



Exemple de réussite :

Gérer les autres niveaux de soins (ANS) au Centre de santé Trillium en partenariat avec le CASC et le RLISS

Situation :

Le Centre de santé Trillium est un grand hôpital universitaire relevant du RLISS de Mississauga Halton, qui dessert une région de plus d'un million d'habitants. L'hôpital est un centre régional de cardiopathie et de neurosciences, qui abrite des unités de soins des accidents vasculaires cérébraux et de soins vasculaires, ainsi que des programmes de soins aux victimes d'agressions sexuelles et de violence familiale. Le Centre Trillium avait du mal à organiser l'hospitalisation des patients à la sortie des urgences, car ses cas ANS¹ avaient augmenté. Le nombre de cas ANS a culminé à 131 en mars 2009, représentant environ 18 % des lits de l'hôpital.

Objectif :

Réduire les cas ANS à partir de mars 2009.

Mesures :

- Nombre de patients ANS par jour
- Nombre de jours-patient ANS

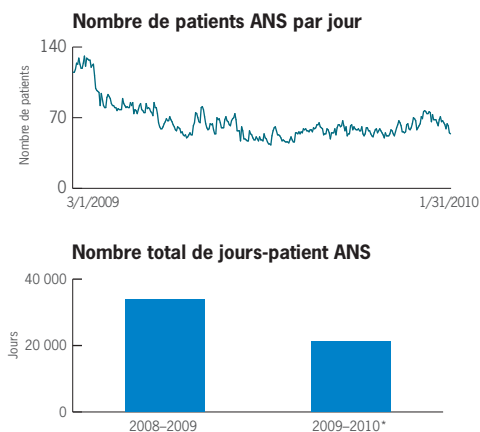
Changements :

- Établissement d'un *Joint Discharge Operations Group* dans le cadre duquel les agents de la planification des sorties de Trillium et les gestionnaires de cas du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) ont travaillé en équipe pour examiner tous les patients ANS qui attendent chaque jour d'être placés en leur recommandant en premier des soins à domicile ou en les admettant dans les unités de soins chroniques, palliatifs ou de réadaptation. Grâce à ces examens quotidiens, les nouveaux renseignements sur les patients ont pu être communiqués et appliqués immédiatement.
- Coordination d'un événement Kaizen de trois jours avec le CASC et le RLISS, qui ont utilisé les méthodes Lean pour analyser la chaîne de valeur de la situation actuelle. Cette analyse a permis d'établir que seulement entre 20 et 27 % des étapes et du temps consacré à planifier la sortie se faisaient de manière optimale pour les patients. Une analyse de la future chaîne de valeur a permis de déterminer qu'il était possible d'éliminer certaines étapes et de normaliser le processus de sortie.
- Mise au point de protocoles clés pour la mise en œuvre d'une initiative « Home First » dans le RLISS de Mississauga Halton, afin d'aider les patients hospitalisés à revenir chez eux lorsqu'ils sortent de l'unité de soins actifs. Le programme avait pour objet de mettre à profit les soutiens fournis par le CASC et les investissements dans le programme Vieillir chez soi pour assurer que les patients sont aiguillés vers le cadre approprié où ils obtiendront les soutiens nécessaires, reportant ainsi la décision de les placer inutilement dans un foyer de soins de longue durée.
- Évaluation et examen complet des patients par le Centre Trillium et le CASC afin d'assurer que tous les soutiens nécessaires sont en place au bon endroit et pour appuyer la prestation des soins nécessaires après la sortie. Pour que cette initiative réussisse, il fallait obtenir l'appui des médecins en leur expliquant qu'il était préférable que les patients reviennent chez eux avant d'être placés dans un foyer de soins de longue durée.

- Mise en œuvre d'un logiciel (MedWorxx) pour déterminer de façon plus exacte quand un patient est désigné ANS.
- Resserrement du processus d'approbation pour les inscriptions sur la liste d'attente pour des soins de longue durée ANS, conformément au principe qu'on doit recourir aux soins de longue durée seulement lorsque toutes les autres options ont été épuisées.
- Inclusion du rôle du « navigateur des patients » afin de faciliter la planification des sorties.
- Discussion des défis associés aux patients difficiles à soigner ou à placer et création de protocoles et de documents pour aider le personnel du Centre Trillium et du CASC à s'occuper de ces patients.
- Mise au point d'outils pour le personnel, les patients et les familles afin de faciliter la sortie en temps voulu et de manière sécuritaire vers le cadre le plus approprié.

Résultats :

Le Centre Trillium a réduit le nombre de lits ANS à 131 (18 % des lits de l'hôpital) en mars 2009 à moins de 55 % (7 % des lits) en mars 2010, ce qui représente une réduction de 67 % des cas ANS. Cette initiative a aussi permis de renforcer le partenariat entre le Centre Trillium et le CASC, de simplifier la transition des patients qui sortent des unités de soins actifs vers un établissement communautaire approprié et de réduire le temps moyen de sortie.



Étapes suivantes :

Le Centre de santé Trillium continue de mettre au point ses protocoles, rôles et procédures de sortie pour améliorer la transition à la sortie de l'unité de soins actifs et étendre les améliorations, comme le rôle du navigateur des patients, à l'échelle de l'organisme. L'hôpital continue de collaborer étroitement avec le CASC afin d'améliorer ses processus de sortie et les possibilités d'améliorer le partenariat avec le RLISS.

¹ Un lit ANS est occupé par un patient qui n'a pas besoin des soins intensifs prodigués dans ce type d'établissement.

*Mars 2009 est une estimation