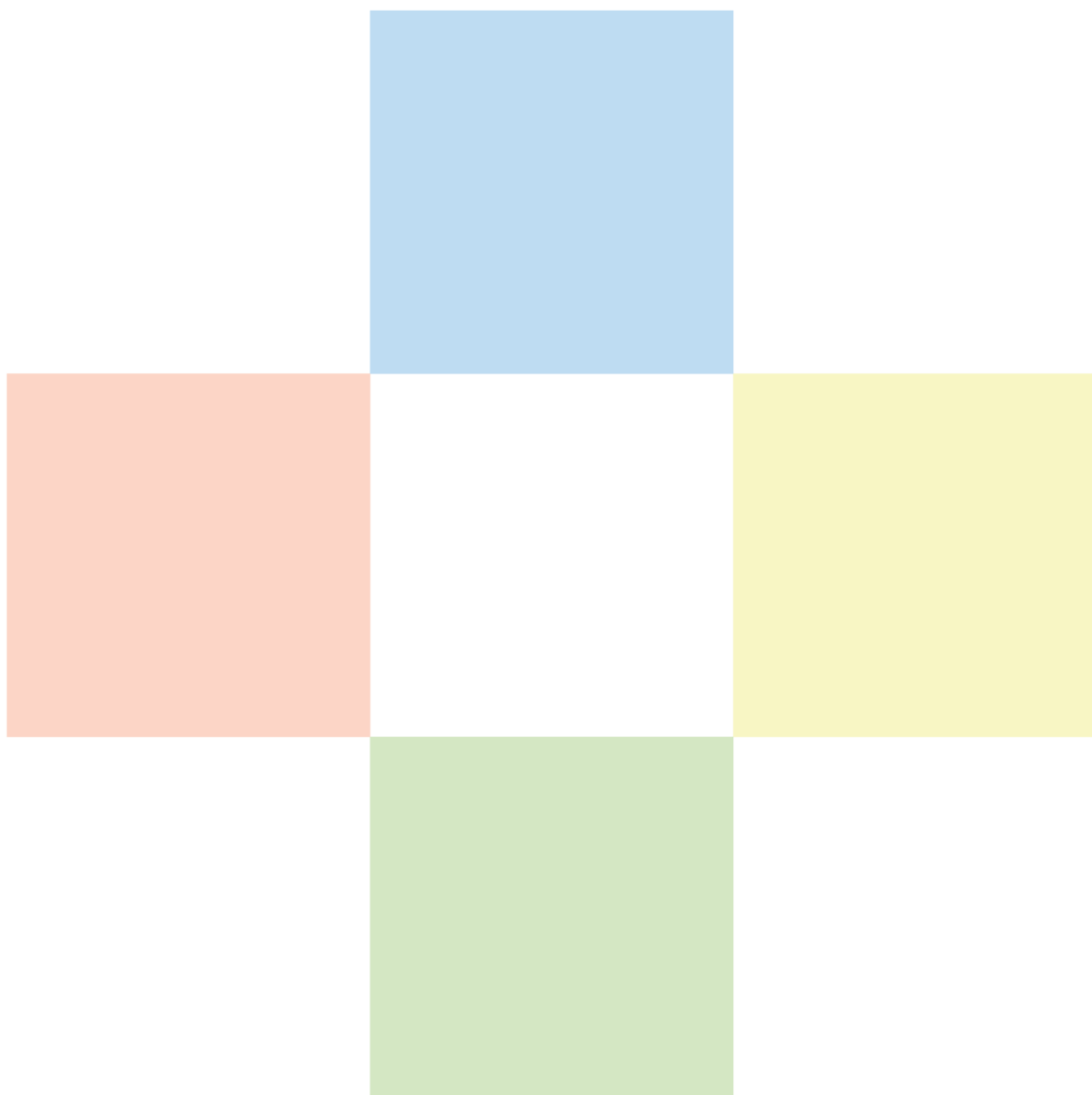




Full de ruta del

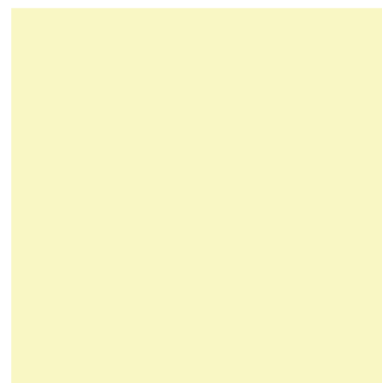
PLA d'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL i SANITÀRIA

PAISS Garrotxa 2022-2026

setembre 2022

1

Introducció



Mitjançant l'Acord GOV/120/2013, de 3 de setembre, es va crear el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials. Posteriorment, es va aprofundir en el model dissenyat i, mitjançant l'Acord GOV/28/2014, de 25 de febrer es va crear el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) com a expressió de la voluntat del Govern de Catalunya d'anar un pas més enllà en la interacció entre els serveis sanitaris i socials i l'aposta per un model assistencial centrat en les persones.

Més endavant es va fer palesa la necessitat de desplegar una estratègia única d'atenció integrada social i sanitària a causa de les necessitats sanitàries i socials de la població, especialment per a aquelles persones que tenen necessitats complexes i es va aprovar el 25 setembre de 2018, el nou Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS) que quedarà reforçat i modificat per l'acord de govern 91/2019, de 25 de juny.

El model català d'atenció integrada proposa atendre les persones, comptant amb elles, tenint en compte les seves preferències, necessitats, percepcions i expectatives, oferint-los un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures, mitjançant un pla d'atenció pensat i fet conjuntament entre tots els professionals que participen del procés i prestat de manera que les mateixes persones, els seus cuidadors o la família el percebin com un servei únic, que dona resposta a les necessitats sanitàries o socials que no puguin assumir elles mateixes o el seu entorn més proper.

Existeix l'evidència que l'atenció integrada, integral i prioritzada és capaç de millorar els resultats d'atenció a la població amb necessitats que són complexes (per si mateixes o pel tipus de resposta que exigeixen). L'atenció integrada és la forma més efectiva, eficient, sostenible i satisfactòria d'atendre les persones, especialment les més vulnerables.

El model català d'atenció integral i integrada té un marcat caràcter territorial, desplegat al voltant dels serveis de base comunitària. La seva implementació assumeix com un element central la territorialització a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida entre els diferents agents que es fan càrrec de la governança en el territori.

L'atenció integrada tendeix a atribuir als dispositius de base comunitària un caràcter centrat en l'atenció a les persones amb complexitat social i sanitària. I és, per tant, des del territori i amb el lideratge comunitari des d'on cal definir rutes assistencials integrades, instruments per a la gestió adequada de les transicions entre serveis, l'atenció en model 7x24, l'estratègia compartida d'atenció domiciliària o els mecanismes de treball multiprofessional.

La comarca de la Garrotxa, amb una clara voluntat d'avançar en el model col·laboratiu i de millora i adaptació dels serveis per a una atenció centrada en la persona, de qualitat i eficient, va crear, el dia 3 de juliol de 2014, l'òrgan de governança de la Garrotxa, format per l'alcalde d'Olot, el president del Consell Comarcal de la Garrotxa, el gerent de la de la Regió Sanitària de Girona del Departament de Salut, la directora territorial del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, el gerent territorial de Girona de l'Institut Català de la Salut i de l' Institut d'Assistència Sanitària, el gerent de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, la directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa i la direcció del PIAISS.

Aquest òrgan de govern va aprovar, en data 23 de febrer de 2015, el primer full de ruta per a l' impuls del model d'atenció social i sanitària integrada a la Garrotxa 2015-2018, i es va presentar la memòria i els resultats del treball realitzat.

Durant el primer semestre del 2019, un grup operatiu, format per tots els representants tècnics del PIAISS- Garrotxa, elaborar un segon full de ruta 2019-2022 aprovat per l'òrgan de governança.

Aquest segon full de ruta 2019-2022, tot i que es va iniciar amb alguns grups de treball durant el segon semestre va quedar totalment interromput per la pandèmia de la COVID-19.

En data 13 de juny de 2022 el grup impulsor planteja reemprendre el treball d'integració a la comarca de la Garrotxa, dins el marc del PIAISS i acorda que un grup motor, reunit el dia 11 de juliol de 2022, revisi i proposi el nou full de ruta 2022-2026 alineat amb les línies prioritàries que marca el govern de la Generalitat (Departament de Drets Socials i Departament de Salut)

- 1.- Atenció integrada a les residències
- 2.- Atenció integrada a l'entorn domiciliari
- 3.- Atenció integrada a la salut mental
- 4.- Sistemes d'informació integrats

2

Atenció integrada a l'entorn domiciliari

L'atenció integrada a l'entorn domiciliari a la Garrotxa, inspirat en la proposta del **Model d'atenció a l'entorn domiciliari de Catalunya**, vol ser un programa transversal que **doni suport a la persona al llarg de tota la seva vida** quan necessita una intervenció en un entorn domiciliari; hauria d'incloure des de l'atenció prenatal fins a l'atenció que es presta a la família i persones cuidadores principals de la persona atesa després de la seva mort, tenint especial cura del procés de dol. A més a més, cal tenir en compte que la persona al llarg de la seva vida pot passar per diferents situacions de vulnerabilitat, fragilitat o relacionades amb la seva interacció amb l'entorn que fan que en un moment determinat (que pot ser puntual o de més llarga durada) demani una intervenció en el seu domicili i/o del seu l'entorn domiciliari. Vegeu figura:

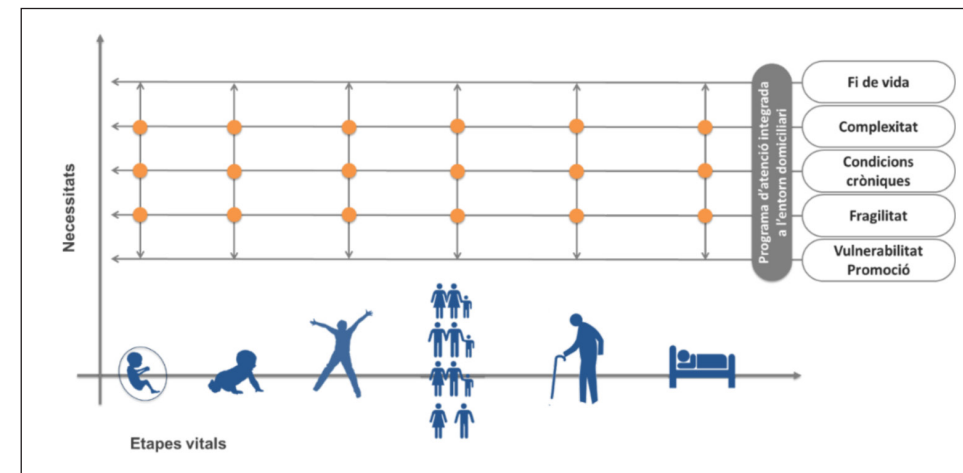
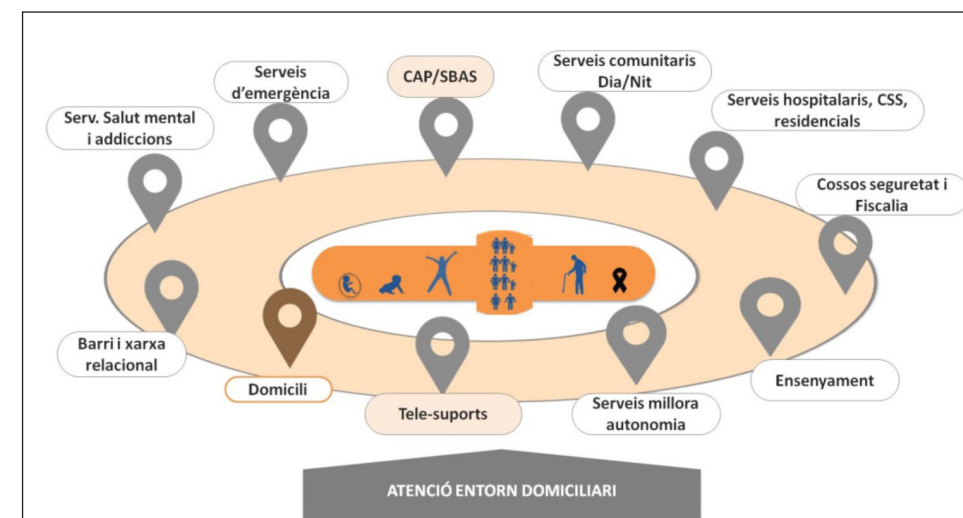


Figura extreta del *Model d'atenció a l'entorn domiciliari de Catalunya*: població a la qual s'adreça el programa d'atenció domiciliària integrada

En relació amb l'atenció en l'**entorn comunitari**, cal valorar i pre-veure tots els serveis i agents clau que es poden relacionar amb el programa, tal com reflecteix la imatge següent representada en el *Model d'atenció a l'entorn domiciliari de Catalunya*:



Tot i que aquest model d'atenció s'adreça a totes les persones que, en qualsevol moment del seu cicle de vida, necessitin un suport en el seu entorn domiciliari, és ben cert que hi ha **determinats col·lectius** que, per les seves necessitats d'atenció específiques, són **clarament destinataris prioritaris d'aquest programa**, i se'ls ha de prestar una atenció especial i que requereix l'articulació d'un bon nivell de resposta domiciliària.

Entre aquests col·lectius destacariem **les persones en situació de complexitat**, aquelles que presenten **trastorns mentals greus**, les persones amb **demència i/o deteriorament cognitiu i greu dependència**.

1.- Persones que requereixen una **valoració de la seva situació a l'entorn domiciliari** amb la finalitat d'efectuar un diagnòstic i elaborar un pla d'atenció o d'intervenció social i/o sanitari.

2.- **Persones amb fragilitat i pèrdua de l'autonomia** que tenen un cuidador al domicili que necessita un suport per fer activitats bàsiques, instrumentals i/o relacionals de la vida diària.

3.- **Persones amb necessitats d'aplicació del pla terapèutic o d'atenció domiciliària** que presenten una patologia aguda crònica o avançada que requereix atenció i/o suport per part de professionals del sistema de salut i serveis socials.

4.- **Persones amb discapacitat o trastorns del desenvolupament** que requereixin suport al domicili perquè les necessitats no poden ser cobertes de forma adequada pel seu entorn cuidador per viure de forma autònoma, o que estigui en risc de claudicació per l'elevat grau de suport i la intensitat de l'atenció al llarg de les 24 hores del dia.

5.- **Persones que es troben en trajectòria de final de vida** al domicili i que requereixen atenció o suport per part de professionals del sistema de salut i serveis socials.

6.- **Persones o famílies amb dificultats d'integració social** o amb problemes potencials que es puguin remetre del seu **entorn cuidador inadequat o insuficient** i que plantegen necessitats o tenen carències que no poden satisfer per elles mateixes.

7.- Persones que es **neguen a ser ateses i en les quals es detecta un problema social o de salut pública** que requereix intervenció segons un criteri professionals.

Es creu que el procés d'implementació ha de ser **progressiu, seleccionant i prioritzant poblacions de risc o poblacions d'alt interès pel programa**, que tinguin en compte intervencions d'alt impacte i **que generin noves sinergies i dinàmiques de treball**

col·laboratiu presencial i no presencial que donin resposta a les necessitats d'atenció integrada d'aquestes persones.

En aquest marc sobre l'atenció en l'entorn domiciliari, descriurem els projectes que volem tirar endavant a la nostra comarca, entenent que el *grup impulsor*, malgrat una primera definició aprovada per l'òrgan de govern, els podrà flexibilitzar al llarg del període d'aquest full de ruta.

1. Atenció a les persones amb condició de complexitat de salut mental

Les unitats funcionals per poder treballar de manera integrada les situacions de malaltia mental complexa estan formades pels serveis socials, la primària sanitària i la xarxa de salut mental.

Les condicions de complexitat de salut mental i addiccions s'emmarquen dins de la definició general establerta pel PPAC de *pacient crònic complex*, com una condició de salut que els professionals de referència li atorguen en funció de la combinació dels quatre criteris següents:

A. El pacient pateix diverses patologies al mateix temps (multi- morbiditat), o en pateix només una, però amb prou gravetat.

El seu abordatge conté alguns d'aquests elements:

- Alta probabilitat de patir crisis amb molta simptomatologia i mal control.
- Evolució molt dinàmica, variable i que demana monitoratge continu.
- Alta utilització de serveis d'hospitalització urgent o visites a urgències.
- Malaltia progressiva.
- Elevat consum de recursos, fàrmacs i risc iatrogènic.
- Requeriment d'un maneig multidisciplinari.
- Entorn d'especial incertesa en les decisions i dubtes de maneig.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos, sovint per vies preferents.
- Associació a fragilitat de base, pèrdua funcional, probabilitat de davallada aguda (funcional o cognitiva) o nova aparició de síndromes geriàtriques.
- Situacions psicosocials adverses.

B. El nom del pacient apareix en els llistats de risc derivats de les estratègies d'estratificació disponibles.

C. La seva gestió es beneficiaria d'estratègies d'atenció integrades d'atenció primària, atenció especialitzada de salut mental i serveis socials.



Fins que no es disposi d'un sistema d'informació integrat, és important que s'asseguri que tota la informació de les unitats funcionals estigui en els sistemes d'informació social i sanitari.

1.1. Unitat funcional en situacions de malaltia mental d'adults

El treball del PIAISS en l'apartat de Salut Mental en Adults durant l'any 2018 es va basar en la feina feta prèviament pel grup de treball del mateix àmbit de la comarca del Pla de l'Estany. La fase inicial va ser la de dissenyar una fitxa d'avaluació individual per a cada situació, adaptant-la a les nostres necessitats. Un cop acabada la fitxa, vàrem definir els professionals que havien de formar part de la unitat.

Durant l'any 2018 es va iniciar la prova pilot de posar en funcionament la Unitat Funcional d'Adults, es va poder identificar totes les persones que des de la primària de salut, de serveis socials i de salut mental es tenien detectades com a persones de complexitat en salut mental,

i es va consensuar i validar la fitxa d'avaluació de les situacions de complexitat.

Un cop validada la fitxa i tenint el llistat complet d'usuaris candidats, al febrer de 2019 es va iniciar la Unitat Funcional i es varen programar reunions quinzenals amb totes les UBA de l'Àrea bàsica sanitària d'Olot. En les sessions de la Unitat Funcional es treballen tots els possibles casos que prèviament totes les organitzacions que en formen part han revisat, i es porta a terme una anàlisi dels casos que compleixen criteris per entrar a la Unitat Funcional, s'omple la fitxa i posteriorment ha de ser penjada a la Hª Clª de l'usuari. D'aquesta fitxa s'extreuen les actuacions i el pla d'intervenció individualitzat integrat per a aquell usuari, i se'n fa un seguiment tal com s'ha acordat, un cop designat un referent del cas.

La pandèmia de la COVID-19, va alentir considerablement el desplegament de totes les unitats que s'havien de realitzar, és per això que aquest nou full de ruta planteja la consolidació i continuïtat de la Unitat Funcional, un treball amb totes les situacions detectades i amb la UBA corresponent de la primària sanitària, l'avaluació del funcionament i de la gestió dels casos, i l'anàlisi dels factors del treball integrat.

Cal que en el futur més proper es pugui solucionar el problema de disposar d'un sistema d'informació integrat que permeti tenir tota la informació en un lloc comú i poder fer el seguiment.

A partir del 2020, ja es varen poder expandir les Unitats Funcionals a la resta d'àrees bàsiques de salut del territori garrotxí: Besalú, Sant Joan les Fonts i Vall d'en Bas i Hostoles, però amb també es varen alentir molt per la pandèmia de la COVID-19.

Posteriorment, l'objectiu serà avaluar els resultats de les fitxes i la seva correspondència amb nivells de gravetat i actuacions, i extreure les conclusions del sistema dissenyat i la seva validació externa.

Els/les professionals que formen part del grup de treball són:

- Metge-psiquiatre i director Salut Mental Garrotxa – IAS i coordinador del grup
- Metgessa Àrea Bàsica d'Olot – ICS
- Metgessa-directora de d'atenció primària de l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
- Metge-director de les àrees bàsiques d'Olot i Besalú – ICS
- Infermera de salut mental – IAS
- Infermera de primària de salut
- Directora de serveis del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa
- Psicòloga CAS – Servei de Drogodependències

A més, s'incorporaran a la Unitat Funcional professionals referents dels casos, de l'àmbit de salut o de serveis socials sempre que es consideri oportú.

1.2. Unitat Funcional de Salut Mental Infantil i Juvenil

El procés de creació de la Unitat Funcional de Salut Mental Infantil i Juvenil ha de seguir els mateixos passos que la d'Adults, però va més endarrerida en el temps i es nodreix de la feina i l'experiència que ens aporta aquesta.

Actualment s'ha finalitzat la tasca de creació i disseny de la fitxa d'avaluació dels casos amb un format similar a la d'adults, però totalment adaptada per a aquesta població.

Posteriorment al desenvolupament de la fitxa, ja es van començar a concretar llistats d'usuaris candidats a ser avaluats per la Unitat Funcional.

S'haurà de definir quins seran els membres* que formaran part de la Unitat Funcional i fer la prova pilot.

Un cop validada la fitxa i instaurat el mecanisme de treball integrat, ja es podrà crear la Unitat Funcional i calendaritzar-ne l'activitat. Pel volum de població i el treball en xarxa que ens proporciona l'Equip Pediàtric Territorial, la idea és fer-ho extensiu a tot el territori garrotxí des d'un inici.

Un cop creada la Unitat Funcional, validada la fitxa en prova pilot i definides les situacions de complexitat amb les UBA de salut, també caldrà disposar d'un sistema integrat d'informació, i fer una avaluació al final de tota la ruta de complexitat i dels factors del treball integrat.

*Tot i que el grup de treball acabarà definint els membres que formaran part de la Unitat Funcional les persones que en formen part inicialment són:

- Metgessa- *psiquiatra i coordinadora de Salut mental Infantil i Juvenil – IAS i coordinadora del grup*
- Metgessa *Àrea Bàsica de Salut d'Olot – ICS*
- *Pediatre- cap del servei comarcal pediàtric de la Garrotxa*
- *Directora del Centre de Desenvolupament i Atenció Precoç*
- *Directora del Equip d'Assessorament Psicopedagògic del les escoles*
- *Directora de serveis del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Metge- director de les àrees bàsiques de salut d'Olot i Besalú*
- *ICS*
- *Infermera del Servei de Pediatria*

2. Atenció a les persones i entorn cuidador en situació de complexitat sanitària (PCC o MACA) i complexitat social (utilitzant el nou instrumental SSM-cat)

A la comarca de la Garrotxa, es disposa de convenis de col·laboració entre l'Institut Català de la Salut i el Consorci d'Acció Social de la Garrotxa, i entre aquest i l'Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, per poder disposar d'equips integrats socials i sanitaris en l'atenció primària, i així tenir una única porta d'accés i un pla d'intervenció integrat.

En els territoris rurals, aquesta integració en la intervenció es fa en totes les situacions en què cal una valoració i intervenció integrada, siguin o no de complexitat social i sanitària.

A la ciutat d'Olot, per les seves dimensions i amb els recursos actuals, s'està fent una intervenció integrada amb les persones i entorn cuidador en situació de complexitat sanitària i complexitat social.

Durant l'any 2018 es va activar un document de variables compartides entre la treballadora social d'alta complexitat, les infermeres gestores de salut i la psicòloga de cronicitat sanitària i es varen establir reunions de coordinació periòdiques per avaluar tots els usuaris inclosos en l'atenció d'infermeres gestores de casos del CAP, i veure si complien criteris de complexitat social i sanitària. Es va observar que molts usuaris inclosos en aquest programa per complexitat sanitària no tenien criteris de complexitat social.

Establim que la coexistència dels criteris següents és el punt de partida per considerar que un cas és d'alta complexitat social i sanitària, i per tant seran els casos atesos per la TS d'Alta Complexitat.

- les necessitats d'autonomia i/o relacionals,
- la manca de suport familiar per inexistent o per inadequat,
- les dades del GMA 3-4 (grups de morbiditat ajustats).

Aquestes dades són en la Història clínica de salut del pacient, i habitualment no s'havien tingut en compte. Es va observar que s'hi havien d'incloure les persones amb malalties degeneratives i oncològiques en estat avançat i que, tot i tenir un GMA menor de 3-4, també requerien molta intensitat d'atenció.

Totes les situacions amb criteris de complexitat es valoraran amb el nou instrument validat de complexitat social SSM-Cat, per comprovar si també tenen criteri de complexitat social.

Actualment, s'ha evolucionat en el circuit inicial, i s'ha establert un nou sistema de valoració dels usuaris que són atesos per les infermeres gestores de casos. Tots els usuaris inclosos en aquest

programa de complexitat sanitària, la treballadora social comprova si ja tenen seguiment per part dels serveis socials d'atenció primària, per poder establir el vincle entre les infermeres i el treballador social o educador social referent del cas. En el cas que no sigui conegut per l'àmbit social, la treballadora social de complexitat farà una primera valoració del cas al domicili i en funció de les necessitats detectades es redirigirà al professional més adient dins de l'àmbit de social. Això ens permet detectar des d'un bon principi persones amb complexitat de salut que inicialment no tenen complexitat social ni necessitats en aquest aspecte, però que ja seran conegudes i per tant podrem dur a terme totes les tasques de pro activitat i detecció des de fases molt inicials del procés.

També es proposa treballar aspectes relacionats amb l'organització actual de salut i de serveis socials i valorar possibles millores, així com els aspectes de la gestió de la informació.

S'haurà de conèixer l'abast de la població atesa amb plans d'intervenció integrats i poder-los avaluar.

A part dels pacients amb alta complexitat de salut, als centres d'atenció primària des de salut, hi ha inclosos molts usuaris en el programa d'atenció domiciliària (ATDOM), que poden o no tenir complexitat de salut, però que segur tenen dificultats per sortir de casa i fer les peticions o tràmits oportuns a les seves necessitats. En aquest grup es poden trobar amb freqüència usuaris amb poca xarxa social o familiar, cert aïllament social, dificultats relacionals, ... i que costa molt que sol·licitin ajuda. Per això, des de treball social, en quan es detecta un possible cas d'ATDOM amb necessitats socials es fa una valoració a domicili per vehicular les ajudes o contacte amb àmbit social que es requereixi segons el cas.

L'objectiu del grup a part de seguir evolucionant i millorant aquests circuits ja implementats a la ciutat d'Olot, es poder extrapolar l'experiència i circuits a la resta de la Comarca de la Garrotxa, tenint en compte les especificitats individuals i la ruralitat.

Tenim molt marge de millora també amb la gestió de les altes hospitalàries, i el sistema de pre-alerta de les mateixes. És vital començar la detecció dels casos de complexitat social i sanitària a nivell hospitalari i millorar la coordinació amb la primària i els serveis socials de primària. Per afavorir el continuïtat assistencial i reduir els reingressos hospitalaris. Volem evitar els ingressos hospitalaris, i l'ocupació de llits al Hospital, que no estiguin justificats per motius mèdics. La complexitat social no hauria de ser motiu per ingrés hospitalari. És fonamental el treball amb els referents d'aquest àmbit al Hospital d'Olot, que també formaran part d'aquest grup de treball.

Un altre dels punts fonamentals a treballar són les Residències Geriàtriques o de Discapacitats, però aquests ja es tractaran en un altre grup específic de treball.

Els professionals que formaran part del grup de treball seran:

- *Coordinadora de l'àmbit d'autonomia. Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Gestores de cas de les àrees bàsiques de salut ICS*
- *Treballadora social de complexitat. Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Psicòloga d'atenció a la cronicitat. Mutuam*
- *Metgessa de l'Àrea Bàsica de Salut. ICS*
- *Cap de la Unitat d'Infermeria de Continuitat i Crònics. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa*
- *Treballadora Social PADES. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa*
- *Responsable de la Unitat de Cronicitat. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa*

*Amb la incorporació de la responsable de processos i continuïtat d'AP. ICS, la directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa i el director de l'Àrea Bàsica de Salut d'Olot i Besalú quan es determinin situacions més estratègiques o d'estructura.

3. Model d'atenció territorial de resposta 7X24 o del d'atenció territorial de resposta 7x24 / Urgències i emergències

L'atenció a les persones en situació de complexitat i en l'entorn domiciliari requereix disposar d'un sistema que garanteixi l'atenció continuada en tots els supòsits, capaç de donar resposta en situació de crisi durant totes les hores i tots els dies de l'any.

S'haurà de definir què són les urgències i les emergències, s'haurà de plantejar quins professionals, especialitzats o no han d'atendre aquestes situacions, i assegurar tant l'accés, com l'assistència específica i la resolució o derivació efectiva de les demandes amb la màxima coordinació entre els diferents serveis socials i sanitaris.

Haurem de distingir tres fases en l'atenció a les persones:

1.- Accés al servei. S'haurien d'identificar els possibles activadors i la forma d'entrada, així com la realització del diagnòstic que permeti l'activació d'un recurs de forma objectiva i eficient.

2.- Prestació del servei. El recurs activat farà l'assistència específica, social i/o de salut, i emetrà un informe visible per a tots els professionals que hi intervenen, amb les dades de la intervenció, la destinació de la persona i el pla de seguiment proposat. S'hauran d'identificar els mecanismes i recursos de sortida urgent de què disposen els diferents dispositius assistencials.

3.- Assegurar la continuïtat assistencial. Caldrà establir mecanismes de seguiment tant actius com reactius davant de casos concrets que assegurin la visió global i continuada dels casos a seguir.

Per treballar aquest tema, el grup de treballar estarà format per:

- *Directora d'infermeria de l'Hospital d'Olot i comarcal de la Garrotxa i coordinadora del grup*
- *Directora general del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Directora de serveis del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Responsable del Servei d'Emergències Mèdiques de Girona*
- *Director mèdic Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa*
- *Responsable de processos i continuïtat d'Atenció Primària de Salut. ICS*
- *Metge-psiopiatre i director Salut Mental Garrotxa – IAS*
- *Metge- director de les àrees bàsiques de salut d'Olot i Besalú*
- *ICS*

* Quan el grup de treball hagi plantejat els seus objectius i actuacions, caldrà valorar la conveniència d'incorporar-hi nous agents implicats Policia local, Mossos d'Esquadra i Bombers.

4. Atenció i suport a les cuidadores

S'anomena *cuidador o cuidadora informal o no professional, o curador o curadora*, aquell familiar o aquella persona que atén de forma continuada una persona en situació de dependència i amb la qual està vinculada afectivament.

Les persones amb grau de dependència reconegut segons la Llei 39/2006 podran optar a la prestació de cuidador/a de l'entorn familiar en el seu Pla individual d'atenció (PIA). En aquest cas, i entre d'altres, serà necessari que la persona cuidadora no professional sigui un familiar fins a tercer grau de parentiu i convisqui amb la persona en situació de dependència.

A més de les persones (majoritàriament dones) cuidadores familiars, ens trobem amb un altre perfil de cuidadores, que no són familiars i que no estan vinculades afectivament a qui cuiden, sinó que hi

tenen una relació contractual, no dins una empresa de servei d'ajuda a domicili sinó com a autònomes i que són majoritàriament dones immigrades estrangeres amb una situació de vulnerabilitat i amb risc de patir situacions d'exclusió per la seva precarietat econòmica, la seva situació administrativa, la manca de xarxa familiar i social, la relació laboral informal...

Cal identificar les necessitats tant de les cuidadores familiars com de les no familiars, per poder contribuir a la millora de la seva situació, ja que per proporcionar a la persona amb dependència una atenció òptima, és necessari que la persona cuidadora mantingui el seu equilibri personal i rebi suport per desenvolupar la seva tasca en les millors condicions possibles.

Poder proporcionar habilitats instrumentals a la persona cuidadora per millorar la qualitat de vida de la persona dependent, adquirir coneixements pràctics per efectuar la cura, donar eines per millorar la comunicació entre la persona cuidadora i l'atesa, ajudar a resoldre problemes concrets i situacions difícils que es presenten en les activitats de la vida diària, són aspectes molt importants per a la persona dependent, però també per a la persona cuidadora. Molt sovint aquests coneixements es donen en cursos de formació presencials, però això no és possible per a la gran majoria de persones cuidadores. Per tant, creiem que hem de buscar noves opcions de formació en el mateix domicili que millorin substancialment la situació actual. Normalment són persones molt soles i amb una gran responsabilitat, com és la cura d'una altra persona.

A més d'aspectes lligats a habilitats instrumentals que segur que poden impactar en la salut de les cuidadores, molt sovint malmesa a conseqüència de les llargues trajectòries vitals exercint com a cuidadores, també hi ha aspectes relacionats amb la solitud, la manca de relacions socials i, en el cas de les cuidadores no familiars, en general estrangeres, aspectes d'extrema precarietat i amb unes condicions laborals molt incertes, amb una situació que impacta greument també en els seus fills i filles. El rol de cuidadora implica la desaparició total de qualsevol altra activitat personal, cosa que suposa en molts casos la renúncia al treball remunerat, la participació en activitats de socialització i d'oci i a qualsevol altre activitat que dona sentit i plenitud a una vida pròpia.

Són necessaris els programes d'acompanyament al reagrupament familiar en aspectes tan emocionals, com socials, com educatius i jurídics per a prevenir i /o minimitzar possibles dificultats, conflictes i millorar la seva integració. Així com també oferir suport i acompanyament en tràmits administratius, laborals i de contractació, tan per a les cuidadores com per a les famílies que tenen cuidadores. Promoure accions adreçades a les cuidadores per vetllar per la seva salut emocional, ateses les situacions personals i familiars amb les quals treballen habitualment.

Per treballar aquest tema es crea un grup format per:

- *Responsable de processos i continuïtat d'Atenció Primària de Salut. ICS i coordinadora del grup*
- *Adjunta a la direcció de l'Àrea Bàsica d'Olot i Besalú. ICS*
- *Gestores de cas de Salut. ICS*
- *Coordinadora de promoció de l'autonomia. Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Infermeria d'àrees bàsiques de l'Hospital d'Olot i comarcal de la Garrotxa*
- *Responsable de projectes innovadors de l' Hospital d'Olot i comarcal de la Garrotxa*
- *Terapeuta familiar del projecte de Reagrupament. Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*
- *Tècnica d'acollida . Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*

5. Anàlisi i adaptació de serveis d'atenció a l'entorn domiciliari

5.1. Servei de teràpia ocupacional i productes de suport

En el context d'augment de l'envelliment de la població en què la capacitat intrínseca de les persones progressivament va disminuint, és necessari tenir present treballar per mantenir al màxim possible la capacitat funcional i per propiciar una màxima autonomia i qualitat de vida de les persones.

Dins el marc del PAISS, i atès que a la Garrotxa ja es va implantar un servei de teràpia ocupacional i productes de suport (BAT Osona / Ripollès / Garrotxa), creiem que dins de les noves accions i del nou full de ruta cal millorar aquest servei perquè se'n puguin beneficiar més usuaris derivats del sistema social i sanitari.

En el marc de l'atenció en l'entorn domiciliari, és imprescindible oferir aquest servei a la població, persones i famílies, d'una manera integrada en tot el context assistencial, facilitant l'accés, les adaptacions de l'entorn domiciliari, l'assessorament en el maneig i cura de les persones en situació de fragilitat i dependència, i promovent entorns i actituds afavoridores de l'autonomia i la prevenció de riscos.

Per tant, s'ha de treballar aquesta integració amb alguns aspectes com:

- PAO. La relació amb el servei de teràpia ocupacional i productes de suport.
- Residències de gent gran i consum de productes (cadires de rodes...).

- Elaboració d'una eina diagnòstica per detectar situacions de necessitat del servei de teràpia ocupacional i productes de suport.
- Formació als professionals de salut i socials per millorar la detecció i fer difusió del servei.

- ...

5.2. Servei d'ajuda a domicili

L'atenció domiciliària es pot entendre com l'atenció social o sanitària que es presta a una persona en el lloc on viu, amb l'objectiu de mantenir-la en el seu entorn habitual i aconseguir així el seu màxim nivell de salut, qualitat de vida, benestar i autonomia. En canvi, l'atenció domiciliària integrada és l'atenció en què intervenen conjuntament professionals de diversos àmbits i nivells d'atenció, que comparteixen informació i objectius i prenen decisions de manera conjunta, per garantir l'atenció integrada al domicili.

Per poder avançar en un nou model integrat s'haurà d'analitzar i adaptar aspectes dels serveis actuals.

5.2.1. Funcions i delimitacions de les tasques dels serveis

5.2.2. Relació servei d'ajuda a domicili social i PADES i ATDOM i hospitalització domiciliària,...

- ...

5.3. Servei de teleassistència

El servei de tecnologies de suport i cura és un servei que, mitjançant la tecnologia, ofereix suport personal i social a les persones que facilita el seu manteniment en el domicili i la seva atenció. Les actuacions que es donen a terme poden ser preventives, proactives i reactives en situació d'emergència.

Cal valorar la integració de la teleassistència en les rutes assistencials, el seu paper amb l'atenció 7x24, sistemes d'informació integrats, la possible incorporació de programes sanitaris, els criteris dels dispositius, etc.



3

Atenció integrada a les persones que viuen a les residències

Els canvis socioculturals, demogràfics i econòmics i el desenvolupament dels recursos socials, han modificat el perfil de les persones grans que viuen en centres residencials, que presenten un grau més elevat de dependència i un perfil clínic més complex en comparació de les que viuen al seu domicili i les que anys enrere teníem en les pròpies residències.

En aquest context, es posa de manifest la necessitat d'oferir una atenció integral i integrada, sanitària i social, d'acord amb els criteris establerts per a aquest fi en el Pla d'atenció integrada social i sanitària (en endavant, PAISS).

Tal i com s'especifica en ell "Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials" elaborat pel PAISS, "es tracta d'un model inicial definit de manera conceptual, amb canvis significatius que impliquen un llarg recorregut fins que sigui operatiu a les diferents realitats territorials de Catalunya.

El Model planteja un nou paradigma d'atenció sanitària, que ha d'estar d'acord amb l'estratègia d'establir l'atenció primària com a eix vertebrador del sistema de salut a Catalunya. D'acord amb el que s'estableix en el marc estratègic de la Direcció Estratègica d'Atenció Primària (en endavant DEAP), és necessari que s'estableixi un model centrat en les persones que prioritzi la proximitat dels professionals amb les persones, i també que garanteixi el continuïum assistencial en l'atenció sanitària a les residències.

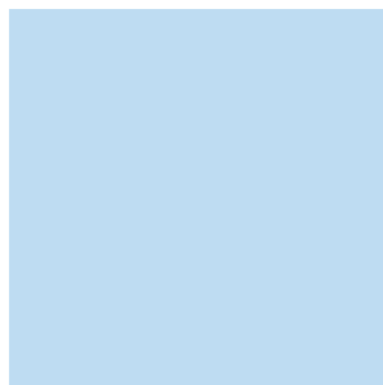
La necessitat de definir un model d'atenció sanitària integrada centrada en les persones, que en cobreixi les necessitats socials i sanitàries, amb l'obtenció d'una visió holística, comporta un canvi de paradigma respecte a la situació actual:

- 1.-Priorització de l'atenció de proximitat, longitudinal, centrada en els valors i les preferències de les persones i les seves famílies respecte o sense la prioritització de l'atenció per tecnificació en les situacions que siguin necessàries.
- 2.-Priorització del coneixement i les vivències de les persones a l'hora d'establir el pla de resposta, tenint en compte tant la intensitat com la diversificació.
- 3.- Potenciació del desplaçament dels equips de professionals respecte al desplaçament de les persones.

Els objectius operatius que es planteja el Model són:

- 1.- Identificar la cartera de serveis i prestacions s'han d'oferir a les persones que viuen en centres residencials
- 2.- Definir les responsabilitats i els àmbits de responsabilitat dels professionals referents per garantir el seguiment efectiu de les persones.
- 3.- Definir el circuit d'atenció que garanteixi el compliment dels processos sanitaris encarregats de respondre a les necessitats de salut de les persones.

És evident que aquest nou paradigma necessitarà de canvis normatius, de recursos,.... i per tant de molt temps per la seva implementació. També creiem que serà necessària un alt nivell de pràctiques col.laboratives , entre els professionals de l'àmbit de les residències , de l'atenció primària de salut i de l'àmbit hospitalari . És per això que des de la Garrotxa creiem que hem de començar a treballar aspectes de relacions i projectes col.laboratius que siguin possibles en la realitat actual, per avançar i fer possible el futur Model d'atenció.



Integració HC3 i integració dels programa d'atenció a l'entorn domiciliari

Per poder avançar amb l'atenció integrada i compartida, cal que els processos d'atenció i intervenció siguin visibles i puguin ser consultats pels professionals de salut i serveis socials. En aquest sentit, cal que al territori s'harmonitzin els mecanismes per assegurar que aquest sistema de registre compartit sigui una realitat.

Pel que fa al desplegament del sistema d'informació, es plantegen diferents fases:

- **1a fase**, en la qual com a mínim totes les persones implicades d'atenció primària de l'àmbit sanitari i de serveis socials han de tenir accés a una mínima informació. En aquest moment, a la Garrotxa, disposem de la integració dels Sistemes d'informació mínim a partir de la plataforma HC3 .

- **2a fase**, en les situacions de serveis subcontractats d'atenció domiciliària. La informació generada en el procés de la prestació de serveis hauria d'estar incorporada i estructurada en els sistemes d'informació dels serveis socials bàsics i de salut.

Pera l'avaluació del model d'atenció integrada a domicili, és important que estiguin disponibles un conjunt mínim de dades sanitàries i de serveis socials que puguin ser agregades i utilitzades en l'anàlisi poblacional i territorial. Amb aquest objectiu caldrà crear bases de dades compartides.



Generalitat de Catalunya
Departament de Drets Socials



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CONSELL
COMARCAL
DE LA
GARROTXA



Ajuntament d'Olot



**Institut Català
de la Salut**



HOSPITAL d'OTOT
COMARCAL DE LA GARROTXA



Consorci
d'**ACCIÓ SOCIAL**
de la Garrotxa



**Institut
d'Assistència
Sanitària**