



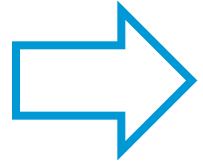
Réseau Santé et Social de la Gruyère

Service d'aide et de soins à domicile



Organe de coordination

Pré-Projet



But: définir le concept global de prise en charge de la PA en Gruyère

Deux axes prioritaires

développement de structures
intermédiaires

Mise en place d'un organe de
coordination et d'orientation



Groupe de travail et réflexions



projet OCO



Étapes du projet

- En 2009 « BRIO Sud » sollicité par les communes
- Fin 2010 1er groupe de travail, rapport à la CODEMS
- 29.11.2012 Etats généraux des EMS de la Gruyère
- Février 2013 Début des travaux du GT
- Janvier 2014 Rapport à la CODEMS
- Avril 2014 Phase pilote I
- Septembre 2014 Phase pilote II
- Janvier 2015 Fonctionnement généralisé de l'OCO

Coordination et orientation

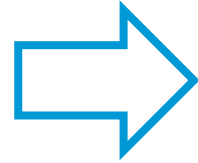
- Emanation du Réseau Santé et Social de la Gruyère (RSSG)
- Centrale d'information médico-sociale
- Accompagnement et suivi des situations
- Evaluation des situations en collaboration

Outil standardisé et critères pour l'admission

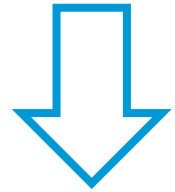
- Gestion de l'ensemble des disponibilités et demandes d'admission en EMS et HS: vision globale

Projet

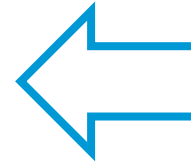
1. Prise de contact avec les partenaires



2. Développement des connaissances du réseau



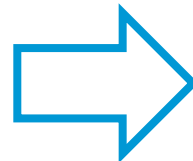
3. Listes d'attente traitées



4. Mise en place d'outils d'évaluation selon le RAI-HC (ciblé)

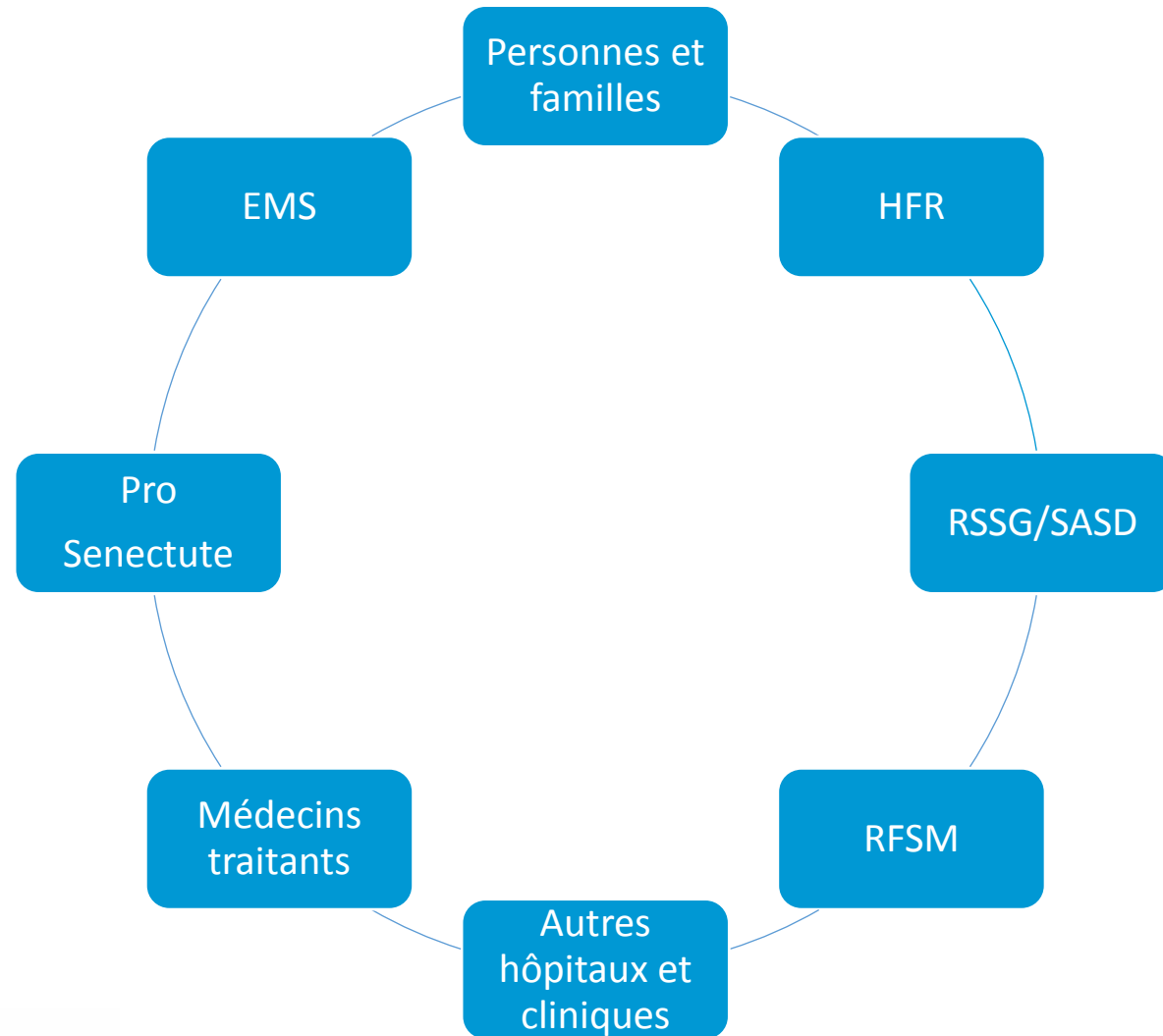


5. Evaluations infirmières des situations

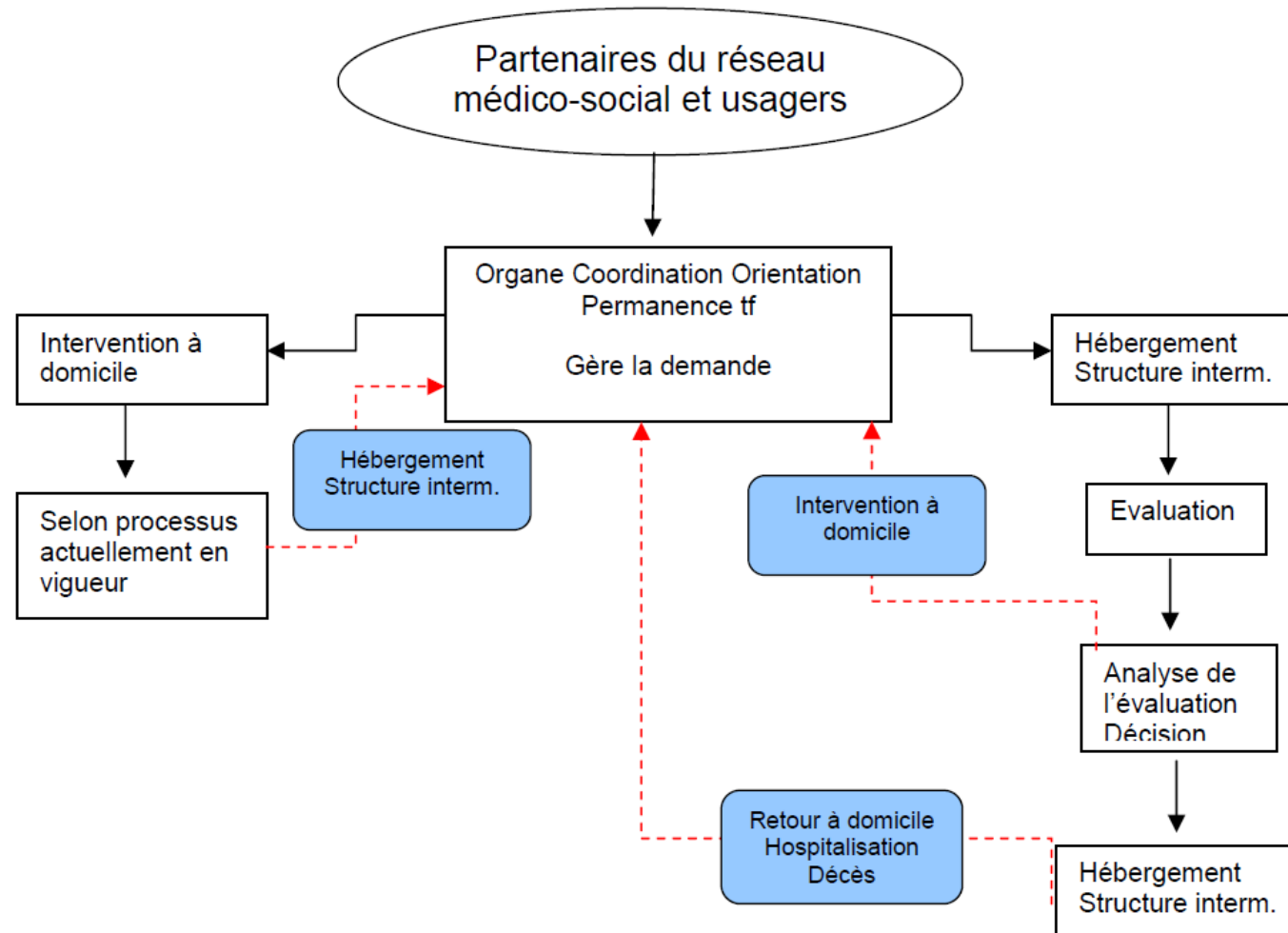


6. Prioriser les demandes

Collaboration – Partenaires du réseau

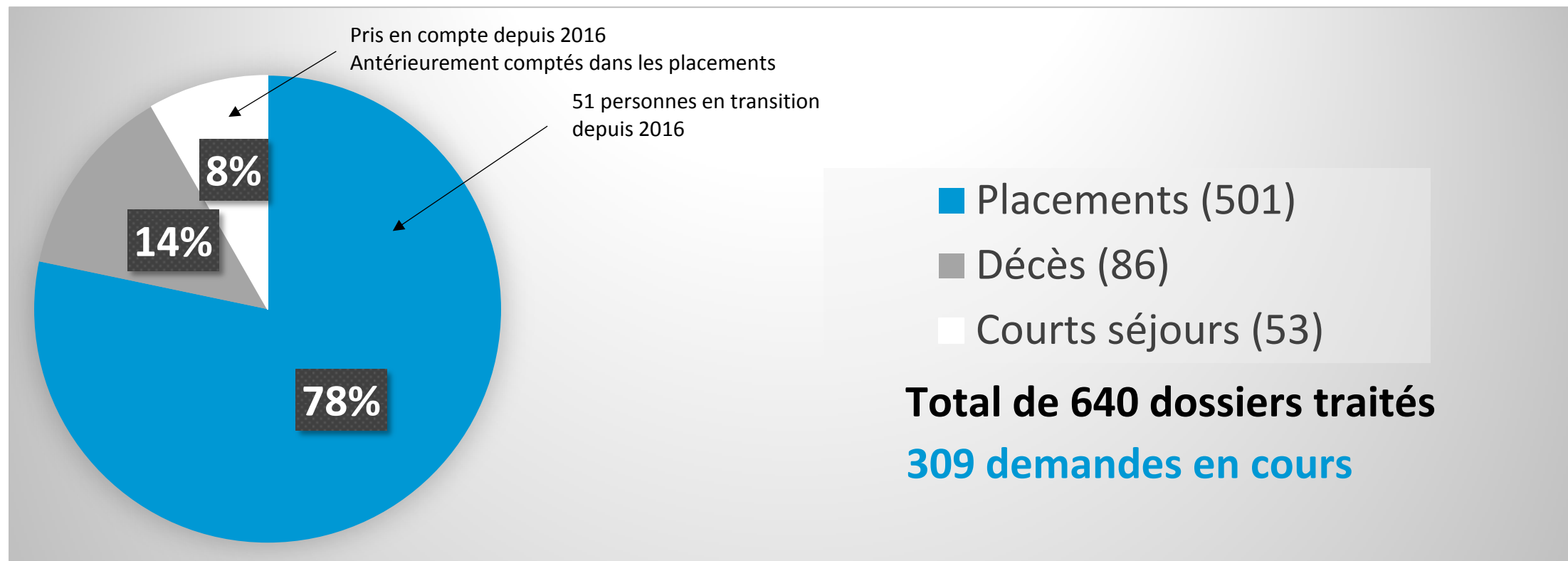


Trajectoire bénéficiaires



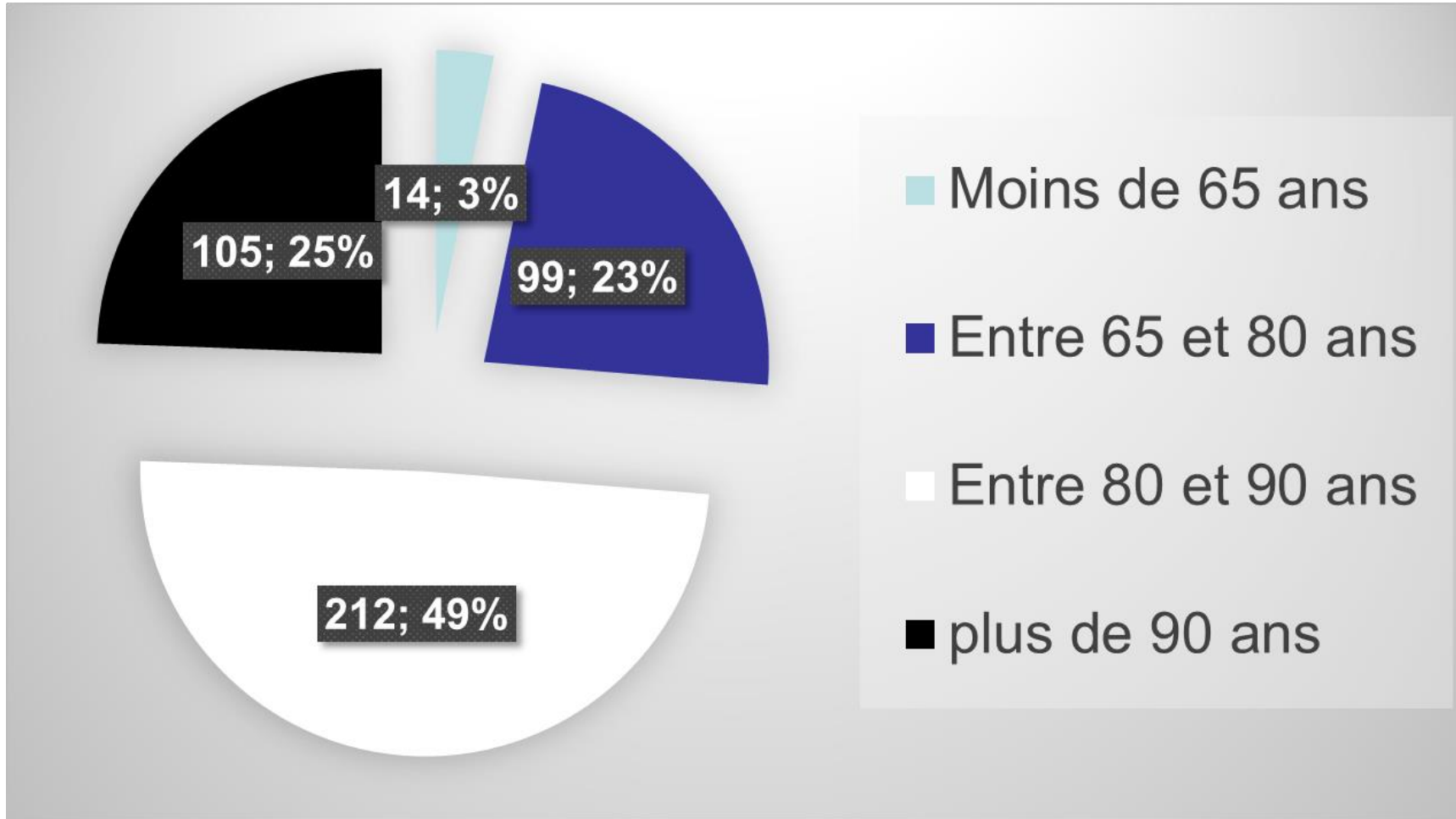
Dossiers OCO

De mai 2014 à septembre 2016



- En moyenne, 214 placements par an (40% des lits) vs 175 avant l'OCO

Âges à l'admission EMS



Constatations OCO

- **Notion d'urgence importante:** réponse à l'urgence des situations vs liste d'attente
- Admissions transitoires = réponse à la demande urgente, accélération du flux, durée d'attente raccourcie
- Court séjour: réponse à un besoin réel, solution transitoire
- Lits non-médicalisés (home simple) = structure intermédiaire nécessaire
- Gestion des permanences infirmières RSSG: fait sens et améliore la coordination
- Visibilité de l'OCO à développer dans le réseau

Problématiques relevées

- Coût du court séjour
- Psychogériatrie = manque de structures adaptées
- Financement et solvabilité: aucune évaluation préalable par l'OCO
- Personnes souffrant d'alcoolisme et autres dépendances: manque de structure adaptée
- UATO réservée à l'HFR
- Difficultés liées à la non-transversalité du RAI-HC et RAI-NH:
Le RAI-HC ne peut aboutir à un degré RAI

Regard de l'HFR

Avant

- Plusieurs demandes d'admission
- Remise de service
- Téléphones à tous les EMS
- Pas de critères pré-définis sf grille cantonale (cas souhaités)
- Choix du patient par l'HFR

Après

- Une seule demande pour plusieurs EMS
- Remise de service et trame de présentation
- Téléphone à l'OCO
- Evaluation par le RAI via une trame de présentation pour définir l'orientation (cas EMS/HS)
- Choix par l'OCO (vision globale des situations dans tout le réseau)

Regard de l'HFR

Positif

- 1 interlocuteur, collaboration étroite
- Grille d'évaluation, trame de présentation
- Critères identiques pour tous
- Egalité de traitement des dossiers
- Simplifie l'envoi de la documentation
- Attente EMS diminuée
- Placements transitoires facilités
- Démarches simplifiées par rapport aux autres districts

Négatif

- Moins de contacts directs avec les direction d'EMS
- Demandes via l'OCO si particularités

Regard de l'EMS

Positif

- Centralisation des demandes
- Plus de pression des futurs résidents et familles
- Allègement de la charge de travail
- Première évaluation avant l'admission, connaissance améliorée du dossier
- Plus de vision de la liste d'attente
- Partage de l'information entre l'OCO et l'EMS auprès des bénéficiaires et familles

Négatif

- Perte d'autonomie des institutions
- Plus de vision de la liste d'attente

Bilan OCO et développement

- Développement du rôle de l'OCO positif:
 - ⇒ Vision globale du district
 - ⇒ Orientation améliorée
 - ⇒ Accompagnement et suivi des situations assurés
- Améliorer les outils de communications et d'évaluation

Conclusion



«Les soins aux personnes âgées fragiles polymorbides sont souvent caractérisés par une fragmentation qui amène à des hospitalisations inappropriées et une institutionnalisation prématurée».

Kinder D et Kyriacou CK, Inter J of Integrated Care-Vol1 2000

⇒ Améliorer la coordination, la continuité, la qualité et l'efficacité de soins sanitaires et sociaux des personnes âgées fragilisées, ayant besoin d'une combinaison complexe de soins de santé, de services sociaux et de structures.

Merci de votre attention,
avez-vous des questions?