

14-17 | 6 | 2016

V Congrés
del Tercer
Sector Social

Barcelona

V Congrés del Tercer Sector Social

Créixer socialment



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

Debat 4

Oportunitats i beneficis de l'atenció integrada social i sanitària

Marta Fabà i Ortega

Institut Municipal de Serveis Socials

Ajuntament de Barcelona

+ equitat

+ solidaritat

+ sostenibilitat



Emprendre un camí sense retorn





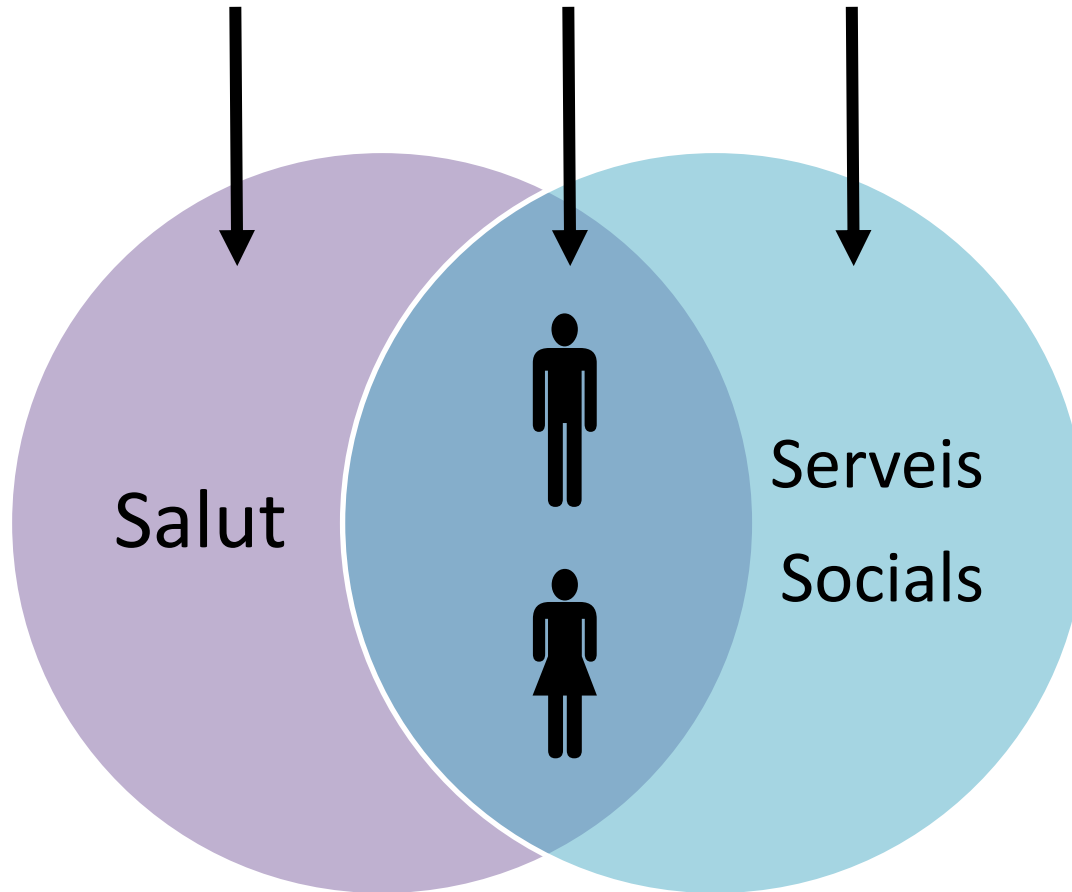
Atenció
integrada

Atenció
centrada en
la persona



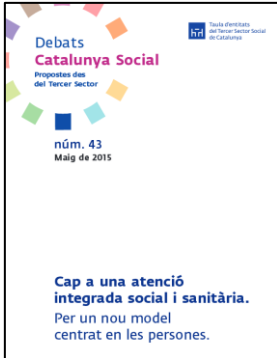
La transformació d'un model





- ✓ Relacions més properes
- ✓ Planificació conjunta
- ✓ Multidisciplinarietat
- ✓ Treballar en pla d'igualtat

model col·laboratiu de treball



Responsabilitat
compartida

Model
d'atenció
integrada

Participació

Relacions públic-privades basades en la confiança

Créixer socialment

+ equitat + solidaritat + sostenibilitat



National Voices

People shaping health and social care

Member login

Search

[ABOUT US](#) [OUR WORK](#) [MEMBERSHIP](#) [PUBLICATIONS](#) [WELLBEING OUR WAY](#) [NEWS](#) [EVENTS](#) [BLOG](#)



We want health and care systems which are person centred. This means that care is coordinated, people are in control of decisions about their health and care and everyone has fair access to care and support.



Influencing policy

[Read more](#)



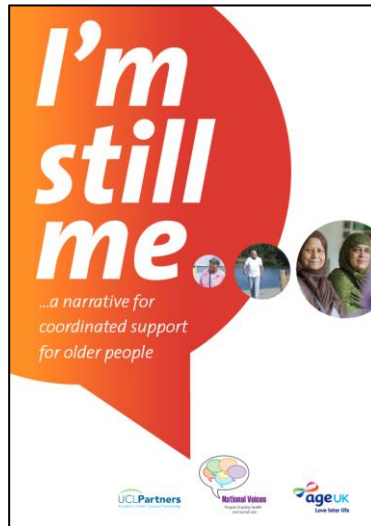
Improving practice

[Read more](#)



A voice for the
voluntary sector

[Read more](#)



I'm Still Me describes **how older people want high quality coordinated care** to support them in their everyday lives. It reflects the different perspectives and preferences of older people through the development of I Statements.



My life, my support, my choice describes some outcomes and **success factors in the care and support of children and young people** with complex lives.



National Voices

People shaping health and social care



“What matters most” at the centre of care:

- **Narrative approach** so that coordinated care is oriented towards the outcomes that matter to people
- **Review outcomes** frameworks to prioritise what matters most: wellbeing, independence, control, social connection, quality of life
- Develop **community assets** to ensure wide “menu of support” for holistic care
- Use **personalized care planning** to find what matters most to the individual and make use of full menu of support



- Idees força entorn a l'atenció integrada
- L'estratègia a Barcelona. Projectes singulars



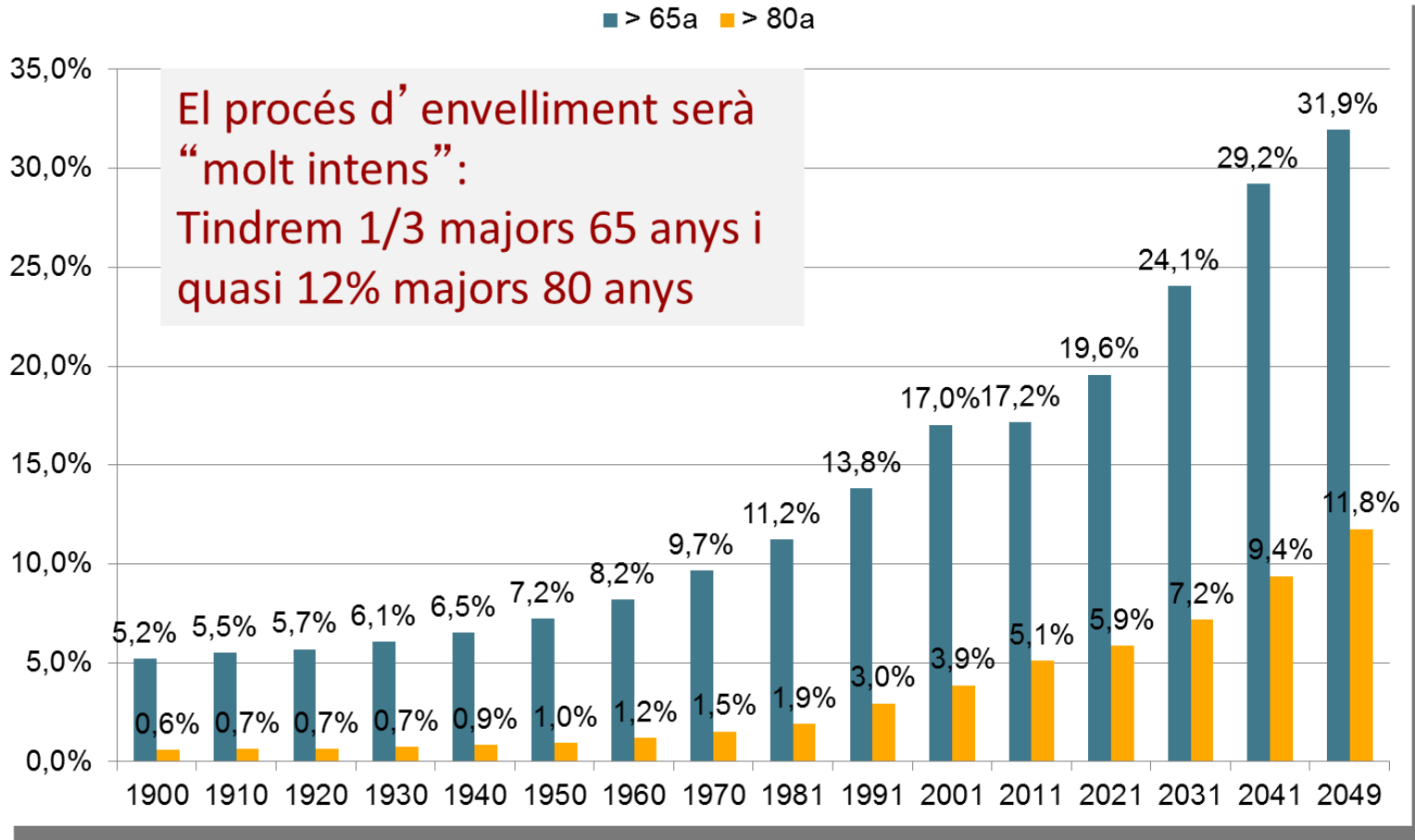
Què implica l'atenció integrada?

- atendre les persones **comptant amb elles**
- des del compromís amb els seus **drets i deures**
- oferir un servei **integral** i multidimensional que garanteixi la **continuitat assistencial**
- un **pla d'atenció compartit i únic**
 - fet entre tots els professionals que participen en el procés
 - prestat de manera que es percebin com un servei únic



Per què ara?

- ✓ Envel·liment i esperança de vida llarga
- ✓ La complexitat social i sanitària (8% de la població)



Font: INE, proyecciones 2011
 Font: INE, proyecciones 2011



Per què ara?

✓ Envel·liment i esperança de vida llarga

✓ La complexitat social i sanitària (8% de la població)

✓ Fragmentació i inequitat

✓ Ineficiències

✓ Hi ha evidències

✓ Cal model alineat amb una ciutadania apoderada i responsable

✓ Promoure l'autonomia i la qualitat de vida

✓ Prevenció (envelliment actiu)



Beneficis

Millora la salut i el benestar

Millora l'experiència d'atenció a les necessitats socials i sanitàries

Millor ús dels recursos

✓ Millora l'accés als serveis

✓ Millora el contínuum d'atenció

✓ Redueix la càrrega del cuidador

✓ Més eficiència

✓ Redueix l'hospitalització

✓ Millora el treball col·laboratiu i basat en aliances



Principal agent impulsor a Catalunya



**Pla Interdepartamental
d'atenció i interacció
social i sanitària**

MISSIÓ

Promoure i participar en la **transformació del model d'atenció social i sanitària** per tal de garantir una atenció integrada i centrada en la persona, capaç de donar resposta a les seves necessitats.



A qui s'adreça?

- A **tota la població**
- però de forma **prioritària** als casos amb **necessitats d'atenció COMPLEXES** socials i sanitàries

Atenció a la complexitat



Quan les necessitats són de gestió difícil



A qui s'adreça?

Com determinem la complexitat...

Sanitària

Social



PCC

Pacient amb
multimorbiditat o
malaltia o condició única
que comporta gestió
clínica difícil

MACA

Pronòstic de vida limitat,
altes necessitats,
orientació pal·liativa,
planificació de decisions
avançades

P
N
A
S
C



Necessitats de l'àmbit
funcional



Necessitats interpersonals
I relacionals



Necessitats instrumentals
I materials

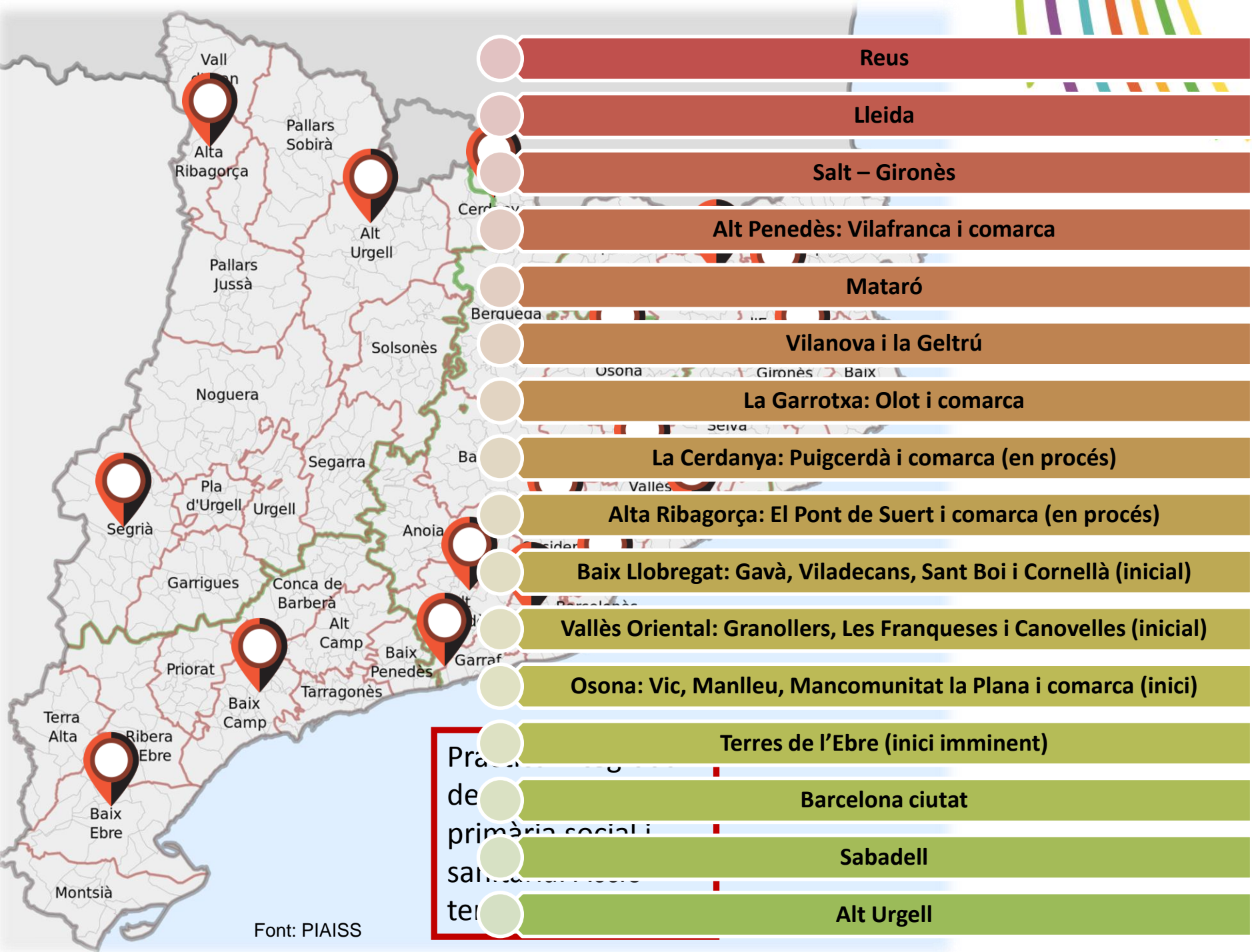


Línies de treball



- Adequació i ordenació de la **llarga estada sociosanitària i de salut mental**
- Pràctica integrada social i sanitària en la **xarxa de salut mental i addiccions**
- Model català d'atenció a les **persones que viuen en serveis residencials**
- Pràctica integrada des de **l'atenció primària social i sanitària. Acció territorial**
- Model català **d'atenció integrada a domicili**
- **Integració dels sistemes d'informació**
- El **paper de les persones** en el nou context d'atenció

Barcelona



Font: PIAISS



L'estratègia d'atenció integrada a Barcelona

Projectes singulars

Nivell d'atenció bàsica

Nivell d'atenció especialitzada

Nivell comunitari



- Constitució a la ciutat de Barcelona de la Taula d'atenció integrada social i sanitària
- Definir l'estratègia de ciutat a curt i llarg termini

Nivell d'atenció bàsica

Nivell d'atenció especialitzada

Nivell comunitari



- Constitució a la ciutat de Barcelona de la Taula d'atenció integrada social i sanitària
- Definir l'estratègia de ciutat a curt i llarg termini
- Impuls de projecte prioritari:

1

Pla de retorn al domicili per a pacients amb ICTUS

Un projecte de continuïtat d'atenció

2

Compartint la història clínica i social per avançar cap a la integració social i sanitària

Una eina per implementar l'atenció integrada

3

RÀDARS Project

Un projecte d'acció comunitària on els serveis socials i sanitaris actuen conjuntament



1



Pla de retorn
al domicili per a
pacients amb ictus

Atenció integrada social i sanitària per a pacients amb ictus (prova pilot)



1 Pla de retorn a domicili per a pacients amb ICTUS

Context

L'ictus és la **tercera causa de morbimortalitat** de l'adult, la primera causa mèdica de discapacitat i la segona de demència

S'ha demostrat que els programes a **l'alta hospitalària facilitant l'alta al domicili** i incrementen la probabilitat de ser **independents** a llarg termini

A Barcelona, el **sistema sanitari i el d'atenció bàsica social** tenen una diversitat de recursos però els dos sistemes **no estan integrats**.

Objectiu principal

Facilitar l'alta hospitalària, el retorn al domicili i la recuperació funcional dels pacients amb ICTUS a través de l'activació, abans de l'alta, dels serveis d'atenció domiciliària municipals necessaris.



1 Pla de retorn a domicili per a pacients amb ICTUS

Població diana

Pacients ingressats amb diagnòstic d'ictus agut, amb afectació de 2 o més activitats bàsiques de la vida diària i amb necessitats socials

Accions

Activació directa per part de treball social sanitari: SAD (atenció personal i neteja de la llar), àpats a domicili, adaptació funcional de la llar)

- Serveis actius a l'arribada al domicili
- Gratuït
- Durada: 8 setmanes

Un cop al domicili, articulació de l'atenció per part de l'atenció primària de salut



1 Pla de retorn a domicili per a pacients amb ICTUS

Resultats esperats

- Millora de la recuperació funcional
- Disminuir la durada de l'hospitalització en casos amb necessitats socials
- Millora del benestar de la persona i la família a l'alta hospitalària
- Millora de l'experiència del contínum d'atenció
- Satisfacció

Durada pilot

Monitorització de 100 casos durant 6 mesos

Inici: 15 de febrer de 2016

Avaluació

- Avaluació pre-post 100 casos
- Possible avaluació amb grup comparació (100 casos)



1 Pla de retorn a domicili per a pacients amb ICTUS

Elements clau:

Identificar, de manera **precoç**, els pacients amb ictus hospitalitzats amb necessitats de recursos socials domiciliaris.

Prescriure, per part del/a **treballador/a social sanitari**, el servei d'atenció domiciliària municipal d'acord amb les necessitats del pacient i el seu entorn abans de l'alta hospitalària.

Articular una atenció al **domicili del pacient, integrant** diferents intervencions simultànies i coordinades: la social, la rehabilitadora i la d'atenció primària de salut.

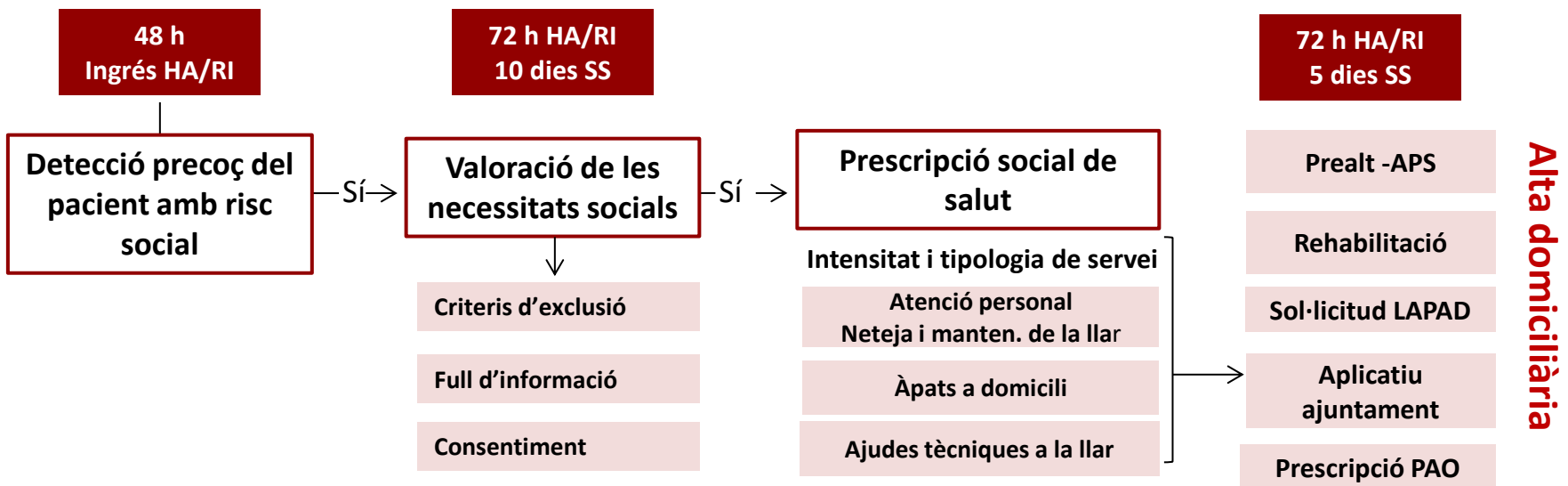


PROCÉS D'ATENCIÓ CONTINUAT (1)

Hospitalització d'aguts (HA), rehabilitació intensiva (RI) i sociosanitària (SS)

Valoració integral

Activació de serveis a domicili



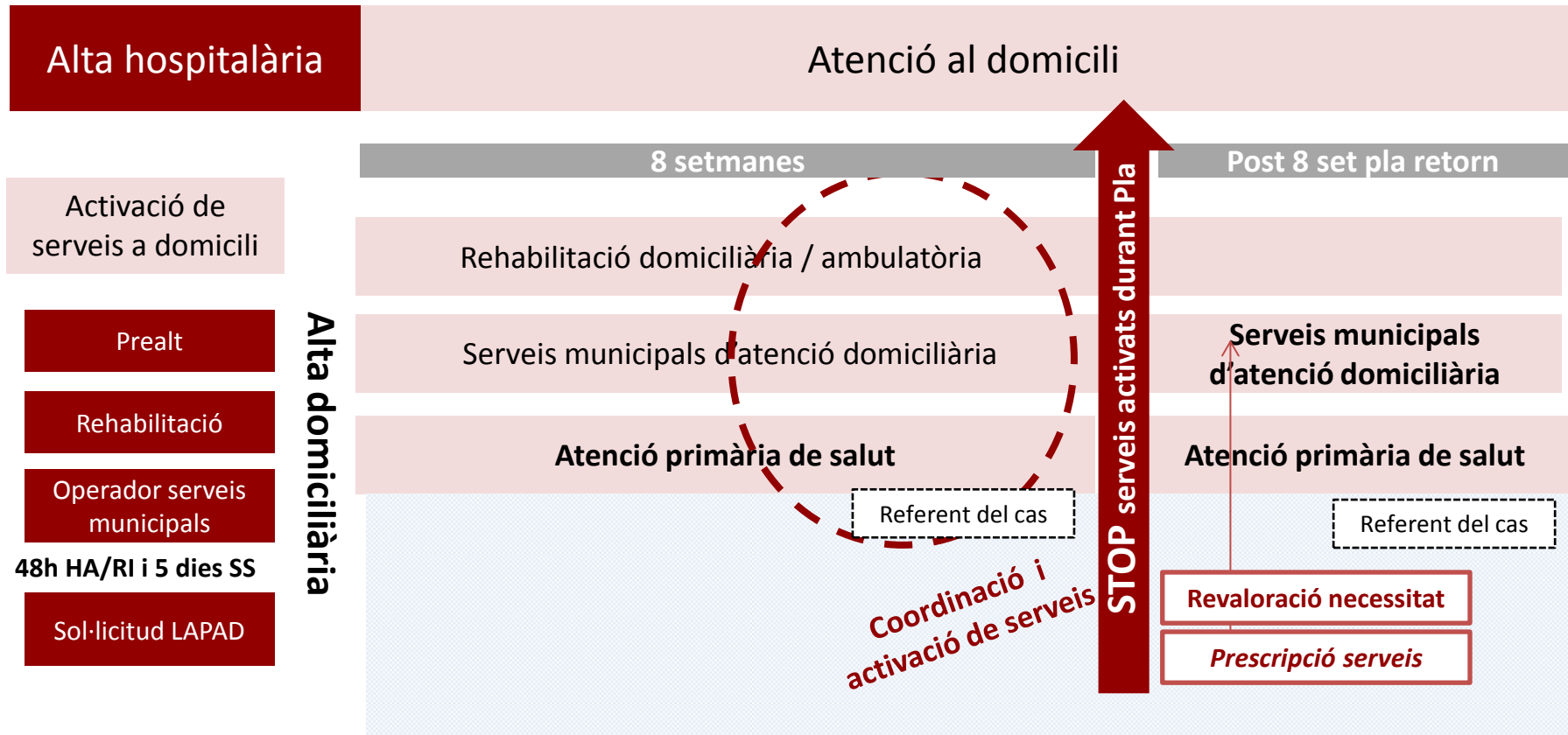
Detecció dels pacients amb necessitats socials

Prescripció i activació dels serveis a domicili



PROCÉS D'ATENCIÓ CONTINUAT (2)

Atenció integrada





2

Compartint la història clínica i social per avançar cap a la integració social i sanitària

Atenció integrada per les persones grans que necessiten atenció social i sanitària a domicili



Ajuntament
de Barcelona

CSB Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona
adscribit al Servei Català de la Salut



2 Compartint la història clínica i social

Objectiu principal

Intercanviar informació digital entre els serveis socials d'atenció bàsica i el sistema de salut per facilitar l'accessibilitat, intervencions integrals i la continuïtat de les atencions sanitàries



SIAS



HC3



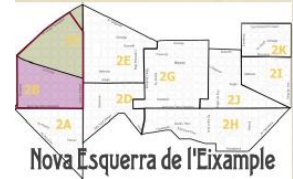
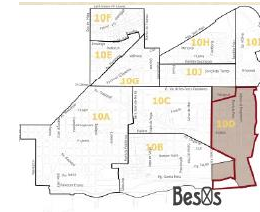


2 Compartint la història clínica i social

Implementació pilot

Actors implicats

Centres de Serveis Socials
Àrees Bàsiques de Salut



Població diana

Majors de 65 anys + PPC / MACA
+ necessitat d'atenció domiciliària social (SAD)
+ sanitària (ATDOM)

Objectius

- Millorar la qualitat de vida de la gent gran
- Millorar la integració dels serveis d'atenció domiciliària
- Promoure que la gent gran que ho desitgi romangui al domicili el màxim temps possible



2

Compartint la història clínica i social

Full de ruta: sistemes d'informació compartits

- **Creació del grup de treball Sistemes d'Informació**
 - Ajuntament de Barcelona.
 - Consorci Sanitari de Barcelona
 - PIAISS
 - TicSalut
- **Conveni de col·laboració amb el Departament de Salut per l'intercanvi de dades socio-sanitàries**
- **El CIP** serà el codi d'identificació únic per l'intercanvi d'informació.
- **Identificació de dades a compartir**
- **Codificació** de dades en diferents llenguatges a HC3 i SIAS



2

Dades socials a compartir amb Salut

Dades de referència del sistema

- Professional de referència
- Centre de Serveis Socials



2

Dades de salut (HC3) a compartir amb Serveis Socials

**Dades
d'identificació**

- CIP



3

Projecte RÀDARS

Un projecte d'acció comunitària on els serveis socials i sanitaris són socis i actuen conjuntament



3 Projecte RÀDARS

<https://www.youtube.com/watch?v=dmYYhK8A4bQ>

Què és el projecte RADARS?

És una **xarxa de prevenció** en la qual participen veïns, veïnes, comerciants, persones voluntàries i professionals de les entitats i serveis vinculats als barris.

Quin és l'objectiu?

Ajudar i facilitar que les **persones grans** del barri puguin **continuar a la seva llar**, i garantir-ne el benestar amb la complicitat del seu entorn.

La prioritat és reduir la solitud i el risc d'aïllament i d'exclusió social.



3 Projecte RÀDARS

COM ACTUEM?

RADARS VEÏNALS I COMERCIALS

 **Detecten** el risc d'aïllament amb una mirada sensible i respectuosa:

- Absència
- Canvis de comportament
- Absència de la persona cuidadora
- Deteriorament de la persona cuidadora

↓

 **Ho comuniquen a un d'aquests telèfons:**

RADARS
Centre de serveis socials
93 619 73 11
Emergències socials
900 70 30 30



Qui són els "Radars"?

Veïns/es, comerciants/tes, farmàcies, voluntaris/àries i entitats socials



3 Projecte RÀDARS

COM ACTUEM?

**RADARS VEÏNALS
I COMERCIALS**

 **Detecten** el risc d'aïllament amb una mirada sensible i respectuosa:

- Absència
- Canvis de comportament
- Absència de la persona cuidadora
- Deteriorament de la persona cuidadora



 **Ho comuniquen a un d'aquests telèfons:**

RADARS
Centre de serveis socials
93 619 73 11
Emergències socials
900 70 30 30
Ajuntament de Barcelona

**SERVEIS SOCIALS
I SALUT**

 **Valoren el cas i hi intervenen conjuntament amb la xarxa del barri en cas de necessitat**



PLATAFORMA TELEFÒNICA

 **Fan el seguiment de manera continuada de la persona gran detectada**



Gràcies per la vostra atenció!!

Marta Fabà (mfaba@bcn.cat)



Amb el suport de:

