



Generalitat de Catalunya
**Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària**

**Del Programa de prevenció i atenció a
la cronicitat al nou model d'atenció
social i sanitària integrada.**



Generalitat de Catalunya
**Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària**

1

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



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

Línies estratègiques Programa Cronicitat



2.1 Implantar processos clínics integrats



2.2 Potenciar els programes de protecció, promoció i prevenció



2.3 Autoresponsabilització dels pacients i cuidadors i foment de l'autocura



2.4 Desenvolupar alternatives assistencials en un sistema integrat



2.5 Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos



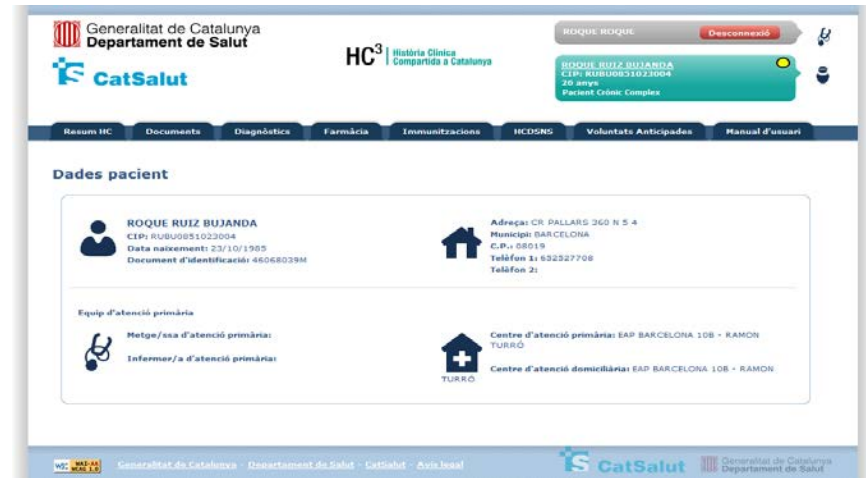
2.6 Implantar programes d'ús racional del medicament



Definició dels perfils de complexitat



Publicació dels perfils de complexitat



Implementació del PIIC

Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit

Diagnòstics

Mediació crònica

Al·lèrgies

Directrius si crisi o descompensació

Pla de decisions anticipades

Valoració multidimensional (test)

Valoració multi dimensional (text lliure)

Dades EAP

Atenció al pacient

Servei teleassistència? Sí No

Atès per gestor de casos? Sí No

Viu en residència? Sí No

Cuidadors

Informació adicional

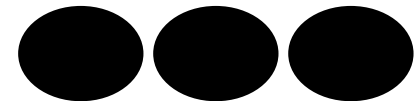
Rutes d'atenció a la complexitat

CHECKLIST INTEGRATRIU PER AL DESPLEGAMENT DEL MODEL D'ATENCIÓ A LA COMPLEXITAT

I= accions a nivell individual, E=polítiques d'equip, T=pactes de territori **Nivell bàsic, Objectiu intermedi, Enfocament d'excel·lència**

Acció	I	E	T
Identificació i codificació dels pacients PCC o MACA			
PIIC bàsic amb informació sobre: -Revisió i resum de les malalties i problemes de salut més importants -Revisió i conciliació del pla de mediació (PM) -Directrius bàsiques en cas de crisi o descompensació -Atenció continuada i garanties 7x24 de crisi, aguditzacions i descompensacions			
Dispositius i convencionals dels equips i territoris			
Pacients PCC o MACA amb informació sobre professionals de referència, contactes 7x24, planificació de visites i signes de descompensació			
HCP i PIIC amb nom i contacte dels cuidadors i dels professionals de referència			
Redistribució de rols en l'atenció a PCC i MACA. Política de gestió de casos			
Incorporació en agenda espais per a identificació transversal de casos			
Atenció a les transicions. Resposta proactiva al preipofalt			
Dispositius de missatgeria segura			
Actualització de l'estat del pacient, diagnòstic de necessitats i planificació de mesures d'atenció proactiva. Inclús al PIIC si escau.			
Planificació en agenda espais específics de revisió compartida de casos complexos.			
Planificació de Decisions Anticipades bàsica			
Valoració multidimensional amb identificació de les necessitats nuclears i incorporació al PIIC			

Anàlisi sistemàtica de la informació derivada de sistemes d'estratificació amb prestacions d'individualització de la informació per contingut			
Informació/formació pacient respecte al seu tractament i seguiment de l'adherència			
Organització eficient de les consultes en pacient amb multimorbiditat			
Disponer de prestacions d'atenció no presencial a PCC i MACA			
Avaluació periòdica de resultats en clau interna, amb feedback i procés de millora			
Polítiques territorials de conciliació terapèutica			
Projectes de col·laboració amb serveis socials			
Gestió compartida de terminalitat i final de vida			
Pla de comunicació i difusió de la RA i formació ad hoc			
Pla d'atenció integral dels pacients amb esment a HCP*			
PDA avançada i pacte amb els pacients d'inclusió de les directives al PIIC			
Informació actualitzada BARTHEL, LAWTON-BRODY, PFEIFER, ESAS, GUDON, referència qualitativa a necessitats socials, necessitats espirituals, ZARIT o referència qualitativa a situació del cuidador			
PIIC complet dels pacients			



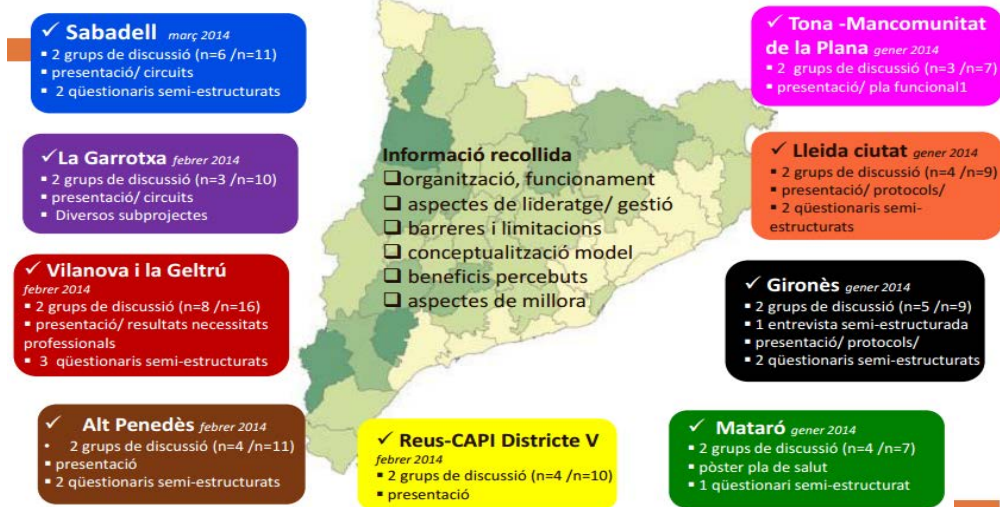
Impuls de 8 projectes pilot de col·laboració social i sanitària

2.5. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos

- Definir un **model estratificació** que permeti una segmentació població amb malalties cròniques amb diferents nivells de risc. Creació **model predictiu que incorpori a HCCC situació risc pacients crònics**
- Dissenyar **model Atenció Pacient Crònic Complex (PCC)**. El 2012 s'han d'incloure 2000 pacients en model atenció PCC.
- Dissenyar **model Atenció en persones amb malaltia crònica avançada**.
- Definir **model col·laboratiu entre serveis sanitaris i serveis socials**: disseny model col·laboratiu assistencial, accés a HCCC per part serveis socials e incorporació informació interès comú a HCCC, identificació objectiu comú en contractes DS i DBSiF per any 2013

Projectes pilot per l'impuls de models col·laboratius entre serveis de salut i serveis socials en pacients crònics complexes – Estudi d'avaluació d'AQuAS

Recollida de dades avaluació externa models col·laboratius



Perfils professionals més freqüents: treball social, educació social, infermeria, medicina familiar i comunitària, medicina interna, psiquiatria; àmbit gestió/ professionals que fan atenció
 Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

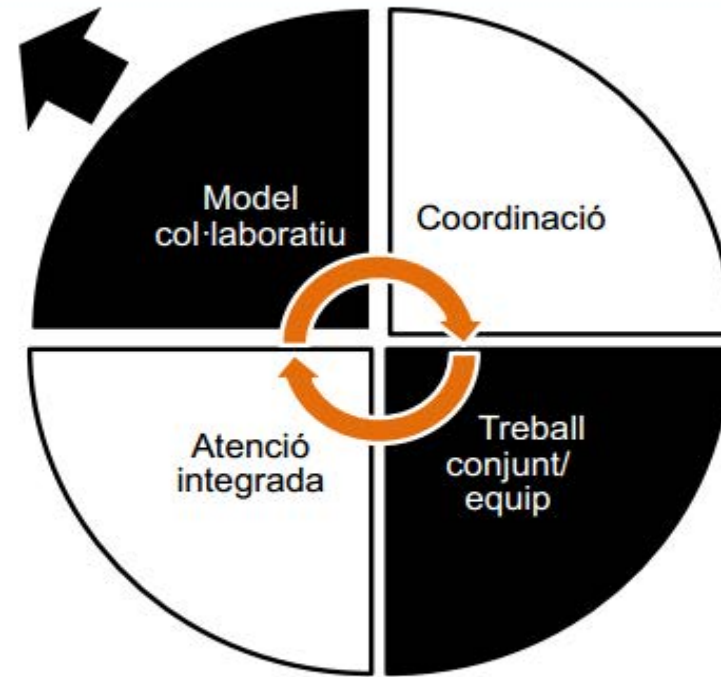
Resultats. Classificació dels models col·laboratius

<p>Fase I Definició i conceptualització i professionals que estan coneixent-se</p> <p>Fase II Disseny i escriptura de pla funcional, protocols, circuits</p> <p>Fase III Model definit. Implementació del model i més cohesió i evolució com a equip</p> <p>Fase IV Fases avançades. Model amb estructura i organització formal. Millora en base a experiència acumulada i avaluació continua</p>	<p>Model centrat en els usuaris amb un discurs explícit preventiu (més pes social)</p> <ul style="list-style-type: none"> La Garrotxa (1996, fase IV) Tona- Mancomunitat de la Plana (2013, fase II) Mataró (2013, fase I) 	<p>Model centrat en gestió de casos en cronicitat (més pes sanitari)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gironès (2013, fase III) Alt Penedès (2013, fase II)
	<p>Model primarista (integració serveis socials bàsics i d'atenció primària de salut)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sabadell (1984/ 2012; fase IV) Reus (2002, fase IV) Vilanova CAPI (ABS3; 2011, fase III) 	<p>Model centrat en millorar l'eficiència local/ regional (pes similar entre l'àmbit social i sanitari)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lleida (2013, fase II) Vilanova (ABS1 i ABS2; 2013, fase I)

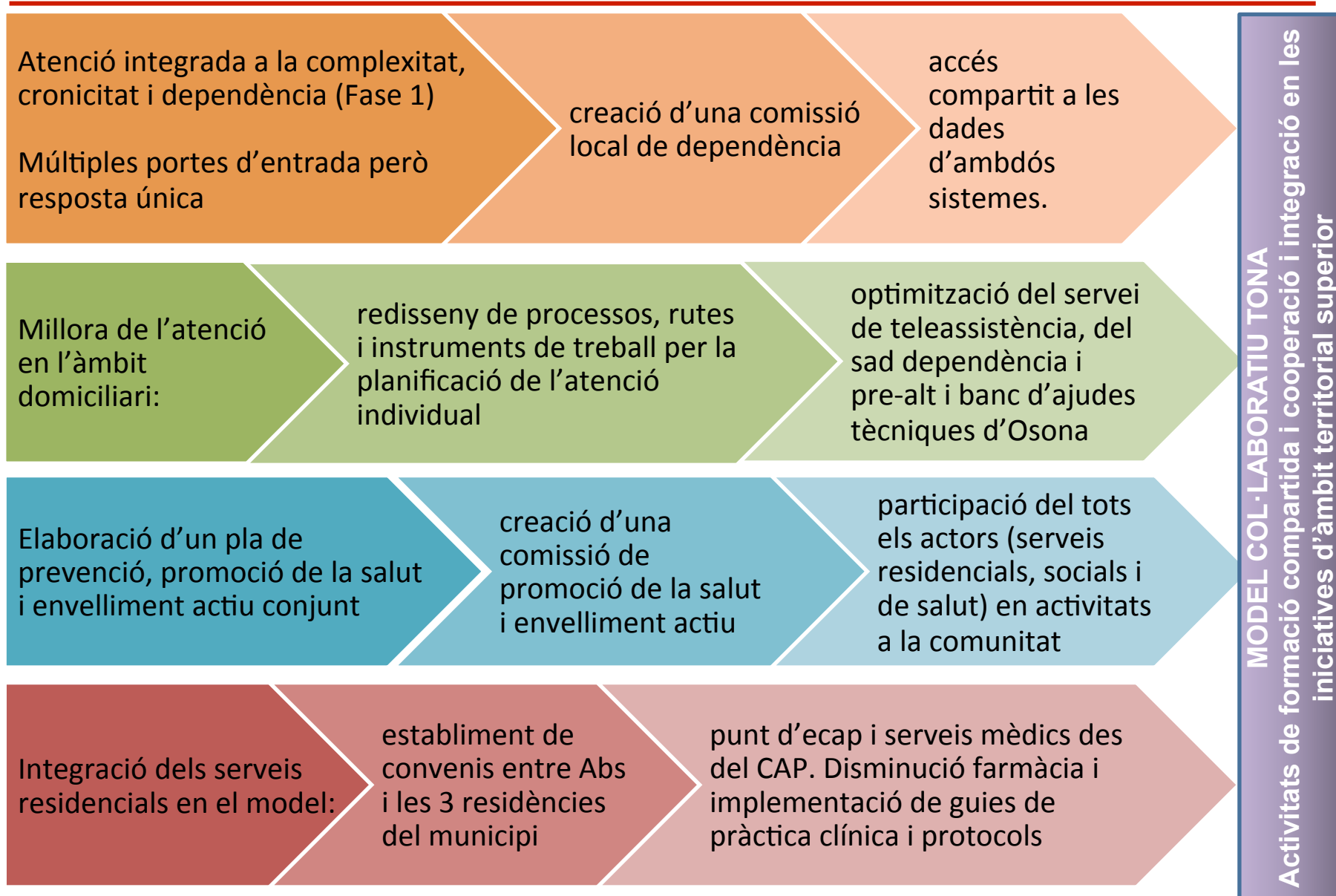
Projectes pilot per l'impuls de models col·laboratius entre serveis de salut i serveis socials en pacients crònics complexes

- ❖ relació més propera i més àgil
- ❖ planificació i visites conjuntes
- ❖ la persona al centre de la atenció
- ❖ compartir punts de vista, **decidir de manera conjunta**, treballar com un equip
- ❖ **visió holística** de la persona
- ❖ les dues parts en **igualtat de condicions**
- ❖ implica **acord, consens i objectius comuns**
- ❖ calen una sèrie de **circuits diferenciats**
- ❖ **coordinar-se d'una manera més formal**, més sistematitzada, una manera de organitzar-se millor
- ❖ **un equip multidisciplinari**
- ❖ una **finestra única o múltiples finestres per una resposta única**
- ❖ **plans d'intervenció individuals compartits i decisions compartides** que es realitzen a través de comissions

Conceptes entorn a què implica un “model col·laboratiu” d'atenció social i sanitari segons l'opinió dels professionals implicats



Model col·laboratiu social i sanitari a tona: Linies d'acció





Generalitat de Catalunya
**Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària**

2

PIAISS
**Model Català d'atenció social i
sanitària integrada**

3 setembre 2013:
Primer acord de govern de creació del Pla Interdepartamental amb funcions i competències restringides

3 setembre 2013:
Primer acord de govern de creació del Pla Interdepartamental amb funcions i competències restringides

3 desembre 2013:
Acord de govern per a la integració del Departament de Benestar social i família al patronat de la Fundació Tic Salut.

25 febrer 2014:
Nou acord de govern de creació del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.

25 febrer 2014:
Nou acord de govern de creació del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.



[← TORNAR A LLISTAT DE NOTÍCIES](#)

04-12-2013

El Govern impulsa la coordinació en l'àmbit de les TIC entre l'àmbit sanitari i social

La Fundació TICSalut incorpora el Departament de Benestar Social i Família.

El Govern va aprovar ahir el canvi dels estatuts de la Fundació TICSalut per tal d'incorporar el Departament de Benestar i Família dins del seu Patronat amb l'objectiu de permetre engegar iniciatives i projectes conjunts que oferiran un servei més coordinat, eficient i de millor qualitat al ciutadà en l'àmbit de les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TICs).

L'acord facilitarà l'accés a la història clínica compartida des de l'àmbit social, l'extensió de la recepta electrònica als centres sociosanitaris, així com la compartició d'altres projectes transversals.

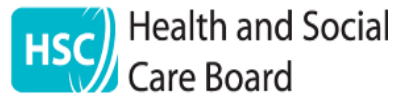
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

MISSION

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.

Atenció integrada, com? Elements nuclears

Governança social i sanitària local / territorial

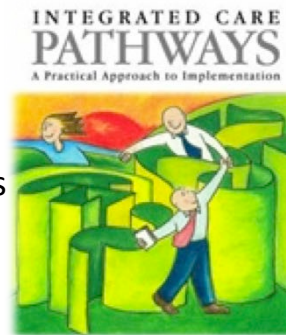


Apoderament i autocura de les persones



“Microsistemes”

- Lideratge dels dispositius de base comunitària i d’atenció primària
- Rutes assistencials integrades
- Treball multi professional
- Atenció en les transicions
- Model 7x24
- Estratègies d’atenció domiciliària



Gestió del cas / de l’atenció.
Valoració compartida i pla d’atenció integrat



Lideratge clínic i professional

ELEMENTS FACILITADORS

Marc avaluatiu compartit: responsabilitat compartida



Visió compartida en l’ús de recursos:
Alineació d’incentius



Estratificació: valoració de les necessitats poblacionals



Gestió del canvi



Història electrònica social i sanitària compartida



Atenció integrada, on?: “es presta arreu i la fem entre tots”



Projectes i accions del Pla

Build Plane In The Air <http://youtu.be/M3hge6Bx-4w>



0:50 / 0:54



PIAISS Projectes 2014 – 2015 – aprovats el Juliol de 2014

Adequació i ordenació de la llarga estada socio sanitària i de salut mental

Adequació de la xarxa socio sanitària en l'atenció a la cronicitat



Pràctica integrada social i sanitària en la xarxa de salut mental i addiccions



 Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària

14 de juliol de 2014

Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions

Priorització d'actuacions
2014-2016

PIAISS Projectes 2014 – 2015 – aprovats el Juliol de 2014

Model català d'atenció a persones que viuen en serveis residencials

Com garantim l'atenció social i sanitària de qualitat a les persones institucionalitzades

Model català d'atenció integrada a domicili

Atenció integrada a domicili

Hospitalització a domicili

Patrons d'intervenció en atenció domiciliària

		Intervenció	
		Alta	Baixa
Resposta Programació- Duració	Aguda	Hospitalització a Domicili	Atenció Continuada
	Crònica	PADES	ATDOM



Teleassistència i telemedicina



Teleassistència en el
10% de >65 anys
35% de >80



PIAISS Projectes 2014 – 2015 – aprovats el Juliol de 2014

El paper de les persones en el nou context d'atenció

Cooperació en les estratègies de suport, apoderament i capacitació dels cuidadors/es i famílies

Apoderament i participació de les persones en els nous models d'atenció

Model Català de Pla de Decisions Anticipades (PDA)


DECÀLEG D'ACCIONS PER L'ABORDATGE DE LA DESNUTRICIÓ EN EL PCC/MACA


**PROGRAMA PRELIMINAR
JORNADA UPDATE GRUP EUROPEU DE COOPERACIÓ
PDA**


**PROGRAMA
PACIENT
EXPERT
CATALUNYA®**

PIAISS Projectes 2014 – 2015 – aprovats el Juliol de 2014

Integració dels sistemes d'informació

Història Electrònica Social i Sanitària integrada

Plataforma i-sisscat



Intercanvi de dades i interoperabilitat

- Història Social i sanitària electrònica única

Capacitat Analítica

- Gestió de sistema i avaluació de resultats.
- Models predictius i d'estratificació

Plataforma de recolzament al model d'atenció

- Rutes assistencials integrades
- Comunicació entre professionals

Suport en el nou rol de la ciutadania

- Accés i comunicació
- Nous models d'atenció

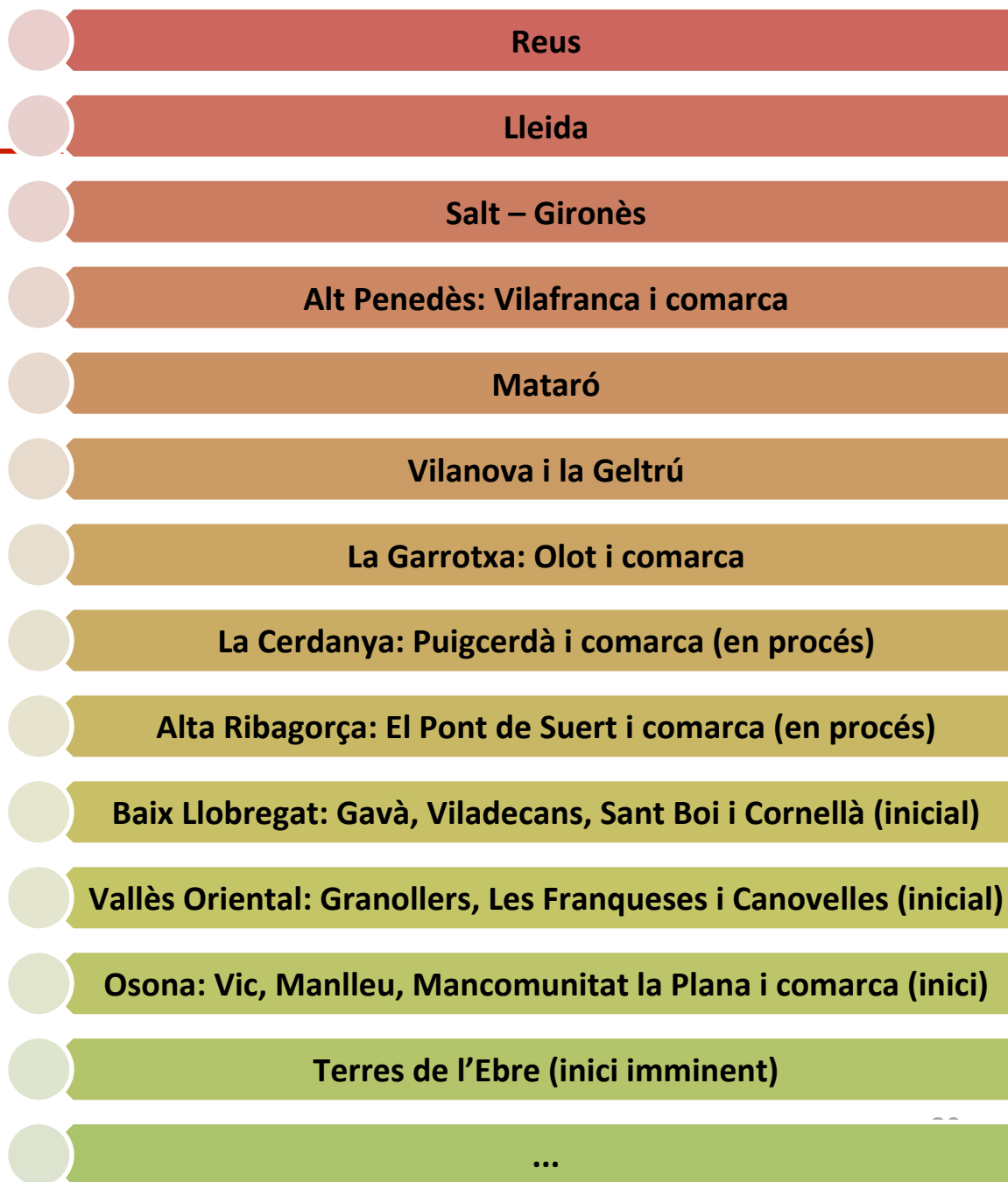
PIAISS Projectes 2014 – 2015

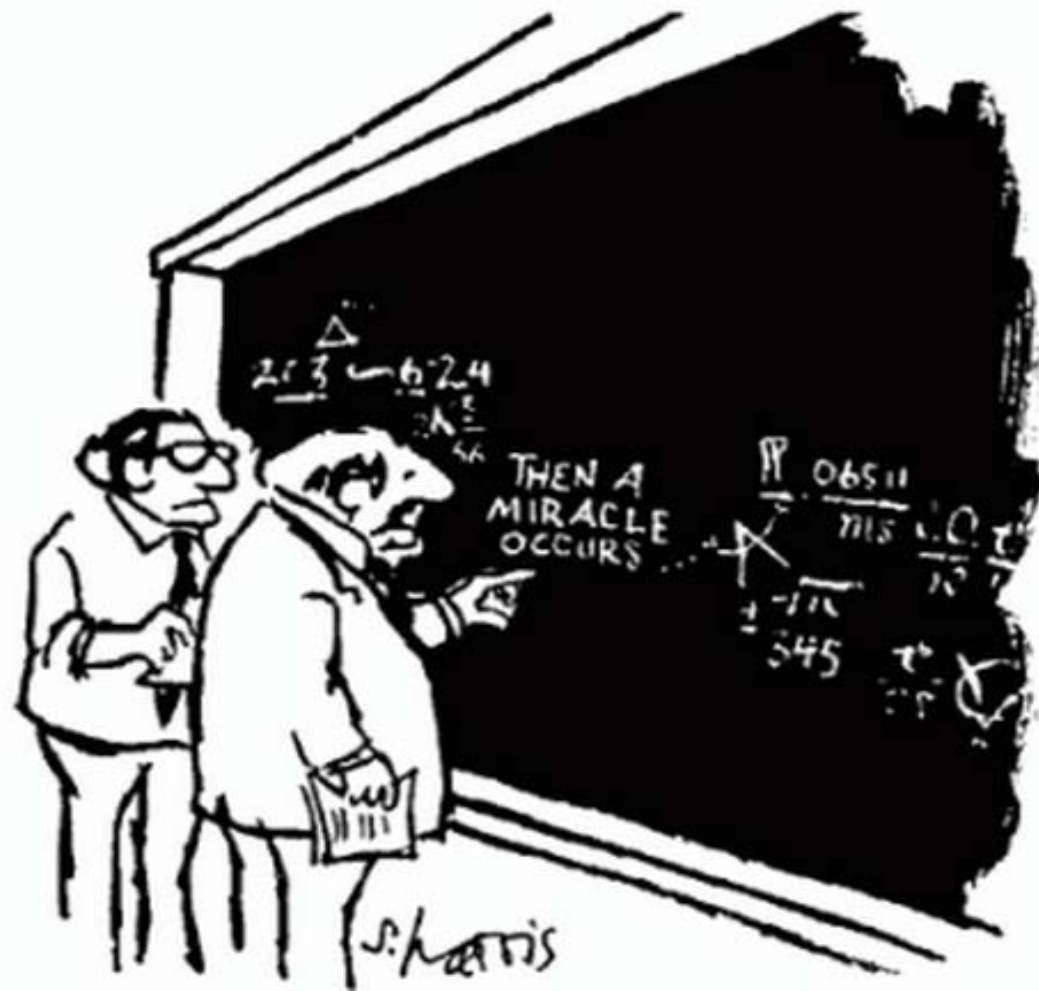
Pràctica
integrada des de
l'atenció primària
social i sanitària.
Acció territorial

ÀMBIT	ELEMENT A CONSIDERAR
ACCIONS PRELIMINARS	<input type="checkbox"/> Òrgan de governança <input type="checkbox"/> Equip operatiu <input type="checkbox"/> Aproximació expectatives <input type="checkbox"/> Diagnòstic compartit del punt de partida
TARGET POBLACIONAL	<input type="checkbox"/> Població diana
RESPOSTA PLANIFICADA	<input type="checkbox"/> Criteris d'inclusió <input type="checkbox"/> Aplicació del procés assistencial d'atenció integrada <input type="checkbox"/> Participació de les persones
REDISSENY ORGANITZATIU	<input type="checkbox"/> Assignació professionals de referència <input type="checkbox"/> Adaptació dels rols professionals <input type="checkbox"/> Adaptació dels equips professionals
SISTEMES D'INFORMACIÓ COMUNICACIÓ	<input type="checkbox"/> Milliores locals en la gestió de la informació i la comunicació <input type="checkbox"/> Nous requeriments
CIRCUITS I GARANTIES	<input type="checkbox"/> Atenció 7x24 <input type="checkbox"/> Atenció a les transicions <input type="checkbox"/> Tramitació dependència <input type="checkbox"/> Atenció al final de la vida <input type="checkbox"/> Gestió crisis entorn cuidador
DISPOSITIUS	<input type="checkbox"/> Atenció domiciliària <input type="checkbox"/> Rehabilitació a domicili <input type="checkbox"/> Atenció en residències <input type="checkbox"/> Centres de dia <input type="checkbox"/> Teleassistència <input type="checkbox"/> Accessibilitat, ajudes tècniques i material ortop. <input type="checkbox"/> Alternatives a 'hospitalització
PROGRAMES PREVENTIUS	<input type="checkbox"/> Àmbits prioritaris <input type="checkbox"/> Fragilitat
MARC AVALUATIU	<input type="checkbox"/> Marc d'avaluació
DIFUSIÓ	<input type="checkbox"/> Estratègia <u>formatiiva</u> <input type="checkbox"/> Estratègia difusió professionals <input type="checkbox"/> Estratègia difusió comunitària
PLA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Redacció <input type="checkbox"/> Condicions operatives <input type="checkbox"/> Estratègia de presentació

PIAISS Projectes 2014 – 2015

Pràctica
integrada des de
l'atenció primària
social i sanitària.
Acció territorial





"I THINK YOU SHOULD BE MORE EXPLICIT
HERE IN STEP TWO."

KEEP
CALM
AND
CARRY
ON

"It took Einstein 10 years of groping through the fog to get the theory of special relativity, and he was a bright guy"

Jim Collins (author, Good to great: why some companies Make the leap... And others don't

PIAISS Projectes 2014 – 2015 – aprovats el Juliol de 2014

Accions transversals

Consens i lideratge amb i des del sector:

Consell assessor
Consell de participació
2a capa social i sanitària

Proposta de codi de diagnòstic social



Consens terminològic

Terminologia de la cronicitat



PROPOSTA DE DOCUMENT DE BASES CONCEPTUALS DEL MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA

PIAISS Projectes 2014 – 2015 – aprovats el Juliol de 2014

Accions transversals

Fòrum ITESSS

Línies de treball

0

[Atenció integrada: entorn d'innovació](#)

1

[El paper de les persones en el nou context d'atenció](#)

2

[L'atenció compartida: treballant junts amb una visió comunitària](#)

3

[El redisseny d'equips](#)

4

[Noves maneres de relació: model d'atenció no presencial](#)

5

[Sistemes d'informació sanitaris i socials compartits](#)

6

[Un marc d'avaluació comú social i sanitari](#)

#Forum
ITESS

ESADECREAPOLIS

 Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària


GESSAP

 Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària



Generalitat de Catalunya
**Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària**

gencat.cat