

# WRHA Annual Report

2017-18



September 28, 2018



Winnipeg Regional  
Health Authority

Office régional de la  
santé de Winnipeg

# Contents

2	Who is the WRHA?
	• Health service facilities operating within the WRHA
6	Health Services Message from the interim President and CEO
10	Message from the Board Chair
15	Letter of Transmittal and Accountability
16	Past and Current Members of the Board
20	Strategic Plan
22	Public Compensation Disclosure
23	Public Interest Disclosure Annual Report
25	Our Stories
	• First phase of Healing our Health System successful
	• The creation of Shared Health
	• Priority Home already providing benefits for patients, families and health-care staff
	• A balanced approach to better, sustainable health care
	• Walk-In Connected Care sites extend access to primary care
	• Transfer of care improvements allow WFPS crews more service time in Winnipeg communities
59	Enterprise Risk Management
60	Critical Incident Process
62	Client Relations
65	Statistics
79	French Language Services
94	Financials
	• Summarized Consolidated Statement of Financial Position
	• Summarized Consolidated Statement of Operations
	• Budget Allocation by Sector and Major Expense
	• Administrative Cost Report
	• Administrative Costs and Percentages for the WRHA
	• Manitoba eHealth Operating Results

## Who is the WRHA?

---

The Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) co-ordinates and delivers health services and promotes well-being within the Winnipeg and Churchill geographical areas. The WRHA is home to Manitoba's two tertiary hospitals: Health Sciences Centre Winnipeg (HSC Winnipeg), the largest teaching hospital and provincial trauma centre, and St. Boniface General Hospital (SBGH), a Catholic teaching hospital housing a spectrum of services, including the Cardiac Sciences Program.

The WRHA's role is defined largely under the Regional Health Authorities Act. In carrying out its responsibilities in the provision and delivery of health-care services, it directly manages or contracts with others to provide a wide range of health-care services. The WRHA collaborates with community, government and other health partners to protect and enhance the health and well-being of our community. It also relies on a dedicated team of health-care professionals and support staff to achieve its mission.

The WRHA is governed by a community board of directors appointed by the Minister of Health. Its integrated leadership model includes the Executive Council, the Senior Operations Leadership Council (SOLC) and the Clinical Program Council (CPC).

The WRHA maintains an accredited status, meaning it has succeeded in meeting the fundamental requirements of Accreditation Canada's Qmentum accreditation program.

### Our Region

The WRHA serves residents of the city of Winnipeg, as well as the northern community of Churchill and the rural municipalities of East and West St. Paul, representing a total population of more than 700,000. The WRHA also provides health-care support and specialty referral services to nearly half a million Manitobans who live beyond these boundaries, as well as residents of northwestern Ontario and Nunavut, who often require the services and expertise available within the WRHA.

### Our People and Facilities

Among the largest employers in Manitoba, the WRHA employs more than 28,000 people. With an annual operating budget of nearly \$2.6 billion, the WRHA is the largest health authority in the province, and operates or funds over 200 health service facilities and programs.

### Organizational changes

**On June 28, 2017**, the Board of Directors announced a change to the management structure of the WRHA. The Board welcomed Vice-President and Chief Operating Officer, Réal Cloutier, to the role of interim President and Chief Executive Officer (CEO) until a permanent CEO is selected following a national search.

The Board of Directors would like to thank outgoing President and CEO, Mr. Milton Sussman, for his many years of dedicated service to the WRHA and to the health system in Manitoba.

**On Sept. 1, 2017**, Réal Cloutier announced a change in structure of the WRHA following the creation of Shared Health. The WRHA has made the following adaptations to its organizational structure:

- There will be two areas of focus reporting to interim President and CEO:
  - Clinical Operations and
  - Support functions that remain with WRHA.
- Within Clinical Operations, there will be three roles:
  - Vice-President and Chief Medical Officer – Dr. Bruce Roe
    - Responsible for medical directors, quality and patient safety and physician assistants.
  - Chief Health Operations Officer – Krista Williams
    - Responsible for hospitals, acute care programs and access and transition support.
  - Chief Health Operations Officer – Gina Trinidad
    - Responsible for community areas, health centres, continuing care, and community programs.
- Within Support Services, there will be two roles:
  - Chief Human Resources Officer – Dave Leschasin
    - Responsible for WRHA human resources.
  - Chief Financial Officer – Shelley Hopkins
    - Responsible for finance & analysis.
- Straddling both Clinical Operations and Support Services will be an additional role:
  - Acting Chief Operating Officer and Vice-President, Nursing and Allied Health Professions – Lori Lamont
    - Responsible for clinical informatics, inter-professional education and development, allied health professions, nursing, ethics and accessibility, volunteer services, Local Health Involvement Groups and advisory councils, as well as infection prevention and control.

Executive personnel who transitioned from the WRHA to assume new roles at Shared Health include Dr. Brock Wright, Dr. Catherine Cook and Glenn McLennan.

A current diagram of the organizational chart is available at  
<http://www.wrha.mb.ca/about/files/OrgChart.pdf>.

## **Health Service Facilities Operating Within the WRHA Include:**

### **THREE ACUTE CARE HOSPITALS**

Health Sciences Centre Winnipeg (Tertiary)  
St. Boniface General Hospital (Tertiary)  
Grace Hospital (Winnipeg West Integrated Health and Social Services)

### **THREE COMMUNITY HOSPITALS**

Concordia Hospital  
Seven Oaks General Hospital  
Victoria General Hospital (South Winnipeg Integrated Health and Social Services)

### **FIVE HEALTH CENTRES**

Churchill – J.A. Hildes Northern Medical Unit  
Deer Lodge Centre  
Misericordia Health Centre  
Riverview Health Centre  
St. Amant

### **PERSONAL CARE HOMES (PCH)**

38 PCHs  
10 supportive housing providers

### **COMMUNITY-BASED HEALTH**

13 community health agencies  
Manitoba Adolescent Treatment Centre  
Pan Am Clinic  
82 grant-funded community agencies

### **WALK-IN CONNECTED CARE AND ACCESS CENTRES**

Community-Based Health and Social Services (WRHA and Department of Families Community-Based Services).

- Access Downtown
- Access River East/Transcona
- Walk-In Connected Care Access Fort Garry
- Walk-In Connected Care McGregor
- Walk-In Connected Care Access NorWest
- Walk-In Connected Care Access St. Boniface
- Walk-In Connected Care Access Winnipeg West

### **KEY PARTNERS AND HEALTH RELATIONSHIPS**

Government of Manitoba  
Department of Families (including Social Services, Child Protection, Housing and Income Assistance – Winnipeg Integrated Services)  
Manitoba Health, Seniors and Active Living  
Educational Institutions  
University of Manitoba  
University of Winnipeg  
Université de Saint-Boniface  
Red River College  
Municipal Government  
City of Winnipeg (including the Winnipeg Fire and Paramedic Service, Winnipeg Police Service)  
Town of Churchill  
Community Partners  
End Homelessness Winnipeg  
United Way of Winnipeg  
Santé en Français  
Downtown Winnipeg BIZ  
Winnipeg Chamber of Commerce  
Manitoba Council of Health Care Unions (MCHCU)  
Health Partners  
Shared Health  
CancerCare Manitoba  
Diagnostic Services of Manitoba (DSM)\*  
Manitoba eHealth\*  
Northern Regional Health Authority  
Prairie Mountain Health  
Southern Regional Health Authority  
Interlake-Eastern Regional Health Authority  
Indigenous Organizations  
Assembly of Manitoba Chiefs  
Southern Chiefs' Organization  
Manitoba Keewatinook Ininiw Okimowin (MKO)  
Manitoba Metis Federation

\*Since March 31, 2018, DSM and Manitoba eHealth have become part of Shared Health.

## **Community Health Agencies**

The WRHA funded 13 community health agencies a total of \$53.37 million in the 2017-18 fiscal year. The services of these community health agencies are focused on the delivery of primary care. Mental health services are typically embedded in the primary care services. Specialty services provided include pre- and post-natal care, HIV treatment, crisis intervention, occupational therapy, rehabilitation services, diabetes education and sexuality education.

## **Grant-Funded Agencies**

The WRHA funded 82 additional agencies a total of \$45.05 million in the 2017-18 fiscal year. These agencies deliver services in the following program areas: cardiac rehabilitation, community development, home care, housing support services, mental health, primary care, disabilities services, senior centres and other support services to seniors.

## **WINNIPEG REGIONAL HEALTH AUTHORITY**

650 Main Street

Winnipeg, MB

R3B 1E2

Phone: (204) 926-7000

Fax: (204) 926-7007

[www.wrha.mb.ca](http://www.wrha.mb.ca)

## **Health Services Message from the interim President and CEO**

---

This past year of 2017-18 has been a transformative one for the WRHA as a health organization and for our staff in the provision of health services. In the face of near constant change, we have made significant improvements in wait times and access to health services this past year and have achieved many of the goals we set out for ourselves.

I am proud of our achievements and with the quality of care all staff have continued to offer during this time of change. This past year has reinforced to me the strong, dedicated team of professionals we have working with the WRHA.

As I've indicated in the past, the WRHA has consistently struggled to meet national benchmarks for emergency department (ED) wait times. Our previous efforts to affect change and make improvements were not successful given the inefficient design of our acute care system.

Over this past year, a number of reports were also released by the Province of Manitoba. Those reports, the Health Sustainability Review conducted by KPMG, along with the Wait Times Reduction Task Force report, the Improving Access and Coordination of Mental Health and Addictions Services report and the Provincial Clinical and Preventative Services Planning report, have all supported the need for change and the need to look at our system differently in order to improve it.

The Clinical and Preventative Services Planning report spoke to the need to develop a clinical and preventative services plan for the Province of Manitoba. The author, Dr. David Peachey, also highlighted that in the absence of that plan, our province has developed a health care model that no longer meets the needs of those receiving services. He indicated that the system needed to be redesigned in order to improve outcomes and the overall effectiveness of our system.

KPMG's report identified significant opportunities for improved sustainability and efficiency in our health system, which challenged us to rethink the way we look at resource expenditures within the WRHA. The changes we've made this past year alone are proof that our old methods were not working for us and that innovative thinking and system-wide approaches to change will ensure we move forward and improve the services we offer to Manitobans.

Dr. Peachey's report and the KPMG report helped inform the plans that took shape within Phase I and Phase II of Healing our Health System. Additionally, the Wait Times Reduction Task Force review commissioned by the province also contributed to changes made in Phase II. By examining key strategic and operational recommendations in these reports, and then working with expert clinical leaders, we were able to come up with a plan to redesign our system to make it more effective. This led to our announcement of the Healing our Health System plan in April 2017.

As interim President and CEO, I'm happy to be able to share some of the successes that have resulted from Healing our Health System and the complementary reports that informed that plan. Our staff and physicians should be proud that we were able to meet our balanced budget mandate for 2017-18 and that we are well-positioned to continue to maintain that sustainability as we move well into the 2018-19 fiscal year.

We were able to meet those savings targets while maintaining a high level of quality and safety for patients. With incident reporting showing no spike or trend related to service shifts, it is clear that staff have worked diligently to make transitions as smooth and seamless as possible for those in our care.

In June 2017, the Minister of Health announced the changes related to health transformation and the creation of Shared Health. Shared Health will have a provincial role in development and ongoing management of the provincial clinical and preventative services plan – a plan that will outline where and how services are delivered in the province of Manitoba. HSC Winnipeg will also be moving April 1, 2019 to be part of that organization. Additionally, the role of Manitoba Health, Seniors and Active Living (Manitoba Health) will also be changing to focus more on its core role of managing the health insurance program and commissioning services for the large health-care organizations in Manitoba. All of these changes will have an impact on organizations like the WRHA as we will now be focused in a role as service delivery organization. In 2017-18, we began the process of re-defining our new role and that will continue as transformation work unfolds.

The Board and Executive team of the WRHA have gravitated toward this new role and we are excited to take on the challenge of renewing our focus on providing high-quality health services to those who depend on us. In addition to our focus on patient flow and sustainability, we are now putting a greater focus on quality and safety and how we support ongoing improvement of our health-care system.

It is clear that the WRHA must continue to be nimble to adapt and thrive as new roles are defined and new approaches and structures are introduced into our health system. The successes we have achieved this year reinforce to me that we have the best possible staff, the right leadership team and the right board in place to support these changes going forward.

Sincerely,

**Réal Cloutier**

Interim President and CEO, WRHA

## **Message sur les services de santé du PDG par intérim**

---

Le dernier exercice (2017-2018) a été une année transformatrice pour l'ORSW à titre d'organisme de santé et pour notre personnel dans la prestation de services de santé. En présence de changements presque constants, nous avons apporté des améliorations importantes aux délais d'attente et à l'accès aux services de santé au cours de la dernière année et nous avons atteint bon nombre des objectifs que nous avions établis pour nous-mêmes.

Je suis fier de nos réalisations et de la qualité des soins que tout notre personnel a continué d'offrir pendant cette période de changement. La dernière année m'a confirmé que nous bénéficions d'une forte équipe de professionnels dévoués à l'ORSW.

Comme je l'ai indiqué dans le passé, l'ORSW s'est efforcé avec constance de se conformer aux points de référence nationaux pour les délais d'attente dans les services d'urgence. Nos efforts antérieurs de changement et d'amélioration n'ont pas connu de succès en raison de la conception inefficace de notre système de soins actifs.

Au cours de la dernière année, le gouvernement manitobain a également publié un certain nombre de rapports, soit le Health Sustainability and Innovation Review (examen de la durabilité et de l'innovation dans le système de soins de santé) mené par KPMG, le rapport du groupe de travail sur la réduction des délais d'attente, le rapport Improving Access and Coordination of Mental Health and Addictions Services (améliorer l'accès et la coordination des services de santé mentale et d'aide aux toxicomanes), et le rapport Provincial Clinical and Preventative Services Planning (planification des services cliniques et préventifs provinciaux). Tous ces rapports ont soutenu la nécessité d'un changement et le besoin d'examiner différemment notre système de santé en vue de l'améliorer.

Le rapport sur la planification des services a souligné la nécessité d'élaborer un plan pour les services cliniques et préventifs dans l'ensemble du Manitoba. L'auteur du rapport, le Dr Peachey, a aussi mis en évidence qu'en l'absence d'un tel plan, notre province a élaboré un modèle de soins de santé qui ne répond plus aux besoins des bénéficiaires des services de santé. Il a indiqué que le système avait besoin d'être repensé pour améliorer ses résultats et son efficacité générale.

Le rapport de KPMG a cerné d'importantes possibilités d'amélioration de la durabilité et de l'efficacité de notre système de santé, ce qui nous a mis au défi de repenser notre façon d'envisager les dépenses de ressources au sein de l'ORSW. Les modifications que nous avons apportées cette année seulement sont la preuve que nos anciennes méthodes ne nous convenaient plus et que la pensée innovatrice et les approches systémiques au changement assureront que nous allons de l'avant et améliorons les services que nous offrons aux Manitobains.

Le rapport du Dr Peachey et le rapport de KPMG ont aidé à concevoir les plans qui ont pris forme au cours des phases I et II de l'initiative « Guérir notre système de santé ». De plus, l'examen du groupe de travail sur la réduction des délais d'attente, commandé par le gouvernement provincial, a également contribué aux modifications apportées pendant la phase II. En examinant les principales recommandations stratégiques et opérationnelles de

ces rapports, puis en collaborant avec des responsables de clinique expérimentés, nous avons été en mesure de produire un plan pour repenser notre système afin de le rendre plus efficace. Cela a mené à l'annonce de notre plan « Guérir notre système de santé » en avril 2017.

À titre de président et directeur général par intérim, il me fait plaisir de souligner certaines des réussites du plan « Guérir notre système de santé » et des rapports complémentaires qui ont nourri ce dernier. Notre personnel et nos médecins devraient être fiers du fait que nous avons pu respecter notre mandat d'un budget équilibré en 2017-2018 et que nous sommes bien placés pour continuer de maintenir notre durabilité au cours de l'exercice 2018-2019.

Nous avons été en mesure d'atteindre nos objectifs en matière d'économies, tout en maintenant un niveau élevé de qualité et de sécurité pour les patients. Étant donné que la notification des incidents n'indique aucune pointe ou tendance liée aux changements à la prestation de services, il est clair que le personnel a travaillé avec diligence pour que la transition se fasse le plus possible en douceur et sans problème pour nos patients.

En juin 2017, le ministre de la Santé a annoncé les modifications liées à la transformation du système de santé et la création de l'organisme Soins communs. L'organisme aura un rôle provincial dans l'élaboration et la gestion continue du plan provincial de services cliniques et préventifs — un plan qui précisera où et comment les services seront offerts dans notre province. Le 1er avril 2019, le Centre des sciences de la santé de Winnipeg sera intégré dans Soins communs. De plus, le rôle de Santé, Aînés et Vie Active Manitoba (Santé Manitoba) sera également modifié pour se concentrer davantage sur son rôle de base de gestion du programme d'assurance-maladie et de mise en place de services pour les grands organismes de santé de la province. Toutes ces modifications auront des incidences sur des organismes tels que l'ORSW, car nous nous concentrerons désormais sur un rôle d'organisme de prestation de services. En 2017-2018, nous avons commencé à redéfinir notre nouveau rôle et cela se poursuivra avec le déploiement du travail de transformation.

Le conseil d'administration et l'équipe de direction de l'ORSW se sont rapprochés du nouveau rôle de l'organisme et nous sommes excités de relever le défi du renouvellement de notre concentration sur la prestation de services de santé de qualité élevée aux personnes qui dépendent de nous. En plus de notre accent sur le flux des patients et la durabilité, nous accentuons présentement notre concentration sur la qualité et la sécurité, ainsi que sur les mesures de soutien de l'amélioration continue de notre système de soins de santé.

Il est clair que l'ORSW doit continuer d'être souple pour s'adapter et prospérer dans le contexte de la définition de nouveaux rôles et de l'intégration de nouvelles approches et structures dans notre système de santé. Les succès obtenus cette année renforcent chez moi l'idée que nous avons le meilleur personnel possible, la bonne équipe de direction et le bon conseil d'administration pour soutenir les changements futurs.

Je vous prie d'agréer mes sincères sentiments.

**Réal Cloutier**

Président-directeur général de l'ORSW par intérim

## **Message from the Board Chair**

---

This past year has been a milestone year for the WRHA. On April 7, 2017 we announced our plan, Healing our Health System, that marks the biggest change in a generation for the health system in Winnipeg. The plan, developed by clinical leaders, is designed to provide better access, integration and care for patients in our system. The Board fully supported the plan and is proud of the leaders, teams and staff whose efforts in implementing the plan are making a difference. Phase I of the plan was implemented this year and the evaluation conducted at three months and our continued monitoring show measurable improvements. Put simply, the plan is working. Although we will not see the full effect until all phases are implemented, the improvements in 2017 were significant, including historic lows of patients experiencing long lengths of stay in hospital or waiting in hospital for paneling and placement in long term care. More patients are going home sooner, with added support through the new Priority Home program and home care supports, or to assisted or supportive housing. In addition to the emergency department wait time and other measures that the Board monitors, we have been impressed by these successes. We are doing a better job in 2017 of providing the right care in the right place at the right time.

Phase II of our plan has begun and the Board continues to provide oversight on this important stage that has become deeply embedded into the larger provincial transformation plan. Together, we believe the plans will result in a sustainable health-care system that focuses more broadly on all aspects of care and is more integrated by a provincial plan based on the needs of our diverse population.

I am also pleased to report that we achieved our budget target for 2017-18 that did not end in a deficit for the first time in many years. I'm happy to share that we are also well on our way to maintaining that momentum into 2018-19. The efforts to find efficiencies and sustainable solutions are difficult and disruptive work and we thank the many individuals and partners who collectively make up the WRHA for their contribution to that shared success. We are all ambassadors for the positive improvements that better align our organizations and services, and redesign our programs to better meet the needs of those who depend on us for care.

As Manitoba Health moves forward with health transformation across the province and with the integration of Shared Health into provincial health operations, the role of each health region is shifting. The work of the regional health authorities (RHA) is being realigned to focus on delivery of service while Shared Health will assume responsibility for much of the integrated planning of services that can be co-ordinated province-wide.

To address this shift, the WRHA Board and WRHA Executive engaged in a retreat focused on quality and safety. Together we are refocusing around our role as a clinical service provider with quality and patient safety as our core values. These values have, in turn, contributed to the shared Board and executive priorities for 2018-19.

Recognizing that our success results from the efforts of all the individuals, teams, groups and partners that make up the WRHA, the Board developed a stakeholder relations framework that recognizes those relationships and connections. It supports regular meetings between stakeholder organizations and WRHA executives and Board and guides our connection with the public, patients, families and community organizations, thoughtfully and with the intention. The intrinsic values of respect, trust, collaboration and alignment have never been more important to the WRHA and the health system as a whole. The work ahead in 2017-18 reflects the importance of these shared values and commitments to improving care and sustaining our health system.

In closing, I would like to acknowledge the work of a number of individuals who have been instrumental to the successes of the region this year.

To Minister Kelvin Goertzen we extend our deepest gratitude for his vision and support during his time as Minister of Health. His dedication to improvement enabled the development and launch of our plan that is already making a positive difference. We wish him well in his new portfolio and look forward to working closely with Minister Cameron Friesen in our continued, collaborative efforts to improve the health system across the province.

I also wish to thank the Board members who retired from service this year:

Raquel Godin

# Stuart Greenfield

Their vision, hard work and commitment are greatly appreciated.

In addition, I would like to acknowledge current Board members:

Derek Johannson (Vice-Chair) Maj. Catherine Harris  
Dr. Alaa Awadalla Kiran Kumedian  
Bill Baines Donald Lepp  
Jan Byrd Bruce Matlashewski  
Dawn Daudrich Dr. Judith Scanlan  
Victor Giesbrecht Gord Steeves  
Shannon Stefanson

Finally, I would like to thank Réal Cloutier, interim president and chief executive officer for the WRHA. His leadership and his vision throughout this time of change were vital to the leadership team and the organization as a whole as the region took its first steps towards improvement in Phase I.

I speak for all of us when I say it's an honour and a privilege to serve in this capacity.

Sincerely,  
**Karen Dunlop**  
Board Chair, WRHA

## **Message de la présidente du conseil d'administration**

---

Le dernier exercice a représenté une année charnière pour l'ORSW. Le 7 avril 2017, nous avons annoncé notre plan « Guérir notre système de santé » qui marque le changement le plus important dans une génération du système de santé à Winnipeg. Élaboré par des responsables cliniques, le plan est conçu pour améliorer l'accès aux soins, l'intégration et les soins aux patients dans notre système de santé. Le conseil d'administration a soutenu entièrement le plan et il est fier des dirigeants, des équipes et du personnel dont les efforts de mise en œuvre du plan font toute la différence. La phase I du plan a été mise en œuvre cette année et l'évaluation effectuée trois mois plus tard et notre surveillance continue indiquent des améliorations mesurables. Pour dire les choses simplement, le plan fonctionne. Bien que nous ne puissions pas constater les effets complets du plan avant la mise en œuvre de toutes ses phases, les améliorations apportées en 2017 ont été importantes, y compris des nombres historiquement faibles de patients qui ont de longs séjours à l'hôpital ou attendent à l'hôpital une évaluation et un placement dans un établissement de soins de longue durée. Plus de patients retournent à la maison plus tôt, en bénéficiant de l'aide supplémentaire du nouveau programme Votre chez-vous – Notre priorité ou de mesures de soutien aux soins à domicile, ou sont placés dans des logements avec services de soutien. En plus des délais d'attente dans les services d'urgence et d'autres mesures que surveille le conseil d'administration, les succès nous ont impressionnés. Nous réussissons mieux en 2017-2018 à offrir les soins appropriés, au bon moment et au bon endroit.

La phase II de notre plan a commencé et le conseil d'administration continue d'offrir une surveillance de cette étape importante qui a été intégrée profondément dans le plan de transformation provincial plus englobant. Ensemble, nous croyons que les plans se traduiront par un système de soins de santé plus durable qui se concentre plus largement sur tous les aspects des soins et est plus intégré dans un plan provincial fondé sur les besoins de notre population diversifiée.

Je suis également heureuse de souligner que nous avons atteint notre cible budgétaire en 2017-2018 pour obtenir un exercice non déficitaire pour la première fois depuis de nombreuses années. Il me fait plaisir de mentionner que nous sommes sur la bonne voie pour maintenir notre élan au cours de l'exercice 2018-2019. Les efforts déployés pour découvrir des gains d'efficacité et des solutions durables représentent une tâche difficile et perturbatrice et nous remercions les nombreuses personnes et nos nombreux partenaires qui constituent collectivement l'ORSW de leur contribution à notre réussite commune. Nous sommes tous des ambassadeurs pour les améliorations positives qui intègrent nos organisations et nos services et nous repensons nos programmes pour mieux répondre aux besoins des personnes qui dépendent de nous pour leurs soins.

Plus Santé Manitoba va de l'avant avec la transformation du système de santé dans l'ensemble de la province et plus l'organisme Soins communs est intégré dans les activités provinciales du système de santé, le rôle de chacune des régions sanitaires se déplace. Le travail des offices régionaux de la santé (ORS) se dirige vers une

concentration sur la prestation des services, tandis que Soins communs assumera la responsabilité de la plus grande partie de la planification intégrée des services qui peuvent être coordonnés à l'échelle de la province.

Pour traiter un tel changement, le conseil d'administration et le comité de direction de l'ORSW ont participé à une retraite axée sur la qualité et la sécurité. Ensemble, nous nous recentrons sur notre rôle de fournisseur de soins cliniques en ayant la qualité et la sécurité comme valeurs de base. À leur tour, ces valeurs ont contribué à l'élaboration des priorités partagées par le conseil d'administration et le comité de direction pour l'exercice 2018-2019.

Reconnaissant que nos succès résultent des efforts de tous les particuliers, équipes, groupes et partenaires qui constituent l'ORSW, le conseil d'administration a élaboré un cadre de travail des relations avec les intervenants qui reconnaît ces relations et liens. Il soutient des réunions périodiques entre les organismes intervenants et des membres de la direction de l'ORSW et du conseil d'administration et oriente nos liens attentifs et intentionnels avec le public, les patients, les familles et les organismes communautaires. Les valeurs intrinsèques, de confiance, de collaboration et d'harmonisation n'ont jamais été plus importantes pour l'ORSW et le système de santé dans son ensemble. Le travail accompli en 2017-2018 reflète l'importance de nos valeurs communes et de nos engagements pour l'amélioration des soins et la durabilité de notre système de santé.

En conclusion, j'aimerais reconnaître le travail de certaines personnes qui ont joué un rôle déterminant dans les réussites de notre région cette année.

Au ministre Kelvin Goertzen, nous exprimons notre plus sincère gratitude pour sa vision et son soutien pendant son mandat à titre de ministre de la Santé. Son engagement envers l'amélioration a permis l'élaboration et la mise en œuvre de notre plan, qui a déjà une influence positive. Nous lui adressons tous nos vœux dans ses nouvelles fonctions et nous attendons avec impatience la possibilité de travailler étroitement avec le ministre Cameron Friesen dans un effort continu et coopératif en vue d'améliorer le système de santé dans toute la province.

Je souhaite également remercier les membres du conseil d'administration qui ont quitté le conseil cette année :

Raquel Godin

Stuart Greenfield

Leur vision, leur travail ardu et leur engagement sont grandement appréciés.

De plus, je tiens à reconnaître les membres actuels du conseil d'administration :

Derek Johannson (vice-président)	Maj. Catherine Harris
Dr Alaa Awadalla	Kiran Kumedan
Bill Baines	Donald Lepp

Jan Byrd  
Dawn Daudrich  
Victor Giesbrecht  
Shannon Stefanson

Bruce Matlashewski  
Dr Judith Scanlan  
Gord Steeves

Finalement, j'aimerais remercier Réal Cloutier, président et directeur général par intérim de l'ORSW. Son leadership et sa vision pendant toute la période de changement ont joué un rôle vital pour l'équipe de direction et l'organisme dans son ensemble au moment où la région a fait ses premiers pas vers l'amélioration au cours de la phase I.

Je parle au nom de tous lorsque j'affirme que c'est un honneur et un privilège de servir au conseil d'administration.

Je vous prie d'agréer mes sincères sentiments.

**Karen Dunlop**

La présidente du conseil d'administration de l'ORSW

## **Letter of Transmittal and Accountability**

---

It is my pleasure to present the annual report of the WRHA for the fiscal year ended March 31, 2018.

This annual report was prepared under the Board's direction, in accordance with the Regional Health Authorities Act and directions provided by the Minister of Health, Seniors and Active Living. All material, including economic and fiscal implications known as of July 31, 2018, has been considered in preparing the annual report. The Board has approved this report.

Respectfully submitted,

**Karen Dunlop**

Board Chair, WRHA

## Past and Current Board Members

---

### Past members:

Raquel Godin

Stuart Greenfield

### Current members:



**Karen Dunlop (Chair)**

Karen is educated as a Registered Nurse and Lawyer. She has worked in a variety of leadership roles in the health system, as a regulator, educator, founder and first executive director of a professional association, consultant and lawyer.

Karen has been a Director on a number of provincial and national non-profit boards including the Fred Douglas Society, the Manitoba Museum, Counsel for Post-Secondary Education, the Canadian Nurses Association and the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada. She has also chaired a number of boards during times of great change, including the College of Registered Nurses of Manitoba, and the Canadian Nurses Protective Society.



**Derek Johannson (Vice-Chair)**

Derek has a rich history of community involvement on a number of local and international Boards, including the Winnipeg Chamber of Commerce, True North Sports & Entertainment Inc., Young Presidents' Organization International and Health Sciences Centre Foundation.

In addition to his role with the WRHA Board, he also finds time to sit on the Board of Online Business System, and the advisory boards for the Institute of Corporate Directors Manitoba and Buhler Furniture.



**Dr. Alaa Awadalla**

Dr. Awadalla graduated from medical school in Egypt in 1984 but his penchant for learning saw him repeat his residency, by choice, a second time in England. Dr. Awadalla worked in the United Kingdom and in Newfoundland before landing in Winnipeg.

Dr. Awadalla is committed to improving the patient experience and working to provide minimally invasive procedures for clients across the province. The President of the Medical Presidents Board of Manitoba, Dr. Awadalla is an ex-officio member of the WRHA Board providing insight and reporting from the physician community.



**Bill Baines**

Bill brings over 36 years of business experience to the WRHA. Bill is currently active with the Boards of the Winnipeg Football Club (Blue Bombers), Exchange Income Corporation, the Institute of Corporate Directors – Manitoba Chapter Executive and the Manitoba Museum Foundation Board of Governors.

Bill is the President and CEO of AML Wireless Networks Inc. and is the former President of OMT Technologies Inc. and Intertain Media Inc., and President and COO of Manitoba Telecom Services (MTS).



**Jan Byrd**

An accomplished senior leader in the public sector, Jan Byrd is passionate about reducing harm, improving quality and engaging patients and families in creating safer healthcare systems. Jan was an early adopter and champion of the patient safety movement in Canada, having worked at the Manitoba Institute for Patient Safety as a Program and Policy Analyst, and at St. Boniface Hospital as Manager of Patient Safety, Quality and Patient Relations. Jan is Senior Program Manager at the Canadian Patient Safety Institute (CPSI). She holds a master's degree, in Sociology of Health, Illness and Medicine, and a Lean Certification. Jan is Chair of the Quality, Patient Safety and Innovation Committee on the WRHA Board.



**Dawn Daudrich**

Business Manager and Owner, Dawn Daudrich divides her time between her Churchill-based Lazy Bear Expeditions' eco-tourism office, work on a number of different boards across the province and her family. An active volunteer both within Churchill and in Winnipeg, Dawn is committed to improving business opportunities for Manitobans. Her eco-tourism company operates both out of Churchill and Winnipeg with over 50 employees and she sits on the Chamber for Manitoba, Winnipeg and Churchill.



**Victor Giesbrecht**

Victor is President and co-founder of Trikor Builders, helping hundreds of Winnipeg families find their ideal home. Actively involved in the community, he is also a member of the Board of Directors for the Winnipeg Housing Rehabilitation Corporation, and has volunteered with the Manitoba Home Builders' Association in a number of committees for years.



**Maj. Catherine Harris**

Catherine is a Salvation Army Officer, teaching in Toronto, St. John's and Winnipeg at Booth University College and the College for Officer Training.

Born in Ontario and having lived in a number of cities across the country, Catherine has become a strong advocate for the City of Winnipeg and the Province of Manitoba. Catherine hopes to make a meaningful contribution as a Board member of the WRHA, working towards the holistic health of Manitobans.



**Kiran Kumedan**

With 14 years' experience in business operations, Kiran applies her skills as a Business Consultant and Process Engineer with Online Business Solutions/Wawanesa Insurance in Winnipeg. She has worked with both federal government and health-care organizations. A visible minority herself, Kiran seeks to represent Manitoba's immigrant population and visible minorities on the WRHA Board of Directors and is dedicated to achieving sustainability in the health-care system for future generations.



**Donald Lepp**

Donald is a Senior Manager with Canada Post and a Certified Professional in human resources. Donald is a patient advocate and has experience as a patient caregiver. Both his wife and son have complex cardiac conditions. Donald has a rich volunteer history with organizations such as Stollery Children's Hospital (Edmonton), SOGH, the College of Registered Nurses of Manitoba and the WRHA.



**Bryce Matlashewski**

An Investment Advisor with over a decade of experience in wealth management, Bryce is keen to share his financial expertise with the WRHA board. Raised in a business-minded family, Bryce's upbringing exposed him to a number of family businesses, which complement his degree in economics from the University of Manitoba. His background in business also makes him a great fit as the voice of the *Business Report* live on air with CJOB.

Bryce divides his time between work, his family and the Community Leaders Committee of the United Way.



**Dr. Judith Scanlan**

An Associate Professor in nursing at the University of Manitoba, Judith's leadership expertise is in nursing education and administration.

Judith brings experiences in education, research and leadership, including former Associate Dean, Graduate Programs in Nursing, board governance in acute care and community health-care organizations and Director of international development projects. Judith is passionate about ensuring that all people receive equitable and quality care.



**Gord Steeves**

Gord Steeves is a Partner at the law firm of AVS Law LLP, with a focus on real estate and general litigation.

As a council member for the City of Winnipeg, Gord served as acting-Deputy Mayor for many years, and sat on the Executive Policy Committee. His primary role was as chairperson of the Protection and Community Services Committee, which stewarded the ongoing operations of the Winnipeg Police Service, the Winnipeg Fire Paramedic Service and the Community Services Department of the City of Winnipeg.



**Shannon Stefanson**

Shannon is an advocate for quality improvement and patient safety. She spent the first 18 years of her nursing career performing a variety of different roles in a hospital setting. Shannon currently teaches at the College of Nursing, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba. In addition to her commitment to providing patients a voice, Shannon provides the Board insight into community health, adult education and nursing research.

# STRATEGIC PLAN

## VISION



Healthy People



Vibrant Communities



Equitable Care for All

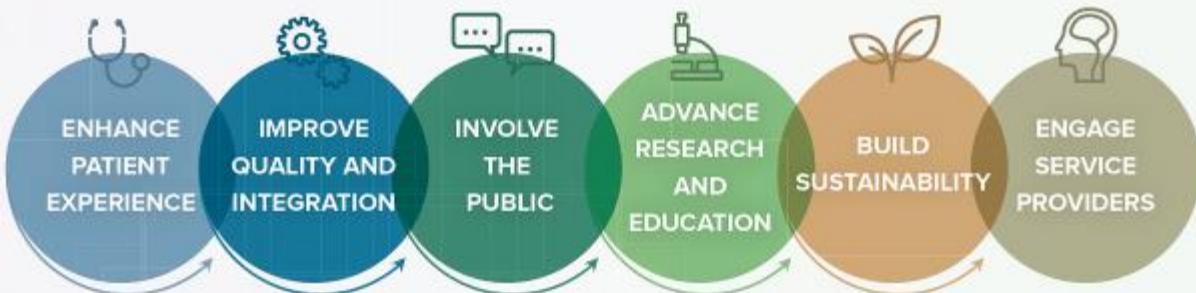
## MISSION

To co-ordinate and deliver **QUALITY, caring services** that promote **HEALTH & well-being.**

## VALUES

**DIGNITY** - as a reflection of the self-worth of every person**CARE** - as an unwavering expectation of every person**RESPECT** - as a measure of the importance of every person**EQUITY** - promote conditions in which every person can achieve their full health potential**ACCOUNTABILITY** - as being held responsible for the decisions we make

## STRATEGIC DIRECTION



## OPERATIONAL STRATEGIES



# PLAN STRATÉGIQUE

## VISION



Des gens en santé



Des communautés dynamiques



Des soins équitables pour tous

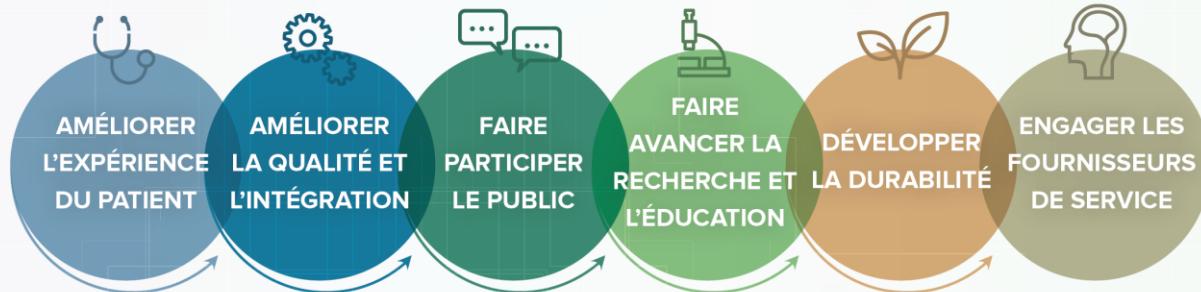
## MISSION

Coordonner et offrir des services de soins de qualité qui favorisent la santé et le bien-être.

## VALEURS

**DIGNITÉ**- Le Reflet de l'estime de Soi de Chaque Personne**SOINS** - Une Attente Inébranlable de Chaque Personne**RESPECT** - La Mesure de l'importance de Chaque Personne**ÉQUITÉ**- Favoriser les Conditions dans Lesquelles Chaque Personne Puisse Réaliser son Plein Potentiel de Santé**RESPONSABILITÉ**- Prendre la Responsabilité des Décisions que l'on Prend

## ORIENTATION STRATÉGIQUE



## STRATÉGIES OPÉRATIONNELLES



17

## Public Compensation Disclosure

---

In compliance with *The Public Sector Compensation Disclosure Act of Manitoba*, interested parties may obtain copies of the WRHA public sector compensation disclosure by contacting:

Winnipeg Regional Health Authority Chief Privacy Officer  
Winnipeg Regional Health Authority  
650 Main Street  
Winnipeg, MB, R3B 1E2  
Phone: (204) 926-7049  
Fax: (204) 926-7007

This report, which has been prepared for this purpose and audited by an external auditor, contains the amount of compensation it pays or provides in the corresponding calendar year for each of its officers and employees whose compensation is \$50,000 or more.

The report only includes the compensation paid to individuals employed by the facilities and services directly owned and operated by the region including HSC Winnipeg, Grace Hospital, Victoria General Hospital (VGH), Deer Lodge Centre (DLC), Pan Am Clinic, Manitoba eHealth, Community Areas Services, Churchill Health Centre and River Park Gardens.

SBGH, Riverview Health Centre (RHC), Misericordia Health Centre (MHC), Seven Oaks General Hospital (SOGH), Concordia Hospital (Concordia) and PCHs other than River Park Gardens and the Middlechurch Home of Winnipeg (Middlechurch) are separate legal entities. As such, they generate and make available their own disclosure reports.

# The Public Interest Disclosure (Whistleblower Protection) Act Annual Report

---

May 7, 2018

## The Public Interest Disclosure (Whistleblower Protection) Act

The Public Interest Disclosure (Whistleblower Protection) Act (“Act”) came into effect in April 2007. This law gives employees a clear process for disclosing concerns about significant and serious matters (wrongdoing) in the Manitoba public service, and strengthens protection from reprisal. The Act builds on protections already in place under other statutes, as well as collective bargaining rights, policies, practices and processes in the Manitoba public service.

Wrongdoing under the Act may be: contravention of federal or provincial legislation; an act or omission that endangers public safety, public health or the environment; gross mismanagement; or knowingly directing or counselling a person to commit a wrongdoing. The Act is not intended to deal with routine operational or administrative matters.

A disclosure made by an employee in good faith, in accordance with the Act, and with a reasonable belief that wrongdoing has been or is about to be committed is considered to be a disclosure under the Act, whether or not the subject matter constitutes wrongdoing. All disclosures receive careful and thorough review to determine if action is required under the Act, and must be reported in a department’s annual report in accordance with Section 18 of the Act.

The following is a summary of disclosures received by WRHA for fiscal year 2017-18:

Information Required Annually (by Section 18 of the Act)	Fiscal Year 2017-18
The number of disclosures received, and the number acted on and not acted on. <i>Paragraph 18(2)(a)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NIL</li></ul>
The number of investigations commenced as a result of a disclosure. <i>Paragraph 18(2)(b)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NIL</li></ul>

<p>In the case of an investigation that results in a finding of wrongdoing, a description of the wrongdoing and any recommendations or corrective actions taken in relation to the wrongdoing, or the reasons why no corrective action was taken.</p> <p><i>Paragraph 18(2)(c)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NIL</li> </ul>
--	---

## Our Stories

---



### First phase of Healing our Health System successful

On April 7, 2017, the WRHA announced Healing our Health System, a series of broad changes aimed at improving the quality of health care and strengthening the system that provides it.

The first phase of implementation, which was completed in the spring of 2018, helped concentrate vital resources such as diagnostic services and specialty physician consultation, that were previously spread too thinly over multiple sites. This, in turn, has helped deliver improved quality and timeliness of care.

Key changes in the now-completed first phase of changes included:

- The conversion of VGH's ED to an urgent care centre providing 24-7 care for non-life threatening health concerns requiring same-day treatment. Since its conversion to urgent care, wait times at VGH have improved.
- The opening of the first sub-acute unit at VGH improved care for patients, particularly older adults who require more time to recover from an acute illness or injury but no longer need the full service of an acute hospital.
- The movement toward specialized areas of focus for Winnipeg's community hospitals and health centres aimed at providing the right care in the right place at the right time.

The changes align with independent consultant Dr. David Peachey's recommendations in the Clinical and Preventive Services Planning for Manitoba study commissioned in 2015 on how health-care services are delivered and allocated. They also align with assessments conducted by KPMG, which revealed that staffing ratios at Winnipeg health-care facilities are higher than those in other Canadian jurisdictions.

In addition to improving the quality and timeliness of care, the transformation has enhanced sustainability, helped balance the region's budget for 2017-18 and laid the groundwork for more effective management of resources.

Phase I changes included a number of capital investments – valued at \$19.9 million – that supported the consolidation of clinical services and improved patient care. These included enhancements to EDs and improved treatment spaces for seniors, mental health patients and the most seriously ill patients at city hospitals.

[An interim evaluation](#) of the first three months of the region's Phase I of clinical consolidation, released in January, reinforced that wait times in EDs and urgent care departments showed improvements across WRHA facilities, in spite of the impact of a challenging flu season.

The evaluation, conducted in partnership with the George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation (CHI), cited a number of significant improvements, including:

- Improved wait times in EDs and urgent care centres across the region, which were between nine and 31 per cent better than the same time the previous year. The regional average was reported to be 1.47 hours, which is down from 1.82 hours in 2016-17, bringing the region halfway towards meeting the Canadian median emergency wait time of 1.1 hours.
- Reduced lengths of stay in EDs and urgent care centres, down six per cent for admitted patients and 14 per cent for non-admitted patients.
- A reduced inpatient length of stay region-wide, which is down 4.6 per cent, equivalent to freeing up 84 inpatient beds.
- A significant reduction in the number of patients waiting in hospital for PCH placement. The reduction was attributed, in part, to:
  - The Transitional Care Environment, which promotes recovery from illness or injury in a more home-like environment outside hospital;
  - The WRHA's new Priority Home program, which helps patients who are medically stable return home with appropriate support more quickly; and
  - Rapid Response Nursing, a new program that allows medically complex patients to return home safely from hospital with the necessary care to avoid readmission.

"The early results show great strides towards achieving the Canadian average in a number of areas, and these improvements have been critical in handling increased admissions and patient volumes with the onset of flu," said Lori Lamont, Acting Chief Operating Officer and Vice-President of Nursing and Health Professions for the region. "In addition to improved wait times in EDs, our efforts to improve inpatient capacity have allowed us to address long-standing bottlenecks and improve patient care."

Lamont, along with the rest of the WRHA's executive team, placed much of the credit for the success of Phase I with staff working on the front lines and behind the scenes, who have been quick to embrace a changing and challenging work environment.

Cynthia Posner, a veteran Registered Nurse at VGH's urgent care centre, is indicative of the WRHA staff's can-do attitude.

"In any transition, there are a lot of challenges and a lot of hurdles, but I think, for the most part, we're adjusting quite well," she says. "Throughout the transition, our focus has always been on the patient. Our patients have always come first – there's no doubt about that."

The WRHA will build on its successes in Phase II, which is currently underway and scheduled for completion in October 2019. For an overview of Phase II changes, [click here](#).



# Shared health Soins communs

## Manitoba

### The Creation of Shared Health

In June 2017, the Manitoba government committed to a sequenced transformation of the province's health system aimed at improving the quality, accessibility and efficiency of health-care services. This realignment of the health system included a commitment to plan provincially, reduce duplicate services and better co-ordinate service delivery. Much of that work, it was announced, would be co-ordinated or led by a new organization – Shared Health – created from the former Diagnostic Services Manitoba (DSM).

Effective April 3, 2018, Shared Health Inc. became an organization, tasked with improving patient care and providing co-ordinated clinical and business support to the province's health system. Shared Health is responsible for the development of a provincial clinical and preventive services plan for Manitoba, and will also be responsible for physician recruitment strategies, health-labour relations and certain support functions that are better managed provincially, such as contracting and procurement, information and communications technology, human resources and laundry services. HSC Winnipeg, Manitoba's hospital, will also transition from the WRHA to Shared Health in 2019.

Shared Health's leadership structure was announced on June 7, 2018 and consists of the following:

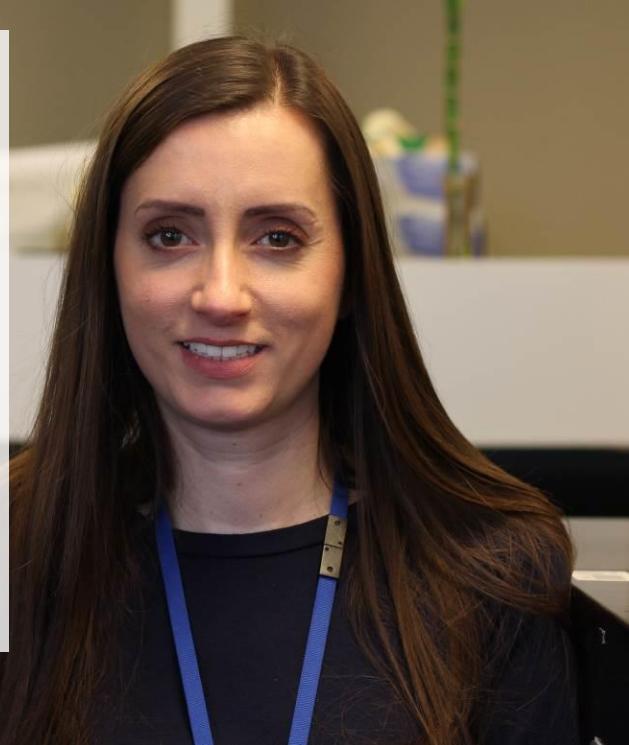
- Dr. Brock Wright, CEO, Provincial lead, health services
- Dr. Catherine Cook, Provincial lead, Indigenous health
- Olivia Baldwin, Provincial lead, strategic communications and stakeholder relations
- Dr. Perry Gray, Provincial lead, medical specialist services and Chief Medical Officer
- Lanette Siragusa, Chief Integration Officer, health services and Chief Nursing Officer
- Jim Slater, Provincial lead, health support services and Chief Operating Officer
- Glenn McLennan, Provincial lead, administrative support services and Chief Financial Officer
- Beth Beaupre, Provincial lead, health workforce
- Perry Poulsen, Provincial lead, digital health and Chief Information Officer
- Helen Clark, Chief Operating Officer of emergency response services and Chief Allied Health Officer

- Ronan Segrave, Interim Chief Operating Officer at HSC Winnipeg
- Dr. Denis Fortier, Chair, Manitoba Clinical Leadership Council
- Jeanette Edwards, strategic lead, community health, quality and learning

The role of each health organization, including Shared Health, the functions each will perform and how they will interact with each other to achieve a more responsive health system for Manitobans, are being guided by Manitoba's Health System Transformation Blueprint and Roadmap.

"What often happens is that, while in hospital, a patient may become what we call deconditioned: less mobile, weaker, or not up to the functional ability they had prior to their hospital admission. Our goal is to try to help them regain some of that strength, mobility and function so that they can recover at home rather than having to stay in the hospital or enter a long-term care facility."

-Melinda Homola,  
Priority Home Case Co-ordinator



## Priority Home already providing benefits for patients, families and health-care staff

Winnipeg hospitals provide excellent care, but they aren't the only venue where healing and ongoing care can take place. In fact, lengthy hospital stays while waiting for more appropriate longer-term placement options can lead to negative health outcomes. Indeed, for an increasing number of patients and their families, there really is no place like home.

In November 2017, the WRHA launched Priority Home, a new transitional home-care service designed to support individuals at home who might otherwise be prematurely placed into long-term care from hospital or community.

The program is focused on keeping patients – specifically high-needs seniors – safe in their homes for as long as possible using community supports. It's officially described as a short-term (up to 90 days) transitional, intensive and restorative service available to eligible individuals who may need:

- intensive case co-ordination
- health-care aide or home-support worker assistance
- rehabilitation services (occupational therapy, physiotherapy, speech language pathology and rehabilitation assistants)
- other home-care supports

Gina Trinidad, Chief Health Operations Officer for the WRHA, says that for patients, the option of being able to recover amid the familiar surroundings and comforts of home can have a positive impact on recovery.

"Having an intensive service available for a short period of time is helping to reduce the length of time clients spend in hospital, and is helping some clients age in place in their own home and community – which is better for them and their families. For most, home is the best option for clients who don't need to be in hospital."

Clients access Priority Home through hospital and community home care case co-ordinators, who work with clients to determine the home-care services and care plan that best meet their needs.

For Marichu Tamondong, a Registered Nurse whose 83-year-old father, Abelardo, became a Priority Home client in late 2017, the new program was a welcome option.

"Care needs differ on a case-to-case basis, but for us, the support offered by Priority Home, combined with what we are able to do as a family to provide support for my dad in the home, has worked wonderfully for us," she says. "In all honesty, I think if he had stayed longer in the hospital, I don't know if he would still be here. He wasn't thriving, and I think being in the hospital was wearing him down physically, emotionally and mentally. It's not that he wasn't receiving quality care, but being in his own environment made a real difference to him. He has a lot of family who want to visit and support him in the home."

Those kinds of in-hospital difficulties are not unusual, says Priority Home Case Co-ordinator Melinda Homola, one of five nurses currently working in the program.

### **Transitional care beds provide middle ground between hospital and home**

In the fall, 65 new transitional beds opened in support of improved patient care.

Following a competitive bidding process, All Seniors Care was awarded a contract for accommodating additional residents in a unique care environment at their River Ridge II location at 2701 Scotia Street.

Clients using transitional care are medically stable and ready to be discharged from hospital, but still need time to make long-term arrangements for their care. Following a short-term transitional care stay, clients may be able to return home with home care supports, be eligible for a supportive housing environment or it may be determined that a PCH is the best option. In the transitional care environment, the care team can assess and determine the level of care and support necessary for each client.

"Bringing together clients in a home-like setting improves confidence, independence and, most importantly, health outcomes," says Trinidad. "By offering an environment better suited to each client's care needs, we promote function and quality of life resulting in improved probability of returning to the community."

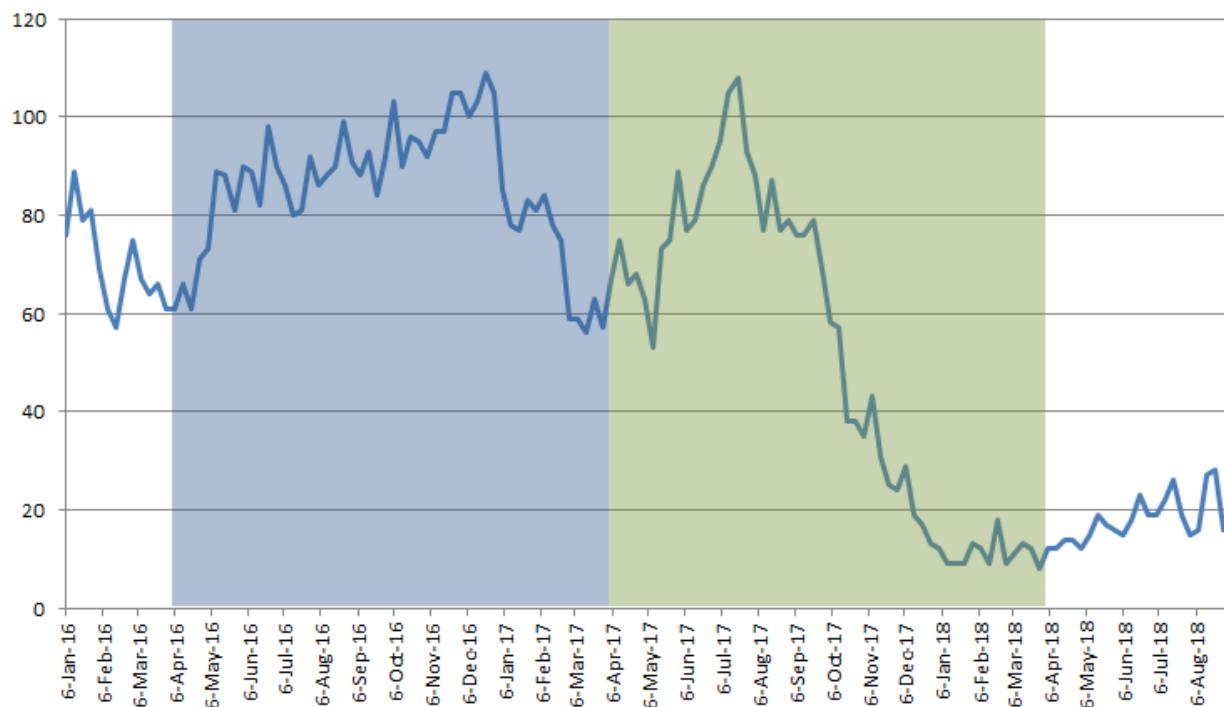
Tom Farrell, President of the Manitoba Association of Senior Centres, said that while changes to health-care services are always a significant concern for seniors, the announcement should come as welcome news.

"I can't think of a better, more beautiful place to receive this kind of transitional care," he says. "It really is the best of the best."

"What often happens is that, while in hospital, a patient may become what we call deconditioned: less mobile, weaker or not up to the functional ability they had prior to their hospital admission. Our goal is to try to help them regain some of that strength, mobility and function so that they can recover at home rather than having to stay in the hospital or enter a long-term care facility," Homola says. "As case co-ordinators, we collaborate with the occupational therapists, physiotherapists and speech pathologist on our team, and with the patients and their families, to identify goals that may allow the patient to become more independent and have a more successful transition back into the community. When we accomplish that, it's very rewarding."

It was also easier on the family, Tamondong says. "Travelling to and from the hospital or travelling to a PCH home to visit your loved one is not as comfortable as visiting them in their own home. That's one of the reasons we wanted my dad home. He has a lot of grandchildren who wanted to visit him."

### Waiting in Hospital



- In 2016-17 and in 2017-18 before clinical consolidation changes occurred in the fall, the WRHA typically had 80 or more people waiting in hospital for a PCH bed.
- In Oct. 2017, River Ridge Transitional Care opened and, in Nov. 2017, Priority Home and Rapid Response Nursing started operations.
- Since that time (from Nov. 2017 to March 2018), the WRHA has generally had fewer than 20 people in hospital waiting for a regular PCH bed.

## A balanced approach to better, sustainable health care

The commitment and dedication to better, sustainable health care for Manitobans is evident throughout the entire WRHA. Efforts ranging from system-wide consolidation to grassroots initiatives from individual departments and programs are creating a positive shift in not only the effectiveness of health-care delivery, but in efficiency as well.

For the fiscal 2017-18 year, the improvement initiatives implemented throughout the WRHA resulted in a \$77.9 million reduction of expenditures to support the WRHA balancing its budget in 2017-18.

These efforts are essential to building a more stable, sustainable health-care system for current and future generations.

Key initiatives include:

### Clinical initiatives

#### Staffing - Models of Care

As the Healing our Health System plan is implemented, patients are being grouped together based on acuity. This allows the region to better match staffing levels to patient populations and ensure the provision of the most appropriate care. Patient grouping also results in the implementation of new staffing ratios, as well as changes to current staffing rotations and the location of work in various care units across the region.

Based on assessments conducted by KPMG, staffing levels in the region are higher than other Canadian jurisdictions. The WRHA is focused on amending staffing ratios and staff mix to optimize staff resources. Changes to patient-staff ratios are being co-ordinated to ensure that changes are made deliberately, concentrating efforts on one site at a time.

#### Service Shifts

Access Centres extended their clinic hours to accommodate patients in need of clinical services and who cannot wait for an appointment with their family physician. Changes to Access Centre hours began January of 2018 and include some early morning and evening hours.

Primary care services at QuickCare Clinics on Vermillion Road, Portage Avenue, Jefferson Avenue, and Dakota Street were redirected to other primary care options in the surrounding area of each clinic. Resources from those QuickCare Clinics, including many staff, were redeployed to existing Access Centres as part of this transition.

The QuickCare Clinic on McGregor Street remains open to address care needs of vulnerable members of the community in that area.

Additional changes included:

- Transferring primary care services from 1001 Corydon Clinic to Access Fort Garry.
- Redirecting many services provided by the Mature Women's Centre at VGH. General OB-GYN physicians are able to care for majority of patients. Those requiring care by sub-specialists are accommodated at HSC Winnipeg through a redirection of existing resources.
- Transferring responsibility of WRHA's community cancer clinics to CancerCare Manitoba.
- Moving adult outpatient physiotherapy and occupational therapy clinics out of hospital to private practice providers. Exceptions to this include:
  - providing specialized rehabilitation services at HSC Winnipeg;
  - ensuring accessibility to services for underprivileged Winnipeggers without private insurance at HSC Winnipeg; and
  - continued operation of the Easy Street Program at MHC for patients who require a breadth of specialized services to rehabilitate back into the community after a life-altering health change.

## Fee Changes

To bring WRHA in line with fees charged across the country for specific programs, WRHA undertook fee changes for three services within the long-term care program:

- The Adult Day Program daily fee increased to \$17.70 per day from \$8.85.
- The optional transportation fees for Geriatric Day Hospital increased to \$15 per round trip from \$10.
- Monthly, income-based rates for the PRIME program increase from a range of \$25 to \$125 per month to the new range of \$30 to \$150 per month.
- Accommodations are made using an existing income assessment tool for patients challenged by fee increases.

## Non-clinical initiatives

### Food Services

Across WRHA, food service is provided to a number of community hospitals and care facilities, including VGH, RHC and Misericordia Place, by a regional distribution facility (RDF). The RDF provides 8,000 customized meals each day and caters to 97 different types of diets, including low-sodium, soft-texture and gluten intolerance. Menus are designed to meet Canada's Food Guide and include cultural food preferences ranging from bannock and caribou to kosher and East Indian dishes.

DLC residents – who already received two meals daily from the RDF – now receive all meals from the RDF.

## Other non-clinical initiatives

These range from supply management and facilities management changes to optimizing information and technology options.

The changes, along with the expenditure reductions identified in the Healing our Health System plan, assisted in achieving a balanced position this year.

### A little attention results in big changes

In an organization as large and complex as the WRHA, even small changes can improve effectiveness and efficiency.

That was the case when Bria Foster, Community Team Manager for Access St.Vital / St. Boniface, noticed a small, routine fee charged by a vendor delivering wound care and other medical supplies to home care nursing clients.

"We were looking hard for costs we can control that would not impact patient care," Foster says. "Home care supplies were something I looked at, and by going through our accounting software, I noticed that certain items had a \$10 fee associated with delivering them to the client's home. Everything we were ordering from that supplier came with that same \$10 fee, even if it was a \$5 item. And that's where our savings initiative got started."

Foster spearheaded the development of a working group comprised of nursing, supervisory and administrative staff working in support of the home care program. Together, they looked for a way to reduce or eliminate the delivery fee without adversely affecting the service provided to home care clients.

"We really started hitting the ground running in June 2017," Foster explains. "We talked it out and determined what our new processes would look like. To encourage compliance, we removed certain supplies from our ordering system, making it impossible for anyone to order supplies delivered directly to the client's home."

Instead, she says nurses pick up their supplies from a central storage area located in Access St. Boniface.

>>> continued on next page.



## A little attention results in big changes cont.

“Everything we order from that supplier is now brought directly to our office, eliminating the fees associated with direct-to-home delivery,” Foster says. “We also looked at the amount of supplies we’d been ordering. As you can imagine, we would order a lot of supplies to ensure the client didn’t run out. But what was happening is that some clients were going off-service — healing or being placed in a PCH — before they could use up their supplies, and so we ended up with surplus supplies we couldn’t repurpose. (For safety reasons, supplies from one client can’t be transferred to another.) So we would try to donate them, or we would have to throw them out. We knew there had to be a better way. What happens now is that the nurses call in to our administrative assistants and let them know which client they need supplies for and how much they need, and the nursing admin gets it labelled, bagged and ready to go. And the nurses — who are in the office daily — simply grab it and go, bringing out a week or two’s worth of supplies at a time. That’s really reduced the amount of surplus supplies produced when clients go off-service.”

“From June 2017 to March 2018, we saved about \$30,000 – just from those seemingly small changes and looking more closely at where our money was going. The changes make sense, are making people’s lives easier and are helping us do our part in creating a more sustainable health-care system. And now other community areas have expressed an interest in what we’ve done, and we’ve been happy to share our experience.”

The success of this pilot initiative has resulted in this change in process strategy being implemented in other community area offices this year.

The results demonstrate that even in a hectic health-care system, taking time to attend to small details can often result in significant savings.

“These days, sustainability is key, and we’ve been able to show that a little effort to discover cost savings does pay off in the end.”

"In our clinic, we see anything from strep to stitches and everything in between. It's a place you can come if you have any non-urgent health concern. Generally, we can provide patients with good information and help them navigate where they should be to receive the care they require. So it's a really good place to start if you just don't know what to do with your health concern."

-Mary-Anne Ammeter,  
Primary Care Assistant, Access Winnipeg  
West Walk-In Connected Care clinic



## Walk-In Connected Care sites extend access to primary care

In December, as part of the ongoing consolidation of health services in Winnipeg, the WRHA announced extended access to primary care services at a number of Access Centres and existing primary care sites in the region.

Beginning in 2018, the services once offered at recently closed QuickCare Clinics shifted to Access Centres and other primary care clinics in Winnipeg. Resources, including staffing and equipment, were transferred to existing Access Centres including the St. Boniface, Nor'west and Fort Garry locations. These joined Access Winnipeg West in offering extended clinic hours to offer reliable access to Walk-In Connected Care (WICC) services. The McGregor Avenue clinic remains open as a Walk-In Connected Care clinic and continues to offer services to the public.

WICC sites provide a variety of complementary services that can improve health outcomes for patients and their families. They are open extended hours for the patients that need them – helping to ensure accessible, predictable and high-quality care is available in the evening and on weekends.

"We are an excellent choice for a minor health concern when you cannot see your primary care practitioner (family doctor), or if you do not have a family doctor," says Kim Mackay, one of nine part-time nurse practitioners working at the WICC located at Access Winnipeg West, adjacent to Grace Hospital.

"I believe we all provide a holistic approach to the care of patients, one that considers the social aspects of health and well-being, along with the immediate health concerns. Personally, I believe that the quality of the interaction with the patient provides an important intangible aspect of care, and patients deserve a high-quality interaction, which we all strive to provide," says Mackay.

The WICC clinic at Access Winnipeg West also provides support to the Grace Hospital's ED, allowing them to redirect appropriate low-acuity patients to be seen in the WICC instead of contributing to longer wait times in the ED.

As announced in June, a new WICC clinic will be opening at Concordia next summer to provide access to care for area residents in need of same-day health-care services. The clinic will operate with extended hours daily from 9 a.m. to 9 p.m. and offer an alternative to urgent or emergency care for health concerns that are not life-threatening but which need to be addressed the same day. Concordia's ED is slated to close mid-2019, freeing space that will be repurposed for the clinic, which is expected to open its doors shortly thereafter.

WICC services help ensure the care patients receive is connected back to their primary care provider as appropriate. Patients who do not have a primary care provider are connected to the Family Doctor Finder program. In circumstances where patients require additional support, WICC staff are more involved in securing a provider before the patient leaves the clinic.

"These changes enhance access to timely primary care that complements the work of family doctors within the region," says Gina Trinidad, Chief Operations Officer for the WRHA. "While more than 80 per cent of Winnipeggers indicate they have a family doctor, more than half of them still rely upon episodic care – like WICC – when their own doctor is unavailable."

Access Centres are "one-stop locations" where community and provincial partners work with the WRHA to provide co-ordinated, accessible health and social services under one roof. Services available at each location range from family physicians to employment assistance to healthy-living workshops and home care services. The model benefits clients and families with multiple health concerns or complex care needs.

To determine the hours of the nearest clinic, patients are encouraged to call ahead or visit [myrightcare.ca](http://myrightcare.ca). Staff at every Access Centre are also able to assist those seeking a family doctor using [Family Doctor Finder](#).

## **Transfer of care improvements allow WFPS crews more service time in Winnipeg communities**

In March, the WRHA and Winnipeg Fire Paramedic Service (WFPS) announced a new protocol for transferring patient care from paramedics to EDs. It took effect April 11, 2018. Under the new protocol, WFPS staff remain with patients up to 45 minutes in the ED, and ED staff assumed responsibility for each patient within 45 minutes of the ambulance arriving.

The new protocol allows the WRHA's WFPS partners to return to service in the community more quickly. In fact, it was anticipated to give the WFPS an additional 8,000 hours on the road.

"We are already seeing great improvement on our ability to assume care of emergency medical services (EMS) patients and have put in place practices to engage the whole hospital in these efforts to support our emergency departments and get paramedics back on the road," says Krista Williams, Chief Health Operations Officer for acute care with the WRHA.

The working group that supported this shift within the WRHA included members of the emergency program, chief nursing officers from each site, as well as site and WRHA leadership.

"Each patient in our EDs is under the care of our staff – this shift will simply bring ED staff and hospital staff together to ensure patients are not only receiving the right care in a timely way but also moving to the right area in the department, or in the hospital, at the right time," says Williams.

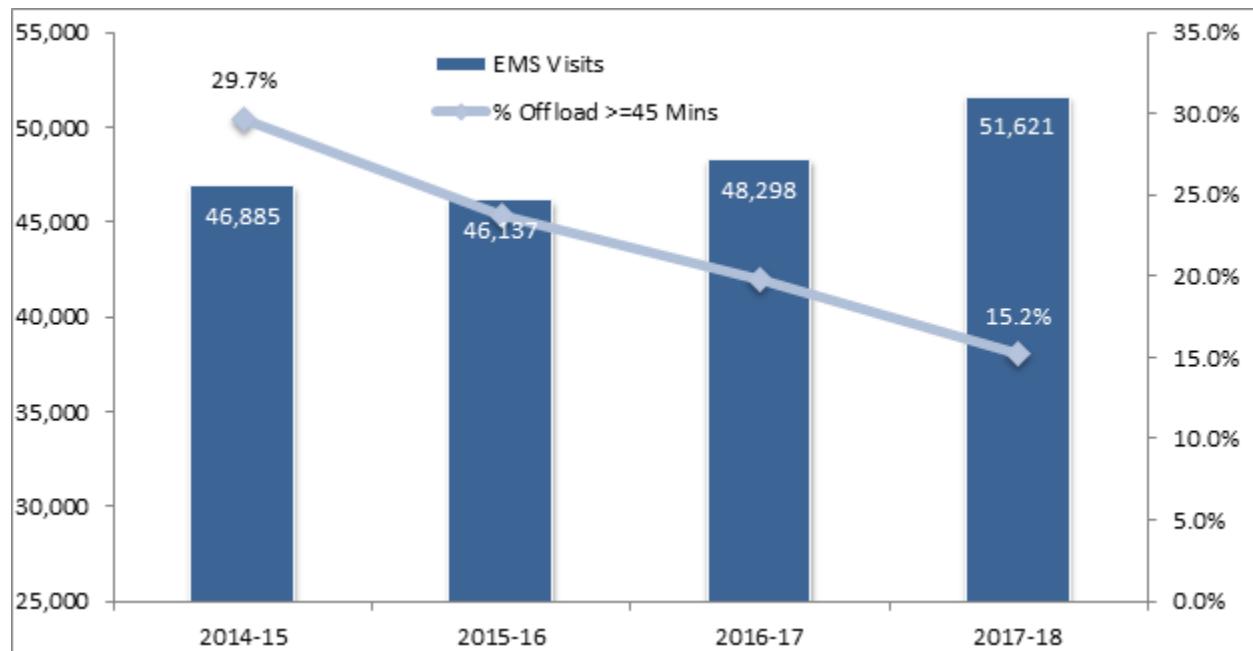
As the emergency program has made great strides to improve transfer of care times the WRHA determined, along with WFPS, the timing was right to push for a 45-minute transfer that would see paramedics released back into the community after 45 minutes at the most, Williams adds.

Historically, paramedics have remained in the department until the patient has been moved to a treatment space or emergency staff indicate to paramedics that they are no longer required. That strategy was accompanied by billing (WRHA would compensate WFPS) for the amount of time paramedics remained in the department in excess of one hour. With the change in protocol, that billing is no longer in place.

The change was monitored carefully by both the individual hospital sites and the region to ensure successful implementation.

## Improved offload times despite increased demand

Fiscal Year	EMS Visits	Avg. Offload Duration (mins)	Median Offload Duration (mins)	# Offload >=45 Mins	% Offload >=45 Mins
2014-15	46,885	44.8	23.0	13,922	29.7%
2015-16	46,137	37.3	20.0	10,947	23.7%
2016-17	48,298	33.4	18.0	9,581	19.8%
2017-18	51,621	27.7	15.0	7,831	15.2%



Source: Emergency Department Information System (EDIS). The WRHA experienced an 18 per cent improvement (decrease) offload delays in 2017-18 despite a 6.9 per cent increase in ambulance arrivals to its EDs. Note: Data includes all WRHA sites except Children's Hospital.

## Nos histoires



### Réussite de la première phase de Guérir le système de santé

Le 7 avril 2017, l'ORSW a annoncé son plan « Guérir notre système de santé », une série de modifications générales qui visait l'amélioration de la qualité des soins de santé et le renforcement du système qui les fournit.

La première phase de la mise en œuvre, qui a été complétée au printemps 2018, a permis de consolider des ressources vitales, telles que les services de diagnostic et les consultations avec des médecins spécialistes, qui étaient mal répartis entre de multiples sites. En retour, la consolidation a aidé à améliorer la qualité et le caractère opportun des soins.

Les principales mesures de la première phase complétée des modifications comprennent les suivantes :

- La conversion du service d'urgence de l'Hôpital général Victoria (HGV) en un centre de soins d'urgence mineure qui offre des soins 24 heures par jour et 7 jours sur 7 pour des problèmes de santé qui ne menacent pas la vie et qui exigent un traitement le jour même. Depuis la conversion, les délais d'attente à l'HGV ont été réduits.
- L'ouverture de la première unité de soins pour affections subaiguës à l'HGV a amélioré les soins aux patients, en particulier les adultes âgés qui ont besoin de plus de temps pour se rétablir d'une maladie aiguë ou de blessures graves, mais qui n'ont plus besoin des services complets d'un hôpital de soins actifs.
- Le changement des hôpitaux communautaires et des centres de soins de santé de Winnipeg vers des secteurs d'intervention spécialisés qui visaient à offrir les soins appropriés, au bon moment et au bon endroit.

Les modifications correspondent aux recommandations du Dr David Peachey, l'expert-conseil indépendant qui a rédigé le rapport Provincial Clinical and Preventative Services Planning for Manitoba (planification des services cliniques et préventifs provinciaux pour

le Manitoba), commandé en 2015 et traitant de la manière dont les services de soins de santé sont fournis et alloués. Les modifications correspondent aussi aux évaluations effectuées par KPMG, qui ont révélé que les ratios en personnel dans les établissements de soins de santé de Winnipeg étaient plus élevés que ceux de tout autre territoire ou province du pays.

En plus d'améliorer la qualité et le caractère opportun des soins, la transformation a rehaussé la durabilité du système, a aidé à équilibrer le budget de la région sanitaire en 2017-2018 et a jeté les bases d'une gestion plus efficace des ressources.

Les modifications de la phase I incluaient un certain nombre d'investissements de capitaux d'une valeur de 19,9 millions de dollars qui ont soutenu la consolidation des services cliniques et amélioré les soins aux patients. Les investissements ont inclus l'apport d'améliorations aux services d'urgence et aux espaces de traitement des aînés, des patients atteints de troubles mentaux et des patients les plus gravement malades des hôpitaux urbains.

[Une évaluation provisoire](#) des trois premiers mois de la phase I de consolidation clinique régionale, publiée en janvier 2018, a renforcé le fait que les délais d'attente dans les services d'urgence et les services de soins d'urgence mineure ont indiqué des améliorations dans les établissements de l'ORSW malgré les incidences d'une saison de la grippe difficile.

Effectuée en partenariat avec le George and Fay Yee Centre for Healthcare Innovation (CHI), l'évaluation a mentionné un certain nombre d'améliorations importantes, y compris les suivantes :

- Une amélioration des délais d'attente dans les services d'urgence et les centres de soins d'urgence de la région, qui a affiché une amélioration de 9 % à 31 % par rapport aux délais observés à la même époque l'année précédente. La moyenne régionale documentée était de 1,47 heure, en baisse par rapport à 1,82 heure en 2016-2017, ce qui amène la région à moitié chemin du délai médian canadien de 1,1 heure dans les urgences.
- Une réduction de la durée du séjour dans les services d'urgence et les centres de soins d'urgence mineure, en baisse de 6 % pour les patients admis et de 14 % pour les patients non admis.
- Une réduction régionale de la durée de séjour des malades hospitalisés, en baisse de 4,6 %, soit l'équivalent de libérer jusqu'à 84 lits d'hôpital.
- Une réduction importante du nombre de patients qui attendent dans un hôpital un placement dans un foyer de soins de longue durée. La réduction a été attribuée en partie à ce qui suit :
  - un milieu de soins de transition qui favorise le rétablissement après une maladie ou des blessures dans un environnement plus chaleureux à l'extérieur de l'hôpital;
  - le nouveau programme Votre chez vous – Notre priorité de l'ORSW qui aide les patients stables sur le plan médical à retourner plus rapidement à la maison avec des mesures de soutien appropriées;

- le nouveau programme de soins infirmiers d'intervention rapide qui permet aux patients complexes sur le plan médical de quitter l'hôpital et de retourner à la maison en toute sécurité avec les soins nécessaires pour éviter une réadmission à l'hôpital.

Comme l'a déclaré Lori Lamont, chef des opérations par intérim et vice-présidente des soins infirmiers et des professions de la santé pour la région sanitaire, « les premiers résultats indiquent de grandes avancées vers l'atteinte de la moyenne canadienne dans un certain nombre de secteurs et les améliorations ont été critiques pour le traitement des admissions accrues et du plus grand nombre de patients lors de l'arrivée de la grippe. En plus de la réduction des délais d'attente dans les services d'urgence, nos efforts d'amélioration de la capacité des malades hospitalisés nous ont permis de débloquer des goulets d'étranglement durables et d'améliorer les soins aux patients ».

Tout comme le reste de l'équipe de direction, Mme Lamont a attribué la plus grande partie du crédit pour la réussite de la phase I aux membres du personnel qui travaillent en première ligne et dans les coulisses et qui ont adopté rapidement un milieu de travail stimulant et en évolution.

Cynthia Posner, une infirmière autorisée aux longs états de services au centre de soins d'urgence mineure de l'HGV, représente bien l'attitude fonceuse du personnel de l'ORSW.

Comme elle l'a souligné, « toute transition comprend un lot important de défis et d'obstacles, mais je crois en grande partie que nous nous adaptons plutôt bien. Au cours de la période de transition, nous nous sommes toujours concentrés sur les patients. Nos patients ont toujours passé en premier — il n'y a aucun doute à ce sujet ».

L'ORSW s'appuiera sur ses réussites au cours de la phase II, qui est présentement en cours et devrait se terminer en octobre 2019. Pour voir un aperçu des modifications de la phase II, veuillez [cliquer ici](#).



# Shared health Soins communs

## Manitoba

### La création de Soins communs

En juin 2017, le gouvernement manitobain s'est engagé en faveur d'une transformation séquentielle du système de santé de la province qui visait l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des services de soins de santé. Cette harmonisation du système de santé comprenait un engagement à planifier à l'échelle provinciale, à réduire les services redondants et à mieux coordonner la prestation des services. Le gouvernement a annoncé que la plus grande partie du travail serait coordonnée ou dirigée par un nouvel organisme, Soins communs, créé à partir de l'ancien organisme Services diagnostiques du Manitoba (SDM).

Le 3 avril 2018, Soins communs inc. est devenu un organisme chargé d'améliorer les soins aux patients et de fournir un soutien clinique et opérationnel coordonné au système de santé de la province. Soins communs est responsable de l'élaboration d'un plan des services cliniques et préventifs provinciaux pour le Manitoba et il sera également responsable des stratégies de recrutement des médecins, des relations avec les travailleurs de la santé et de certaines fonctions de soutien qui sont mieux gérées à l'échelle provinciale, telles que la conclusion de contrats et l'approvisionnement, les technologies de l'information et de la communication, les ressources humaines et les services de blanchisserie. La gestion du Centre des sciences de la santé de Winnipeg, l'hôpital du Manitoba, passera aussi de l'ORSW à Soins communs en 2019.

La structure de direction de Soins communs a été annoncée le 7 juin 2018 et elle comprend les personnes suivantes :

- D<sup>r</sup> Brock Wright, directeur général, responsable provincial, services de santé;
- D<sup>r</sup>e Catherine Cook, responsable provinciale, santé autochtone;
- M<sup>me</sup> Olivia Baldwin, responsable provinciale, communications stratégiques et relations avec les intervenants;
- D<sup>r</sup> Perry Gray, responsable provincial, services des médecins spécialistes et médecin-hygieniste en chef;
- M<sup>me</sup> Lanette Siragusa, directrice de l'intégration, services de santé, et infirmière en chef;
- M. Jim Slater, responsable provincial, services de soutien en santé et chef des opérations;
- M. Glenn McLennan, responsable provincial, services de soutien administratif et directeur des finances;

- M<sup>me</sup> Beth Beaupré, responsable provinciale, main-d'œuvre en santé;
- M. Perry Poulsen, responsable provincial, santé numérique et directeur de l'informatique;
- M<sup>me</sup> Helen Clark, chef des opérations des services médicaux d'urgence et directrice des services paramédicaux;
- M. Ronan Segrave, chef des opérations par intérim du Centre des sciences de la santé de Winnipeg;
- D<sup>r</sup> Denis Fortier, président, Manitoba Clinical Leadership Council;
- M<sup>me</sup> Jeanette Edwards, responsable stratégique, santé communautaire, qualité et apprentissage.

Le rôle de chacun des organismes de santé, y compris Soins communs, les fonctions qui seront exercées par chacun d'eux et les modalités de leurs interactions mutuelles pour obtenir un système de santé plus attentif pour les Manitobains sont orientés par le plan directeur et la feuille de route de la transformation du système de santé du Manitoba.

« Il arrive souvent pendant son séjour à l'hôpital qu'un patient puisse devenir ce qu'on appelle 'déconditionné', c'est-à-dire qu'il est moins mobile et plus faible ou qu'il n'a plus la capacité fonctionnelle qu'il avait avant d'être hospitalisé. Notre objectif consiste à aider les patients à retrouver une partie de leur force, de leur mobilité et de leur capacité fonctionnelle afin qu'ils puissent se rétablir à la maison au lieu d'être obligés de demeurer à l'hôpital ou d'aller dans un établissement de soins de longue durée. »

-Melinda Homola,  
Coordonnatrice de cas du programme  
Votre chez vous – Notre priorité



## Le service Priority Home offre déjà des bienfaits aux patients, à leurs familles et au personnel des soins de santé

Les hôpitaux de Winnipeg offrent d'excellents soins, mais ils ne sont pas le seul endroit où une guérison et des soins continus peuvent être offerts. En fait, les séjours prolongés à l'hôpital en attente d'options de placement à long terme plus appropriées peuvent se traduire par des résultats négatifs sur la santé. Pour un nombre accru de patients et de familles, « on n'est jamais aussi bien que chez soi ».

En novembre 2017, l'ORSW a lancé Votre chez vous – Notre priorité, un nouveau service de soins à domicile de transition conçu pour soutenir les personnes à la maison qui, autrement, pourraient être retirées de l'hôpital ou de la collectivité pour être placées de manière prématurée dans un établissement de soins de longue durée.

Votre chez vous – Notre priorité se concentre sur le maintien des patients (en particulier, les aînés très nécessiteux) dans leur résidence en toute sécurité aussi longtemps que possible en ayant recours à des mesures de soutien communautaire. On le décrit officiellement comme un service intensif de transition et de rétablissement de courte durée (jusqu'à 90 jours) qui est offert aux personnes admissibles qui peuvent avoir besoin de ce qui suit :

- une coordination de cas intensive;
- une aide en soins de santé ou un travailleur de soutien de soins à domicile;

- des services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, assistant en réadaptation);
- d'autres mesures de soutien aux soins à domicile.

Gina Trinidad, directrice de l'exploitation des établissements de santé de l'ORSW, déclare que pour les patients, l'option de pouvoir se rétablir dans l'environnement familial et le réconfort de leur foyer peut avoir des incidences positives sur leur rétablissement.

« Bénéficier d'un service intensif offert pour une brève période aide à réduire la durée de l'hospitalisation des patients et aide certains clients à vieillir chez eux et dans la collectivité, ce qui est préférable pour eux-mêmes et pour leurs familles. La plupart des patients pensent qu'être chez soi est la meilleure option des personnes qui n'ont pas besoin d'être à l'hôpital. »

Les clients ont accès au service Votre chez vous – Notre priorité par le biais des coordonnateurs de cas des hôpitaux et des services de soins à domicile communautaires, qui travaillent avec les clients pour déterminer les services de soins à domicile et le plan de soins qui répondent le mieux à leurs besoins.

Pour Maruchu Tamondong, une infirmière autorisée dont le père âgé de 83 ans, Abelardo, est devenu un client de Votre chez vous – Notre priorité à la fin de 2017, le nouveau service était une option appréciée.

« Les besoins en matière de soins varient selon les cas, mais pour nous, le soutien offert par Votre chez vous – Notre priorité, combiné avec ce que nous pouvons faire comme famille pour

#### **Les lits de soins de transition proposent une option intermédiaire entre l'hôpital et la résidence**

Au cours de l'automne, 65 nouveaux lits de soins de transition ont été ouverts en soutien à l'amélioration des soins aux patients.

À la suite d'un processus d'appel d'offres compétitif, l'organisme All Seniors Care s'est vu accorder un contrat pour héberger des résidents supplémentaires dans un milieu de soins unique à son établissement River Ridge II au 2701 de la rue Scotia.

Les clients qui reçoivent des soins de transition sont stables sur le plan médical et prêts à recevoir leur congé de l'hôpital, mais ils ont besoin de temps pour prendre des dispositions à long terme pour leurs soins. À la suite d'un court séjour pour des soins de transition, les clients peuvent être en mesure de retourner à la maison avec des mesures de soutien aux soins à domicile ou d'être admissibles à un logement avec services de soutien, ou on peut déterminer qu'un foyer de soins de longue durée est la meilleure option. Dans un milieu de soins de transition, l'équipe soignante peut évaluer et déterminer le niveau de soins et de soutien nécessaire pour chaque client.

Comme le dit Mme Trinidad, « en regroupant les clients dans un milieu chaleureux, on rehausse la confiance en soi, l'autonomie et, plus important encore, les résultats sur la santé. En offrant un environnement mieux adapté aux besoins en matière de santé de chaque client, nous favorisons la capacité fonctionnelle et la qualité de vie, ce qui se traduit par une probabilité accrue de revenir dans la collectivité ».

Tom Farrell, président de la Manitoba Association of Senior Centres, souligne que l'annonce des nouveaux lits devrait être perçue comme une bonne nouvelle, même si les changements dans les services de soins de santé représentent toujours une préoccupation importante pour les aînés.

« Je ne peux pas penser à un meilleur et plus bel établissement pour recevoir ce genre de soins de transition, affirme-t-il. C'est vraiment ce qui se fait de mieux. »

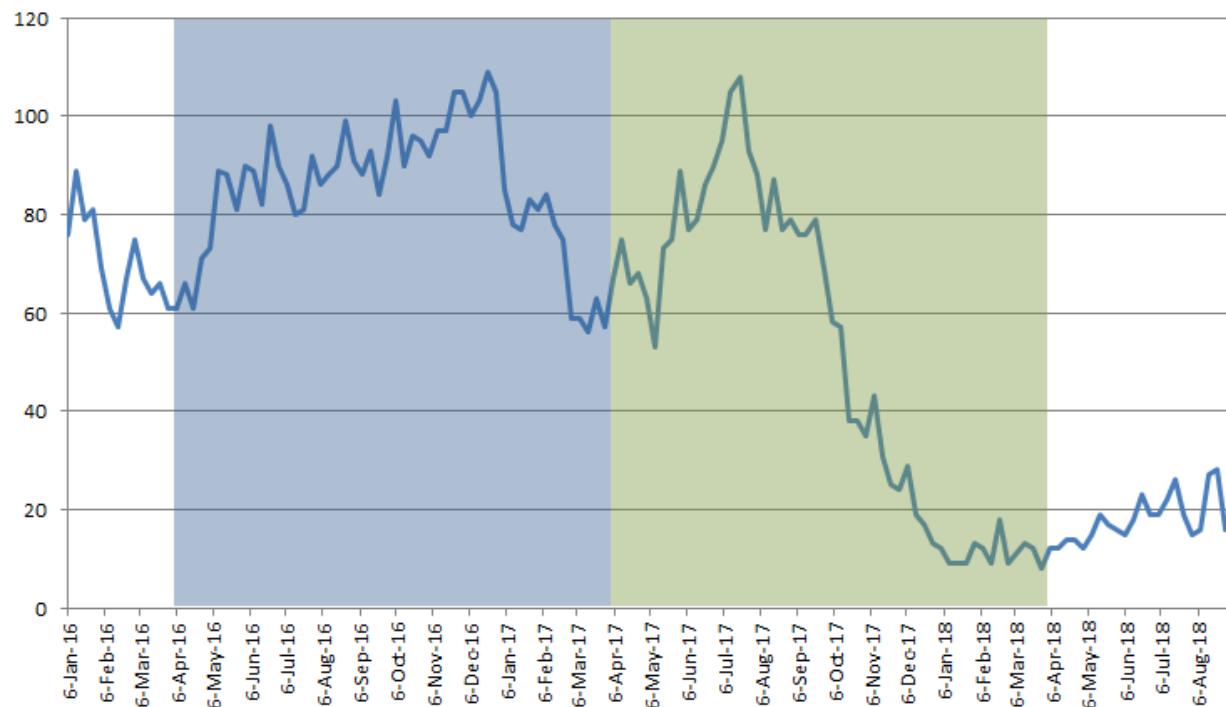
offrir un soutien à mon père à domicile, a très bien fonctionné. En toute honnêteté, je crois que s'il était demeuré plus longtemps à l'hôpital, je ne sais pas s'il serait toujours en vie. Il n'était pas vigoureux et je crois que son hospitalisation l'épuisait physiquement, émotivement et mentalement. Il recevait pourtant des soins de qualité, mais son retour à son propre environnement a fait toute la différence pour lui. De nombreux membres de la famille veulent le visiter et ils le soutiennent à la maison. »

De telles difficultés associées à l'hôpital ne sont pas inhabituelles, souligne Melinda Homola, coordonnatrice de cas de Votre chez vous – Notre priorité, une des cinq infirmières œuvrant présentement dans le service.

Comme elle l'indique, « il arrive souvent pendant son séjour à l'hôpital qu'un patient puisse devenir ce qu'on appelle 'déconditionné', c'est-à-dire qu'il est moins mobile et plus faible ou qu'il n'a plus la capacité fonctionnelle qu'il avait avant d'être hospitalisé. Notre objectif consiste à essayer d'aider les patients à retrouver une partie de leur force, de leur mobilité et de leur capacité fonctionnelle afin qu'ils puissent se rétablir à la maison au lieu d'être obligés de demeurer à l'hôpital ou d'aller dans un établissement de soins de longue durée. À titre de coordonnateurs de cas, nous collaborons avec les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes de notre équipe, ainsi qu'avec les patients et leurs familles, pour définir des objectifs qui peuvent permettre au patient de devenir plus autonome et de profiter d'une transition plus réussie lors de son retour dans la collectivité. Lorsque nous pouvons accomplir cela, c'est très enrichissant. »

La situation a aussi été plus facile pour la famille, poursuit Mme Tamondong. « Aller et venir entre l'hôpital ou un foyer de soins de longue durée et la maison pour visiter un être cher n'est pas aussi chaleureux que de le visiter dans sa propre demeure. Voilà une des raisons pour lesquelles nous voulions que mon père soit chez lui. Il a de nombreux petits-enfants qui voulaient le visiter ».

## Délais d'attente dans les hôpitaux



- En 2016-2017 et en 2017-2018, avant que les modifications cliniques soient consolidées à l'automne 2017, l'ORSW indiquait que 80 personnes et plus attendaient habituellement à l'hôpital d'être placées dans un foyer de soins de longue durée.
- En octobre 2017, le milieu de soins de transition de River Ridge ouvrait ses portes et en novembre 2017, on a commencé à offrir le service Votre chez vous – Notre priorité et le service de soins infirmiers d'intervention rapide.
- De novembre 2017 à mars 2018, l'ORSW a indiqué que de façon générale, moins de 20 personnes attendaient à l'hôpital d'être placées dans un foyer de soins de longue durée.

## **Soins de santé durables de meilleure qualité : une approche équilibrée**

L'engagement et le dévouement envers de meilleurs soins de santé durables pour les Manitobains sont manifestes dans l'ensemble de l'ORSW. Des efforts allant de la consolidation à l'échelle de tout le système aux initiatives communautaires de services et de programmes distincts donnent lieu à une évolution favorable tant de l'efficacité que du rendement de la prestation des soins de santé.

Pour l'exercice financier 2017-2018, les initiatives d'amélioration mises en place au sein de l'ORSW ont entraîné une réduction des dépenses de 77,9 millions de dollars, appuyant l'équilibre budgétaire de l'ORSW en 2017-2018.

Ces efforts sont essentiels pour construire un système de santé plus stable et durable pour les générations actuelles et futures.

Les principales initiatives comprennent :

### **Initiatives cliniques**

#### **Dotation en personnel – Modèles de soins**

Avec la mise en œuvre du plan de Guérir notre système de santé, les patients sont groupés en fonction de la gravité de leur état. La région peut donc assurer une meilleure correspondance entre les niveaux de dotation en personnel et les populations de patients, tout en veillant à la prestation des soins les plus appropriés. Le regroupement de patients permet également l'adoption de nouveaux ratios de dotation, de même que des changements dans les quarts de personnel actuels et l'emplacement de plusieurs unités de soins à travers la région.

D'après les évaluations effectuées par KPMG, les niveaux de dotation en personnel de la région sont plus élevés que ceux d'autres entités canadiennes. L'ORSW s'efforce de modifier les ratios de dotation en personnel et les combinaisons d'employés, afin d'optimiser les ressources en personnel. Les modifications des ratios patients-employé sont coordonnées pour veiller à ce que les changements soient délibérés et les efforts concentrés sur un endroit à la fois.

#### **Modification des services**

Les Centres d'accès ont prolongé leurs heures de clinique pour mieux servir les patients qui ont besoin de services cliniques ou qui ne peuvent pas attendre d'obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille. Le nouvel horaire des Centres d'accès est entré en vigueur en janvier 2018 et prévoit des heures d'ouverture tôt le matin et en soirée.

Les services de soins primaires offerts aux Cliniques express du chemin Vermillion, de l'avenue Portage, de l'avenue Jefferson et de la rue Dakota ont été redirigés vers d'autres options de soins primaires dans la zone entourant chacune des cliniques. Dans le cadre de cette transition, les ressources de ces Cliniques express, y compris de nombreux employés, ont été réaffectées vers des Centres d'accès existants.

La Clinique express de la rue McGregor demeure ouverte pour répondre aux besoins de soins des membres vulnérables de la communauté de ce milieu.

Les changements additionnels comprennent ce qui suit :

- Transférer les services de soins primaires de la clinique du 1001, avenue Corydon au Centre d'accès communautaire Fort Garry.
- Réaffecter plusieurs services fournis par le Mature Women's Centre de l'Hôpital général Victoria. Des médecins obstétriciens-gynécologues généraux sont en mesure de soigner la majorité des patientes. Celles qui ont besoin de soins spécialisés sont dirigées vers le Centre des sciences de la santé de Winnipeg, par la réaffectation des ressources existantes.
- Transférer les responsabilités des cliniques communautaires de soins du cancer de l'ORSW à Action Cancer Manitoba.
- Retirer des hôpitaux les cliniques externes de physiothérapie et d'ergothérapie pour adultes pour les transférer à des cabinets privés. Les exceptions suivantes s'appliquent toutefois :
  - services de réadaptation spécialisés au CSS de Winnipeg;
  - accès aux services pour les Winnipegois défavorisés sans assurance privée au CSS de Winnipeg;
  - maintien du programme Easy Street au Centre de santé Misericordia pour les patients qui ont besoin d'une gamme de services spécialisés afin de réintégrer la communauté après un changement de santé qui a transformé leur vie.

## Modification des frais

Pour rendre les frais demandés par l'ORSW conformes à ceux exigés dans le reste du pays pour des programmes spécifiques, l'ORSW a modifié les frais de trois services du programme de soins de longue durée:

- Les frais quotidiens du Programme de jour pour adultes sont passés de 8,85 \$ à 17,70 \$ par jour.
- Les frais de transport optionnel de l'hôpital gériatrique de jour sont passés de 10 \$ à 15 \$ pour le trajet aller-retour.
- Les tarifs mensuels basés sur le revenu pour le programme PRIME sont passés d'une échelle de 25 \$ à 125 \$ par mois à une nouvelle échelle allant de 30 \$ à 150 \$ par mois.
- Des adaptations sont faites à l'aide d'un outil d'évaluation du revenu existant, dans le cas des patients pour lesquels les augmentations de frais posent des difficultés.

## **Initiatives non cliniques**

### **Services alimentaires**

Dans l'ensemble de l'ORSW, les services d'alimentation sont fournis à plusieurs hôpitaux communautaires et établissements de soins, y compris l'Hôpital général Victoria, le Centre de santé Riverview et Misericordia Place, par un établissement de distribution régional. Cet établissement fournit chaque jour 8 000 repas personnalisés qui répondent à 97 types de régimes alimentaires différents, dont les régimes à faible teneur en sel, à texture molle et pour personnes intolérantes au gluten. Les menus sont conçus pour répondre aux exigences du Guide alimentaire canadien et incluent les préférences alimentaires de diverses cultures, allant du bannock et du caribou aux repas cachère et aux plats d'origine indienne.

Les résidents du Centre Deer Lodge, qui recevaient déjà deux repas par jour de l'établissement de distribution régional, reçoivent maintenant tous leurs repas de cet établissement.

### **Autres initiatives non cliniques**

Les autres initiatives vont des changements apportés à la gestion des approvisionnements et des établissements, à l'optimisation des options d'information et de technologie.

Ces changements, avec les réductions des dépenses identifiées dans le plan Guérir notre système de santé, ont contribué à notre position équilibrée cette année.

#### **Un peu d'attention donne lieu à de grands changements**

Au sein d'un organisme aussi large et complexe que l'ORSW, même les petits changements peuvent améliorer l'efficacité et le rendement.

Ce fut le cas pour Bria Foster, gestionnaire d'équipe communautaire pour le Centre d'accès Saint-Vital/Saint-Boniface, qui a constaté que des frais minimes étaient régulièrement facturés par un fournisseur de pansements et autres articles aux clients de soins infirmiers à domicile.

« Nous étions à la recherche de frais que nous pouvions contrôler et qui n'affecteraient pas les soins des patients », a-t-elle expliqué. « J'ai examiné les fournitures de soins à domicile et en utilisant notre logiciel de comptabilité, j'ai constaté que certains articles étaient associés à des frais de livraison au domicile du client de 10 \$. Tout ce que nous commandions de ce fournisseur faisait l'objet de ces mêmes frais de 10 \$, même pour un article de 5 \$. C'est ainsi que notre initiative d'épargne a commencé. »

*>>> suite à la page suivante.*

## **Un peu d'attention donne lieu à de grands changements (suite)**

Bria Foster a dirigé la création d'un groupe de travail composé de membres du personnel infirmier, de superviseurs et d'administrateurs pour le programme de soins à domicile. Ensemble, ils se sont penchés sur des moyens de réduire ou d'éliminer les frais de livraison sans nuire au service offert à la clientèle de soins à domicile.

« Nous avons réellement pris notre élan en juin 2017 », explique-t-elle. « Nous avons eu des discussions pour déterminer nos nouvelles méthodes. Pour qu'elles soient respectées, nous avons retiré certaines fournitures de notre système de commandes, afin qu'il soit impossible de commander des fournitures livrables directement au domicile du client. »

Les infirmières obtiennent plutôt leurs fournitures d'une aire d'entreposage centrale au Centre d'accès Saint-Boniface.

« Tout ce que nous commandons de ce fournisseur est maintenant livré directement à notre bureau, ce qui élimine les frais de la livraison directement aux domiciles », explique Bria Foster. « Nous avons aussi examiné les quantités de fournitures que nous commandons. Comme vous pouvez imaginer, nous commandons beaucoup de fournitures pour que les clients ne manquent de rien. Mais il arrive que des clients cessent d'avoir besoin de nos services, parce qu'ils guérissent ou qu'ils sont placés dans un foyer de soins de longue durée, avant d'avoir utilisé tout le matériel. Nous nous retrouvons alors avec des fournitures en surplus qui ne peuvent pas être utilisées (pour des raisons de sécurité, les fournitures d'un client ne peuvent pas être transférées à un autre client) et que nous essayons de donner ou qui finissent par être jetées. Nous savions qu'il devait exister un meilleur moyen. Maintenant, les infirmières appellent les adjointes administratives pour leur dire quel client a besoin d'un article et en quelle quantité. Le matériel est étiqueté, emballé et prêt à partir. Les infirmières, qui passent par le bureau tous les jours, prennent les fournitures et apportent au client une réserve suffisante pour une ou deux semaines. Cette mesure a beaucoup réduit la quantité de surplus de matériel laissé lorsque les clients n'ont plus besoin de nos services. »

« Entre juin 2017 et mars 2018, nous avons économisé environ 30 000 \$, seulement en effectuant ces petits changements et en examinant plus attentivement où l'argent allait. Ces changements ont du sens, ils facilitent la vie des gens et nous permettent de faire notre part pour créer un système de soins de santé plus durable. D'autres milieux communautaires ont maintenant manifesté un intérêt pour ce que nous avons fait et nous sommes heureux de leur faire part de notre expérience. »

La réussite de cette initiative pilote a donné lieu à la mise en œuvre de cette stratégie dans d'autres bureaux communautaires cette année.

Les résultats montrent que même dans un système de soins de santé chargé, prendre le temps de s'occuper des petits détails peut souvent donner lieu à des économies importantes.

« De nos jours, la durabilité est la clé et nous avons pu montrer qu'un petit effort pour trouver des moyens d'épargner peut finalement vraiment valoir la peine. »

“À notre Clinique, nous voyons une foule de problèmes allant de l’angine à streptocoque aux points de suture en passant par tout le reste. C’est un endroit où venir pour tout souci de santé non urgent. En général, nous pouvons donner de bons renseignements aux patients et les orienter vers les endroits où ils peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin. C’est donc un excellent point de départ pour ceux qui ne savent pas vers qui se tourner pour leur souci de santé. »

-Mary-Anne Ammeter,  
Assistante en soins primaires, Centre  
d'accès Winnipeg Ouest, clinique de soins  
de continuité sans rendez-vous



## Les sites de soins de continuité sans rendez-vous élargissent l'accès aux soins primaires

Au mois de décembre, dans le cadre de la consolidation continue des services de santé à Winnipeg, l'ORSW a annoncé l'accroissement de l'accès aux services de soins primaires dans un certain nombre de Centres d'accès et emplacements de soins primaires de la région.

Au début de 2018, les services qui étaient auparavant offerts dans les Cliniques express récemment fermées sont passés aux Centres d'accès et autres cliniques de soins primaires de Winnipeg. Les ressources, incluant le personnel et l'équipement, ont été transférées à des Centres d'accès existants, y compris Saint-Boniface, Nor'west et Fort Garry. Ces centres se sont joints au Centre d'accès de Winnipeg Ouest pour offrir des heures de clinique prolongées et un accès fiable aux services des cliniques de soins de continuité sans rendez-vous (SCSR). La clinique de l'avenue McGregor reste ouverte comme clinique express et continue d'offrir des services au public.

Les emplacements de SCSR offrent divers services complémentaires qui peuvent contribuer à améliorer les résultats de santé pour les patients et les familles. Leurs heures d'ouverture sont plus longues pour répondre aux besoins des patients et faciliter l'accès à des soins uniformes de haute qualité le soir et les fins de semaine.

« Nous représentons un excellent choix pour les problèmes de santé mineurs, lorsque le praticien de soins primaires (médecin de famille) n'est pas disponible ou que la personne n'a pas de médecin de famille », explique Kim Mackay, l'une des neuf

infirmières praticiennes à temps partiel qui offrent des SCSR dans le Centre d'accès de Winnipeg Ouest, à côté de l'Hôpital Grace.

« Je crois que nous offrons toutes une approche holistique des soins, c'est-à-dire que nous tenons compte des aspects sociaux de la santé et du bien-être, en même temps que du souci de santé immédiat. Personnellement, je crois que la qualité de l'interaction avec le patient représente un aspect intangible des soins qui est important, et que les patients méritent l'interaction de haute qualité que nous nous efforçons toutes de fournir » précise Kim Mackay.

La clinique de SCSR du Centre d'accès de Winnipeg Ouest offre également un appui au service d'urgence de l'Hôpital Grace en permettant de rediriger les patients qui n'ont pas besoin de soins d'urgence vers des SCSR, pour éviter de contribuer au prolongement des temps d'attente du service d'urgence.

Conformément à l'annonce faite au mois de juin, une nouvelle clinique de SCSR verra le jour à l'Hôpital Concordia l'été prochain, afin d'offrir aux résidents de la région un accès à des services de santé le même jour. La clinique aura des heures d'ouverture prolongées de 9 heures à 21 heures et offrira une solution de rechange aux soins d'urgence, pour les situations qui ne menacent pas la vie, mais qui doivent être prises en charge le jour même. Le service d'urgence de l'Hôpital Concordia fermera ses portes au milieu de 2019, libérant ainsi l'espace qui sera consacré à la clinique, qui devrait ouvrir peu de temps après.

Les SCSR contribueront à veiller à ce que les soins que les patients reçoivent soient ensuite mis en lien avec leur fournisseur de soins primaires au besoin. Les patients qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires seront dirigés vers le programme Trouver un médecin. Dans les circonstances où un patient a besoin de soins supplémentaires, le personnel de la clinique de SCSR s'engagera davantage dans l'obtention d'un fournisseur de soins avant que le patient ne quitte la clinique.

« Ces changements augmentent l'accès à des soins primaires en temps opportun qui viennent compléter le travail des médecins de famille de la région », explique Gina Trinidad, directrice de l'exploitation pour l'ORSW. « Si plus de 80 pour cent des Winnipegois disent avoir un médecin de famille, plus de la moitié d'entre eux comptent sur des soins épisodiques – comme ceux des SCSR – lorsque leur médecin n'est pas disponible. »

Les Centres d'accès sont des centres à « guichet unique » où des partenaires de la communauté et de la province travaillent avec l'ORSW pour offrir des services sociaux et de santé coordonnés et accessibles, sous un même toit. Les services offerts à chaque endroit varient des soins de médecins de famille à l'aide à l'emploi, en passant par des ateliers de mode de vie sain et des services de soins à domicile. Le modèle profite aux clients et aux familles qui ont des soucis de santé multiples ou des besoins de soins complexes.

Pour connaître les heures de la clinique la plus proche, les patients sont encouragés à téléphoner à l'avance ou à consulter le site [myrightcare.ca](http://myrightcare.ca). Le personnel de tous les Centres d'accès peut également aider les personnes qui sont à la recherche d'un médecin de famille par le site [Trouver un médecin](#).

## **Les améliorations de transfert des soins donnent aux équipes du SISPW plus de temps de service dans les communautés de Winnipeg**

Au mois de mars, le Service d'incendie et de soins paramédicaux de Winnipeg (SISPW) a annoncé un nouveau protocole concernant le transfert des soins de patients des services de soins paramédicaux aux services d'urgence. La mesure est entrée en vigueur le 11 avril 2018. En vertu de ce nouveau protocole, le personnel des SISPW reste avec les patients jusqu'à 45 minutes au service d'urgence et le personnel du service d'urgence prend la responsabilité de chaque patient dans les 45 minutes suivant l'arrivée de l'ambulance.

Le nouveau protocole permet au SISPW partenaire de l'ORSW de retourner plus rapidement au service dans la communauté. En fait, on prévoit que cette mesure donnera au SISPW 8 000 heures supplémentaires sur la route.

« Nous constatons déjà une amélioration importante de notre capacité de prendre en charge les patients des Services médicaux d'urgence (SMU) et avons adopté des pratiques permettant d'engager l'ensemble de l'hôpital dans cet effort pour appuyer nos services d'urgence et ramener le personnel paramédical sur la route » explique Krista Williams, directrice de l'exploitation sanitaire pour les soins actifs de l'ORSW.

Le groupe de travail qui appuie ce changement au sein de l'ORSW comprend des membres du programme d'urgence, des infirmières en chef de chacun des emplacements, de même que des cadres des différents centres et de l'ORSW.

« Chaque patient de notre service d'urgence reçoit les soins de notre personnel – ce changement ne fait que regrouper le personnel de l'hôpital et des services d'urgence, pour faire en sorte que les patients reçoivent les bons soins au bon moment, et pour qu'ils soient transférés au bon endroit du service ou de l'hôpital, au bon moment » précise Krista Williams.

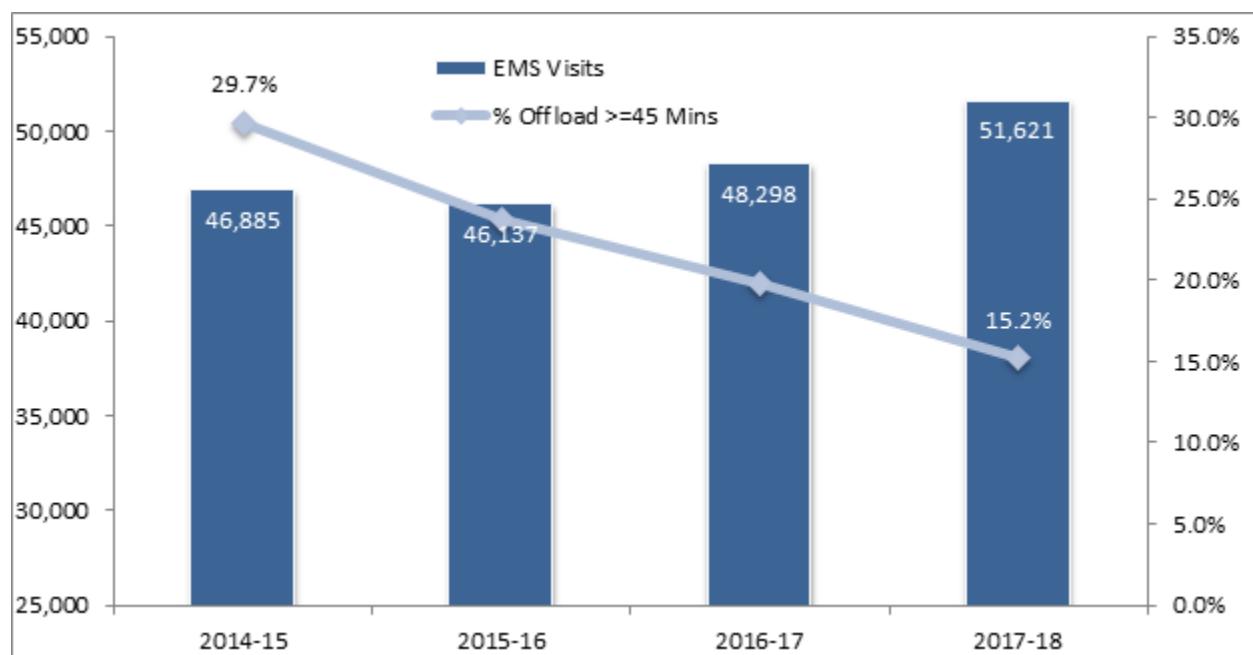
Elle ajoute que le programme d'urgence ayant pris des mesures importantes pour améliorer les délais de transfert des soins, l'ORSW a déterminé, avec le SISPW, qu'il convenait d'insister pour un transfert de 45 minutes qui verrait les employés paramédicaux retourner dans la communauté après un maximum de trois-quarts d'heure.

Dans le passé, les paramédicaux restaient au service d'urgence jusqu'à ce que le patient soit transféré à un espace de traitement ou que le personnel du service d'urgence ait indiqué que leur présence n'était plus nécessaire. Cette stratégie entraînait des frais facturables (l'ORSW payait pour le temps des SISPW) pour le temps passé à l'urgence par les paramédicaux, au-delà d'une heure. Cette facturation n'existe plus avec le nouveau protocole.

Le changement a été surveillé attentivement tant par les hôpitaux que par la région, afin d'assurer la réussite de sa mise en œuvre.

### Amélioration des délais de déchargement malgré une demande accrue

Année financière	Visites au service d'urgence	Durée moyenne des déchargements (minutes)	Durée médiane des déchargements (minutes)	Nombre de déchargements >=45 minutes	% des déchargements >=45 minutes
2014-2015	46 885	44,8	23,0	13 922	29,7 %
2015-2016	46 137	37,3	20,0	10 947	23,7 %
2016-2017	48 298	33,4	18,0	9 581	19,8 %
2017-2018	51 621	27,7	15,0	7 831	15,2 %



Source : Système d'information du service d'urgence (SISU). L'ORSW a connu une amélioration de 18 pour cent (diminution) des délais de déchargement en 2017-2018 malgré une augmentation de 6,9 pour cent du nombre d'arrivées aux services d'urgence par ambulance. Remarque : les données comprennent tous les emplacements de l'ORSW à l'exception de l'Hôpital pour enfants.

## **Enterprise risk management**

---

The WRHA uses an enterprise risk management (ERM) process to identify, monitor and manage risks that may impact the achievement of its strategic directions.

New this year:

- The ERM process continued to be rolled out throughout the WRHA;
- Priority risks were folded into the WRHA's annual operating plan.

Current ERM priority areas for the WRHA include:

- Implementation of Clinical Consolidation
- Achievement of a Balanced Budget
- Improvement of Quality and Patient Safety
- Improvement of Patient Flow
- Readiness for Transformation of the Healthcare System
- Corporate Governance and Leadership
- Business Continuity Management
- Infrastructure Maintenance and Renovation

Risk mitigation plans are currently being developed for these areas to guide risk management activities.

## Critical Incident Process

---

A key part of the WRHA's commitment to Quality Improvement and Patient Safety is the Critical Incident review process.

In Manitoba, a Critical Incident is defined in legislation as an unintended event that occurs when health services are provided to an individual and results in a consequence to him or her that:

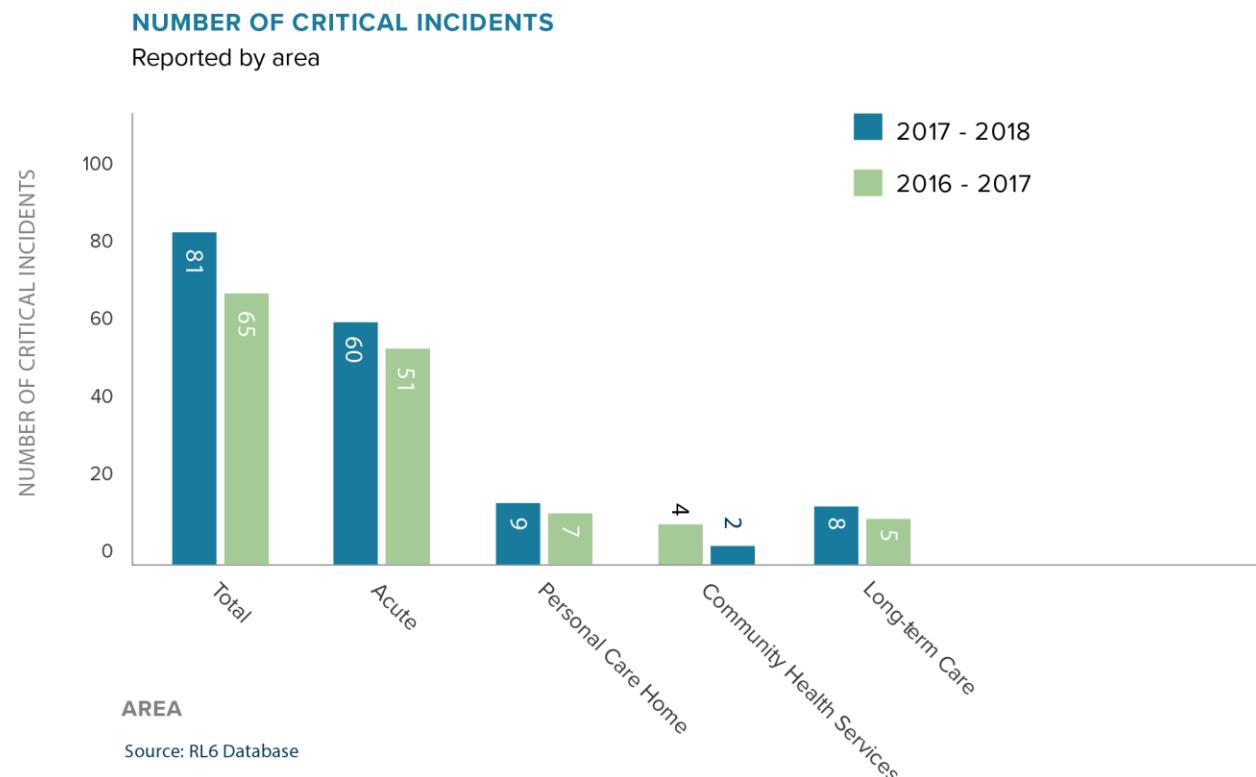
- a. is serious and undesired, such as death, disability, injury or harm, unplanned admission to hospital or unusual extension of a hospital stay, and
- b. does not result from the individual's underlying health condition or from a risk inherent in providing health services.

Examples may include receiving the wrong medication or the wrong dose of a medication, the failure of medical equipment or a breakdown in communication between healthcare providers, resulting in serious harm to a patient, client or resident.

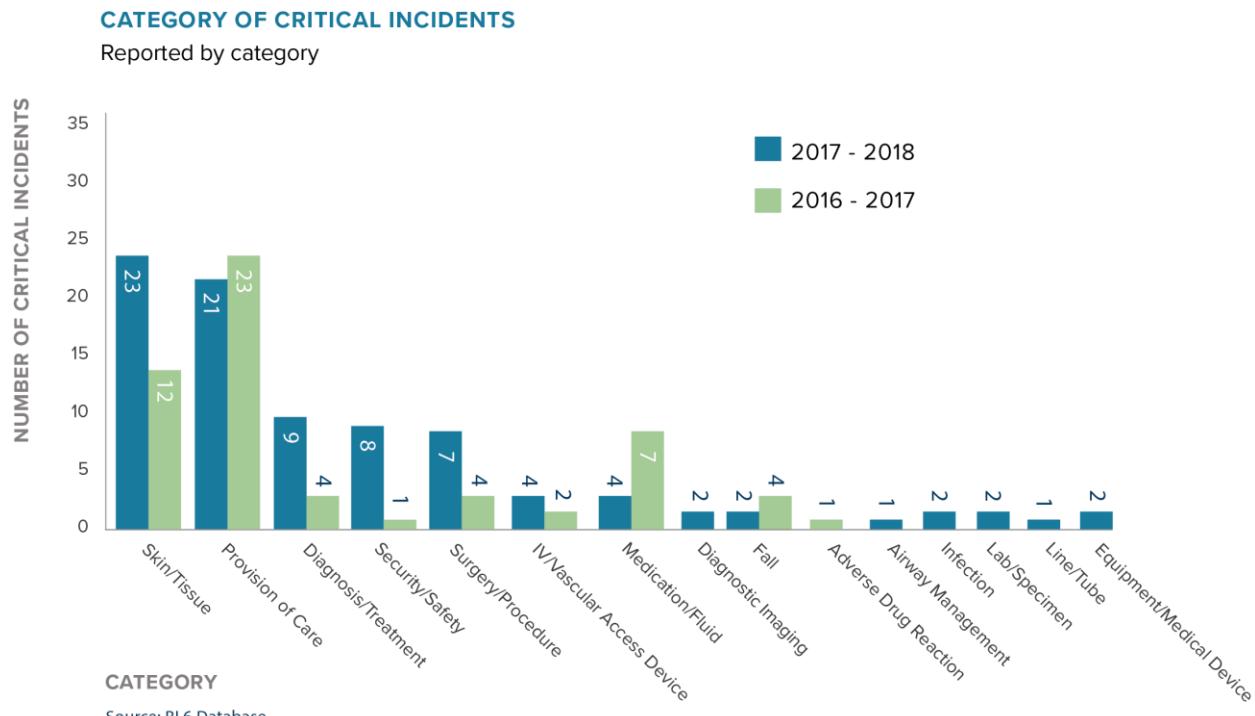
The region recognizes the importance of reporting critical incidents and encourages staff and the public to report patient safety events. We are working to build an organizational culture of trust and transparency, which includes providing support to those reporting events, and disclosure with patients and their families when a Critical Incident occurs. Our goal is to continuously improve our communication with patients and families to ensure they are provided with the information they need while maintaining confidentiality. This includes sharing the findings when a Critical Incident review has been completed.

We understand that although serious, a Critical Incident also can be an opportunity for learning. A comprehensive review of a Critical Incident may include information from the patient medical record and the professional literature, interviews of healthcare providers and experts, and meetings with the patient and family. The goal is to understand and learn from the systemic factors that led to the outcome and to recommend strategies to prevent similar events in the future. The review is commonly completed within 88 business days once an event has been designated a Critical Incident.

The chart below highlights the number of Critical Incidents, by area, reported in the fiscal years of 2016-17 and 2017-18.



The chart below highlights the number of Critical Incidents, by event type, in the fiscal years of 2016-17 and 2017-18.



## Client Relations

---

The Client Relations team:

- Manages feedback from the public
- Meets with clients and families as part of working through the feedback process
- Provides support to staff
- Administers educational staff workshops
- Provides consultation to staff who are seeking resources on managing a client complaint in their area
- Works on projects that engage the public regarding health-care services

Client Relations receives feedback from the public in the form of compliments, complaints and suggestions for improvement. With recent and planned changes to health-care operations, Client Relations is able to assist citizens in navigating health services in the Winnipeg health region. We provide flexible options for sharing their concerns and we remain impartial throughout the process.

Feedback received is kept confidential and is used together with other data to improve patient care and health services across the region.

### WINNIPEG REGIONAL HEALTH AUTHORITY CLIENT RELATIONS

Phone: (204) 926-7825

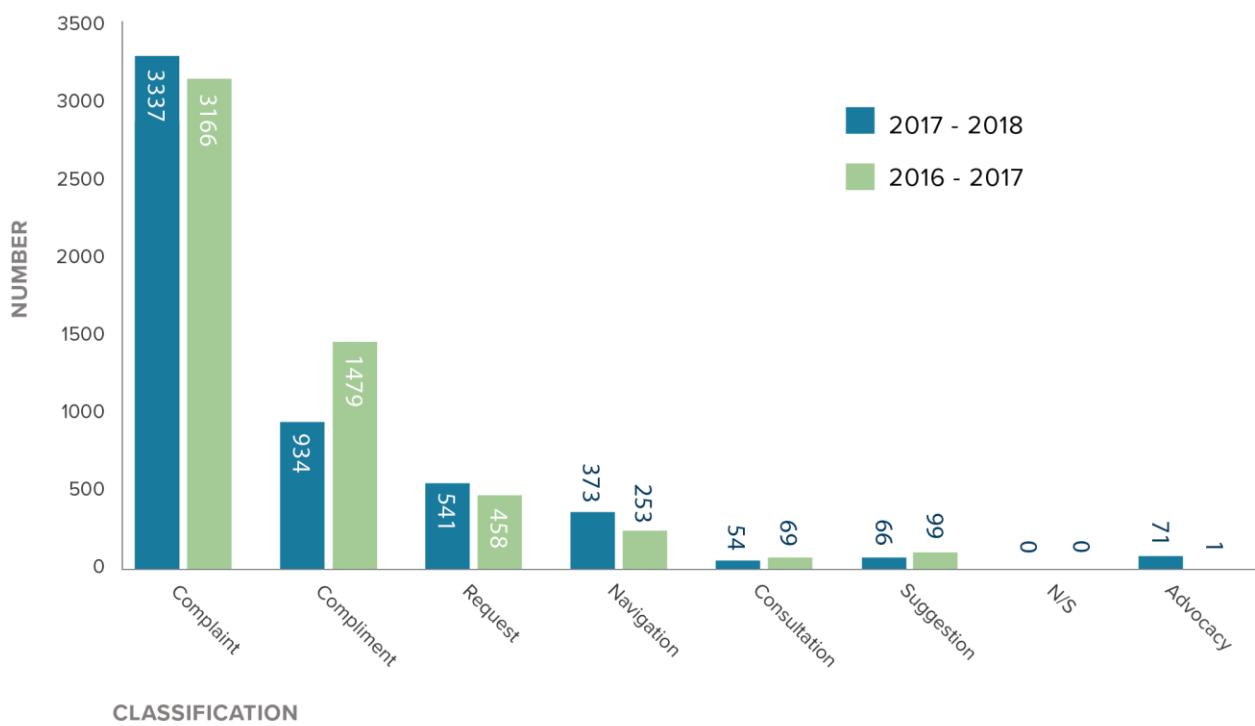
Fax: (204) 940-6623

E-mail: [clientrelations@wrha.mb.ca](mailto:clientrelations@wrha.mb.ca)

Monday – Friday from 8:30 a.m. – 4:30 p.m.

## NUMBER AND CLASSIFICATION OF CALLS TO CLIENT RELATIONS

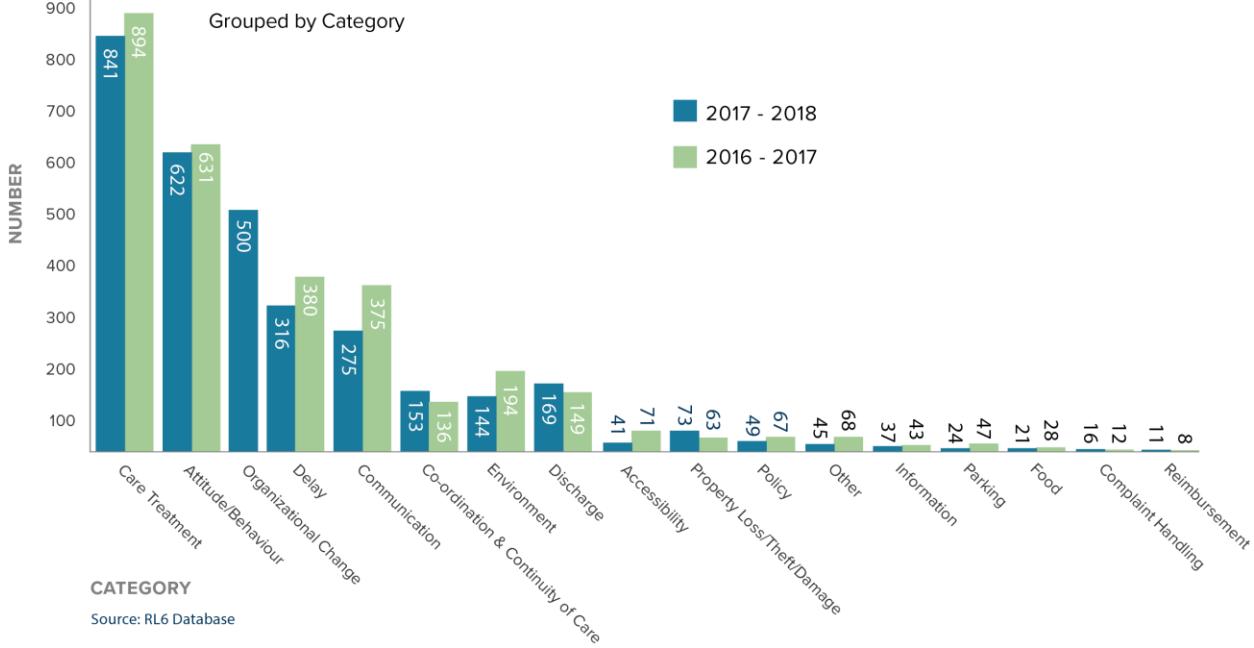
Grouped by Classification



Source: RL6 Database

## NUMBER AND TYPE OF COMPLAINT

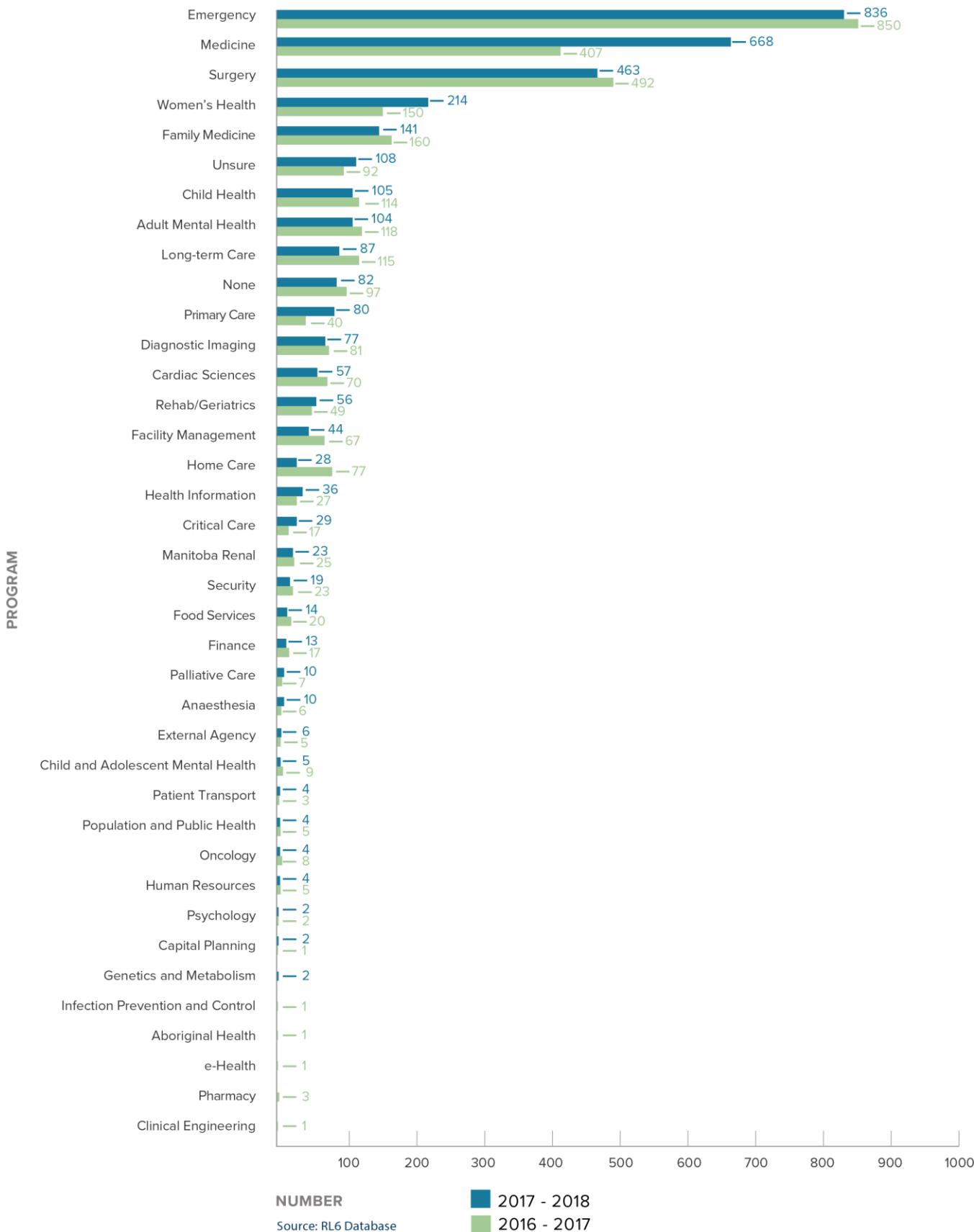
Grouped by Category



Source: RL6 Database

## NUMBER OF COMPLAINTS BY PROGRAM

Grouped by Program



## Statistics

---

### URGENT CARE VISITS

	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
MHC Urgent Care	16,301	38,614	39,027
VGH Urgent Care <sup>1</sup>	20,075	N/A	N/A
Pan Am Minor Injury Clinic	57,633	57,832	60,160
Total	94,009	96,446	99,187

Source: Pan Am visits reported through SAP, urgent care visits from EDIS.

<sup>1</sup> As of Oct. 3, Victoria's emergency department converted to an urgent care centre.

### HOME CARE CLIENTS RECEIVING SERVICES<sup>1</sup>

2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
15,219	14,751	14,254

Source: WRHA home care program.

<sup>1</sup> Excludes clients under assessment but not yet receiving services: 2017/18 = 351 clients; 2016/17 = 325 clients; 2015/16 = 345 clients.

### TOTAL BIRTHS AND DELIVERIES

Births <sup>1</sup>	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
Births (including stillbirths)	11,870	11,478	11,475
Home Birth Midwife	33	26	34
Birth Centre	185	204	163
Total Births	12,088	11,708	11,672

Source: Discharge Abstract Database (DAD). Home and birth centre births provided by WRHA midwifery services.

<sup>1</sup> Births represent the number of babies born. Stillbirths are included. Babies born before arrival to hospital are excluded. The newborn abstract is used for the calculation.

<b>Deliveries<sup>1</sup></b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Deliveries by physician	11,500	11,047	10,956
Deliveries by midwife	163	174	206
Total deliveries	11,663	11,221	11,162

Source: DAD.

<sup>1</sup> Deliveries represent the number vaginal and cesarean section births in hospital. The mother's abstract is used.

## MAIN OPERATING ROOM (OR) SURGICAL CASES<sup>1</sup>

<b>Inpatient</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
WRHA Acute Sites	22,964	23,669	22,949
MHC	206	407	463
Pan Am Clinic	-	-	-
Total	23,170	24,076	23,412

<b>Day Surgery</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
WRHA Acute Sites	22,804	23,341	23,407
MHC	11,981	11,466	11,480
Pan Am Clinic	3,697	3,793	3,734
Total	38,482	38,600	38,621

<b>Total</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
WRHA Acute Sites	45,768	47,010	46,356
MHC	12,187	11,873	11,943
Pan Am Clinic	3,697	3,793	3,734
Total	61,652	62,676	62,033

Source: DAD.

<sup>1</sup> Represents inpatient and day surgery cases that had at least one surgery in a site's main operating room (OR). For some cases, more than one surgical procedure or main OR trip may have been done during an episode and/or admission; however, only one surgical case is counted per admission for this analysis.

## PROCEDURE VOLUMES (RELATED TO WAIT TIME TRACKING)

Inpatient and Day Surgeries	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
All (Therapeutic interventions on the heart and related structures, excluding CABG)	2,695	2,682	2,539
CABG (Coronary Artery Bypass Graft)	614	588	628
Joint Surgery:			
Primary Hip Replacements	1,565	1,506	1,497
Primary Knee Replacements	1,796	1,714	1,656
Cataract - Adults	9,362	9,119	9,224
Pediatric Dental (includes Churchill)	1,685	1,605	1,873

Source: WRHA DAD.

## GAMMA KNIFE PROCEDURES

2017 - 18	2016 - 17 <sup>1</sup>	2015 - 16 <sup>1</sup>
493	507	551

Source: SAP

<sup>1</sup> Includes cases where the patient is booked and prepared in the gamma knife frame and goes through the MRI exam, but the gamma knife procedure is abandoned due to the size of the tumor.

## WRHA SERVICES PROVIDED THROUGH THE PROVINCIAL HEALTH CONTACT CENTRE (PHCC)

Inpatient	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
Health Links - Info Santé - Client calls answered Live <sup>1</sup>	99,500	95,969	100,277
Health Links - Info Santé - Outbound Calls <sup>2</sup>	1,421	980	1,054
Left But Not Seen - Follow-up Contacts	2,495	4,566	6,427
After Hours Central Intake Program - Client calls answered Live	141,449	160,237	153,749
After Hours Central Intake Program - Outbound Calls	206,029	209,412	195,480
TeleCARE Manitoba - Client calls answered Live	608	610	527
TeleCARE Manitoba - Outbound Calls <sup>3</sup>	8,743	9,362	8,179
Dial-a-Dietitian - Client calls answered Live <sup>4</sup>	1,330	1,357	1,367
Dial-a-Dietitian - Outbound Calls	774	800	799
Positive Parenting Program (Triple P) - Client calls answered Live <sup>5</sup>	500	565	550
Positive Parenting Program (Triple P) - Outbound Calls <sup>6</sup>	971	1,195	1,125

<sup>1</sup> The number of calls where a client spoke with a health-care professional.

<sup>2</sup> Total number of followup contacts to clients already in contact with Health Links - Info Santé staff (i.e. those contacts serviced in line 1).

<sup>3</sup> The number of calls where a client spoke with a health-care professional.

<sup>4</sup> Total number of followup contacts to clients already in contact with TeleCARE TélÉSOINS Manitoba Nurse (i.e. those contacts serviced in the above line).

<sup>5</sup> The number of calls where a client spoke with a registered dietitian.

<sup>6</sup> Total number of followup contacts to clients already in contact with registered dietitian staff (i.e. those contacts serviced in the above line).

## TOTAL NUMBER OF RESIDENTS IN PCHs

	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
Winnipeg PCH in RHC and DLC <sup>1</sup>	427	463	463
Winnipeg Non-Proprietary PCH	2,980	2,992	2,965
Winnipeg Proprietary PCH	1,993	2,030	2,025
Rural Proprietary PCH <sup>2</sup>	367	366	366
Total	5,766	5,851	5,819

Source: WRHA long-term care program.

<sup>1</sup> Assumes 100 per cent bed occupancy of PCH beds at RHC and DLC.

<sup>2</sup> Includes proprietary PCHs that are located outside the Winnipeg geographic region but which Manitoba Health funds through the WRHA long-term care program. Includes Central Park Lodge - Valley View, Extendicare - Hillcrest Place and Extendicare - Red River Place.

## DIAGNOSTIC IMAGING

2017 - 18	WRHA Acute Sites	MHC	Pan Am Clinic	Other <sup>1</sup>	Total
CT Scans	133,053	6,543	-	-	139,596
Ultrasounds	113,360	8,191	-	-	121,551
X-Rays	296,975	10,738	-	3,426	311,139
Mammograms <sup>2</sup>	1783	-	-	-	1,783
Nuclear Medicine	22,960	-	-	-	22,960
PET	1,979	-	-	-	1,979
MRI	59,818	-	9,003	-	68,821
Bone Density	7,287	-	-	-	7,287
Angiography	7,692	-	-	-	7,692
Cardiac Angiography	13,653	-	-	-	13,653
Total Diagnostic Imaging Procedures	658,560	25,472	9,003	3,426	696,461

2016-17	WRHA Acute Sites	MHC	Pan Am Clinic	Other <sup>1</sup>	Total
CT Scans	126,730	7,329	-	-	134,059
Ultrasounds	120,610	8,830	-	-	129,440
X-Rays	298,701	19,490	-	3,546	321,737
Mammograms <sup>2</sup>	4,678	-	-	-	4,678
Nuclear Medicine	22,981	-	-	-	22,981
PET	1,992	-	-	-	1,992
MRI	53,384	-	9,278	-	62,662
Bone Density	7,656	-	-	-	7,656
Angiography	6,051	-	-	-	6,051
Cardiac Angiography	13,295	-	-	-	13,295
<b>Total Diagnostic Imaging Procedures</b>	<b>656,078</b>	<b>35,649</b>	<b>9,278</b>	<b>3,546</b>	<b>704,551</b>

2015-16	WRHA Acute Sites	MHC	Pan Am Clinic	Other <sup>1</sup>	Total
CT Scans	114,725	6,567	-	-	121,292
Ultrasounds	109,750	8,259	-	-	118,009
X-Rays	291,070	19,919	-	3,277	314,266
Mammograms	3,147	-	-	-	3,147
Nuclear Medicine	21,699	-	-	-	21,699
PET	1,836	-	-	-	1,836
MRI	49,835	-	9,369	-	59,204
Bone Density	6,883	-	-	-	6,883
Angiography	5,274	-	-	-	5,274
Cardiac Angiography	13,281	-	-	-	13,281
<b>Total Diagnostic Imaging Procedures</b>	<b>617,500</b>	<b>34,745</b>	<b>9,369</b>	<b>3,277</b>	<b>664,891</b>

Source: WRHA diagnostic imaging program

<sup>1</sup> Other includes RHC and DLC.

<sup>2</sup> Includes HSC Winnipeg and Breast Health Centre.

## WRHA HOSPITAL STATISTICS

### TOTAL WRHA

Key Statistic:	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
Number of Beds <sup>1</sup>	3,160	3,192	3,188
Average Occupancy <sup>2</sup>	92.0%	92.2%	90.0%
Emergency Department/Urgent Care Visits <sup>3</sup>	284,097	291,277	279,915
Emergency Department/Urgent Care Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3</sup>	36,182 (12.7%)	34,068 (11.70%)	32,853 (11.74%)
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3</sup>	16,653 (5.86%)	19,898 (6.83%)	20,906 (7.47%)
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	87,160	84,387	82,797
Average Length of Stay (ALOS) <sup>4, 9</sup>	8.14	8.64	8.45
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	66,214	65,060	63,198
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	10.96%	12.80%	10.27%
ALOS: Expected Length of Stay (ELOS) Ratio <sup>4</sup>	1.12	1.14	1.14
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	103	114	116
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	7.7%	7.2%	7.1%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	2.38	2.87	3.96
Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	4.69	5.77	5.61

## Health Sciences Centre Winnipeg

<b>Key Statistic:</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Number of Beds <sup>1</sup>	762	777	775
Average Occupancy <sup>2</sup>	91.7%	91.8%	88.5%
Emergency Department Visits <sup>3</sup>	120,093	114,923	110,524
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3</sup>	14,300 (11.91%)	13,282 (11.56%)	12,762 (11.55%)
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3</sup>	7,882 (6.52%)	7,313 (6.36%)	7,020 (6.35%)
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	35,924	34,162	33,544
ALOS <sup>4, 9</sup>	7.20	7.60	7.59
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	22,629	21,498	19,980
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	6.35%	7.15%	5.31%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	1.09	1.12	1.10
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	116	119	112
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	7.5%	7.4%	7.2%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	2.95	3.00	5.28
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	7.37	12.52	11.78

## St. Boniface General Hospital

<b>Key Statistic:</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Number of Beds <sup>1</sup>	477	493	477
Average Occupancy <sup>2</sup>	92.2%	95.3%	93.4%
Emergency Department Visits <sup>3</sup>	45,917	42,239	40,156
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3</sup>	7,957 (17.33%)	6,748 (15.98%)	6,592 (16.42%)
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3</sup>	2,210 (4.81%)	3,549 (6.03%)	3,351 (8.34%)
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	27,573	26,218	25,913
ALOS <sup>4, 9</sup>	6.12	6.42	5.94
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	14,391	14,773	14,771
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	8.57%	8.97%	6.84%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	1.03	1.05	1.05
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	97	116	102
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	7.2%	6.7%	6.7%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	2.69	3.34	4.98
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	4.27	3.12	4.13

## Concordia Hospital

<b>Key Statistic:</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Number of Beds <sup>1</sup>	185	185	185
Average Occupancy <sup>2</sup>	90.7%	98.5%	96.6%
Emergency Department Visits <sup>3</sup>	27,957	30,515	29,608
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3</sup>	3,987 (14.26%)	3,568 (11.69%)	3,420 (11.55%)
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3</sup>	1,823 (6.52%)	2,834 (9.29%)	3,311 (11.18%)
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	6,602	6,205	5,867
ALOS <sup>4, 9</sup>	9.46	10.99	11.30
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	4,656	4,539	4,351
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	15.29%	18.05%	17.71%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	1.10	1.16	1.14
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	99	97	109
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	9.1%	8.3%	8.3%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	1.63	3.45	3.20
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	4.72	4.20	3.66

## Victoria General Hospital

<b>Key Statistic:</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Number of Beds <sup>1</sup>	195	195	193
Average Occupancy <sup>2</sup>	95.6%	92.2%	93.9%
Emergency Department Visits <sup>3, 10</sup>	16,797	32,056	31,079
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3, 10</sup>	1,451 (8.64%)	3,144 (9.81%)	2,889 (9.30%)
Emergency Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3, 10</sup>	816 (4.86%)	2,324 (7.25%)	2,639 (8.49%)
Urgent Care Centre Visits <sup>3, 10</sup>	20,075		
Urgent Care Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3, 10</sup>	232 (1.16%)		
Urgent Care Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3, 10</sup>	495 (2.47%)		
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	3,431	5,408	5,196
ALOS <sup>4, 9</sup>	17.52	13.21	12.48
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	11,014	10,772	10,473
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	18.84%	20.44%	18.48%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	1.33	1.21	1.23
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	92	132	158
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	9.3%	6.7%	6.8%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	3.06	1.85	3.02
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	1.87	2.71	2.57

## Grace Hospital

<b>Key Statistic:</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Number of Beds <sup>1</sup>	235	235	251
Average Occupancy <sup>2</sup>	88.4%	86.3%	81.5%
Emergency Department Visits <sup>3</sup>	32,786	30,072	27,237
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3</sup>	4,271 (13.03%)	3,381 (11.24%)	3,422 (12.56%)
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3</sup>	1,823 (6.52%)	1,859 (6.18%)	1,414 (5.19%)
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	7,410	6,536	6,610
ALOS <sup>4, 9</sup>	10.02	11.37	11.65
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	7,190	7,185	7,187
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	10.55%	17.04%	13.81%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	1.20	1.25	1.28
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	102	128	141
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	7.7%	6.2%	6.8%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	4.42	5.30	6.41
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	2.60	3.80	2.40

## Seven Oaks General Hospital

<b>Key Statistic:</b>	<b>2017 - 18</b>	<b>2016 - 17</b>	<b>2015 - 16</b>
Number of Beds <sup>1</sup>	308	308	308
Average Occupancy <sup>2</sup>	94.2%	97.0%	93.5%
Emergency Department Visits <sup>3</sup>	40,547	41,472	41,311
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>3</sup>	4,216 (10.40%)	3,945 (9.51%)	3,768 (9.12%)
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>3</sup>	2,439 (6.02%)	3,019 (7.28%)	3,171 (7.68%)
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	6,103	5,721	5,535
ALOS <sup>4, 9</sup>	13.66	15.08	14.88
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	6,053	6,070	5,997
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	21.54%	23.17%	16.37%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	1.24	1.20	1.22
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	97	90	94
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	8.2%	8.1%	8.0%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	1.60	2.84	2.35
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>8</sup>	5.38	4.31	4.23

## Churchill Health Centre

Key Statistic:	2017 - 18	2016 - 17	2015 - 16
Number of Beds <sup>1</sup>	27	27	27
Average Occupancy <sup>6</sup>	9.16%	36.1%	38.0%
Emergency Department Visits <sup>6</sup>	1,106	957 <sup>(6)</sup>	1,165 <sup>(6)</sup>
Emergency Department Visits Admitted (with % in brackets) <sup>6</sup>	56 (5.06%) <sup>(4)</sup>	56 (5.85%) <sup>(4)</sup>	52 (4.46%) <sup>(4)</sup>
Left Without Being Seen (with % in brackets) <sup>6</sup>	n/a	n/a	n/a
Total Number of Inpatient Discharges <sup>4, 9</sup>	117	137	132
ALOS <sup>4, 9</sup>	16.64	5.99	4.67
Total Number of Day Surgery Cases <sup>4, 9</sup>	281	223	439
Percentage of Alternate Level of Care (ALC) Days <sup>4, 9</sup>	0%	0%	0%
ALOS: ELOS Ratio <sup>4</sup>	0.94	0.98	1.04
Hospital Standardized Mortality Ratio <sup>5</sup>	44	51	43
Hospital Readmission Rate Within 30 Days of Discharge <sup>7</sup>	9.5%	10.0%	16.5%
Clostridium Difficile Rate (per 10,000 pt days) <sup>6</sup>	n/a	n/a	n/a
MRSA Rate (per 10,000 pt days) <sup>6</sup>	n/a	n/a	n/a

<sup>1</sup> Source: WRHA annual bed map reported to Manitoba Health as of April 1 of the applicable fiscal year. WRHA figures include all hospitals as well as DLC, RHC, MHC and Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC).

<sup>2</sup> Excludes bassinets..

<sup>2</sup> Source: Admission-Discharge-Transfer Database/SAP. Occupancy rates: Excludes newborn days, bassinets and community hospice days and beds. Churchill occupancy: Nursing unit inpatient days were used, as well as the assumption that the seven long-term care beds were at 100 per cent occupancy.

<sup>3</sup> Source: EDIS. HSC Winnipeg includes both Adult and Children's Emergency visits.

<sup>4</sup> Source: DAD.

<sup>5</sup> Source: CIHI Your Health System: Insight Tool, reflecting crude (unadjusted) rates. HSC Winnipeg data excludes Children's.

<sup>6</sup> Source: Churchill Health Centre.

<sup>7</sup> Source: CIHI Your Health System: Insight Tool. All years have been updated to reflect crude (unadjusted) rates.

<sup>8</sup> Rates provided by WRHA Regional Infection Control. Includes MHC, RHC and DLC in the WRHA total, as they are included in WRHA acute care surveillance.

<sup>9</sup> Includes all facility types (hospice, forensic psychiatry, pediatrics). Excludes rehabilitation services.

<sup>10</sup> As of Oct. 3, Victoria's emergency department converted to an urgent care centre.

## French Language Services

---

The mandate of WRHA French Language Services (FLS) is to assist the WRHA in promoting and providing health services in French in accordance with its FLS policies, the Government of Manitoba FLS Policy, and regulations established under the legislation governing the Regional Health Authorities of Manitoba.

There are 109,935 Francophones in Manitoba representing 8.6 per cent of the Manitoba population. According to the 2016 census, Manitoba's Francophone population has increased by 5,850 individuals since the 2011 census, or a 5.2 per cent. 65 per cent of the province's Francophone population lives in the area served by the WRHA.

Persons living in Winnipeg whose mother tongue is French and persons living in Winnipeg whose mother tongue is not French but who use it on a regular basis in their daily life is up to 70,250 residents, according to the last census. This represents 10.1 per cent of the city's population. According to the 2016 census, Winnipeg's Francophone population has increased by 2,975 individuals since the 2011 census, or a 4.4 per cent increase.

The majority of Winnipeg's Francophones reside in St. Boniface, St. Vital, St. Norbert and River Heights, with a smaller pocket in St. James.

Bilingual employees of the region provide service and support to clients, patients, residents and their families across the region every day. The principles of active offer must be respected to ensure service in French is evident, readily available, publicized, accessible and of comparable quality to services in English.

From essential patient information, such as consent forms and signage to donor recognition and wayfinding, reflecting both official languages is essential to our region's culture and character. We remain committed to expanding access to FLS throughout the region.

### **Identification of French-speaking clients:**

Language identification and/or preference are assured either at centralized intake or at direct intake at designated sites and programs.

There are some known gaps in the identification of francophone clients in regional centralized services. Some are currently being worked on. Others will be reviewed in conjunction with the changes that will occur due to the region's Clinical Service Plan.

If the client presents at a designated site, they will receive service in French by a designated bilingual employee. At non-designated sites, where possible, a bilingual employee will assist. Otherwise the client can be provided with interpretation services through the region's Language Interpreter program, if required.

## **Identification of French-speaking employees:**

Some positions within the region, including those in Access Centres, community offices, regional programs such as home care, long-term care, primary care and palliative care and funded agencies are designated bilingual. Individuals in these positions wear a “Hello Bonjour” item to identify themselves, and provide service to patients, residents and families in both official languages. Other bilingual staff members are encouraged to self-identify and use French as a personal choice if they feel capable and comfortable doing so.

## **Strategic Plan Implementation Highlights:**

The fiscal year 2017-18 marks the fifth and final year of the WRHA’s third five-year French Language Services Plan. The following are key accomplishments, grouped according to strategic priority.

### **Enhance Francophone Patient Experience:**

Enhance the experience of Francophones within the health-care system by identifying gaps in Active Offer, promoting the availability of service in French and encouraging their use.

- With financial support from Health Canada, via a pan-Canadian initiative spearheaded by Société santé en français, Santé en français (Manitoba), in partnership with several local organizations serving the Francophone population, launched a project (Projet ainés: Améliorer la navigation pour un meilleur accès) to improve navigation of elderly Francophones in the health-care system. The primary focus of the project was patient identification particularly at transition points between hospitals, home care and long-term care sectors of the Winnipeg health system. The project is underway to improve the identification of Francophone seniors at initial point of access to long-term care system;
- A project to enhance after-hours home care service to Francophone clients was developed with the Provincial Health Contact Centre and remains ongoing;
- FLS Facebook page was developed to ensure greater sharing of WRHA and FLS activities to the Francophone community and provide opportunities for dialogue. This page replaces the quarterly print newsletter, *La Voix*;
- Extensive French content was provided to support the WRHA component of the new 211 Manitoba program, a searchable online database of government, health and social services that are available across the province.

## **Improve Quality and Integration:**

Improve access to quality and safe care via the three principles of continuity of care: informational continuity, relational continuity and management continuity.

- The use of Language Access interpreters was tracked throughout the region to determine where the service was used the most. This data will help establish the need to designate additional sites across the region as bilingual sites. As required by the amended Regional Health Authorities Act, FLS worked with all designated bilingual and francophone facilities to ensure a proper notice of designation was posted in accordance to guidelines.

## **Foster Public Engagement:**

Develop greater grassroots connections with Francophone populations and community groups served by the WRHA to better understand their needs with the overall goal to improve their health and well-being.

- A client satisfaction survey was developed to receive continual feedback from the public regarding the offer of service in French in our designated bilingual programs and site, and the patient experience when presenting at non-designated sites. A French print version was distributed via *La Liberté*; and the English and French online versions were promoted by various methods including social media. The survey allows FLS to identify trends of concern and to develop more immediate solutions. Data from the survey will be used to aid in the development of the 2018-21 FLS three-year plan. 260 surveys were returned in 2017-18;
- FLS attended various community events (with information kiosks) to solicit in-person feedback regarding client/patient experiences.

## **Support a Positive Work Environment:**

Continue to develop a work environment that incorporates a Francophone culture where bilingual employees are valued and supported.

- The introduction of designated bilingual staff to their new roles was enhanced to ensure more active support and input from the hiring manager as well as providing a clear understanding of the program's expectation for newly hired bilingual staff;
- Region-wide acknowledgement campaigns developed, as well as tools for individual staff acknowledgement for use by managers;
- The FLS component of the regional orientation program was updated and is provided on a monthly basis to all new corporate and community staff;
- One-on-one orientations are now required for designated bilingual staff within the three months of employment to ensure immediate integration into their positions. They are also available to bilingual staff in non-designated roles as well as unilingual staff in designated roles;

- A number of employees working in highly specialized positions in non-designated sites were identified to undergo an extensive language-tutoring program. These positions include: speech language pathologist, pharmacist, rehab physiotherapist, occupational therapist, access co-ordinator and acquired brain injury nurse and client relations. They were also provided profession-specific lexicons developed by FLS;
- The second FLS Champion Award was promoted through the region and awarded to a WRHA employee in acknowledgement of their customer service excellence in Active Offer. FLS received 16 nominations for the Champion Award from around the region.

#### **Advance Education and Research:**

Work with stakeholders to further develop bilingual capacity within the region and align education to practice.

- A new *Tools of the Trade/Vocabulary Builder* workshop was developed;
- Multiple program-specific lexicons created and published on the FLS Insite for staff. WRHA Lexicon terminology drawn from WRHA documents including but not limited to the following: mental health, home care, long-term care, primary care, healthy sexuality and breast health.

#### **Build Sustainability:**

Continually review FLS programs and processes to ensure relevance and best efficiencies of time and financial resources.

- FLS worked with regional HR to ensure the new SAP online-recruitment tool (Success Factors) will respect FLS requirements and that associated process changes will be integrated into the human resources procedures for designated positions.

#### **Collaboration:**

WRHA FLS regularly collaborates with the following groups and entities: Université de Saint-Boniface, Santé en français du Manitoba, Consortium national de formation en français, Centre de santé and other RHAs in the areas of program development and evaluation, employee training, translation, research, committee and project work.

## **Statistical Information:**

### **Recruitment results:**

In 2017-18, 70.5 per cent of designated bilingual positions were filled on the first posting, 23.5 per cent were filled after two or more postings and six per cent were filled by Anglophones or left unfilled as terms. This is an improvement over 2016-17 where 58 per cent of designated bilingual positions were filled on the first posting, 24 per cent were filled after two or more postings and 18 per cent were filled by Anglophones or left unfilled as terms.

Thirty designated bilingual positions were posted in corporate and community offices in 2017-18. Nineteen were filled with linguistically qualified bilingual incumbents. 2017-18 saw a significant increase in the number of people hired with a condition of employment for the linguistic component. Nine out of 30 positions were filled by employees with a condition of employment for French proficiency. Two of the 30 positions were filled by Anglophone incumbents. Four positions required multiple postings. The following positions required multiple postings:

- Administrative Assistant (AY2);
- Senior Administrative Assistant (AY3);
- Palliative Care Nurse;
- Occupational Therapist.

All linguistic testing – speaking, listening, reading and writing is done internally, and FLS also occasionally provides services to other agencies such as St.Amant, Centre de santé Saint-Boniface, Department of Families, University of Manitoba Family Medicine, and Southern Health - Santé sud.

Due to increased awareness, compliance of managers to test before the position is offered is higher. There is also an increase in occurrences where one or more candidates are tested prior to interviews taking place to eliminate the need for an interview if the bilingualism component isn't met.

### **Designated Bilingual Positions:**

- 890.13 EFT designated bilingual positions;
- 505 EFT positions or 57 per cent of positions are filled by bilingual incumbents; and
- 625 employees with bilingual capacity that are not in designated bilingual positions reported by the site or program.\*

*\*Based on anonymous self-declaration in the 2016 Aon Hewitt Staff Engagement Survey, 2,250 of 15,000 (14 per cent) respondents have declared as speaking both official languages. The survey includes all of corporate and community, hospitals, some long-term care facilities, but few funded sites. In 2016, 377 more employees declared themselves bilingual than in 2015. The reach of the survey remained the same indicating a greater openness amongst staff to declare their language abilities, although without rating them.*

The funded health agencies such as Youville Centre, Sara Riel, St.Amant and Centre de Santé Saint-Boniface reported the highest number of filled designated bilingual positions with 85.5 per cent and followed closely by WRHA Corporate and Community where the reported number was 74 per cent. On the other end of the spectrum the acute care facilities like St. Boniface Hospital and HSC Winnipeg Children's Hospital reported the lowest number of filled designated bilingual positions at 25 per cent.

#### Six-Year Comparison of Designated Bilingual Positions in the WRHA:

Year ending - March	Number of Designated Positions	Percentage filled
2011	689	67%
2012	739	66%
2013	806	56%
2014	815	58%
2015	831	54%
2016	847	53%
2017	890	57%

(201 new designated bilingual positions since 2011)

#### **Translation:**

- All new patient/client and public information is regularly translated as per policy (education materials; pre- and post-op surgical information; surveys; and pamphlets, brochures, advertising and videos);
- 332 documents were translated in 2017-18 equalling 216,315 words;
- Since 2003, over two million words have been translated, representing almost 3,000 documents.

### **Training:**

- Evening programs = 89 staff trained;
- One daytime program = 11 staff trained in clinical interviews workshop;
- One-on-one tutoring = seven staff trained.

A grand total of 107 employees were formally trained across the region in 2017-18.

- FLS also has a comprehensive resource centre, which includes access to the two top individual learning systems. Five employees actively pursued language training via these programs. In addition, the FLS intranet site has links to eight credible online programs for employees of all levels to access.

### **Client Satisfaction Survey Results:**

FLS conducted a client satisfaction survey in 2017-18 and received 260 responses. Below is the general summary of the survey:

- Did you receive a bilingual welcome? (Active Offer) 165 of 260 answered:
  - **YES** – 96 (58.18 per cent)
  - **NO** – 69 (41.82 per cent)
- Were you asked what your language of choice was? 164 of 260 answered:
  - **YES** – 43 (26.22 per cent)
  - **NO** – 121 (73.78 per cent)
- What service did you receive in French? 148 of 260 answered:
  - **DIRECT CARE** – 78 (52.70 per cent)
  - **EDUCATIONAL MATERIAL** – 19 (12.84 per cent)
  - **OTHER** – 51 (34.46 per cent)
- Please rate your overall satisfaction with your services in French. 173 of 260 answered:

NOT SATISFIED	SOMEWHAT SATISFIED	NEUTRAL	SATISFIED	VERY SATISFIED
45 (26.01%)	22 (12.72%)	18 (10.40%)	22 (12.72%)	66 (38.15%)

## **Services en français**

---

Le mandat des services en français de l'ORSW est d'aider l'organisme à faire la promotion et assurer la prestation de services de santé en français, conformément à ses politiques sur les services en français, aux politiques de services en français du gouvernement du Manitoba et aux règlements établis selon les lois habilitantes des Offices régionaux de la santé du Manitoba.

Le Manitoba compte 109 935 francophones, ce qui représente 8,6 pour cent de la population de la province. Selon le recensement de 2016, la population francophone du Manitoba compte 5 850 personnes de plus que le rapportait le recensement de 2011, soit une augmentation de 5,2 pour cent. En outre, 65 pour cent de la population francophone de la province vivent dans la zone desservie par l'ORSW.

Le nombre de personnes qui vivent à Winnipeg dont la langue maternelle est le français et de personnes qui vivent à Winnipeg dont la langue maternelle n'est pas le français, mais qui utilisent cette langue de manière régulière dans leur vie quotidienne, atteint maintenant 70 250 résidents, selon le dernier recensement. Ce chiffre représente 10,1 pour cent de la population de la ville. Selon le recensement de 2016, 2 975 personnes se sont ajoutées à la population francophone de Winnipeg depuis le recensement de 2011, soit une augmentation de 4,4 pour cent.

La majorité des francophones de Winnipeg vit à Saint-Boniface, Saint-Vital, Saint-Norbert et River Heights, un petit groupe étant aussi présent dans St. James.

Les employés bilingues de la région offrent des services et un appui aux clients, aux patients, aux résidents et à leur famille, tous les jours, dans l'ensemble de la région. Les principes de l'offre active doivent être respectés afin de veiller à ce que les services en français soient évidents, facilement disponibles, publicisés, accessibles et de qualité comparable aux services en anglais.

Qu'il s'agisse des renseignements essentiels pour les patients (formules de consentement, affichage), de la reconnaissance des donateurs ou de l'orientation dans les milieux de soins, la présence des deux langues officielles est essentielle pour la culture et l'identité de notre région. Nous demeurons engagés à accroître l'accès aux services en langue française dans l'ensemble de la région.

### **Identification des clients francophones**

L'identification de la langue et/ou de la préférence linguistique est déterminée soit à l'accueil centralisé ou directement à l'accueil des programmes ou sites désignés.

On sait qu'il existe des lacunes au niveau de l'identification des clients francophones dans les services centralisés régionaux. On se penche actuellement sur certaines d'entre elles, tandis que les autres seront examinées avec les changements qui surviendront dans le cadre du Plan de services cliniques de la région.

Si un client se présente à un des emplacements désignés, un employé désigné bilingue lui proposera des services en français. Dans les endroits non désignés, un membre du personnel bilingue offrira son aide, dans la mesure du possible. Autrement, le client peut avoir recours aux services d'interprétation dans le cadre du programme d'interprète de langage de la région, au besoin.

### **Identification des employés francophones**

Certains postes de la région, y compris des postes dans les Centres d'accès, les bureaux communautaires, les programmes régionaux tels que le programme de soins à domicile, de soins de longue durée, de soins primaires et de soins palliatifs, de même que les organismes financés, sont désignés bilingues. Les personnes qui occupent ces postes portent des insignes « Hello-Bonjour » qui les identifient comme pouvant offrir des services aux patients, aux résidents et aux familles dans les deux langues officielles. Les autres membres du personnel qui sont bilingues sont encouragés à se faire connaître et à utiliser le français comme choix personnel, s'ils se sentent capables et à l'aise de le faire.

### **Faits saillants de la mise en œuvre du plan stratégique**

L'exercice financier 2017-2018 marque la cinquième et dernière année du troisième plan quinquennal de services en français. Les principales réalisations de cette initiative sont décrites ci-dessous, groupées selon leur priorité stratégique.

#### **Améliorer l'expérience des patients francophones**

Améliorer l'expérience des francophones au sein du système de soins de santé en identifiant les lacunes au niveau de l'offre active, en faisant la promotion de la disponibilité de services en français et en encourageant leur utilisation.

- Grâce au soutien financier de Santé Canada, par une initiative pancanadienne menée par la Société santé en français, Santé en français (Manitoba), en partenariat avec plusieurs organismes locaux desservant la population francophone, a lancé un projet (Projet aînés : Améliorer la navigation pour un meilleur accès), afin d'améliorer la navigation des aînés francophones dans le système de santé. Le projet s'est concentré surtout sur l'identification des patients, en particulier aux points de transition entre les hôpitaux, le secteur des soins à domicile et celui des soins de longue durée du système de santé de Winnipeg. Le projet est en cours dans le but d'améliorer l'identification des aînés francophones à leur point d'accès initial au système de soins de longue durée.
- Un projet pour améliorer les services de soins à domicile aux clients francophones après les heures habituelles a été mis au point par le Centre provincial de communication en matière de santé et reste en cours.

- La page Facebook des SEF a été établie pour assurer une meilleure diffusion des activités de l'ORSW et des SEF dans la communauté francophone et offrir des occasions de dialogue. Cette page remplace le bulletin trimestriel imprimé *La Voix*.
- Un vaste contenu en français a été fourni pour appuyer la composante ORSW du nouveau programme Manitoba 211, une base de données qui peut être consultée en ligne et qui contient des renseignements sur les services sociaux, de santé et gouvernementaux disponibles dans la province.

### **Amélioration de la qualité et de l'intégration**

Améliorer l'accès à des soins sécuritaires et de qualité grâce aux trois principes de continuité des soins : continuité de l'information, continuité relationnelle et continuité administrative.

- Les services d'interprètes d'Accès linguistique ont été évalués dans la région pour déterminer où ils sont le plus utilisés. Ces données permettront d'établir le besoin de désigner d'autres sites bilingues dans la région. Conformément à la Loi sur les offices régionaux de la santé, les SEF ont travaillé avec tous les établissements désignés bilingues et francophones, afin de veiller à un affichage de la désignation adéquat et conforme aux lignes directrices.

### **Stimuler l'engagement du public**

Approfondir les liens avec les populations et les groupes communautaires francophones desservis par l'ORSW, pour mieux comprendre leurs besoins dans le but général d'améliorer leur santé et leur bien-être.

- Un sondage sur la satisfaction des clients a été mis au point pour recevoir des commentaires continus du public concernant l'offre de services en français dans nos programmes et emplacements désignés et pour connaître l'expérience vécue par les patients qui se présentent à des sites non désignés. Une version imprimée en français a été publiée dans *La Liberté*; de plus, les versions en ligne en anglais et en français ont été annoncées par divers moyens, y compris les médias sociaux. Le sondage permet aux SEF d'identifier les tendances en ce qui concerne les préoccupations et de mettre en œuvre des solutions plus immédiates. Les données du sondage contribueront au développement du plan de SEF sur trois ans de 2018-2021. En tout, 260 sondages ont été retournés en 2017-2018.
- Les SEF ont pris part à divers événements communautaires (par des kiosques de renseignements), pour recueillir des commentaires en personne, sur l'expérience des clients/patients.

## **Appuyer un environnement de travail positif**

Continuer à établir un environnement de travail qui intègre la culture francophone et où les employés bilingues sont valorisés et soutenus.

- L'introduction à de nouveaux rôles d'employés bilingues désignés a été améliorée pour assurer un soutien plus actif et les commentaires de gestionnaires recruteurs, et pour offrir une bonne compréhension des attentes du programme aux nouveaux employés bilingues.
- Des campagnes de reconnaissance à l'échelle de la région ont été créées, de même que des outils destinés aux gestionnaires, pour la reconnaissance d'employés.
- La composante des SEF du programme d'orientation régionale a été mise à jour et est offerte mensuellement à tous les nouveaux employés des programmes administratifs et communautaires.
- Des orientations face à face sont maintenant requises pour le personnel désigné bilingue au cours des trois mois suivant l'embauche, afin d'assurer leur intégration immédiate à leur poste. Cette orientation est également disponible au personnel bilingue occupant des postes non désignés, ainsi qu'aux employés unilingues dans des rôles désignés.
- Certains employés dans des postes hautement spécialisés à des endroits non désignés ont été identifiés et feront partie d'un programme intensif de tutorat linguistique. Ces postes comprennent les suivants : orthophoniste, pharmacien, physiothérapeute en réadaptation, ergothérapeute, coordonnatrice d'accès, infirmière spécialisée en blessures cérébrales acquises et préposée aux relations avec la clientèle. Ces personnes ont également reçu des lexiques propres à leur domaine, mis au point par les SEF.
- Le deuxième prix du champion des SEF a été promu à travers la région et a été attribué à un employé de l'ORSW en reconnaissance de l'excellence de son service à la clientèle pour l'offre active. Les SEF ont reçu 16 nominations pour le prix de partout de la région.

## **Promouvoir l'éducation et la recherche**

Travailler avec des intervenants pour approfondir la capacité de bilinguisme de la région et faire correspondre l'éducation à la pratique.

- Un nouvel atelier a été mis sur pied à cet effet : *Tools of the Trade/Vocabulary Builder*.
- Plusieurs lexiques propres à des programmes ont été créés et publiés sur le site interne des SEF à l'intention du personnel. La terminologie du lexique de l'ORSW a été tirée de documents de l'office, entre autres dans les domaines suivants : santé mentale, soins à domicile, soins de longue durée, soins primaires, sexualité saine et santé du sein.

## Miser sur la viabilité

Continuellement revoir les programmes et méthodes des SEF afin d'assurer leur pertinence et le meilleur usage possible du temps et des ressources financières.

- Les SEF ont collaboré avec les ressources humaines régionales pour veiller à ce que le nouvel outil de recrutement en ligne SAP (Success Factors) respecte les exigences des SEF et pour s'assurer que les méthodes modifiées seront intégrées aux processus de ressources humaines pour les postes désignés.

## Collaboration

Les SEF de l'ORSW collaborent régulièrement avec les groupes et entités suivants : Université de Saint-Boniface, Santé en français du Manitoba, Consortium national de formation en français, Centre de santé et autres offices régionaux de la santé, dans les domaines de la mise au point et de l'évaluation de programmes, de la formation des employés, de la traduction, de la recherche, de même que pour des comités et des projets.

## Données statistiques

### Résultats du recrutement

En 2017-2018, 70,5 pour cent des postes désignés bilingues ont été remplis dès le premier affichage, 23,5 pour cent ont été pourvus après deux ou trois affichages et six pour cent ont été comblés par des anglophones ou laissés non pourvus pour une durée déterminée. Il s'agit d'une amélioration par rapport à 2016-2017, alors que 58 pour cent des postes désignés bilingues avaient été remplis dès le premier affichage, 24 pour cent après deux affichages ou plus et 18 pour cent par des anglophones ou laissés non pourvus pour une durée déterminée.

Trente postes désignés bilingues ont été affichés dans les bureaux du siège social et communautaires en 2017-2018. Dix-neuf d'entre eux ont été attribués à des personnes possédant les compétences linguistiques. 2017-2018 a été marqué par une augmentation importante du nombre de personnes dont l'embauchage faisait l'objet d'une condition linguistique. Neuf postes sur 30 ont été comblés par des employés dont la maîtrise du français était une condition d'emploi. Deux postes sur 30 ont été pourvus par des candidats anglophones. Quatre postes ont requis plusieurs affichages, notamment :

- adjoint administratif/adjointe administrative (AY2);
- adjoint administratif principal/adjointe administrative principale (AY3);
- infirmière/infirmier en soins palliatifs;
- ergothérapeute.

Toutes les épreuves de langue, oral, écoute, lecture et écriture, sont effectuées à l'interne et les SEF offrent parfois leurs services à d'autres organismes tels que le St.Amant, le Centre de santé Saint-Boniface, le département de médecine familiale de l'Université du Manitoba et Southern Health-Santé sud.

En raison de l'accroissement de la sensibilisation, les cadres respectent davantage la nécessité d'évaluer un candidat avant de lui offrir un poste. On a également vu une augmentation du nombre de candidats subissant une évaluation linguistique avant d'être reçus en entrevue, pour éliminer du processus d'entrevue les personnes qui ne répondent pas à l'exigence du bilinguisme.

### **Postes désignés bilingues**

- 890,13 ÉTP sont désignés postes bilingues;
- 505 ÉTP ou 57 pour cent des postes sont remplis par des personnes bilingues;
- 625 employés bilingues qui ne sont pas dans des postes désignés bilingues ont été rapportés par des sites ou programmes.\*

*\*Selon des autodéclarations anonymes dans le sondage Aon Hewitt Staff Engagement Survey de 2016, 2 250 répondants sur 15 000 (14 pour cent) ont déclaré parler les deux langues officielles. Le sondage inclut l'ensemble des bureaux du siège social et communautaires, les hôpitaux, certains établissements de soins de longue durée, mais peu d'emplacements financés. En 2016, 377 employés de plus qu'en 2015 ont déclaré être bilingues. Le sondage avait une portée semblable, ce qui laisse entendre que les employés sont plus enclins à déclarer leurs compétences linguistiques, sans toutefois les évaluer.*

Les agences financées comme le Centre Youville, Sara Riel, St.Amant et le Centre de Santé Saint-Boniface ont rapporté le nombre le plus élevé de postes désignés bilingues pourvus, avec 85,5 pour cent, suivi de près par le personnel du siège social et communautaire de l'ORSW avec 74 pour cent. À l'autre bout du classement, les établissements de soins actifs comme l'Hôpital Saint Boniface et l'Hôpital pour enfants du CSS de Winnipeg ont rapporté le nombre le plus faible de postes désignés bilingues pourvus, avec 25 pour cent.

### Comparaison de six années de postes désignés bilingues au sein de l'ORSW :

Fin d'année - mars	Nombre de postes désignés bilingues	Pourcentage de postes pourvus
2011	689	67 %
2012	739	66 %
2013	806	56 %
2014	815	58 %
2015	831	54 %
2016	847	53 %
2017	890	57 %

(201 nouveaux postes désignés bilingues depuis 2011)

#### **Traduction**

- Les nouveaux renseignements pour les clients/patients et l'information publique sont régulièrement traduits conformément à la politique (matériel éducatif; renseignements pré-chirurgicaux et post-chirurgicaux; sondages; dépliants; brochures, publicités et vidéos).
- 332 documents ont été traduits en 2017-2018, ce qui représente 216 315 mots.
- Depuis 2003, plus de deux millions de mots ont été traduits, ce qui représente près de 3 000 documents.

#### **Formation**

- Programmes en soirée = 89 employés formés.
- Un programme de jour = 11 employés formés dans le cadre d'un atelier sur les entrevues cliniques.
- Tutorat en personne = sept employés formés.

Un grand total de 107 employés ont été officiellement formés dans la région en 2017-2018.

- Les SEF ont également un centre de ressources qui inclut l'accès aux deux principaux systèmes de formation individuelle. Cinq employés ont suivi une formation langagière active dans le cadre de ces programmes. De plus, le site intranet des SEF a des liens vers huit programmes en ligne fiables pour les employés de tous les niveaux.

## Résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle

Les SEF ont effectué un sondage sur la satisfaction de la clientèle en 2017-2018 et ont reçu 260 réponses. Voici les grandes lignes des résultats :

- Avez-vous reçu un accueil bilingue (offre active)? 165 personnes sur 260 ont répondu :
  - **OUI** – 96 (58,18 pour cent)
  - **NON** – 69 (41,82 pour cent)
- Vous a-t-on demandé dans quelle langue vous souhaitiez parler? 164 personnes sur 260 ont répondu :
  - **OUI** – 43 (26,22 pour cent)
  - **NON** – 121 (73,78 pour cent)
- Quel service avez-vous reçu en français? 148 personnes sur 260 ont répondu :
  - **SOINS DIRECTS** – 78 (52,70 pour cent)
  - **MATÉRIAL ÉDUCATIF** – 19 (12,84 pour cent)
  - **AUTRE** – 51 (34,46 pour cent)
- Veuillez indiquer votre niveau de satisfaction général concernant les services que vous avez reçus en français. 173 personnes sur 260 ont répondu :

INSATISFAIT(E)	LÉGÈREMENT SATISFAIT(E)	NEUTRE	SATISFAIT(E)	TRÈS SATISFAIT(E)
45 (26,01 %)	22 (12,72 %)	18 (10,40 %)	22 (12,72 %)	66 (38,15 %)

## **Financials**

---

The public can access the full audited financial statements by visiting  
<http://www.wrha.mb.ca/healthinfo/reports/annual.php> or contacting:

Winnipeg Regional Health Authority, Director of Finance  
650 Main Street  
Winnipeg, MB, R3B 1E2  
Phone: (204) 926-8134  
Fax: (204) 926-7007

## **Independent auditors' report**

To the directors of the WRHA,

The accompanying summarized consolidated financial statements, which comprise the summarized consolidated statement of financial position and summarized consolidated statement of operations, are derived from the audited consolidated financial statements of the WRHA for the year ended March 31, 2018. We expressed an unmodified audit opinion on those financial statements in our report dated June 28, 2018.

The summarized consolidated financial statements do not contain all of the disclosures required by Canadian public sector accounting standards. Reading the summarized consolidated financial statements, therefore, is not a substitute for reading the audited consolidated financial statements of the WRHA.

### **Management's responsibility for the consolidated financial statements**

Management is responsible for the preparation of the summarized consolidated financial statements.

### **Auditor's responsibility**

Our responsibility is to express an opinion on the summarized consolidated financial statements based on our procedures, which were conducted in accordance with Canadian Auditing Standards (CAS) 810, "Engagements to Report on Summary Financial Statements".

### **Opinion**

In our opinion, the summarized consolidated financial statements derived from the audited consolidated financial statements of the WRHA for the year ended March 31, 2018 are a fair summary of those consolidated financial statements.

Winnipeg, Canada  
June 28, 2018

*Ernst & Young LLP*

Chartered Professional Accountants

## Summarized Consolidated Statement of Financial Position

**As at March 31** (in thousands of dollars)

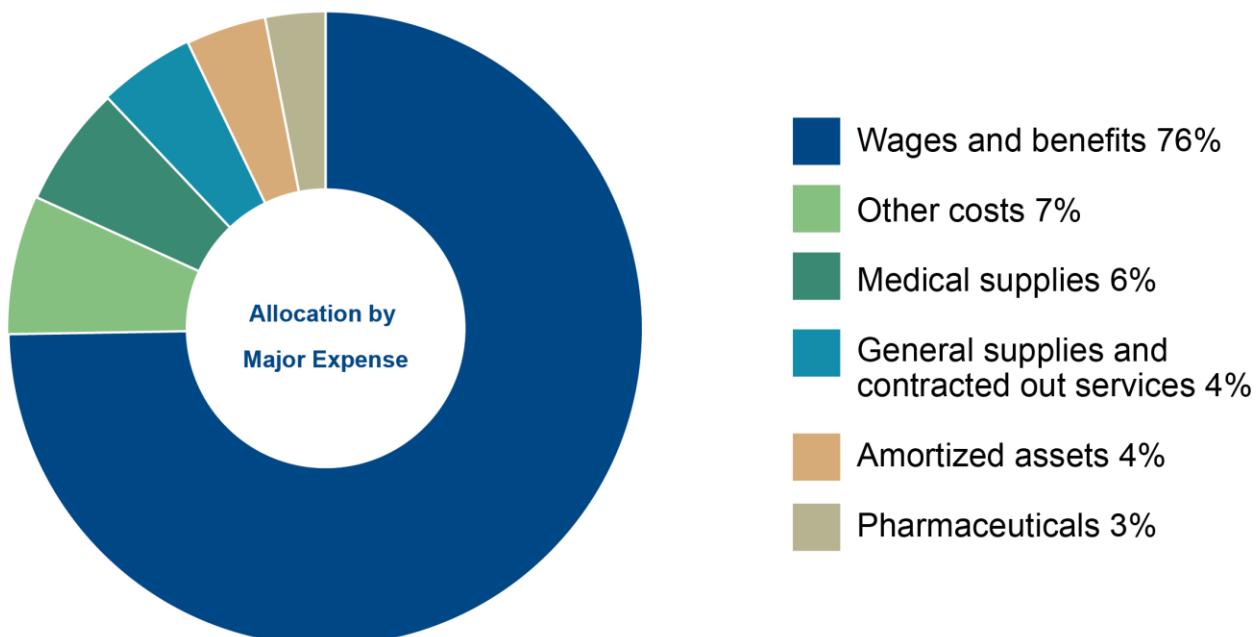
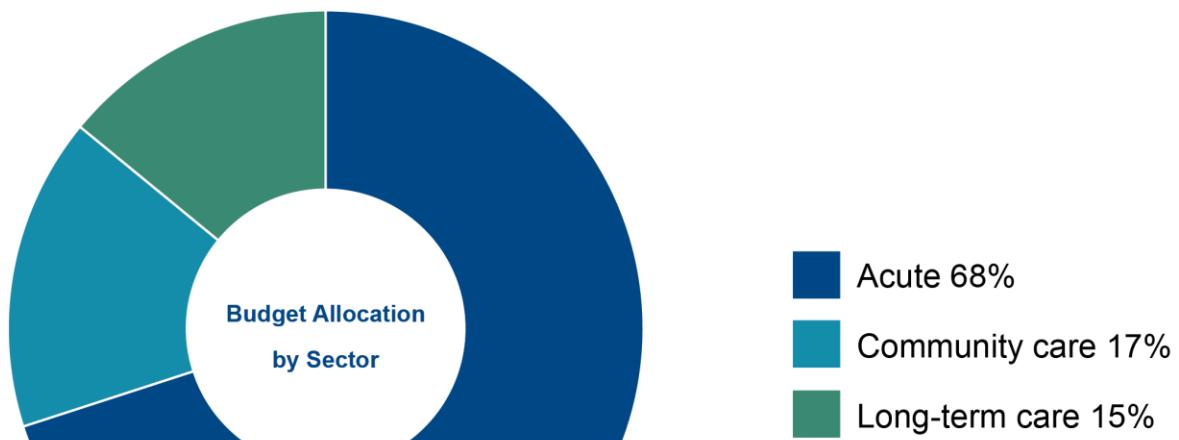
	2018	2017
<b>ASSETS</b>		
CURRENT		
Cash and cash equivalents	\$ 76,559	\$ 64,960
Accounts receivable	106,742	154,002
Inventory	45,937	48,549
Prepaid expenses	18,003	18,199
Investments	9,220	12,791
Employee benefits recoverable from Manitoba Health, Seniors and Active Living	78,957	78,957
	335,418	377,458
CAPITAL ASSETS, NET	1,760,447	1,788,342
OTHER ASSETS		
Employee future benefits recoverable from Manitoba Health, Seniors and Active Living	74,415	82,499
Investments	26,503	21,122
	\$ 2,196,783	\$ 2,269,421
<b>LIABILITIES, DEFERRED CONTRIBUTIONS AND NET LIABILITIES</b>		
CURRENT		
Bank indebtedness	\$ 94,347	\$ 119,426
Accounts payable and accrued liabilities	181,216	231,060
Deferred contributions, future expenses	42,928	41,375
Employee benefits payable	128,535	128,593
Current portion of long-term debt	28,859	31,836
	475,885	552,290
NON-CURRENT		
Long-term debt	28,252	29,259
Employee future benefits payable	218,515	220,761
Deferred contributions, capital	1,498,231	1,492,856
	1,744,998	1,742,876
NET LIABILITIES	(20,808)	(21,234)
ACCUMULATED REMEASUREMENT LOSSES	(3,292)	(4,511)
	\$ 2,196,783	\$ 2,269,421

## Summarized Consolidated Statement of Operations

For the year ended March 31 (in thousands of dollars)

	2018	2017
<b>REVENUE</b>		
Manitoba Health, Seniors and Active Living operating income	<b>\$2,719,942</b>	\$2,791,575
Separately funded primary health programs	4,852	5,751
Patient and resident income	48,353	43,005
Recoveries from external sources	54,221	50,053
Investment income	275	200
Other revenue	7,248	8,453
Amortization of deferred contributions, capital	100,612	102,256
Recognition of deferred contributions, future expenses	15,283	26,156
	<b>2,950,786</b>	3,027,499
<b>EXPENSES</b>		
Direct operations	2,444,186	2,539,815
Interest	944	956
Amortization of capital assets	105,968	108,720
	<b>2,551,098</b>	2,649,491
<b>FACILITY FUNDING</b>		
Long-term care facility funding	307,099	310,698
Community health agency funding	53,367	51,513
Adult day care facility funding	2,828	3,013
Long-term care community therapy services	1,054	1,258
<b>GRANT FUNDING</b>		
Grants to facilities and agencies	45,051	46,598
	<b>2,960,497</b>	3,062,571
<b>OPERATING DEFICIT</b>	<b>(9,711)</b>	(35,072)
<b>NON-INSURED SERVICES</b>		
Non-insured services income	68,550	67,181
Non-insured services expenses	58,419	60,671
<b>NON-INSURED SERVICES SURPLUS</b>	<b>10,131</b>	6,510
<b>SURPLUS (DEFICIT) FOR THE YEAR</b>	<b>\$ 420</b>	\$ (28,562)

## Budget Allocation by Sector and Major Expense



## **Administrative Cost Report**

The Canadian Institute of Health Information (CIHI) defines a standard set of guidelines for the classification and coding of financial and statistical information for use by all Canadian health service organizations. The WRHA adheres to these coding guidelines.

The most current definition of administrative costs determined by CIHI includes: general administration (including acute/long-term care/community administration, patient relations, community needs assessment, risk management, quality assurance and executive costs), finance, human resources, labour relations, nurse/physician recruitment and retention and communications.

The administrative cost percentage indicator (administrative costs as a percentage of total operating costs) adheres to CIHI definitions.

At the request of Manitoba Health, the presentation of administrative costs has been modified to include new categorizations in order to increase transparency in financial reporting. These categories and their inclusions are as follows:

### **Corporate**

Includes: general administration, acute care/long-term care/community services administration, executive offices, board of trustees, planning and development, community health assessment, risk management, internal audit, finance and accounting, communications, telecommunications and mail service.

### **Recruitment and Human Resources**

Includes: personnel records, recruitment and retention (general, physicians, staff and nurses), labour relations, employee compensation and benefits management, employee health and assistance programs, occupational health and safety, and provincial labour relations secretariat.

### **Patient Care-Related**

Includes: utilization management, cancer standards and guidelines, patient relations, infection control, quality assurance (medical, nursing and other) and accreditation.

**Administrative Costs and Percentages for the WRHA**  
 (including hospitals, non-proprietary PCHs and community health agencies)

**For the year ended March 31, 2018** (in thousands of dollars)

	2018					
	Acute Care Facilities and Corporate Office		PCHs and Community Health Agencies		Total	
	\$	%	\$	%	\$	%
Corporate	\$67,720	2.47%	\$14,635	5.39%	\$82,355	2.74%
Recruitment and Human Resources	28,759	1.05%	2,331	0.86%	31,090	1.03%
Patient Care Related	18,109	0.66%	143	0.05%	18,252	0.61%
	<b>\$114,588</b>	<b>4.18%</b>	<b>\$17,109</b>	<b>6.30%</b>	<b>\$131,697</b>	<b>4.38%</b>
<b>Net Operating Expenses</b>	<b>\$2,738,522</b>		<b>\$271,578</b>		<b>\$3,010,100</b>	

	2017					
	Acute Care Facilities and Corporate Office		PCHs and Community Health Agencies		Total	
	\$	%	\$	%	\$	%
	(Restated)		(Restated)		(Restated)	
Corporate	\$66,551	2.32%	\$14,687	5.26%	\$81,238	2.58%
Recruitment and Human Resources	29,217	1.02%	2,341	0.84%	31,558	1.00%
Patient Care Related	18,129	0.63%	1	0.00%	18,130	0.58%
	<b>\$113,897</b>	<b>3.97%</b>	<b>\$17,029</b>	<b>6.10%</b>	<b>\$130,926</b>	<b>4.16%</b>
<b>Net Operating Expenses</b>	<b>\$2,866,613</b>		<b>\$279,475</b>		<b>\$3,146,088</b>	

Restatements were made to the 2017 figures to reflect the final data that was submitted after the publication date.

Under the Regional Health Authorities Act of Manitoba, the WRHA must ensure that its Corporate costs do not exceed 2.99 per cent of the total operating costs of the WRHA for the fiscal year. The WRHA is in compliance with this requirement with a Corporate cost of 2.74 per cent (2017 – 2.58 per cent).

**Manitoba eHealth Operating Results**  
**For the year ended March 31, 2018** (in thousands of dollars)

	<b>2018</b>	<b>2017</b>
<b>REVENUE</b>		
Manitoba Health funding	\$ 87,621	\$ 84,043
Recoveries	10,193	13,041
<b>TOTAL REVENUE</b>	<b>97,814</b>	97,084
<b>EXPENSES</b>		
Salaries, wages and employee benefits	52,101	52,407
Data communications	2,199	2,239
License fees	11,000	8,110
Hardware and software maintenance	21,782	21,580
Buildings and ground expense	3,424	3,509
Miscellaneous and other	6,878	9,098
<b>TOTAL EXPENSES</b>	<b>97,384</b>	96,943
<b>OPERATING SURPLUS</b>	<b>430</b>	141
Manitoba Health operating income reduction	(430)	(141)
<b>SURPLUS FOR THE YEAR</b>	<b>\$-</b>	\$-

The above results are exclusive of items such as employee future benefits and the revenue and expenses related to capital assets, as these items are recorded outside of Manitoba eHealth operations.