sur la capacité du foyer à évaluer l'efficacité des modifications apportées au programme.

Sources : Document intitulé évaluation annuelle du programme de soins de la peau et des plaies (Annual Evaluation of Skin and Wound Care Program), entretien avec le ou la DSI

AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies

Problème de non-conformité n° 005 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 55 (2) (b) (iv) du Règl. de l'Ont. 246/22

Soins de la peau et des plaies

Paragraphe 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

(b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par une personne autorisée visée au paragraphe (2.1), si cela s'impose sur le plan clinique;

1) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente, qui présentait une altération de l'intégrité épidermique, soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique qui n'a pas été réévaluée pendant un certain temps.

Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) a déclaré que les plaies

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105
Waterloo, ON, N2V 1K8
Téléphone : 888 432-7901

devaient être réévaluées chaque semaine, mais elle n'a pas pu trouver de réévaluation pendant la période concernée.

Le fait de ne pas réévaluer une altération de l'intégrité épidermique expose la personne résidente à un risque d'altération supplémentaire de l'intégrité épidermique.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes, entretiens avec le personnel

2) Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que l'intégrité épidermique altérée d'une personne résidente soit réévaluée au moins une fois par semaine.

Justification et résumé

Une personne résidente présentait une altération de l'intégrité épidermique qui n'a pas été réévaluée pendant un certain temps.

Une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé(e) (IAA) a déclaré que les plaies devaient être réévaluées chaque semaine, mais elle n'a pas pu trouver de réévaluation pendant la période concernée.

Le fait de ne pas réévaluer une altération de l'intégrité épidermique expose la personne résidente à un risque d'altération supplémentaire de l'intégrité épidermique.

Sources : Dossiers cliniques de la personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 006 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (1) 5 du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que le foyer offre un service de restauration et de collation qui comprend au minimum les éléments suivants :

5. Le service de la nourriture et des liquides à une température sûre et appétissante pour les résidents.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le foyer dispose d'un service de restauration comprenant des aliments servis à une température sûre et appétissante pour les personnes résidentes.

Justification et résumé

Lors de l'observation, une aide en diététique n'a pas vérifié la température des aliments froids au point de service.

L'aide en diététique a indiqué que la vérification de la température des aliments avait pour but de s'assurer que les aliments étaient sûrs et appétissants pour les personnes résidentes, et que cela incluait la vérification de la température des aliments froids.

Sources : Observations, entretiens avec le personnel et le ou la DSI

AVIS ÉCRIT : Service de restauration et de collation

Problème de conformité n° 007 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 79 (2) (b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Service de restauration et de collation

Paragraphe 79 (2) Le titulaire de permis veille à ce qui suit :

(b) aucun repas n'est servi à un résident qui a besoin d'aide pour manger ou boire avant que quelqu'un soit disponible pour lui fournir l'aide dont il a besoin.

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce qu'une personne résidente qui a besoin d'aide ne se voie pas servir un repas tant que quelqu'un n'est pas disponible pour lui fournir l'aide dont elle a besoin.

Justification et résumé

Une personne résidente a été jugée à haut risque nutritionnel et devait recevoir un régime alimentaire texturé spécifique et des liquides épaissis spécifiques. Le personnel devait l'aider à s'alimenter.

Lors des observations, un membre du personnel aidait la personne résidente à manger et servait les repas des autres personnes résidentes en même temps. La personne résidente a été observée seule avec son repas, sans aide pour manger, pendant près de 10 minutes.

Une autre personne résidente était considérée comme présentant un risque nutritionnel élevé et devait être constamment encouragée, assistée ou alimentée à l'heure des repas. Le programme de soins indique que la personne résidente doit être accompagnée pendant les repas.

Lors de l'observation des repas, celles-ci avaient leur repas sous les yeux, sans aucune aide.

Le ou la gestionnaire de la nutrition et de l'environnement a indiqué qu'un repas ne devait être servi à une personne résidente qui a besoin d'une aide pour manger que lorsqu'un membre du personnel est disponible pour s'asseoir et l'aider pendant toute la durée du repas. Il ou elle a déclaré que si la nourriture était laissée sur la table pendant un certain temps, elle risquait de ne plus être appétissante pour la personne résidente.

Sources : Observations des repas, entretien avec le ou la gestionnaire de la nutrition et de l'environnement.

AVIS ÉCRIT : Évaluation trimestrielle

Problème de conformité n° 008 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Évaluation trimestrielle

Paragraphe 124 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres d'une équipe interdisciplinaire, devant notamment comprendre le directeur médical, l'administrateur du foyer, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels et le fournisseur de services pharmaceutiques, se rencontrent au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments au foyer et recommander les modifications à y apporter pour

l'améliorer. Paragraphe 124 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce les membres d'une équipe interdisciplinaire notamment le directeur médical, de l'administrateur du foyer, du directeur des soins infirmiers et personnels et du fournisseur de services pharmaceutiques, se réunisse au moins une fois tous les trois mois pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments dans le foyer et pour recommander les modifications à y apporter pour l'améliorer.

Justification et résumé

Le 21 août 2024, une réunion interdisciplinaire a eu lieu pour évaluer l'efficacité du système de gestion des médicaments dans le foyer. Le ou la directeur des soins infirmiers et l'administrateur ou l'administratrice étaient présents à la réunion. Le directeur ou la directrice médical(e) et le fournisseur de services pharmaceutiques n'ont pas assisté à cette réunion.

Lorsque tous les membres requis n'ont pas été inclus dans l'évaluation trimestrielle, les suggestions d'amélioration émanant de toutes les personnes requises n'ont pas pu être prises en considération.

Sources : Évaluation trimestrielle, feuille de présence, discussion avec l'administrateur ou l'administratrice.

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 009 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : sous-alinéa 168 (2) 6. i du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (2) Le rapport exigé au paragraphe (1) doit comprendre les renseignements suivants :

6. Un relevé écrit de ce qui suit :

i. les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée et les soins, services, programmes et biens qui y sont fournis, compte tenu des résultats documentés du sondage effectué pendant l'exercice en vertu de l'alinéa 43 (5) b) de

la Loi, les dates auxquelles ces mesures ont été mises en œuvre et le résultat de ces mesures,

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration continue de la qualité du foyer pour le dernier exercice comprenne les dates auxquelles les mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée ainsi que les soins, les services, les programmes et les biens, fondés sur la documentation des résultats des sondages sur l'expérience des résidents et des familles, ont été mises en œuvre et les résultats de ces mesures.

Justification et résumé

Le plan d'amélioration continue de la qualité pour le foyer Bob Rumball Home for the Deaf 2024-2025 (Continuous Quality Improvement Plan for the Bob Rumball Home for the Deaf 2024-2025) ne comprenait pas les résultats des mesures prises pour améliorer le foyer de soins de longue durée sur la base des résultats du sondage mené au cours de l'exercice financier en vertu de l'alinéa 43 (5) (b) de la Loi.

Le ou la DSI a confirmé que le rapport n'incluait pas les résultats des mesures entreprises par le foyer pour améliorer le foyer de soins de longue durée.

Le fait de ne pas inclure les résultats des mesures prises par le foyer sur la base des résultats du sondage a été une occasion manquée de suivre et de partager les progrès du foyer.

Sources : Entretien avec le ou la DSI, plan d'amélioration continue de la qualité pour le foyer Bob Rumball Home for the Deaf 2024-2025 (Continuous Quality Improvement Plan for the Bob Rumball Home for the Deaf 2024-2025)

AVIS ÉCRIT : Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Problème de conformité n° 010 Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1 de la LRSLD (2021)

Non-respect du : Paragraphe 168 (3) du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapport sur l'amélioration constante de la qualité

Paragraphe 168 (3) Le titulaire de permis veille à ce qu'une copie du rapport soit remise au conseil des résidents et au conseil des familles, s'il y en a un.

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée

Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

District du Centre-Ouest

609, rue Kumpf, bureau 105

Waterloo, ON, N2V 1K8

Téléphone : 888 432-7901

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité soit communiqué au conseil des résidents.

Justification et résumé

Les procès-verbaux des réunions du conseil des résidents (CR) examinés n'indiquaient pas que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité avait été partagé avec le CR.

Le ou la DSI a déclaré que le rapport sur l'amélioration constante de la qualité n'avait pas été communiqué au CR.

Le fait de ne pas communiquer le rapport sur l'amélioration constante de la qualité au CR a été une occasion manquée pour le CR de faire part de ses commentaires et de sa rétroaction.

Sources : Entretien avec le ou la DSI, examen des procès-verbaux des réunions du CR