



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra



12 de maig de 2017

III Jornada d'atenció compartida en neurologia

CSB Consorci Sanitari de Barcelona

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

Corporació Sanitària de Barcelona



hp
Hospital Plató

Hospital
Universitari
Sagrat Cor

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

 Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

 Consorci d'Atenció Primària de Salut
Barcelona Esquerra

 eap
Sarrià
Vallvidrera
Les Planes

 eap
Poble-sec

ICTUS

El retorn al domicili

Lluïsa Serrat

Treballadora Social

CAP LES CORTS

4t audit ICTUS (2013)

- 62 % de pacients tenia menys de 80 anys
- 78% de pacients eren independents per a les AVD abans de l'ictus

Taula 1. Destí a l'alta d'hospitalització d'aguts de pacients amb ictus. Total Catalunya CMBD 2014

2014	n	%
n mort IH	1.357	12,48
n alta domi	5.966	54,89
n hosp domi	20	0,18
n alta ss	2.286	21,03
n alta resi	124	1,14
n alta aguts	1.094	10,06
n altres	23	0,21
n total	10.870	100

L'ictus és la primera causa mèdica de discapacitat i la segona de demència

S'estima que el 50% dels supervivents a un ictus presenta dificultat per caminar i altres dèficits residuals pels quals requerirà assistència en les activitats de la vida diària (AVD).

La discapacitat

L'ictus pot produir alteracions importants en el moviment, la parla, la visió, la sensibilitat i les emocions.

La pèrdua parcial o total d'aquestes funcions és la discapacitat i suposa un canvi de vida per al pacient i la seva família.

Segons el grau d'afectació, pot fer difícil el retorn a la vida normal, però no es pot parlar de manera general, ja que cada persona viurà d'una manera diferent la seva situació.

Tornar a casa

- Quan el pacient s'incorpora de nou a la llar, es pren realment consciència de la discapacitat resultant i es fa necessari aprendre a viure amb ella
- La clau per realitzar un correcte abordatge social dels pacients amb ictus és la promptitud del diagnòstic social, que serà més eficaç com més proper es trobi del fet desencadenant de la incapacitat

COM ENS ARRIVA A TREBALL SOCIAL DEL CENTRE DE PRIMÀRIA :

- 1ra. Valoració de Treball social en l`àmbit hospitalari (aguts / sociosanitari) :
 - A petició de pacient/família
 - Professionals unitat
 - Coordinació amb l`atenció primària de salut i/o social (continuum)

- Comunicació alta hospitalària a MF i infermera referent / Prealt
 - (coordinació amb Tsocial del centre)
- Demanda del pacient/familiar/cuidador
 - (coordinació MF/infermeria/Tsocial)

Perquè Treball social?

- Una **valoració sociofamiliar** en un primer moment permetrà conèixer les capacitats personals del malalt i de la família per assumir la nova situació i preveure dificultats futures

L' Avaluació social com part del diagnòstic integral on es contempla:



Com ho fem?

- Planificació de l'alta hospitalària i el contínuum assistencial a nivell social.
- Seguiment evolutiu del pacient i la seva família davant dels possibles problemes socials que esdevinguin dels canvis en l'evolució de la situació de discapacitat.

(L'avaluació social ha de determinar i dissenyar quin és el pla escaient segons la situació actual. Els seguiments periòdics permeten revisar l'adequació del pla, detectant els per tal de donar resposta a la nova realitat)

- Tractament social amb el pacient i amb cuidadors (treball individual i familiar):
 - suport a la gestió social-familiar de la malaltia
 - Assessorament i acompanyament en el procés d'adaptació i gestió individual, familiar i social davant de la situació de discapacitat
 - treball en xarxa social i sociosanitari
 - coordinació amb diferents dispositius
 - gestió de recursos i prestacions:

RECURSOS

- Grau discapacitat (+6mesos)
 - >33% - Desgravació fiscal
 - Si barem de mobilitat:
 - tarja permissivitat
 - Aparcament reservat
 - Tarja blanca taxi
 - <65 anys- accés ajuts PUA's
 - Espai laboral específic

▫

Llei de dependència (+6 mesos)

Adaptacions llar/ ajuts tècnics

- CVI – majors 65 anys
- Creu Roja

Teleassistència (+ tecnologia associada)

Grup cuidadors

Associacions malalts

Serveis Socials Municipal:

Ajuda domiciliària pública (+ aux. llar) –
(criteris econòmics d' accés)

Àpats a domicili

Recursos privats: ajut domicili / recurs residencial

- S'ha demostrat que els programes a l'alta hospitalària acceleren l'alta al domicili i incrementen la probabilitat de ser independent a llarg termini.
 - L'eficiència d'aquests programes depèn, entre d'altres, de la selecció correcta dels pacients i la coordinació amb els serveis comunitaris i socials-

Pla retorn a domicili

- L'Ajuntament de Barcelona i el Consorci Sanitari de Barcelona(CSB)-CatSalut han dissenyat el Pla de retorn al domicili que té com a finalitat aconseguir una atenció sanitària i social integrada per a pacients amb seqüeles d'ictus aguts hospitalitzats, que permeti un procés d'atenció continuat des de l'hospitalització fins a l'atenció del pacient al seu domicili.

Aquest Pla compta amb el suport i l'impuls del Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral (PDMVC) i del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS).

Fase avaluació

- La implementació del Pla de retorn a domicili s'ha realitzat amb un primera fase de desplegament on s'avaluarà la intervenció (febrer 16-març17)
- El disseny de l'estudi permetrà estimar l'efectivitat i el cost-efectivitat del Pla mitjançant la comparació de les variables entre el **grup intervenció i comparació**
- Els resultats de l'avaluació permetran plantejar-hi millores i desplegar la segona fase que comportarà l'extensió del Pla al conjunt de la ciutat.



**Pla de retorn
al domicili per a
pacients amb ictus**

Atenció integrada social i sanitària per a pacients amb malalties vasculars cerebrals



**Ajuntament
de Barcelona**

**Institut Municipal de Serveis Socials
Departament de Serveis Socials Bàsics**

C S B **Consorci Sanitari de Barcelona**

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

Metodologia:

Objectius:

1. Avaluar l'impacte a curt i mitjà termini de la implementació del Pla de retorn al domicili en la qualitat de vida, el retorn del pacient al seu domicili i la recuperació funcional.
2. Avaluar la satisfacció percebuda del pacient i /o el seu entorn familiar més proper en relació amb la continuïtat i l'atenció rebuda.
3. Determinar el cost del Pla de retorn al domicili respecte l'actuació habitual.

Àmbit: Barcelona ciutat



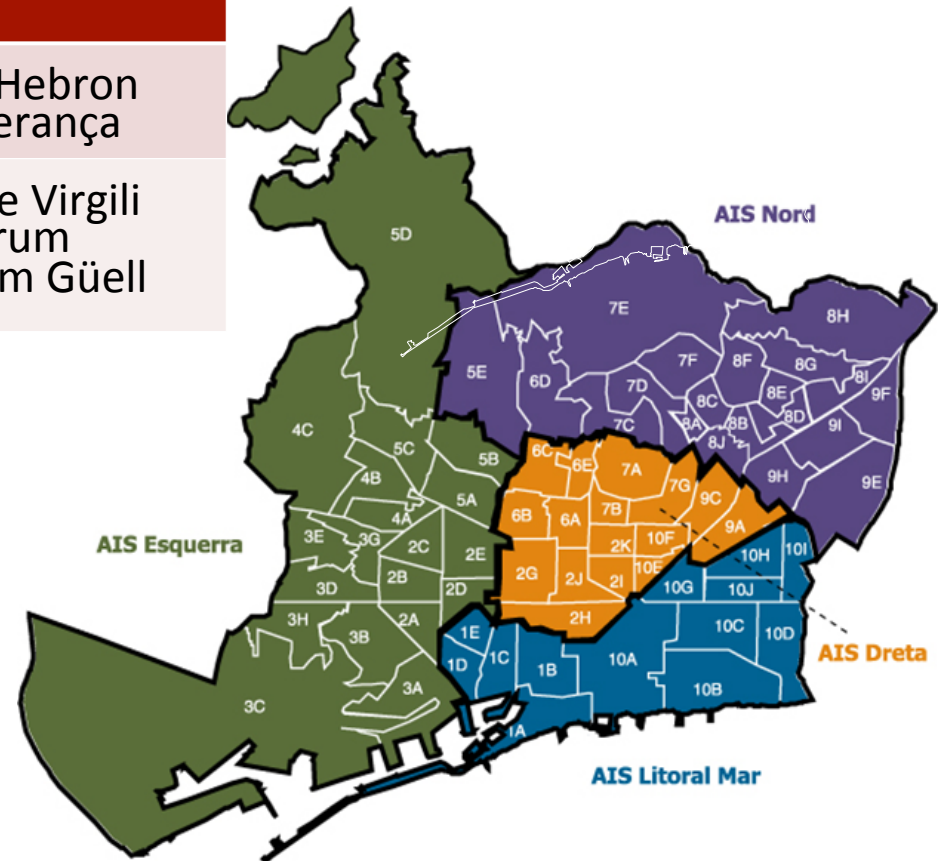
Metodologia: àmbit d'intervenció. 1a fase

Aguts	Clinic Mar Vall d'Hebron Sant Pau Sagrat Cor
Rehabilitació intensiva	Vall d'Hebron Esperança
Sociosanitari	PS Pere Virgili Fòrum Mutuam Güell

1.664.754 habitants

Casos grup intervenció: **100**

Total: 69 EAP



Població diana

Pacients ingressats amb diagnòstic d'ictus i altres malalties cerebrals adquirides*, amb afectació de 2 o més activitats bàsiques de la vida diària i amb necessitats socials.

- ✓ *Codis CIM-9-MC: 430 (HSA), 431, 432 (hemorràgies intracrànials,) 433.x1, 434.xx (ictus isquèmic, 852.00 hemorràgia subaracnoïdal per traumatisme, 852.20 hematoma subdural, 853.00 altres hemorràgies intracrànials traumàtiques i traumatismes cranials.
- ✓ Els pacients amb malaltia vascular cerebral (endavant Ictus) i deteriorament cognitiu s'inclouran sempre que comptin amb suport del cuidador al domicili.

criteris d'exclusió

- 1. Serveis previs:** pacient amb necessitat d'atenció social i que ja té actius els serveis d'atenció domiciliària previ a l'ictus (privats, de serveis socials o per la Llei de la dependència).
- 2. Pacient amb risc social greu** que requereix la derivació a centres de serveis socials.

Factors que determinen la presència de risc social greu:

- Sospita, risc o certesa de maltractament o negligència al nucli familiar o de convivència.
- Conflictos de convivència greus amb familiars, veïns o convivents, risc d'institucionalització forçada, inadequada o prematura.
- Aïllament o reclusió al domicili.
- Trastorn mental que representa un risc per a la integritat física de la persona valorada o d'altres membres de la llar.
- Tendència acumuladora.
- Addiccions.
- Malalties cròniques incapacitadores, degeneratives o que presenten riscos d'atacs sobtats, caigudes, desmaís o altres situacions de perill.
- Menors en risc.

Pla de retorn al domicili

ATENCIÓ INTEGRADA

Aconseguir una atenció sanitària i social integrada que permeti un procés d'atenció continuat des de l'hospitalització fins a l'atenció del pacient al seu domicili.

3 eixos d'actuacions:

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.

Objectius 3 eix:

- Tenir activats i operatius els recursos socials quan el pacient arribi a casa després de l'alta mèdica.
- - Ubicar el pacient amb discapacitat en el recurs de rehabilitació més eficient segons las directrius del PDMV (d'aguts i sociosanitària).
- - Planificar el programa d'atenció domiciliària i la coordinació de recursos per part de l'atenció primària de salut.

Detecció precoç dels pacients amb risc social

DETECCIÓ
RISC SOCIAL

VALORACIÓ
NECESSITATS
SOCIALS

VALORACIÓ
NECESSITAT SUPORT
PRESCRIPCIÓ SERVEIS

ACTIVACIÓ
SERVEIS A
DOMICILI

Alta

DOMICILI
(8 SETMANES)

STOP

POST 8 SETMANES

Fitxa de suport mida butxaca

Detecció de risc social

Valoració en tots els pacients amb ictus a les 48 hores de l'ingrés de les següents condicions:



1.- Viu sol/a.

2.- Viu amb una persona amb capacitat limitada de suport. Ex.: edat avançada, menors, persona malalta que requereix seguiment sanitari, horari laboral...

3.- Dependència física prèvia.

4.- Deteriorament cognitiu.

Quan el/la pacient compleixi una o més condicions presenta risc social, cal fer la valoració ràpida de les necessitats socials per part del/de la treballador/a social (72 hores de l'ingrés)



Valoració sistemàtica a les 48 h de l'ingrés del risc social a tots els pacients ingressats en Hospitals d'aguts i de rehabilitació intensiva

Per tal de detectar el major nombre de pacients possibles es recomana que aquesta valoració la realitzi el personal d'infermeria.



Ajuntament
de Barcelona

Institut Municipal de Serveis Socials
Departament de Serveis Socials Bàsics



Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

Valoració de les necessitats socials

DETECCIÓ RISC SOCIAL	VALORACIÓ NECESSITATS SOCIALS	VALORACIÓ NECESSITAT SUPORT PRESCRIPCIÓ SERVEIS	ACTIVACIÓ SERVEIS A DOMICILI	DOMICILI (8 SETMANES)	STOP	POST 8 SETMANES
-------------------------	--	---	------------------------------------	--------------------------	-------------	-----------------

Hospital d'aguts:

- Valoració en els pacients amb risc social.
- A les 72 hores de l'ingrés.

Hospitals socio-sanitaris:

- A tots els pacients ingressats.
- Als 20 dies de l'ingrés.

- Entrevista individual i/o familiar
- Escala de recursos OARS Duky University Center (1978)

Pacients amb necessitat social se situen en l'escala OARS en les següents categories:

- (2) Bons recursos socials
- (3) Recurs social lleugerament deteriorat
- (4) Recurs social moderadament deteriorat
- (5) Recurs social bastant deteriorat

Es recomana per l'especificitat i especialització dels instruments, que aquesta valoració la realitzi el professional de treball social.



Valoració de les necessitats socials

DETECCIÓ RISC SOCIAL	VALORACIÓ NECESSITATS SOCIALS	VALORACIÓ NECESSITAT SUPORT PRESCRIPCIÓ SERVEIS	ACTIVACIÓ SERVEIS A DOMICILI	DOMICILI (8 SETMANES)	STOP	POST 8 SETMANES
-------------------------	--	---	------------------------------------	--------------------------	------	-----------------

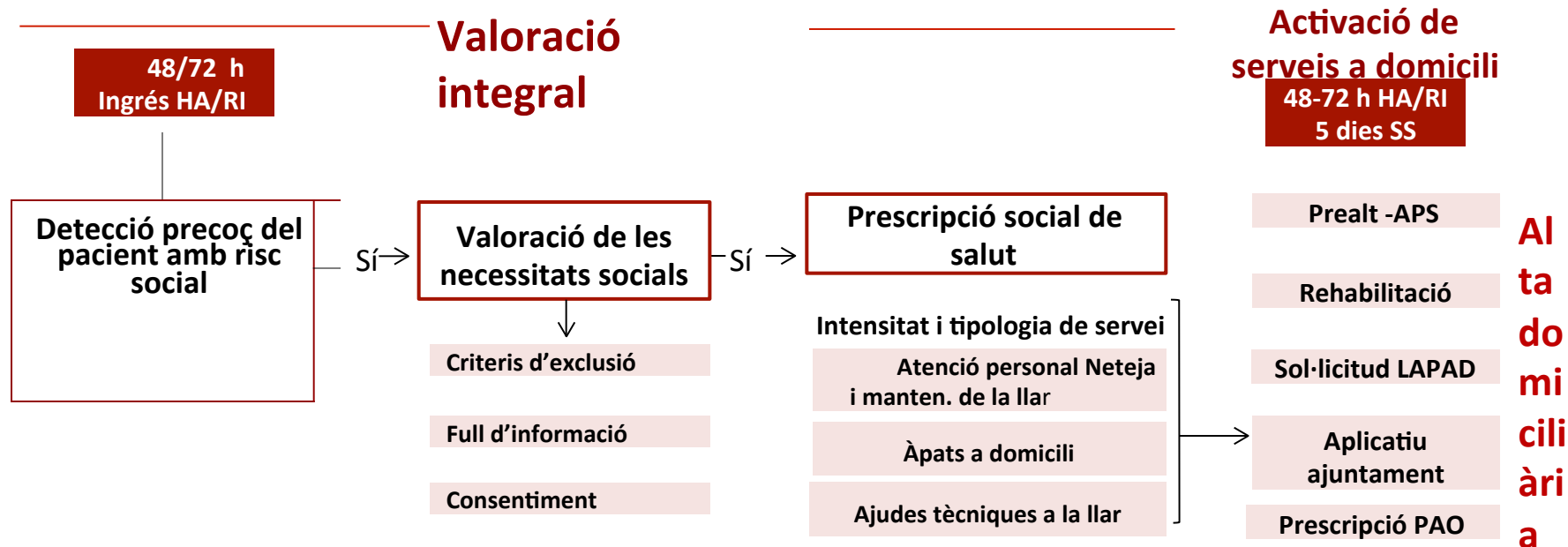
Perquè utilitzar una escala? instrument de valoració objectiu i validat

OARS? Combina l'avaluació d'aspectes objectius i subjectius (percepció de suport), simple i fàcil d'administrar, àmpliament coneguda i acceptada per valorar el funcionament social de la persona adulta

Pla de retorn al domicili

PROCÉS D'ATENCIÓ

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



Detecció dels pacients amb necessitats socials

Prescripció i activació dels serveis a domicili

Post 8 setmanes

INGRÉS	VALORACIÓ	VALORACIÓ	ACTIVACIÓ	DOMICILI	POST 8 SETMANES
DETECCIÓ	NECESSITATS SOCIALS	NECESSITAT SUPORT PRESCRIPCIÓ SERVEIS	SERVEIS A DOMICILI	(8 SETMANES)	

STOP serveis activats durant Pla

En cas de necessitat de continuïtat dels serveis d'atenció domiciliària municipal més enllà de les 8 setmanes

Fins a finalització del Projecte pilot (febrer 2017)

Equip d'atenció primària

- Estableix pla de treball.
- Fa seguiment del cas.
- És la persona de contacte dels pacients.
- Interlocució amb empreses prestadores del servei per resoldre incidències que es plantegin.
- Interlocució amb IMSS per modificacions majors dels serveis.
- Detecta factors de risc que farien derivar el cas als CSS.
- Activació recursos comunitaris.

Donat el major component sanitari i el pes de les necessitats de salut, el referent de cas a l'AP l'assumeix el/la infermer/a i treballador/a (del propi pacient o la gestora de casos) que ha de garantir el seguiment de la persona i la coordinació entre tots els professionals implicats per aconseguir l'excel·lència de les cures i l'èxit del programa.



Ajuntament de Barcelona

Institut Municipal de Serveis Socials
Departament de Serveis Socials Bàsics



Consorti Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona

Procés de valoració de les necessitat de serveis

VALORACIÓ NECESSITAT

Objectiu

Detectar les necessitats no cobertes al domicili.

Metodologia

Ús d'escales de valoració:

- Activitats Bàsiques de la Vida Diària → **Índex de Barthel**
- Activitats Instrumentals de la Vida Diària → **Escala de Lawton i Brody**
- Estat de deteriorament cognitiu → **Test de Pfeiffer**

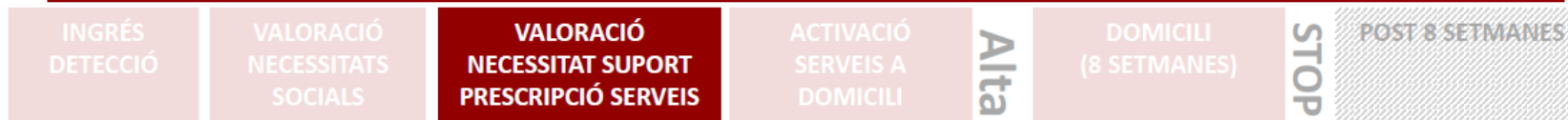
Resultats

- ✓ **Informació** pel personal que prestarà els serveis prescrits i realitzarà seguiment del cas.
- ✓ Definició de la **intensitat** del suport (número hores) pel servei de SAD.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

Serveis d'atenció domiciliària



1.

SERVEI D'AJUDA A DOMICILI

- Atenció Personal
- Neteja de la Llar

2.

ÀPATS A DOMICILI

3.

ADAPTACIÓ FUNCIONAL DE LA LLAR

4.

*TELEASSISTÈNCIA



Ajuntament
de Barcelona

Institut Municipal de Serveis Socials
Departament de Serveis Socials Bàsics

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

1. Servei d'Ajuda a Domicili (SAD)

Rang d'hores SETMANALS

Dependència moderada: fins a **4,5h/set**

de:

Dependència severa: fins a **10,25h/set**

Gran dependència: fins a **16h/set**



Correspondència hores prescripció

Registre RIDOM → Resolució

automàtica a través dels resultats

- *Índex de Barthel* (ABVD)
- *Escala de Lawton i Brody* (AIVD)
- *Test de Pfeiffer* (deteriorament cognitiu)

Horaris prestació

- De **dilluns a divendres de 7 a 22 hores** (sempre que el dia no sigui festiu segons el calendari oficial)
- **Dissabte de 7 a 15 hores** (sempre que el dia no sigui festiu segons el calendari oficial)
- **Torns mínims d'1 h** de durada.

Valoració i prescripció

Treballadora social o Infermeria Centre hospitalari

Concreció del servei

Empresa prestadora del servei a través Pacte de prestació (visita hospital abans d'alta domiciliària)

Posta en marxa

Dia d'arribada a domicili (o segons es concreti a la visita)

2. Àpats a domicili

ÀPATS

Objectiu

Preparació i lliurament d'àpats equilibrats i saludables al domicili de la persona usuària en adequades condicions de qualitat i higiene amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida de les persones cobrint les mancances nutricionals i hàbits alimentaris.

A qui va dirigit

- Persones que presenten dificultats en la seva autonomia per realitzar les activitats de la vida diària i cobrir les necessitats bàsiques d'una alimentació equilibrada i que requereixen ajuda per realitzar-les de manera temporal i/o permanent.
- Persones que no disposen de cap suport sociofamiliar o que aquest és insuficient per cobrir les necessitats bàsiques.
- Persones que no disposen en el seu habitatge de les condicions necessàries per conservar i/o cuinar aliments.

Valoració i prescripció

Treballadora social o Infermeria Centre hospitalari

Concreció àpats

Dins procediment de prescripció al Centre hospitalari (no cal visita de l'empresa).



Ajuntament
de Barcelona

Institut Municipal de Serveis Socials
Departament de Serveis Socials Bàsics

C S B Consorci Sanitari de Barcelona
Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

3. Adaptació Funcional de la Llar

ADAPTACIÓ FUNCIONAL LLAR

Objectiu

Adaptacions a la llar a través de la instal·lació de productes de suport (ajuts tècnics) amb la finalitat de millorar les activitats de la vida diària.

A qui va dirigit

Persones amb dificultats per a la realització de les activitats de la vida diària.

Tipus de productes de suport

Higiene corporal, ús del wc, cuinar, menjar, vestir, mobilitat, transferències, comunicació i seguretat.



Valoració i prescripció

Dins procediment de prescripció al Centre hospitalari.

Concreció dels productes

Centre de Vida Independent (visita hospital abans d'alta domiciliària).

Instal·lació

En el termini d'1 setmana després de la visita a l'hospital.



Ajuntament de Barcelona

Institut Municipal de Serveis Socials
Departament de Serveis Socials Bàsics

C S B

Consorti Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya
i l'Ajuntament de Barcelona

Serveis municipals activats

Casos amb serveis activats: 106*

SAD	105 (99%)
Àpats a domicili	19 (18%)
Ajuts funcionals a la llar	60 (56%)

*S'inclouen 6 casos que després de tenir els serveis activats no van tornar al domicili o van rebutjar els serveis.

Intensitat:

Dependència moderada (4.5h/set)	59 (56%)
Dependència severa (10.25h/set)	28 (26%)
Gran dependència (16 h/set)	19 (18%)



Pla de retorn
al domicili per a
pacients amb ictus

Butlleta 12, 2017
Període 31 gener a 17 març

Casos GRUP INTERVENCIÓ registrats al registre RIDOM des de
l'inici de funcionament del Pla de retorn a domicili

	n = 0	2	6	11	21	24	30	39	49	67	86	102
	31 març-16	30 abril-16	31 maig-16	30 juny-16	31 juliol-16	31 agost-16	30 setem-16	31 oct-16	30 nov-16	31 des-16	31-gen-17	17-març-17
Sant Pau	0	0	1	2	3	3	4	5	6	10	12	14
Vall Hebron	0	0	0	0	0	1	1	3	3	5	5	5
Pere Virgili	0	2	3	5	9	10	12	14	16	22	24	27
Mutuam	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	10
Fòrum	0	0	1	3	5	5	7	8	9	10	16	17
Mar	0	0	1	1	3	4	5	5	7	7	9	10
H. Clínic	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	3	3
Esperança	0	0	0	0	0	0	0	3	5	7	9	13
Sagrat cor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
A. Primària										1	2	2

*15 casos de COT (2 pròtesi maluc, 6 pròtesi genoll, 2 fractura genoll i 5 fractura fèmur)