

MODEL COL-LABORATIU PER A L'ABORDATGE DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA I SOCIAL BÀSICA A LLEIDA

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Generalitat de Catalunya
**Programa de prevenció i atenció
a la cronicitat**

 Institut Català
de la Salut  **Gestió de
Serveis Sanitaris**

 **CatSalut**
Servei Català
de la Salut

 Institut Català de la Salut
Atenció Primària

 **HOSPITAL
DE SANTA MARIA**

 **hospital universitari
arnau de vilanova**

 Generalitat de Catalunya
**Departament de Benestar
Social i Família**

 **LA PAERIA**
Ajuntament de Lleida
**Regidoria de Benestar Social
i Ocupació**

Barcelona, 21 de gener de 2016

- La Generalitat de Catalunya va impulsar el desenvolupament de 7 projectes pilot de coordinació social i sanitària en diferents territoris, i Lleida va estar escollida.

”Model col·laboratiu per a l’abordatge de l’atenció sanitària i Social bàsica a Lleida”

Justificació

Catalunya és i encara més serà, una població envellida.



L envelliment causa cronicitat, discapacitat i dependència



En l'atenció a les persones, les necessitats sanitàries i socials són indestriables.



Apropar l'atenció dels pacients al Domicili → ATDOM

Cada vegada altes més precoces amb necessitat de suport familiar i social.

Proba Pilot

2 ABS Lleida Ciutat:

- Cappont
- Balàfia



Equips bàsics de Serveis Socials de:

- Cappont
- Nord-Est

Governança del projecte:

-Coordinació a nivell Institucional

-A nivell territorial:

-*Direcció*

-*Coordinació tècnica*

-*Grup operatiu:* Estefania Revés, Estela Peralta, Ana Becana, Sara Sabés, Divina Farré, Montse Solé, Marta Messeguer, Marisa Regany i Montse Farran.

Objectiu

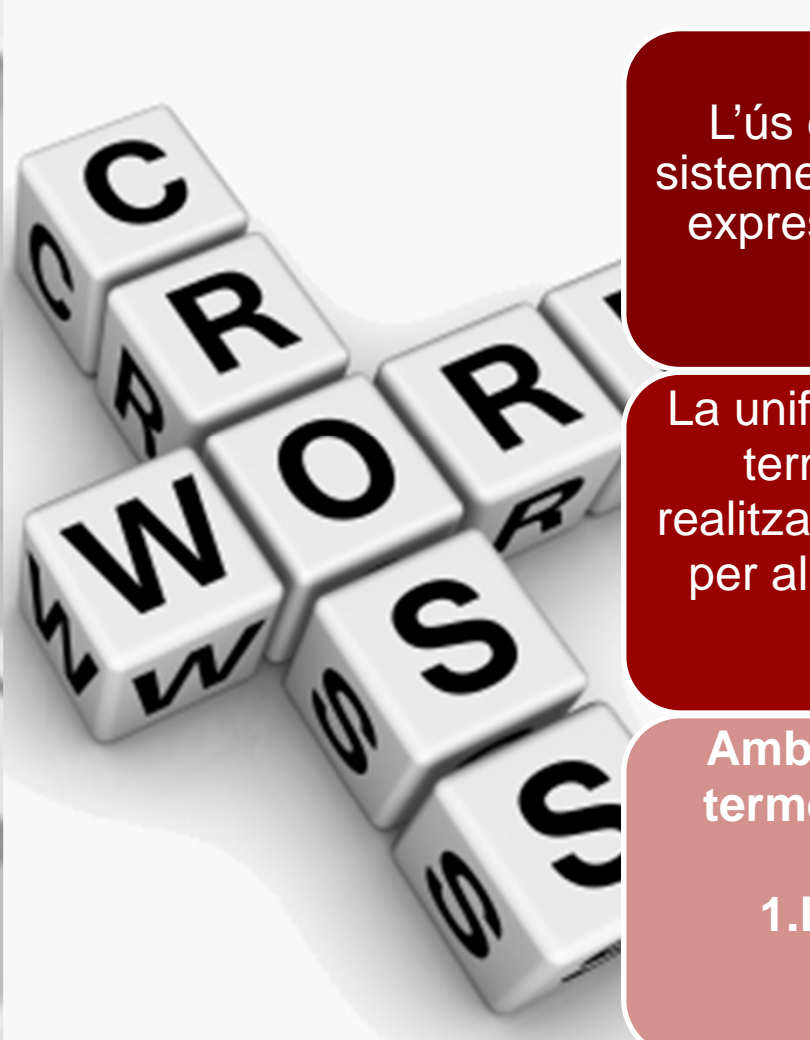
Crear una organització del sistema més eficient que permeti prestar uns serveis de qualitat, integrats i propers a les persones.

Estratègies conjuntes d'abordatge social i sanitari.

-Definir i implementar protocols i processos conjunts d'abordatge d'atenció a la complexitat.

Fase- I

1.Llenguatge unificat



L'ús d'una terminologia concreta en els diferents sistemes s'adequa a les necessitats de comunicació i expressió en termes precisos o en sigles de forma particular per a cadascun d'ells.

La unificació dels termes i la comprensió única de la terminologia es fa imprescindible per a poder realitzar intervencions complementàries i accessibles per als i les professionals del sistema de salut i de serveis socials.

Amb l'objectiu de facilitar la comprensió dels termes d'ús específic dels dos sistemes, s'ha elaborat:

- 1.DEFINICIÓ DE SITUACIONS SOCIALS I SANITÀRIES COMPARTIDES
- 2.DICCIONARI DE TERMINOLOGIA.

1.1. Significat compartit de situacions en intervenció social i sanitària

S'han definit les 4 situacions objecte d'intervenció compartida, identificant els criteris i indicadors sanitaris i socials que les defineixen i que delimitaran quins seran els/les beneficiaris/àries del projecte:

Malaltia crònica avançada amb necessitat de suport social.

Pacient crònic complex, especialment les persones en situació de dependència severa i alta complexitat sanitària i social.

Persones grans o persones amb discapacitats amb indicis de maltractament de qualsevol tipus, tant per acció com per omissió (desatenció).

Altes hospitalàries quan es donin situacions de dificultat social

1.2.Diccionari de terminologia

S'ha definit un diccionari bàsic amb els termes que cada sistema utilitza, sovint en sigles, que dificulten la comprensió de la informació per part dels/de les professionals. Aquest permetrà la consulta i la identificació de paraules clau incloses en informes, diagnòstics, recursos o serveis dels dos sistemes.

Alguns exemples:

| TERME | SIGNIFICAT |
|--|--|
| PCC→ Pacient Crònic Complex. | Pacient amb multimorbiditat o malaltia/condició única que comporta gestió clínica difícil. |
| MACA→ Malaltia Crònica Avançada | Sensació subjectiva per part del professional que el pacient no sobreviurà més de 12-18 mesos. Fragilitat en qualsevol de les dimensions (nutricional, cognitiva, motora, emocional o social) Pronòstic de vida limitat, altes necessitats, orientació paliativa, planificació de decisions avançades. |
| NECESSITAT DE SUPORT SOCIAL | Quan el cuidador/a o cuidadors/es no realitzen l'atenció personal i/o de l'entorn de forma adequada, ja sigui per la seva capacitat física, psicològica, emocional o habilitats de les quals disposa. A la vegada, la persona no compta amb serveis de suport formal, ja siguin de la xarxa pública o bé a nivell privat (Servei d'ajuda a Domicili, Teleassistència, altres). |

2. Informació compartida

La informació que cada sistema té en els seus registres és en moltes ocasions clau per a la intervenció professional. Tenir accés directe a aquesta pot afavorir accions més eficients i ràpides per part dels diferents professionals.

S'ha realitzat una proposta de les dades que els i les professionals haurien de poder compartir de forma directa amb aquest objectiu.

Necessitat d'accés per part dels SSB a la Informació registrada de Salut

1. DADES DELS/DE LES PROFESSIONALS DE REFERÈNCIA

3. DIAGNÒSTICS SIGNIFICATIUS

4. FREQUÈNCIA D'US DE SERVEI

5. SERVEIS / PROGRAMES ACTIUS

6. ALTRA INFORMACIÓ

Necessitat d'accés per part de Salut a la Informació registrada dels SSB

Dades administratives de l'usuari/ària

Nucli de convivència

Cuidador/a Principal

Barreres arquitectòniques en l'habitatge i accessos

Realització del tràmit de la Sol.licitud de dependència

Grau de dependència i recursos PIA assignats

Si no tè dependència: recursos atorgats

Grau de discapacitat

Utilització de transport adaptat

Ajudes tècniques

3. Cartera de Serveis Sanitaris i Socials



Posar en comú la pròpia cartera de serveis i prestacions disponibles facilita el coneixement dels mateixos i la seva informació a les possibles persones beneficiàries.

Es defineix la Cartera fent constar la concreció de cada servei i prestació, els criteris d'accés i el procediment.

CARTERA DE SERVEIS I PRESTACIONS

| Xarxa sanitària | Xarxa serveis socials |
|--|--|
| 1.EL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (CAP) | 1.SERVEIS SOCIALS BÀSICS: (A) EQUIPS BÀSICS DE SERVEIS SOCIALS, (B) SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA : SERVEI D'AJUDA A DOMICILI ,SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA I SERVEI DE MENJAR SOBRE RODES |
| 2.ATENCIÓ ESPECIALITZADA I HOSPITALÀRIA D'AGUTS | 2. ACCÉS A CENTRE RESIDENCIAL I CENTRE DE DIA PER A GENT GRAN |
| 3.ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA | 3. SERVEI DE MENJADOR A LES LLARS DE JUBILATS. |
| 4.ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC COMPLEX. GESTIÓ DE CASOS I ATENCIÓ DOMICILIÀRIA | 4. SERVEIS DE TRANSPORT ADAPTAT. (A) SERVEI DE TRANSPOR ESPORÀDIC PER A PERSONES AMB MOBILITAT REDUÏDA (B) TARGETA D'APARCAMENT PER A PERSONES AMB MOBILITAT REDUÏDA (C) SUBVENCIÓ DE TRANSPORT ADAPTAT A LA CIUTAT DE LLEIDA |
| 5.TERÀPIES RESPIRATÒRIES A DOMICILI | 5. PROJECTE DE VOLUNTARIAT SENIOR. |
| 6.PRESTACIONS ORTOPROTÈTIQUES | 6. PROJECTE GENT DE PLATI |
| 7.TRANSPORT SANITARI | 7. CURS BÀSIC DE FORMACIÓ A CUIDADORS/ES NO PROFESSIONALS |
| 8. AJUTS PER A DESPESES D'ESTADA I MANUTENCIÓ A PACIENTS I/O LA PERSONA ACOMPANYANT, PER A DETERMINATS TRACTAMENTS A CENTRES DE REGIONS SANITÀRIES DE FORA DEL SEU DOMICILI HABITUAL | 8. SERVEI D'AJUDA A DOMICILI RESPIR |
| | 9. SUPORT PSICOLÒGIC. |

Fase - II

Com ho fem?

Instrument

NOM: _____ CIP: _____ DATA: _____
 PCC: SI/NO MACA: SI/NO GRAU DEP: _____
 PROFESSIONAL: _____ DUI / DTS / TF _____

→ EN RELACIÓ AL CUIDADOR:

| | | |
|--|---|---|
| SITUACIÓ A: SENSE CUIDADOR | 22 | |
| SITUACIÓ B: SENSE CUIDADOR, PERÒ AMB SUPORT FORMAL | 15 | |
| SITUACIÓ C: HE HA CUIDADOR: | | |
| - Rosació del cuidador/a | 1 | |
| Cuidador/a, amb <u>rol</u> familiar, fràgil o inadequat per: | - Edat >75 anys o < 18 anys | 1 |
| | - Problemes salut orgànica, mental o sensorial | 2 |
| | - Reconeixement de grau de dependència | 2 |
| | - Manca habilitats en la cura | 1 |
| | - Sense suport extern formal o no formal | 1 |
| | - Altres càrregues familiars (ex. fills amb discapacitats i/o malaltia mental, càrregues laborals, etc) | 1 |
| | - Sobrecàrrega, risc d'audició (<u>audició</u> ...) | 3 |
| | - Situació sobrevinguda del cuidador (malaltia cuidador o altre familiar) | 3 |
| | - No assumeix ni aben les necessitats bàsiques | 3 |
| | - No aben les indicacions professionals | 3 |
| - No conviu i no es fa atenció continuada | 2 | |
| TOTAL | 2 | |

→ EN RELACIÓ A LA PRÒPIA PERSONA:

| | |
|---|---|
| SITUACIÓ A - Reconeixement grau dependència: | |
| Grau II | 2 |
| Grau III | 3 |
| SITUACIÓ B- No reconeixement grau de dependència però amb escales valoració | |
| - <u>1-3 punts</u> (Dependència total o severa): entre 0-3 punts | 1 |
| - <u>4-5 punts</u> (Dependència total o severa): entre 0-3 punts | 1 |
| - <u>6-10 punts</u> (Deteriorament moderat o important): entre 5-10 punts | 1 |
| - No adherència al tractament | 2 |
| - Incompliment seguiment sanitari | 2 |
| - Alimentació inadequada | 2 |
| - Deficiència en l' <u>atenció</u> o no col·laboració envers la seva atenció | 2 |
| - Família <u>amb problemes</u> (Hàbita tòxica, mala relació nudt convivència, relacions <u>amb problemes</u> , rebuig...) | 2 |
| - Amb càrregues familiars | 1 |
| - Conflicte <u>amb</u> | 1 |
| TOTAL | 1 |

→ EN RELACIÓ A L'HABITATGE:

| | | |
|--|--|---|
| Habitatge amb: | - Barrires arquitectòniques exteriors en elements comuns | 2 |
| | - Barrires arquitectòniques interiors (banys no adaptats, ...) | 1 |
| | - Manca d'algun dels subministraments bàsics (llum, aigua, gas, aigua calenta) | 3 |
| | - Manca d'algun dels equipaments (telèfon, ...) | 2 |
| | - Manca seguretat en els equipaments (braser, cuina bruta o gas, ...) | 3 |
| Manca d'habitatge o habitatge insegur: | - Manca de salubritat (brutícia, manca ventilació, humitats, esquerdes, ...) | 3 |
| | - Persona sense llar | 3 |
| | - Barrires | 3 |
| Habitatge inadequat: | - Visu en un alberg/pensió | 3 |
| | - Risc imminent de pèrdua de l'habitatge (ordre de desnonament, execució hipotecària, etc) | 3 |
| Altres d'habitatge: | - Habitatge allotjat sense vincles de suport | 1 |
| | - Amuntegament i / <u>col·locació</u> | 2 |
| | - Rosació d'habitatge | 1 |
| TOTAL | 2 | |

BAREMACIÓ:

Situació 1: Entre 5-10 punts. SITUACIÓ DE RISC (el cas potesdevenir greu si no s'actua preventivament o abans que empitjori)
 Situació 2: Entre 11-30 punts. SITUACIÓ GREU. (amb suport professional es pot pal·liar o contenir el cas)
 Situació 3: Més de 30 punts. SITUACIÓ MOLT GREU. (cal una intervenció urgent conjunta)

Objectiu de l'instrument

Reconèixer i definir de forma ràpida i precisa una realitat i objectivar les situacions sense ambigüitats, de forma explícita i objectivament verificable.

A través d'Indicadors socials i sanitaris

Valoració cuidador

→ EN RELACIÓ AL CUIDADOR:

| | | |
|--|--|----|
| SITUACIÓ A: SENSE CUIDADOR | | 22 |
| SITUACIÓ B: SENSE CUIDADOR, PERÒ AMB SUPORT FORMAL | | 15 |
| SITUACIÓ C: HI HA CUIDADOR: | | |
| - Rotació del cuidador/a | | 1 |
| Cuidador/a, amb <u>vinç</u> familiar, fràgil o inadequat per: | -Edat >75 anys o < 18 anys | 1 |
| | -Problemes salut orgànica, mental o sensorial | 2 |
| | -Reconeixement de grau de dependència | 2 |
| | -Manca habilitats en la cura | 1 |
| | -Sense suport extern formal o no formal | 1 |
| | -Altres càrregues familiars (ex. fills amb discapacitats i/o malaltia mental, càrregues laborals, etc) | 1 |
| | -Sobrecàrrega, risc caudicació (<u>Zarit</u> _____) | 3 |
| | -Situació sobrevinguda del cuidador (malaltia cuidador o altre familiar) | 3 |
| | -No assumeix ni atén les necessitats bàsiques | 3 |
| | -No atén les indicacions professionals | 3 |
| -No conviu i no es fa atenció continuada | 2 | |
| TOTAL | | |



Valoració pròpia persona

→ EN RELACIÓ A LA PRÒPIA PERSONA:

| SITUACIÓ A - Reconeixement grau dependència : | | |
|---|--|--------------|
| | Grau II | 2 |
| | Grau III | 3 |
| SITUACIÓ B- No reconeixement grau de dependència però amb escales valoració | | |
| | <u>Lawton y Rody</u> (Dependència total o severa): entre 0-3 punts: | 1 |
| | <u>Barthel</u> (Dependència total o severa): entre 0-35 punts: | 1 |
| | <u>Pfeiffer</u> (Deteriorament moderat o important): entre 5-10 punts: | 1 |
| | -No adherència al tractament | 2 |
| | -Incompliment seguiment sanitari | 2 |
| | -Alimentació inadequada | 2 |
| | -Deficiència en l' <u>autocura</u> o no col·laboració envers la seva atenció | 2 |
| | - <u>Família multiproblemàtica</u> (<i>hàbits tòxics, mala relació nucli convivència, relacions desafectives, rebuig...</i>) | 2 |
| | -Amb càrregues familiars. | 1 |
| | - <u>Conflicte veïnal</u> | 1 |
| | | TOTAL |

Valoració habitatge

→ EN RELACIÓ A L'HABITATGE:

| | | |
|--|--|--------------|
| Habitatge amb: | - Barreres arquitectòniques exteriors en elements comuns | 2 |
| | - Barreres arquitectòniques interiors (banys no adaptats, ...) | 1 |
| | - Manca d'alguns dels subministraments bàsics (llum, aigua, gas, aigua calenta,) | 3 |
| | - Manca d'alguns dels equipaments (telèfon,...) | 2 |
| | - Manca seguretat en els equipaments (brasers, cuina butà o gas,...) | 3 |
| | - Manca de salubritat (brutícia, manca ventilació, humitats, esquerdes,...) | 3 |
| Manca d'habitatge o habitatge insegur: | -Persona sense llar | 3 |
| | -Barraquisme | 3 |
| | -Viu en un alberg/pensió | 3 |
| | - Risc imminent de pèrdua de l'habitatge (ordre de desnonament, execució hipotecària, etc) | 3 |
| Habitatge inadequat: | - Habitació rellogada sense vincles de suport | 1 |
| | - Amuntegament / <u>sobreocupació</u> | 2 |
| Altres d'habitatge: | - Rotació d'habitatge | 1 |
| | - Habitatge aïllat (horta) | 2 |
| | | TOTAL |

Resultat

Situació 1: Entre 5-10 punts. SITUACIÓ DE RISC (el cas pot esdevenir greu si no s'actua preventivament o abans que empitjori)

Situació 2: Entre 11-30 punts. SITUACIÓ GREU. (amb suport professional es pot pal·liar o contenir el cas)

Situació 3: Més de 30 punts. SITUACIÓ MOLT GREU. (cal una intervenció urgent conjunta)

Validació instrument: USR

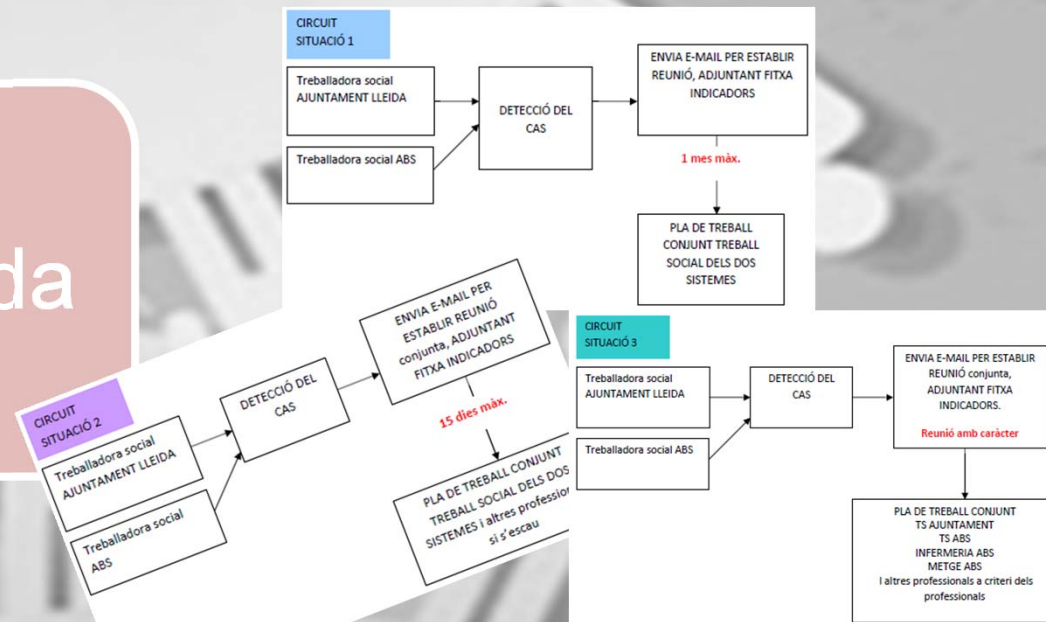
65 usuaris valorats

60 usuaris amb
doble valoració

Fase -III

Establir PLANS DE TREBALL CONJUNTS

Recomanacions
d'intervenció en cada
situació



- Definir quins professionals intervenen
- Assignació de persona referent pel cas
- Orientació als recursos disponibles
- Periodicitat seguiment...

Situació actual del projecte

Difusió per les ABS de Lleida Ciutat

Difusió per totes les ABS del Territori

Ampliar el projecte a altres serveis: UCA, Hospital...

Implicació de tots els professionals

PIAISS

“Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària”

Pretén un model
d' **ATENCIÓ INTEGRADA**
Social i sanitària

ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (**PIAISS**).

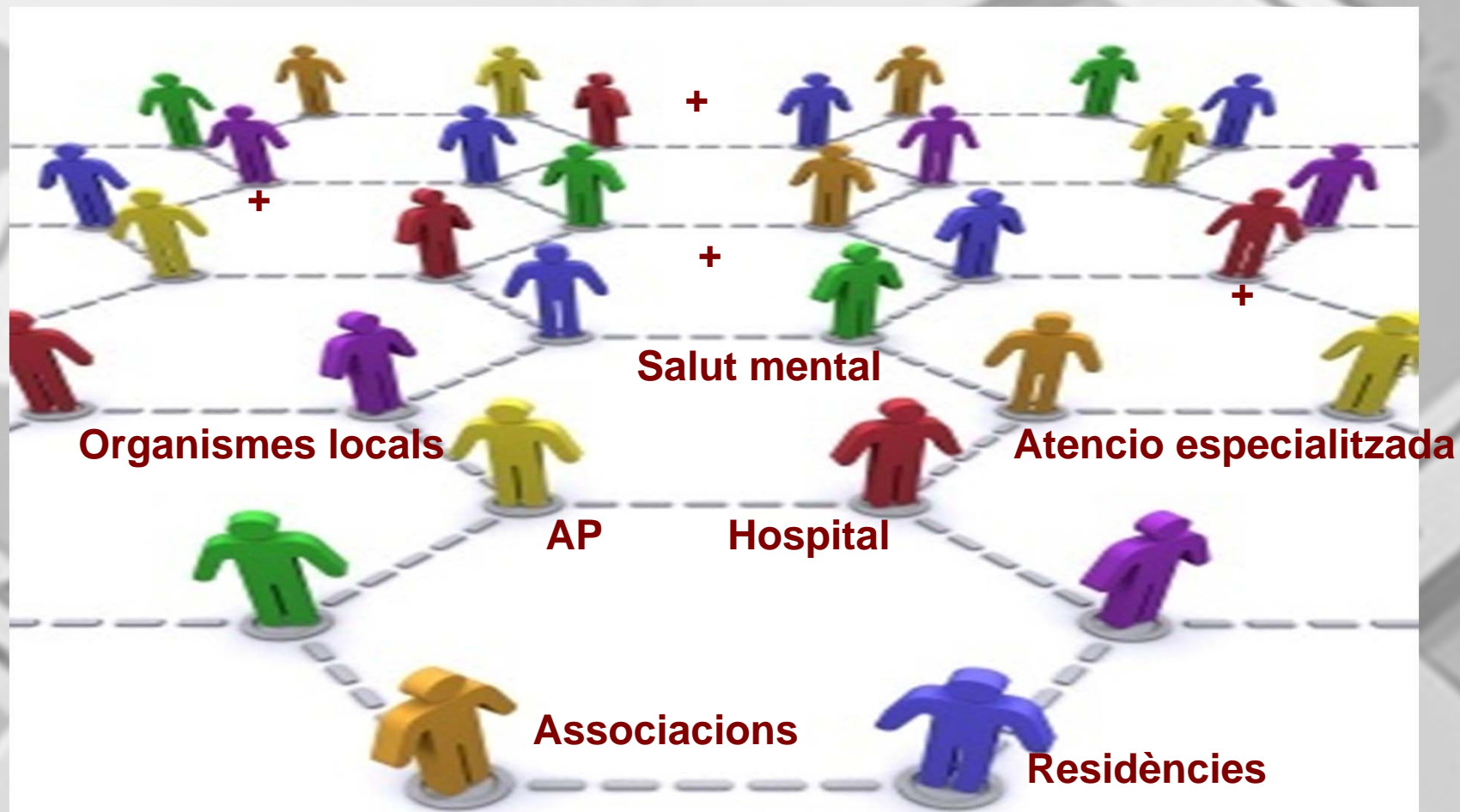
Atenció Integrada

- **EFFECTIVITAT:** En cada moment actua el professional amb major competència.
- **EFICIÈNCIA:** No es genera estalvi, es promou el redreçament de recursos.
- **COORDINACIÓ:** La ruta d'atenció integrada territorial determina circuits comuns.
- **MULTIDISCIPLINARIETAT:** Treballar junts

- Visió poblacional i territorial
- Visió sanitària i social
- Centrat en la necessitat de la persona i família.

Atenció Integrada

“Es presta arreu i la fem entre tots”



Tothom que presti assistència sanitària i social

**“Si vols anar ràpid, ves sol
però si vols arribar lluny, ves acompanyat.”**

Gràcies



**“MODEL COL-LABORATIU PER A L'ABORDATGE DE L'ATENCIÓ
SANITÀRIA I SOCIAL BÀSICA A LLEIDA “**