

Atenció integrada social i sanitària

Línia

Atenció integrada a les residències assistides

Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran



Generalitat
de Catalunya

**Model d'atenció sanitària
integrada** a les persones
que viuen en centres
residencials per a gent gran

Autoria i revisió

Coordinació del document:

Santaeugènia González, Sebastià. Director del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i Pla director sociosanitari (PDSS) i responsable del projecte d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials del PAISS (Departament de Salut).

Ribas Gironès, Mònica. Sub-directora general d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal i membre del comitè operatiu del PAISS (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).

González Mestre, Assumpció. Membre del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i del comitè operatiu del PAISS (Departament de Salut).

Barbeta Mir, Concepció. Directora de la Residència Feixa Llarga, Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, endavant Dept. de TASF).

Elaboració del document:

Aguiló Morera, Agustí. Responsable de programes d'atenció assistencial, Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (Dept. de TASF).

Alburquerque Sánchez, Jesús. Metge de la Residència Feixa Llarga, Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (Dept. de TASF).

Baeza Lanuza, Rosa. Directora de la Residència Sant Llorenç Savall, Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (Dept. de TASF).

Barbeta Mir, Concepció. Directora de la Residència Feixa Llarga, Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (Dept. de TASF).

Betancor Santana, Evora. Metgessa adjunta del Servei de Geriatria del Consorci Sanitari Integral.

Campmol Aymerich, Ester. Directora de la Residència Puig d'en Roca, Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (Dept. de TASF).

Casanovas Guitart, Cristina. Codirectora de l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària, ENAPiSC (Departament de Salut).

Coll Roldua, Ignasi. Director mèdic dels centres assistencials PRYTANIS.

Espauella Panicot, Joan. Director assistencial del Servei de Geriatria de l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. Consorci Hospitalari de Vic.

Expósito Izquierdo, Marta. Metgessa de família, EAP Vall de Tenes. Gerència Territorial Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut).

Falguera Julià, Montserrat. Presidenta de la Fundació El Redós de Sant Pere de Ribes.

González Mestre, Assumpció. Membre del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i del comitè operatiu del PAISS (Departament de Salut).

Jiménez Casals, Eva. Directora de la Residència Sant Sadurní de Callús, Fundació Sociosanitària de Manresa (Departament de Salut).

Jover Blanca, Àngel. Director d'atenció primària. Gerència Territorial Metropolitana Sud (Institut Català de la Salut).

López Dolcet, M. Josep. Codirectora de l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària, ENAPISC (Departament de Salut).

Melendo Azuela, Eva María. Membre del Pla director sociosanitari (PDSS) (Departament de Salut).

Pablo Reyes, Sara. Presidenta de la Subcomissió de Docència d'Infermeria de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària. Gerència Territorial Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut).

Planesas Colomé, Maria Rosa. Directora tècnica dels equips d'atenció residencial (EAR), Mutuam.

Prat Gil, Núria. Directora d'atenció primària. Gerència Territorial Metropolitana Nord (Institut Català de la Salut).

Cosials Pueyo, Delfí. Consorci Sanitari de Barcelona. Regió Sanitària Barcelona Ciutat (CatSalut).

Quera Aymà, Dolors. Coordinadora mèdica del centre sociosanitari Mutuam Güell.

Ribas Gironès, Mònica. Sub-directora general d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal i membre del comitè operatiu del PAISS (Dept. de TASF).

Rodríguez Requejo, Sara. Directora d'atenció primària. Gerència Territorial Girona (Institut Català de la Salut).

Ruiz Gil, Eulàlia. Metgessa de família del SAP Baix Llobregat Centre. Gerència Territorial Metropolitana Sud (Institut Català de la Salut).

Ruiz Riera, Rafael. Gerent d'atenció primària de Barcelona. Gerència Territorial Barcelona Ciutat (Institut Català de la Salut).

Rustullet Tallada, Mariona. Directora tècnica de l'empresa SUMAR.

Sánchez Ferrín, Pau. Responsable del Pla director sociosanitari (Departament de Salut).

Santaeugènia González, Sebastià. Director del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i responsable del projecte d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials del PAISS (Departament de Salut).

Secretaria tècnica d'Everis. Empresa de consultoria de negoci que forma part del grup NTT DATA.

Revisió del document:

Col·legis professionals:

Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (CCFC)

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC)

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC)

Patronals i federacions:

Associació de Centres d'Atenció a la dependència de Catalunya (ACAD)

Associació Catalana d'Empresaris d'Ambulàncies (ACEA)

Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES)

Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA)

Consorti de Salut i Social de Catalunya (CSSC)

Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat (FEATE)

Federació d'Associacions de Farmàcies de Catalunya (FEFAC)

Geriàtrics Catalans (GERICAT)

Unió Catalana d'Hospitals (La Unió)

Unió de petites i mitjanes residències (Upimir)

Societats científiques:

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)

Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG)

Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)

Alguns drets reservats

© Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, 2022



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita: Generalitat de Catalunya

1a. edició: Barcelona, febrer de 2022

Imatges:

Les imatges presentades en el document han estat cedides per www.FreePik.es

Les icones utilitzades en aquest document s'han tret de la pàgina <https://thenounproject.com/>. Les icones estan llicenciades com a Creative Commons CCBY

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Índex

1. Introducció	9
2. Situació de partida	12
2.1 Context actual	13
2.2. Impacte de la pandèmia Covid en centres residencials	14
2.3 Pla PAISS	19
3. Marc conceptual	21
3.1 Pilars	22
3.2 Objectius	23
3.3 Perfil de les persones ateses	24
3.4 Tipologies de residències per a gent gran	25
3.4.1 Característiques de les diferents residències	27
3.4.1.1 Residències de gestió pròpia de la Direcció General d'Autonomia Persona i la Discapacitat (DGAPD)	27
3.4.1.2 Places residencials gestionades per proveïdors socio-sanitaris del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)	29
3.5 Actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones	32
4. Model d'atenció sanitària integrada	37
4.1 Bases del model	38
4.2 Model d'atenció centrat en les persones	42
4.3 Circuit d'atenció sanitària	43
4.4 Cartera de serveis	46
5. Òrgans de coordinació	52
6. Consideracions necessàries per desplegar el model	57

7. Annexos	60
7.1 Detall dels àmbits de responsabilitat de les estructures de suport	61
7.1.1 PADES	61
7.1.2 Hospitalització a domicili (HAD)	62
7.1.3 Hospitalització de subaguts	63
7.2 Explicació de la matriu RASCI	64
7.3 Situació dels professionals	65
7.4 Situació dels sistemes d'informació	67

Introducció



Els canvis socioculturals, demogràfics i econòmics 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.

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). En conseqüència, es defineixen les bases del nou model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials, amb la finalitat d'abordar-ne les necessitats i demandes sanitàries i socials.

Respondre a aquestes necessitats de manera holística 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 contínuum assistencial en l'atenció sanitària a les residències.

Per a poder dissenyar un model d'aquestes característiques i complexitat, cal tenir en compte diferents àmbits d'actuació vinculats a la pròpia atenció sanitària a les persones que viuen en residències. En aquest sentit, s'han elaborat, en una primera fase, quatre documents, vinculats entre ells, que recullen i matisen els aspectes diferencials associats a les diferents tipologies de residència i els aspectes transversals que els hi afecten a totes de la mateixa manera.

1. Model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran
2. Model d'atenció farmacèutica per a les persones que viuen a residències a Catalunya
3. Marc d'avaluació del model d'atenció sanitària integrada per a persones que viuen a residències a Catalunya

En aquest document es presenta el model d'atenció sanitària per a residències de gent gran, que pretén establir les línies estratègiques comunes de l'atenció en el conjunt de les residències, per oferir coherència i homogeneïtat en la prestació de serveis, però respectant i promovent l'autonomia de les diferents tipologies de centre per adaptar-les a la seva realitat i estructura territorial.

Es tracta d'un model definit de manera conceptual, amb canvis significatius que impliquen un llarg recorregut fins que sigui operatiu a les diferents realitats territorials de Catalunya. En aquest sentit, la rellevància del canvi de model implica

modificacions en diversos àmbits, des de la definició d'un nou marc normatiu i la integració i/o interoperabilitat dels sistemes d'informació fins a desenvolupar les competències dels professionals sanitaris de les residències.

Amb la finalitat de garantir el consens entre els diferents agents, s'ha desenvolupat un model d'atenció sanitària integrada a persones que viuen en centres residencials amb la participació d'un equip interdisciplinari, que ha aportat expertesa i coneixement tant de l'àrea sanitària com de la social.

Situació de partida



2.1 Context actual

Els canvis socioculturals, demogràfics i econòmics han modificat les característiques de les persones que viuen en residències, així com les seves demandes d'atenció sanitària. Aquest fet ha comportat la necessitat de definir un nou model que doni resposta a diverses dimensions de l'atenció sanitària integrada a centres residencials:

El canvi en el perfil clínic, les necessitats d'atenció sanitària i l'alt grau de dependència de les persones dels centres residencials, implica un grau elevat d'expectativa i de sensibilitat per part dels professionals que les atenen.

Les característiques principals del perfil clínic de les persones són:

Envelliment: Incrementa progressivament l'edat de les persones institucionalitzades (82,2 anys de mitjana en 2019, 88 anys en dones i 85 en homes, en comparació dels 77 anys de 2012).

Complexitat: Segons dades de 2019, gairebé el 89% de les persones que viuen en residències es classifiquen en les categories de màxima complexitat clínica (GMA 4) o d'alt risc (GMA 3), molt per sobre del 77% que representen les persones de més de 64 anys que viuen al seu domicili.

Malalties concurrents: S'observa que les persones que viuen en residències tenen una mitjana de 9,2 malalties cròniques que afecten una mitjana de cinc sistemes orgànics. Aquest nombre és molt superior respecte a les persones de la mateixa edat que viuen al domicili (sis i quatre respectivament).

Pal·liació: Augmenta significativament la taxa de mortalitat anual de les persones que viuen en una residència (19,9 per 100 persones al 2019 en comparació del 14,3 al 2013). Aquest fet es tradueix en un increment de la dedicació a activitats orientades a oferir una atenció digna i de qualitat al final de la vida de les persones.

Patologia: En comparació amb la població >64 anys que viu al domicili les persones que viuen en una residència incrementen significativament el nombre de persones amb demència (57,4% en oposició al 18,4%), trastorn mental greu (15,5% en oposició al 4,6), insuficiència cardíaca (30,4% en oposició al 23,5%), MPOC (21,5% en oposició al 18%) i accident cerebrovascular (32,7% en oposició al 17,9%). Totes aquestes patologies generen alts graus de dependència.

Dependència: S'identifica que el 97% de les persones que viuen en residències necessiten suport perquè tenen reconegut algun grau de dependència: el 49,99% de residents tenen reconegut el grau III de dependència; el 47,51%, el grau II, i l'1,71%, el grau I.

Persona



Necessitat d'evolucionar cap a un model d'atenció a la complexitat

Persona
(continuació)



Necessitat
d'evolucionar cap a
un model d'atenció
a la complexitat

Fragilitat: Persona amb facilitat o tendència a la inestabilitat clínica que requereix una gestió clínica continuada. Tot i ser una afecció present en les persones que viuen en residències, se'n desconeix la prevalença en els centres i si és superior o no a la de les persones que viuen a la comunitat (series internacionals indiquen que la prevalença en les persones que viuen a la comunitat es situaria entre el 4% i el 17% de fragilitat entre les persones de més de 65 anys).

Aquest nou perfil clínic comporta, segons dades de 2019 en comparació de 2013:

- Un increment en el consum de recursos de salut: Percentatge més alt d'ingressos hospitalaris d'aguts (48,1% en oposició al 23%), percentatge més alt d'ingressos urgents (39,6% en oposició al 12%), estada mitjana més elevada a l'hospital d'aguts (10,4 en oposició a 7,7 dies) i nombre més alt de visites a centres de salut mental (9,6 en oposició a 6,4 visites).
- Un increment en el consum de fàrmacs: Les persones que viuen en residències presenten una despesa farmacèutica més elevada respecte a població gran que viu a casa (1.043€ en oposició a 747€).
- Una rotació més elevada als centres: Alta rotació de persones que viuen en centres per a gent gran (35% anual, segons dades de 2016).

2.2 Impacte de la pandèmia Covid en centres residencials

L'àmbit d'atenció residencial ha estat un dels àmbits amb major afectació amb la pandèmia COVID en termes d'incidència, hospitalització i mortalitat.

Durant la primera onada, l'esclat de la pandèmia i el creixement exponencial de casos conjuntament amb la necessitat d'articular una resposta ràpida i adequada, va suposar fer front a una situació d'emergència amb un esforç molt gran del sector per fer front a un repte mai conegut fins aquell moment, amb una dificultat en la disponibilitat de professionals i un dèficit de materials de protecció pel col·lapse en el mercat durant les primeres setmanes de la pandèmia. Durant les primeres setmanes s'havia arribat a xifres d'incidència de més de 500 casos nous diaris, amb més d'un 50% de casos positius en proves diagnòstiques, més de 140 hospitalitzacions dia i en algun moment puntual quasi 200 defuncions diàries. Està clar que les mesures que es va poder incorporar en el maneig de la pandèmia a les residències va tenir un impacte positiu en les diferents onades. Mentre en la primera onada la proporció de les defuncions en residències, l'impacte estava en el 49% de tota la mortalitat, en la segona onada estava ja al voltant del 34% durant la tardor 2020, un 27% en la tercera onada des de finals de desembre fins ben avançat primer trimestre any 2021 i ja ara amb un 7% durant aquesta última etapa i trimestre.

Quasi 500 dies després de l'inici de la pandèmia s'han arribat a xifres al voltant d'1 cas nou dia, 1 hospitalització i una mortalitat que tendeix a 0 relacionada amb COVID, amb cobertures vacunals al nivell del 95% en primera dosi i 93% en 2a dosi en persones usuàries i del 87% i 81% en professionals de residències respectivament.

La resposta a la pandèmia en l'àmbit residencial ha suposat un repte organitzatiu, professional i logístic immens i ha possibilitat que en les següents onades l'impacte d'aquesta hagi estat molt menor assolint un alt nivell de protecció en la població de persones que viuen en centres residencials. S'han dut a terme una sèrie d'accions des de l'inici que a ben segur han contribuït a aquest fet:

- Constitució d'un **equip transversal territorial a nivell interdepartamental** amb composició mixta de membres del Departament de Salut i del Departament TASF, ara anomenat Departament de Drets Socials, que va articular conjuntament amb els equips de Salut Pública un nombre important de protocols i processos estandarditzats relacionats amb l'àmbit residencial i centres de dia.
- Desplegament de **les figures de Delegats Territorials de la Conselleria de Salut i de Coordinadors del Departament de Drets Socials** a nivell territorial que han coordinat i liderat la posada en marxa de les accions relacionades amb la protocol·lització elaborada, l'organització d'equips de resposta ràpida, el suport en els processos de sectorització per la gestió de l'aparició de brots en els centres, el suport en l'elaboració conjuntament amb les direccions dels centres residencials dels plans de contingència i la participació amb l'autoritat sanitària en la presa de decisions davant d'aparició de brots i gestió d'incidències en situacions de crisi.
- **Col·laboració amb entitats prestadores de Serveis d'Ajut a Domicili (SAD)** en la incorporació de professionals amb perfil gerocultor en els equips residencials en situacions de crisi com a conseqüència d'aparició de brots.
- **Articulació d'una capacitat de resposta molt important per part dels Equips d'Atenció Primària de Salut en l'atenció sanitària** de persones amb COVID en l'àmbit residencial i en activitats de cribratge, atenció en descompensacions de malalties cròniques i en alguns casos d'atenció en situacions de finals de vida.
- Incorporació d'un nombre creixent d'infermeres gestores de casos d'atenció primària referents per a l'àmbit residencial, actuant com catalitzadors i agents d'atenció integrada i connexió dels centres residencials amb altres parts del sistema sanitari i social.

- Incorporació de la història clínica d'atenció primària de manera massiva (a juny de 2021 més de 400 centres residencials tenen implementat ECAP) en els centres residencials possibilitant l'accés a informació de la persona en relació a informació clínica, farmàcia, obtenció immediata de resultats de laboratori i accés a informació relacionada amb processos d'atenció en hospitals d'aguts i atenció intermèdia.
- Coordinació d'AP i centres residencials amb els dispositius d'atenció intermèdia per al trasllat de persones afectes de COVID que no poden ser ateses en els centres residencials.
- Creació de "residències buffer" amb un bon nivell d'equipament que poguessin donar resposta a altres residències que tenien brots de difícil gestió en quan a sectorització per la infraestructura física d'alguns centres.
- Disponibilitat d'una proporció de places residencials buides per poder fer front a situacions de contingència relacionades amb l'aparició d'un brot i la sectorització requerida.
- Construcció d'indicadors i quadre de comandament adhoc per l'àmbit residencial, per donar suport als equips directius respecte a quadre bàsics d'indicadors relacionats amb l'incidència, hospitalitzacions, mortalitat i nivell de cobertura vacunal amb diferents nivells d'agregació (Regió Sanitària, AGA, ABS i centre residencial). Addicionalment ja es disposa d'un quadre de comandament amb un conjunt molt important d'indicadors en base poblacional i en relació a cada centre com unitat d'anàlisi.

Una vegada superada aquesta fase crítica de la pandèmia s'obre un escenari de reflexió estratègica i de planificació operativa en base a la definició d'aquest nou model d'atenció integrada en l'àmbit residencial.

Equip

Necessitat de coordinació estandarditzada entre actors

Aquest nou projecte d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials està alineat amb el nou paradigma que estableix el marc estratègic de la DEAP on l'atenció primària és l'eix vertebrador del sistema de salut.

L'atenció primària, pel seu coneixement de les persones i expertesa, ha de liderar la implantació del model i la integració funcional de l'equip sanitari de les residències. Per poder respondre a aquests encàrrecs, és necessari que l'equip d'atenció primària estigui dimensionat de forma adequat i finançat proporcionalment a la població institucionalitzada de la zona d'influència assignada.

L'increment de la complexitat i de l'heterogeneïtat del perfil de les persones comporta la convivència de múltiples professionals de l'àmbit de la salut i social en la seva atenció. Aquest fet té un impacte directe en la planificació, l'organització i l'ús del dispositiu sanitari públic, en què cal:

1. Garantir procediments estandarditzats que assegurin la coordinació entre els diferents àmbits assistencials (atenció primària, sociosanitària, especialitzada, etc.).
2. Assegurar la transversalitat, la continuïtat assistencial i el seguiment clínic efectiu dels residents en la mateixa residència.
3. Definir i protocol·litzar el paper de l'alertat qualificat pel 061, i establir procediments d'actuació estandarditzats amb els diferents àmbits d'atenció sanitària.

Territori

Necessitat d'una homogeneïtzació dels models d'atenció sanitària a les persones que viuen en residències

Les diferències de funcionament entre els territoris han generat diferents models d'atenció sanitària, entesos com a diferents graus de coordinació entre les residències i la xarxa sanitària pública.

El fet de no poder estimar la interacció de les residències amb el dispositiu sanitari públic de manera planificada o urgent dificulta la planificació dels serveis.

Davant d'aquesta situació, l'oportunitat és definir un model d'atenció sanitària únic homogeni i integrat, que s'adapti a les necessitats i peculiaritats del territori, per a les residències i places residencials de titularitat pública del Departament de Drets Socials.

Departament

Necessitat d'establir un marc estratègic i normatiu conjunt, així com la integració dels sistemes d'informació

Fruit de les característiques presentades, es detecta la necessitat d'establir un marc estratègic i normatiu comú per a l'àmbit social i l'àmbit de la salut. Aquesta estratègia conjunta ha d'afavorir sinergies que millorin la qualitat de vida de les persones i fomentar la sostenibilitat del sistema.

Adicionalment, els departaments de Departament de Drets Socials i de Salut han de garantir la interoperabilitat i la integració entre els seus sistemes d'informació, amb la finalitat d'assegurar l'accés a les dades per part de tots els actors que intervenen en l'atenció a les persones, de conformitat amb el nou Reglament europeu de protecció de dades (GDPR).

2.3 Pla PAISS

Per definir una estratègia conjunta entre els àmbits social i sanitari, en el Pla de Govern 2018 es fa palès que les necessitats de salut i socials de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi. El Pla de Govern reforça el valor de l'atenció integral a les persones i de l'eficiència i la qualitat del model prestacional i estableix, entre els seus objectius, promoure l'encaix dels serveis sanitaris i socials. Així mateix, preveu la definició d'un model de xarxa de serveis centrat en l'atenció a les persones que garanteixi el contínuum assistencial i l'eficiència en l'ús dels recursos.

D'acord amb aquests objectius, mitjançant l'Acord de Govern GOV/91/2019, de 25 de juny, es va crear el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS).

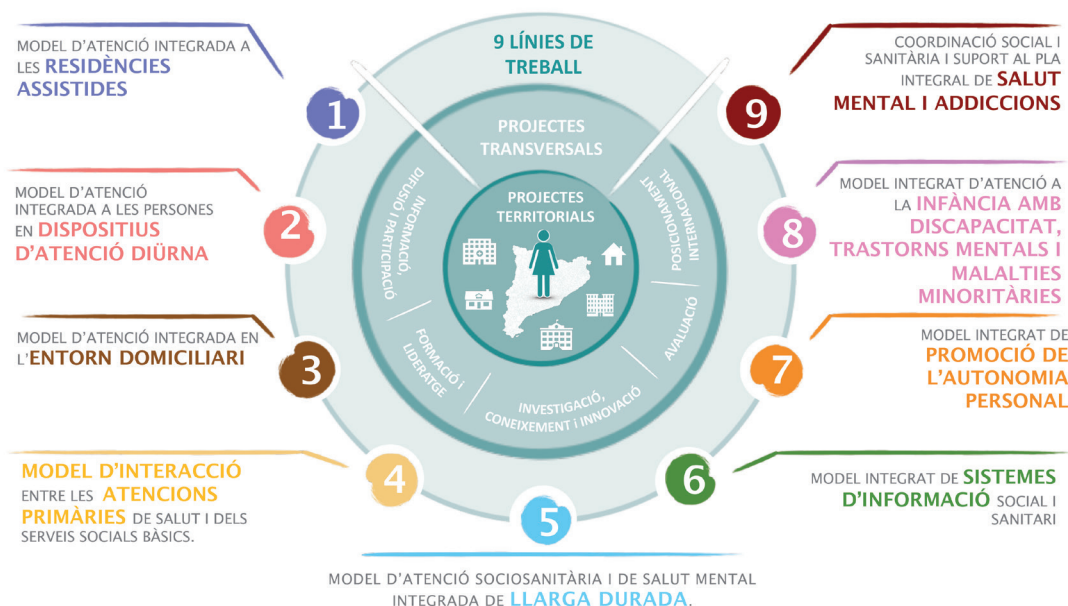
El PAISS representa l'instrument d'acció per abordar una atenció centrada en les persones, integral i integrada, eficient i de qualitat. Per tal d'aconseguir-ho, ha d'afavorir, per una banda, la implicació i la participació de tots els agents del sistema de salut i del sistema social i, per l'altra, ha de tenir en compte l'equitat i la sostenibilitat, i garantir que qualsevol persona, en qualsevol moment de la vida, sigui considerada en la seva globalitat. El pla ha de vetllar perquè, amb la promoció del nivell màxim d'autonomia personal possible, les persones tinguin sempre un projecte vital de futur que es pugui desenvolupar a l'entorn familiar i social on viuen.

L'objectiu és construir un model d'atenció integrada dels serveis sanitaris i dels serveis socials, eficaç i sostenible, i al servei de les persones que formen el país.

La implementació del model requereix estratègies departamentals i de dimensió territorial que tinguin en compte la multifactorialitat. El pla de treball del PAISS s'estructura en tres àmbits d'actuació:






- Projectes funcionals
- Projectes de suport i transversals
- Projectes territorials

Estructura del PAISS



Aquest document s'emmarca dins la línia d'actuació per al disseny i desenvolupament d'una atenció sanitària integrada a persones que viuen en centres residencials (línia 1 del gràfic d'estructura del PAISS).

Partint dels reptes que hem identificat en el context actual, aquesta línia de treball es marca l'assoliment dels objectius següents:

-  Analitzar el model actual d'atenció sanitària a les residències.
-  Definir un model d'atenció integrada social i sanitària a l'àmbit residencial que s'adapti a les necessitats actuals i futures de les persones.
-  Definir un model d'atenció sanitària integrada per a persones que viuen en residències que inclogui els diferents àmbits assistencials i garanteixi una atenció centrada en les persones, segura i eficient.
-  Definir un model d'atenció farmacèutica que sigui eficient, segur i que millori els resultats en salut i qualitat de vida de les persones que viuen en residències.
-  Garantir la integració i la interoperabilitat dels sistemes d'informació

Aquest document dona resposta a l'objectiu de definir un model d'atenció sanitària integrada per a les persones que viuen en residències, que inclogui els diferents àmbits assistencials i que garanteixi una atenció personalitzada, segura i eficient. Tot i representar canvis estructurals, s'ha definit el model més òptim per garantir que es dona resposta a les necessitats i demandes de les persones que viuen en les residències per a gent gran a Catalunya.

Marc conceptual



3.1 Pilars

L'atenció sanitària a les persones que viuen en residències de Catalunya s'ha de desenvolupar d'acord amb els principis establerts pel model d'atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials:

Proximitat

Atenció farmacèutica propera segons les necessitats individuals de les persones en el territori on viuen.

Equitat

Igualtat d'accés a l'atenció farmacèutica de totes les persones que visquin en una residència, així com en la seva assignació de recursos.

Contínuum assistencial

Visió integrada del procés d'atenció farmacèutica de les persones, tenint en compte les seves necessitats, valors i preferències, i garantint la coordinació dels diferents àmbits assistencials 7x24x365.



Seguretat

Priorització de la prevenció quaternària amb la finalitat d'oferir una atenció quevetlli per la seguretat de les persones que viuen a les residències.

Qualitat

Garantia de la millora dels resultats de salut de les persones, amb aplicació de l'evidència científica disponible en el procés d'atenció farmacèutica.

3.2 Objectius

Per materialitzar els principis que han de dirigir l'atenció sanitària en el nou model, cal establir una visió concreta i realista dels propòsits que es volen assolir, diferenciant la finalitat que es pretén aconseguir (objectius estratègics) dels resultats necessaris que permetin aconseguir-la (objectius específics).



Objectius estratègics



Garantir l'atenció sanitària integrada, centrada en les persones, que en respecti les necessitats, els valors i les preferències.



Crear un model equitatiu, proper i segur que garanteixi la qualitat i el contínuum assistencial en l'atenció sanitària a les residències.



Objectius operatius



Identificar la cartera de serveis i prestacions que s'han d'oferir a les persones que viuen en centres residencials.



Definir les responsabilitats i els àmbits de responsabilitat dels professionals referents per garantir el seguiment efectiu de les persones

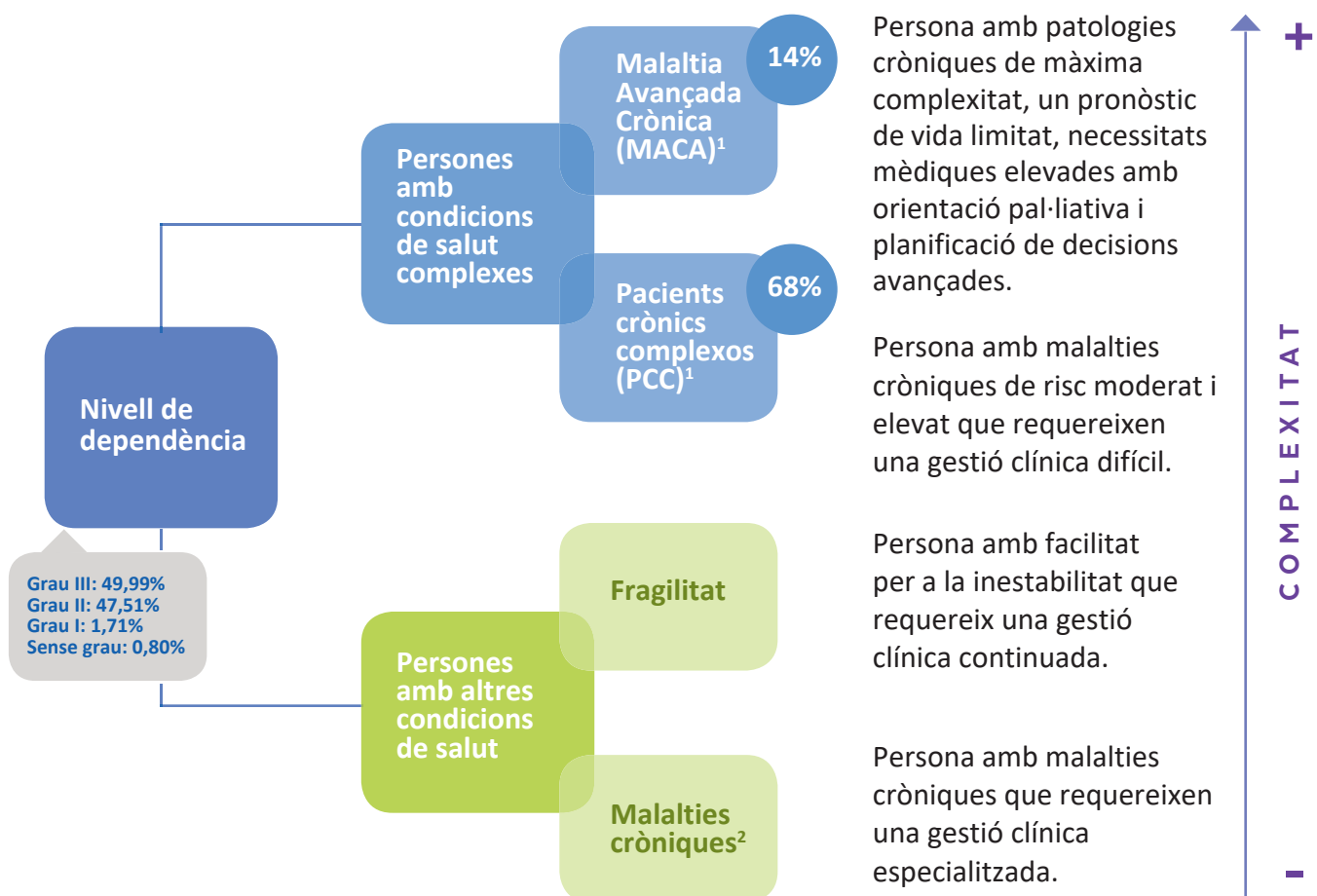


Definir el circuit d'atenció que garanteixi el compliment dels processos sanitaris encarregats de respondre a les necessitats de salut de les persones.

3.3 Perfil de les persones ateses

El perfil de les persones que viuen en residències, segons les dades dels departaments de Salut i del de Treball, Afers Socials i Famílies, ha anat evolucionant al llarg del temps, amb una tendència que siguin persones d'edat cada cop més avançada, amb un grau elevat de dependència i amb un perfil clínic complex. En la figura *Condicions associades a necessitats incrementades d'atenció* es mostra la distribució de les persones residents segons el seu grau de complexitat.

Condicions associades a necessitats incrementades d'atenció



La tendència observada a les residències és la de concentrar persones en situació de complexitat. Això implica canvis en el model d'atenció sanitària (atenció continuada les 24 hores, necessitats mèdiques creixents, minimització dels desplaçaments de les persones, etc.) que garanteixin l'equitat, la proximitat, la seguretat, la qualitat i el contínuum assistencial de les persones que viuen en els centres.

1. Dades corresponents a les condicions que prevalen a les residències públiques de gestió pròpia del Departament de Drets Socials.
2. En aquests casos de persones en situació de no complexitat amb malalties cròniques, és on hi ha una prevalença elevada de deteriorament cognitiu, dependència i síndromes geriàtriques que requereixen un alt grau d'atenció sanitària i impacten en el dispositiu sanitari públic.




3.4 Tipologies de residències per a gent gran

Les residències per a gent gran són centres, amb caràcter permanent o temporal, adreçats a persones de més de 65 anys que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que parteixen d'una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la seva llar. Els objectius dels serveis de residència assistida per a persones grans són els següents:

Els centres residencials que es recullen en aquest apartat formen part dels serveis socials especialitzats del sistema públic de serveis socials. Es regulen d'acord amb el que estableix la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, i es recullen a la cartera de serveis socials del Decret 142/2010, d'11 d'octubre.

Totes les residències han d'estar inscrites en el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments de Serveis Socials, el qual és regulat pel Decret 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials.

Tal com es mostra a la matriu següent, aquests centres poden ser serveis socials de titularitat pública (residències donades a gestió) o de titularitat privada acreditats i concertats per l'Administració:

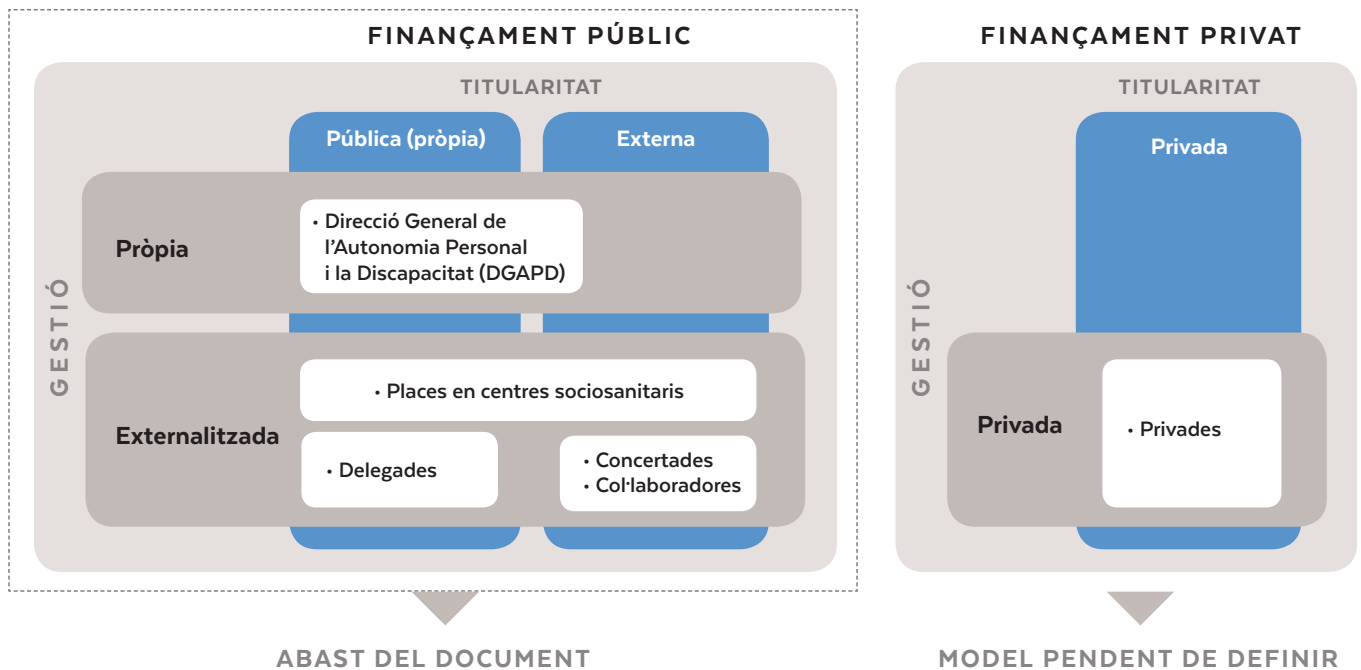
-  Facilitar un entorn substitutiu de la llar adequat i adaptat a les necessitats assistencials de la gent gran.
-  Afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social de les persones.
-  Potenciar el benestar personal i afavorir les relacions socials i la convivència entre les persones dels centres.

En el seu conjunt, els centres residencials es dediquen a garantir l'assoliment de les necessitats bàsiques de les persones grans, a les quals ofereixen atenció integral i serveis continuats de caràcter personal, social i sanitari.

No obstant això, com a conseqüència de l'increment de la complexitat del perfil de les persones ateses als centres, s'està generant una demanda creixent d'aquests serveis, que requereixen una intensitat considerable en cures i recursos.

En aquest sentit, com es mostra en la figura següent, trobem diverses tipologies de centre:

Tipologies de residències



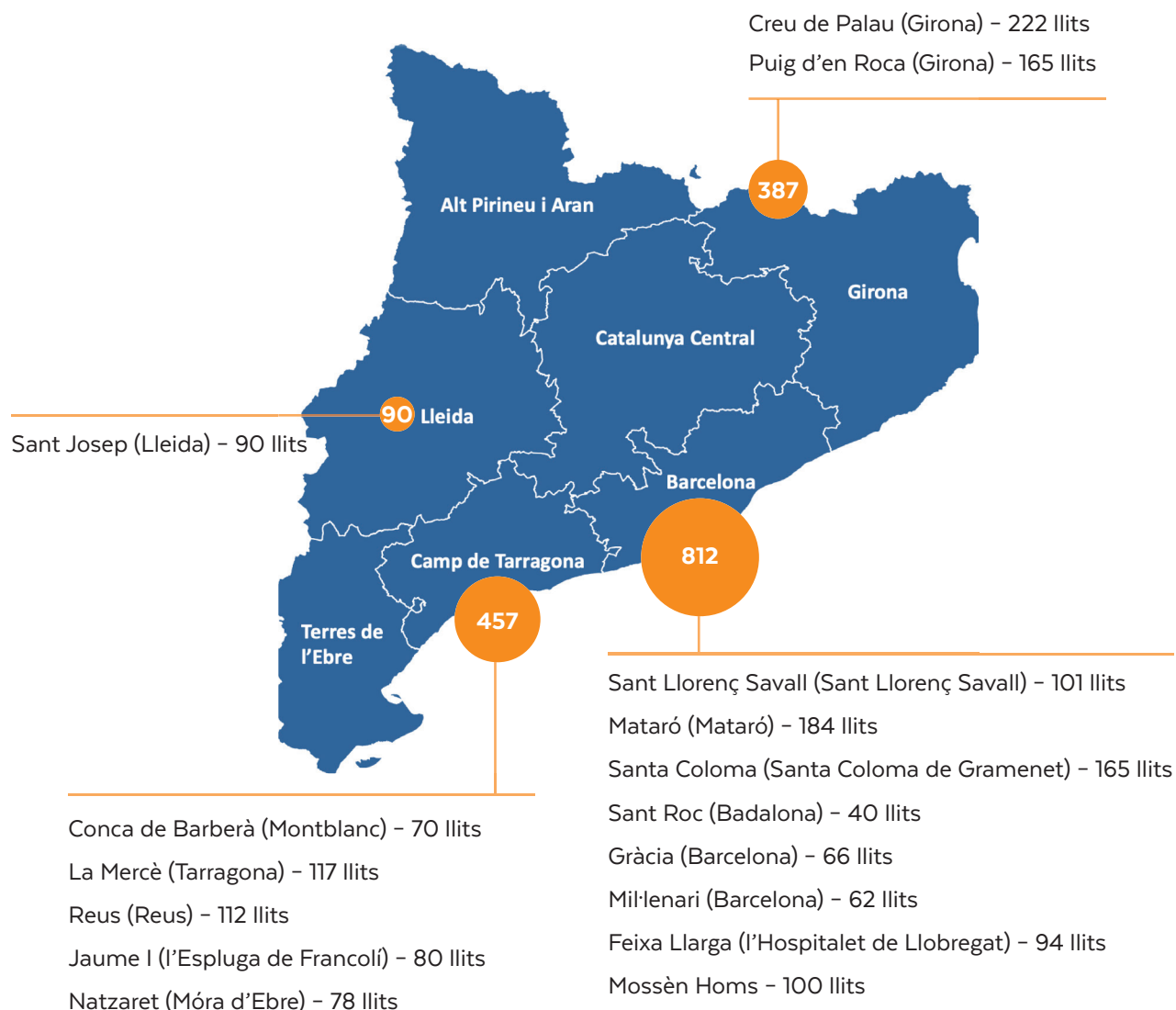
Cada tipologia de centre té unes característiques específiques derivades de la seva titularitat i de la seva gestió. Aquestes particularitats s'han d'aprofitar i respectar, garantint però una atenció sanitària equitativa i amb unes bases i directrius comunes.

3.4.1 Característiques específiques

3.4.1.1 Residències de gestió pròpia de la Direcció General d'Autonomia Personal i la Discapacitat (DGAPD)

Les residències assistides per a gent gran de gestió pròpia de la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (DGAPD) són centres que depenen del Departament de Drets Socials. A Catalunya hi ha 16 residències per a gent gran de titularitat pública i gestió pròpia distribuïdes al llarg del territori.

Mapa de residències de titularitat pública i gestió pròpia de la DGAPD¹

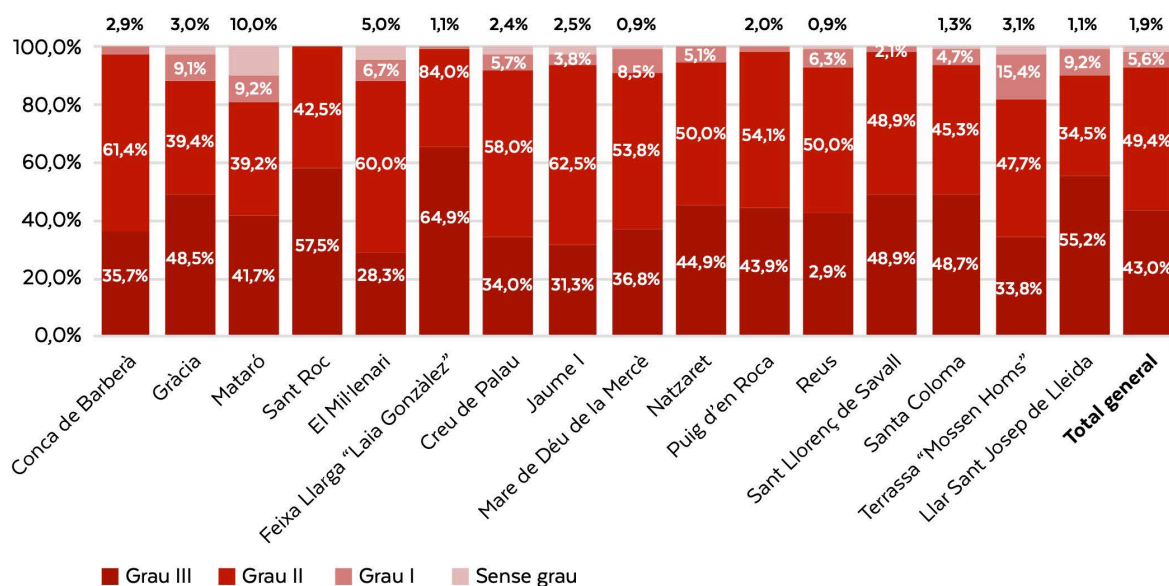


● Nombre total de places a la residència

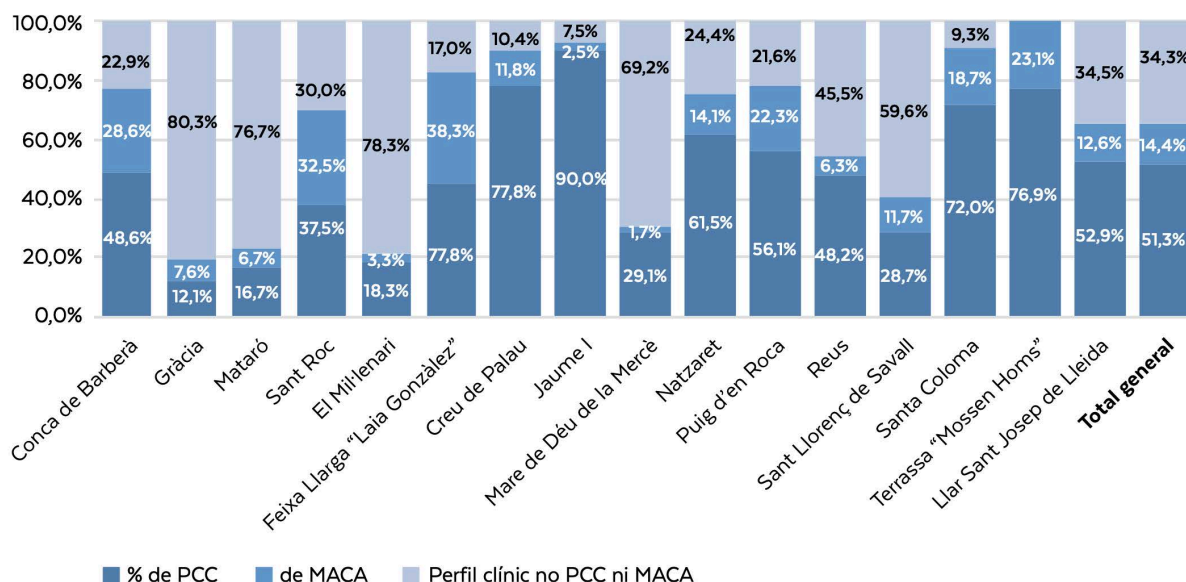
1. Mapa extret de la pàgina web de Mapa de residències de titularitat pública i gestió pròpia de la DGAPD¹

En aquestes residències, segons les dades aportades per la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (DGAPD), els perfils de les persones que hi conviuen es distribueixen de la manera següent:

Dades de dependència de les persones que viuen en residències de la DGAPD



Dades de complexitat del perfil clínic de les persones que viuen en residències de la DGAPD



3.4.1.2 Places residencials gestionades per proveïdors sociosanitaris del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)

L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades a les persones malaltes, generalment amb caràcter crònic, i a les persones amb discapacitat que, per les seves característiques especials, poden beneficiar-se de l'actuació simultània dels serveis sanitaris i socials per potenciar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social. Inclou l'atenció a les persones amb demència, l'atenció a les persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, l'atenció a la gent gran i l'atenció a les persones amb malaltia avançada terminal i les cures pal·liatives.

En l'atenció sociosanitària, en la mesura en què calgui, els serveis sanitaris i socials es complementen en funció dels requeriments i de les necessitats simultànies d'atenció que tenen determinades persones per part dels dos tipus de serveis.

Els serveis sociosanitaris es van posar en marxa a Catalunya a partir de l'any 1986. L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades a persones grans amb malalties cròniques i/o dependència i per a l'atenció a les persones amb malalties en situació terminal que, per les seves característiques especials, poden beneficiar-se de l'actuació simultània dels serveis sanitaris i socials per potenciar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social. Inclou l'atenció a les persones amb demència i l'atenció a les persones amb malaltia neurològica que pot cursar amb discapacitat. En general, la tipologia de la població usuària dels diferents recursos és gent gran amb comorbiditat i polimedicada, a més de persones tributàries d'atenció pal·liativa pel fet de patir malalties en una fase avançada.

Els professionals que integren la xarxa sociosanitària han de prestar, doncs, una atenció integral, interdisciplinària i geriàtrica, si s'escau, que respongui a totes les necessitats dels usuaris, respectant-ne i promocionant-ne tant com sigui possible la capacitat autònoma, amb la potenciació de la permanència al domicili propi.

La xarxa sociosanitària està considerada com una xarxa pública especialitzada en geriatría i cures pal·liatives amb recursos que actuen en diferents àmbits assistencials i que ofereix serveis d'internament i altres serveis que són alternatius a l'hospitalització per a persones que no requereixen cap ingrés.

Aquests centres són espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessari per a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics que presenten diferents nivells de dependència funcional i diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser ateses al seu domicili habitual.

Actualment, hi ha 95 centres sociosanitaris a Catalunya que disposen de serveis d'hospitalització i atenció ambulatoria. El nombre de llits d'hospitalització es distribueix a tot el territori en 4.468 places de llarga estada, 2.300 de convallescència, 402 de cures paliatives, 703 de mitja estada polivalent i 309 de subaguts. A escala ambulatoria, la contractació és de 1.916 places d'hospital de dia i de 117 equips d'atenció integral ambulatoria. A més, es disposa d'una sèrie d'equips de suport: 84 equips PADES i 66 UFISS hospitalàries.

L'evolució de la complexitat de les persones ha comportat la necessitat d'habilitar places residencials en centres sociosanitaris per aprofitar-ne sinergies.

A la xarxa sociosanitària, les places residencials ateses per proveïdors sociosanitaris del SISCAT es diferencien en dues tipologies de centre:

1



CENTRES SOCIOSANITARIS AMB LLITS RESIDENCIALS EN EL MATEIX EDIFICI

Espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessaris per atendre persones amb necessitats de salut i socials, que disposen de places residencials dins del mateix centre.



Són els professionals del centre sociosanitari, els responsables d'aplicar el model sanitari integrat detallat en l'apartat corresponent.

2



RESIDÈNCIES GESTIONADES PER PROVEÏDORS DE LA XARXA SOCIOSANITARIA

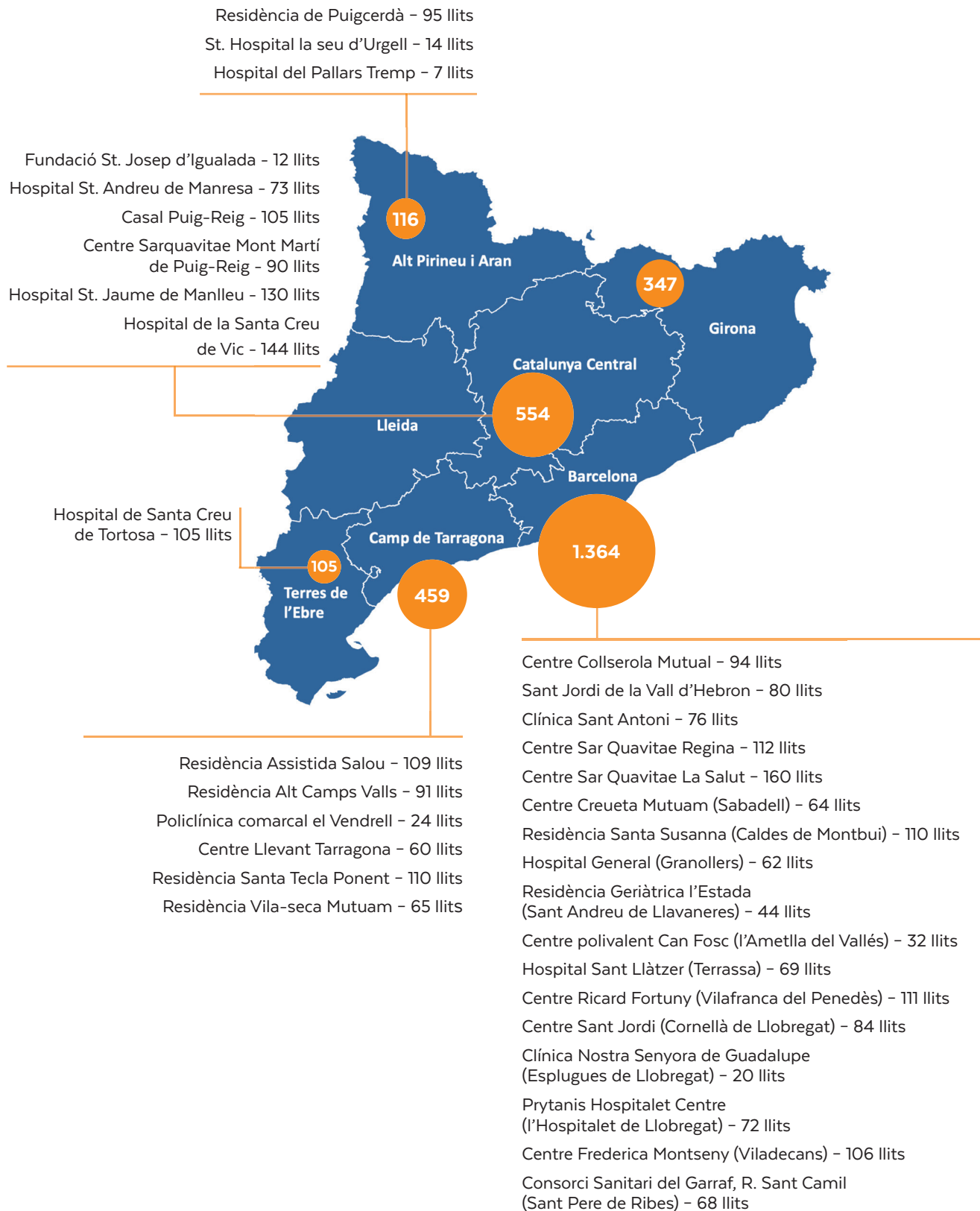
Centres residencials dotats de l'estructura i del personal necessaris per atendre les necessitats de salut i socials de les persones, gestionats per un proveïdor de la xarxa sociosanitària



Dependrà de l'acord de gestió de cada territori per part del CatSalut, quins són els professionals responsables de l'atenció de les persones en aquestes residències.

A Catalunya hi ha 37 centres socio-sanitaris amb llits residencials per a gent gran ateses per proveïdors socio-sanitaris del SISCAT distribuïdes al llarg del territori.

Mapa de residències ateses per proveïdors socio-sanitaris del SISCAT¹



● Nombre total de places a la residència

1. Mapa extret de la pàgina web de Mapa de residències de titularitat pública i gestió pròpia de la DGAPD¹

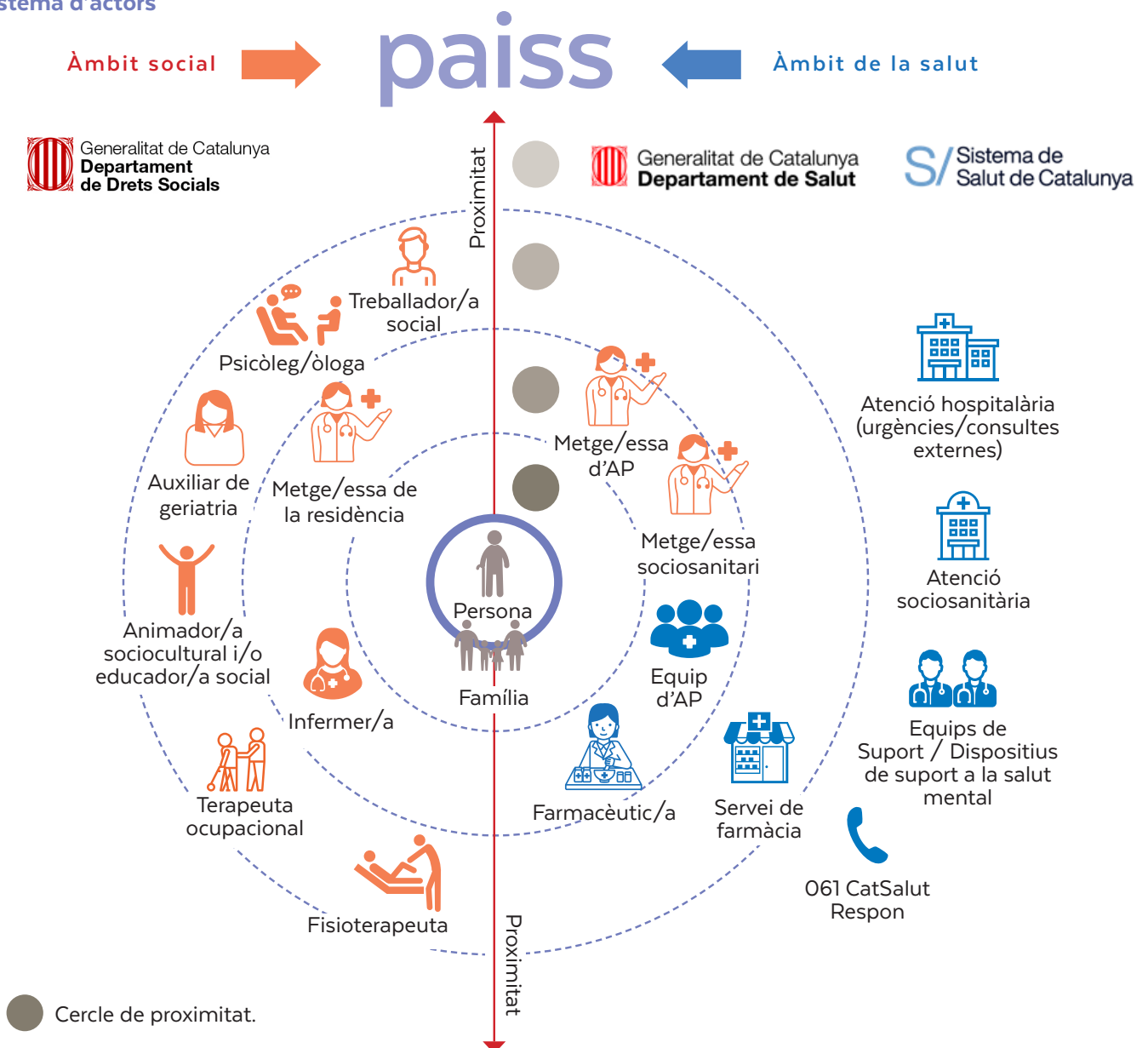
3.5 Actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones

L'atenció integrada a persones que viuen en centres residencials requereix la intervenció i la coordinació de múltiples actors que integren un ecosistema complex. El seu rol pot variar en funció de la tipologia i de les particularitats de la residència.

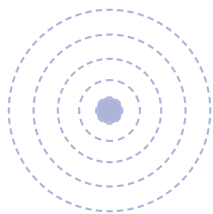
A continuació es presenta de manera gràfica la globalitat dels actors que intervenen en l'atenció sanitària a les persones grans que viuen en residències. Es troben situats en una sèrie de corones que simulen cercles de proximitat amb els usuaris atesos, i diferenciats segons el departament al qual pertanyen. Així doncs, s'han assenyalat en color gris els actors la responsabilitat dels quals pot variar en funció de la tipologia de residència.

No obstant això, en totes les tipologies de residència s'ha situat la família al cercle de proximitat més proper a la persona que viu a la residència, pel paper fonamental que representa en el seu estat de salut i en la seva presa de decisions.

Ecosistema d'actors



La coordinació entre els diferents actors és l'element clau que ha de garantir l'èxit del model d'atenció sanitària integrada a persones que viuen en centres residencials, la qual cosa fa especialment necessària la definició clara de les responsabilitats que desenvolupen els diversos agents per a cada nivell de l'ecosistema:



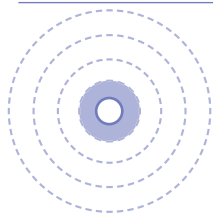
0 / Centre de l'ecosistema

Al nucli de l'ecosistema hi ha les persones, que constitueixen l'eix sobre el qual pivoten la resta de professionals dins el model.



Persona que viu en una residència

Individu que viu en una residència i és l'eix d'aquest model d'atenció, que s'hi ha de centrar.



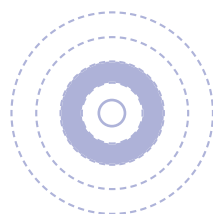
1 / Primera corona de proximitat

En la corona de més proximitat hi ha la família com a pilar fonamental en què se sosté la persona que viu al centre residencial.



Família o individus amb estrets llaços personals

Grup de persones amb vincles propers amb els residents i que acostumen a tenir influència sobre la seva presa de decisions sanitàries, que a vegades pot ser directa, com en el cas que en tinguin la tutoria legal si hi ha un alt grau de dependència. Representa un element clau en l'estat de salut dels residents, especialment en accions d'acompanyament emocional, ajuda personal i participació en les activitats del centre.



2 / Segona corona de proximitat

Al següent nivell d'atenció hi ha els professionals que intervenen en l'atenció sanitària diària de les persones, tot responnent a les seves necessitats vitals i assumint la responsabilitat més gran en el desenvolupament de les tasques requerides:



Metge o metgessa de la residència

Responsable de preveure les necessitats mèdiques i principals problemes de salut dels residents i de respondre-hi que realitza els serveis d'atenció sanitària al mateix centre.



Infermer o infermera de la residència

Responsable del pla de cures dels residents mitjançant l'aplicació de coneixements i de tècniques específiques, i del seguiment de les ordres mèdiques.



Equip d'atenció primària

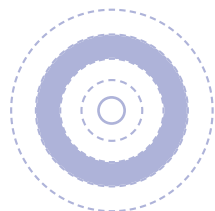
L'equip residencial s'adscriu funcionalment a l'equip d'atenció primària. Aquest equip presta l'assistència sanitària essencial accessible a tots els individus i famílies de la comunitat, i és responsable de preveure les necessitats clíniques dels residents i de respondre-hi.

L'equip d'atenció primària és l'eix vertebrador dels sistema de salut i garanteix l'atenció continuada i d'urgències a tot el territori mitjançant l'atenció continuada i urgent territorial (ACUT), una sèrie d'unitats territorials formades per dispositius com els de 7x24, els centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), els punts d'atenció continuada (PAC) i els centres d'atenció continuada (CAC).



Farmacèutic o farmacèutica*

Responsable de prestar l'atenció farmacèutica als residents i de donar suport als professionals de les residències segons les seves demandes i necessitats.



3 / Tercera corona de proximitat

Al següent nivell d'atenció hi ha el següent grup de professionals que intervé en l'atenció als residents.

En l'àmbit de les residències, tenint en compte el perfil de persones que hi viuen i la tendència a la complexitat observada, els equips d'atenció han esdevingut equips multidisciplinaris formats per professionals de diferents branques i amb capacitats diverses i complementàries, que assegurin l'abordatge integral de les necessitats de les persones a les quals atenen.

En l'àmbit social, l'equip està integrat pels professionals assistencials amb els àmbits de responsabilitat generals que es detallen a continuació:

Treballador o treballadora social



Responsable dels aspectes socials relacionats amb la integració del resident al centre, la relació amb les famílies, altres residents i la comunitat, i amb els serveis socials del territori.

Psicòleg o psicòloga



Responsable de l'atenció psicològica a les persones usuàries dels centres, a les seves famílies i, si escau, al personal del mateix centre. Ha d'atendre la dimensió psicosocial de la vida a la residència.

Professional d'atenció a la dependència (auxiliars de geriatría)



Responsable d'atendre i d'ajudar els usuaris en les activitats de la vida diària que no puguin realitzar per si mateixos i d'efectuar les tasques encaminades a la seva atenció personal i del seu entorn.

*Les funcions del farmacèutic o farmacèutica es detallen a l'apartat 4.3 *Activitats vinculades a l'atenció farmacèutica* del document.



Fisioterapeuta

Responsable de l'atenció de fisioteràpia als usuaris dels centres tant des del punt de vista preventiu, com des del punt de vista habilitador i rehabilitador.



Terapeuta ocupacional

Responsable de l'activitat rehabilitadora i potenciadora de les capacitats residuals mitjançant activitats de teràpia, per tal d'aconseguir la màxima independència.

Animador o animadora sociocultural o educador o educadora social



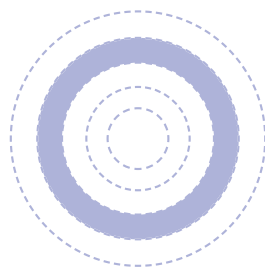
Responsable de definir, d'adaptar i de dinamitzar els programes d'animació cultural, d'oci i de temps lliure i adequar-los al col·lectiu i a la institució.

En l'àmbit de la salut, hi ha el següent actor implicat en l'atenció de les persones a les residències



Servei de farmàcia

Servei de referència, que té la responsabilitat de proveir els medicaments i els productes sanitaris receptats, així com de controlar i de gestionar els medicaments del dipòsit de cada residència.



4 / Quarta corona de proximitat

En l'àmbit de la salut, els professionals de suport que intervenen en l'atenció sanitària de les persones s'identifiquen com a equips que ofereixen altres tipologies d'actuacions:



Atenció hospitalària

Atenció especialitzada integral i interdisciplinària per a persones amb patologies que requereixen ser ateses o ingressades en un centre hospitalari per al seu diagnòstic, tractament, realització de proves complementàries i/o valoració de diverses especialitats mèdiques (urgències/consultes externes).



Atenció socio sanitària

Atenció adreçada a persones grans, persones amb malaltia d'Alzheimer o altres demències, persones amb malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i persones en situació de final de vida, amb especial esment a l'atenció de les que es troben en situació de risc i/o de vulnerabilitat més alts per processos crònics o aguts, amb diferents graus de dependència i a qualsevol etapa del cicle vital. En especial, han de vetllar per l'augment de l'autonomia dels usuaris, pal·liar-ne les limitacions o patiments i facilitar-ne la reinserció social. Cartera de Serveis socio-sanitaris.



Equips de suport

Equips sanitaris d'origen hospitalari o sociosanitari que han de donar suport a l'atenció primària i residencial de forma limitada en el temps, a petició dels equips d'AP referents i com a suport seu. En aquest model es consideren els equips següents:

Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)

Recurs sociosanitari d'àmbit domiciliari que dona suport social i sanitari als centres d'atenció primària en situacions de persones amb malalties objecte de tractaments pal·liatius, neurològiques, cròniques, síndromes geriàtriques descompensades, dependència i envelliment, necessitats de supervisió sanitària especialitzada o que presenten complexitat terapèutica controlable.

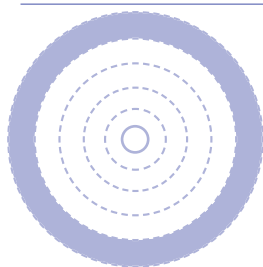
Hospitalització a domicili (HAD)

Model assistencial que proporciona cures i atencions hospitalàries al domicili dels pacients amb l'objectiu d'evitar o d'escurçar l'estada a l'hospital.



061 CatSalut Respon

Dispositiu d'activació d'urgències i d'emergències sanitàries de tot el territori català. També s'encarrega de realitzar tràmits administratius i de resoldre problemes i dubtes de salut.



5 / Corona perifèrica

Finalment, se situen a la corona estratègica les institucions públiques encarregades de la planificació dels serveis d'atenció sanitària i social a les persones que viuen en residències.

Model d'atenció sanitària integrada



4.1 Bases del model

Fonamentat en els pilars descrits anteriorment, es proposa la construcció d'un model d'atenció sanitària integrat, equitatiu, proper i segur, que garanteixi la qualitat i el contínuum assistencial en l'atenció sanitària a les persones que viuen en residències per a gent gran.

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:

- 01 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.
- 02 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.
- 03 Potenciació del desplaçament dels equips de professionals respecte al desplaçament de les persones.

Consegüentment, s'estableixen els criteris següents com a bases comunes del model:



Totes les persones residents a Catalunya (que hi estiguin empadronades o que hi acreditin l'arrelament mitjançant els criteris que es despleguin per reglament) tenen dret a l'assistència sanitària, amb càrrec a fons públics, a través del Servei Català de la Salut. Per tant, cada persona cal que disposi d'un equip d'atenció sanitària de referència assignat per l'atenció primària.¹



Aquest equip d'atenció primària ha de representar el primer nivell d'atenció per a les persones, amb el suport dels seus equips d'atenció continuada i urgent. Ha de tenir, a més, la plena capacitat de poder activar els equips de suport a domicili (PADES i HAD). És fonamental que s'assigni un únic equip de referència sanitari per a les persones, per tal d'evitar confusions, desigualtats i duplicitats en els serveis sanitaris prestats.

És necessari que s'estableixi funcionalment un únic equip assistencial conformat pels professionals de la residència i els de l'atenció primària. Tal com recull el model, aquest equip ha de respondre als reptes següents:

- Atenció centrada en les persones
- Gestió individualitzada del cas
- Atenció continuada i urgent
- Avaluació integral Pla terapèutic individualitzat



És necessari que es minimitzin els desplaçaments de les persones grans als hospitals, de manera que es redueixin als realment indispensables. S'ha observat que el circuit establert actualment en què es deriven els residents a un hospital sense activar recursos intermedis provoca conseqüències negatives en el seu estat de salut, que a vegades poden arribar a ser crítiques.

Principals millores aconseguides

La definició del nou model d'atenció a les persones pretén resoldre els punts crítics que s'han observat en la situació actual, per tal d'aconseguir, entre d'altres, les millores següents:



Assistència sanitària integrada liderada per l'equip d'atenció primària que ofereix una atenció centrada en les persones més propera, equitativa i segura, que garanteixi de manera longitudinal la qualitat del servei i el contínuum assistencial en la prestació sanitària a les persones que viuen en residències.



Desenvolupament estratègic d'un model d'atenció sanitària integrada acordada pel Departament de Salut i el Departament de Drets Socials.



Identificació de responsabilitats, circuits i sistema de relació entre els diferents actors implicats en l'atenció de les persones que viuen en residències.

Definició de l'estructura del bloc corresponent a la cartera de serveis sanitaris

Els nous models d'atenció definits impliquen canvis en les responsabilitats d'execució dels serveis que ofereixen les residències. Aquesta cartera integra tots els serveis, processos i dinàmiques de funcionament de la residència diferenciant dos nivells de cobertura:



Nivell bàsic

(Cartera bàsica de serveis sanitaris)
Fa referència a les activitats que han d'oferir tots els equips d'atenció primària i l'equip sanitari de les residències.



Nivell avançat

(Cartera de serveis sanitaris avançada)
Es tracta de garantir una atenció de proximitat i de qualitat a les persones que viuen en residències augmentant la capacitat resolutiva en l'àmbit de l'atenció primària.

L'execució de les tasques definides a la cartera de serveis que es presenta en aquest apartat s'ha d'adaptar a les particularitats de cada centre, així com a les seves especificitats territorials:

La situació específica de les persones residents



La valoració de cada cas particular en funció de les circumstàncies específiques de cada persona, la seva voluntat i les seves necessitats individuals, pot fer que el criteri sanitari de l'equip assistencial interdisciplinari de les residències consideri més oportuna la intervenció i el suport addicional d'altres equips d'atenció sanitària.

El dimensionament de personal de les residències



La dotació de personal de què disposa la residència i la complexitat clínica dels seus residents poden comportar que, de manera temporal o permanent, l'equip sanitari de la residència no pugui desenvolupar alguna tasca o servei que se'ls reconegui.

La disponibilitat de material de les residències



La disponibilitat del material in situ necessari per realitzar les tasques i serveis a les residències pot dificultar-ne la realització.

L'horari d'atenció de la residència



El desenvolupament dels serveis associats al nou model d'atenció sanitària ha de ser garantit per l'atenció primària, en horari o torn de l'equip de la residència o fora d'aquest horari per la resta de l'equip d'atenció primària.

Així doncs, en les pàgines de l'apartat *Cartera de serveis*, es presenta una matriu de responsabilitats, en què les files corresponen als serveis i les columnes a les agrupacions d'actors que participen d'alguna manera en la seva realització. A cada interacció s'ha associat una responsabilitat a través d'una matriu RASCI:¹



Aquesta RASCI és la fusió entre la cartera sanitària i les activitats pròpies assignades com a equip sanitari residencial, segons el marc normatiu pertinent de cada casa.

A continuació, s'explica el format en què es presenta la cartera de serveis:

1 Relació de serveis

SERVEIS	AGrupacions de professionals				
	Equip sanitari de referència	Altres prof. de l'equip assistencial	Reste d'atenció primària	Altres	
Tècniques					
Tramitació anticoagulant oral.	R	S	I	I	
Extracció de sang.	R	S	I	I	
Gestió de la mostra de sang de l'extracció.	I	S	R	I	
Electrocardiogrames.	R	S	I	S	
Radiologia simple: petició i valoració.	R	S	S	S	
Valoració de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica.	R	S	I	I	
Procés urgent					
Gestió i coordinació de les derivacions urgents amb Unitats Hospitalàries o a centres d'urgències d'Atenció Primària i del transport sanitari associat.	R	S	S	S	
Gestió i coordinació del retorn a la residència des de les unitats hospitalàries.	I	S	I	R	
Gestió i coordinació del retorn a la residència des del centre d'urgències d'Atenció Primària (CUAP).	I	S	R	I	
Resposta i seguiment immediat i estructurat de les altes hospitalàries, gestió de la continuïtat assistencial dels pre-Alt.	R	S	S	S	
Tractament del dolor agut i crònic.	R	S	S	S	
Activitats planificades					
Valoració geriàtrica integral (VGI): primera a l'ingrés a la residència (PIAI) (part sanitària).	R	S	I	I	
Valoració de síndromes geriàtriques i planificació avançada del pla de cures.	R	S	S	S	
Execució del pla avançat de cures: ferides agudes i cròniques, integrat curatiu, higiene bucal, incontinència urinària, peu diabètic, etc.	S	R	I	I	
Aplicació de les rutes assistencials pactades i tasques associades: autorització, revaloració, retirada, etc.	R	S	S	S	
En situació de cronicitat: pacients crònics complexos (PIC) i malaltia avançada crònica (MACA), planificar les activitats, elaborar, mantenir i publicar el PIC-PIAI corresponent a l'HC3 en línia amb les recomanacions del PPAC i de les rutes.	R	S	S	S	
Hospitalitzacions programades.	R	S	S	S	

2 Agrupació de professionals

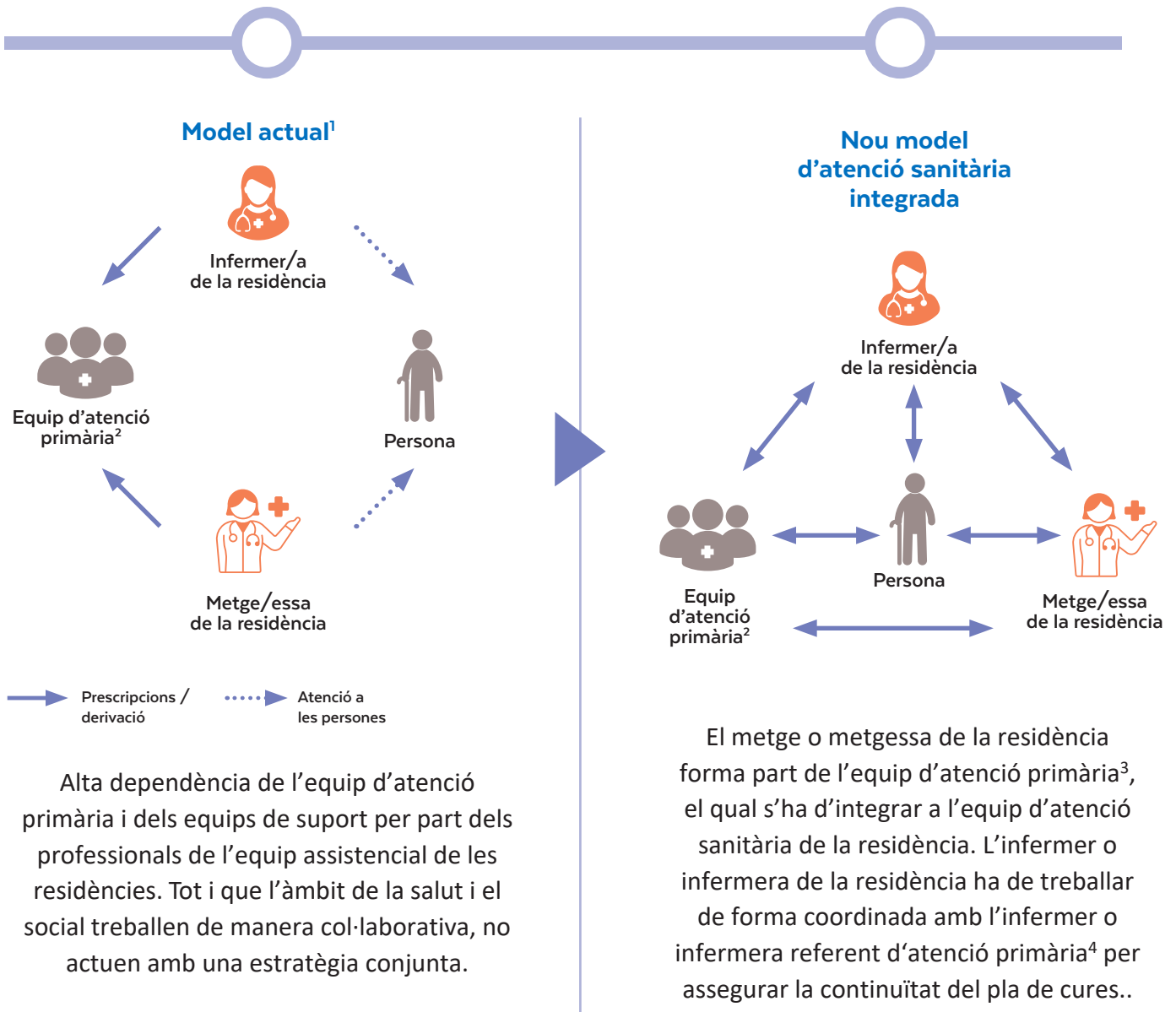
3 Distribució de responsabilitats

1. A l'annex 7.2 *Explicació dels rols de la matriu RASCI* es descriuen els rols de la metodologia emprada.

4.2 Model d'atenció centrat en les persones

La necessitat de definir un model d'atenció sanitària centrat en les persones comporta un canvi organitzatiu respecte a la situació actual en les residències de la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat (DGAPD).

El model evoluciona cap a una estructura en què l'equip de la residència s'integra com a part de l'equip d'atenció primària per respondre a les necessitats de salut de les persones. Aquest equip de referència ha de prioritzar l'atenció de proximitat, de manera que es garanteix el continuïtat assistencial a les persones.



1. Actualment conviuen diferents models funcionals i s'ha intentat representar de forma conceptual el model actual global. En aquest sentit, a l'hora d'operativitzar el nou model d'atenció sanitària integrada, cal adaptar-lo a cada realitat territorial i funcional.

2. S'entén per equip d'atenció primària els infermers i els metges.

3. En el cas que els llits residencials estiguin en un dispositiu sociosanitari el metge correspon al del propi servei d'atenció intermèdia.

4. Veure el document Perfil, competències i funcions del professional d'infermeria d'atenció primària referents de l'àmbit residencial.

4.3 Circuit d'atenció sanitària

El desenvolupament del nou model comença per adaptar el circuit d'atenció encarregat de respondre a les necessitats de salut de les persones. Per a aquest model, de manera específica, s'estableix que professionals sanitaris que presten atenció a la residència s'erigeixen com l'equip sanitari de referència, ja que formen part de l'equip d'atenció primària. En cas d'absència d'aquest equip o d'impossibilitat que respongui, l'equip d'atenció primària ha de garantir la correcta planificació de les actuacions necessàries.

Perquè això sigui possible, totes les actuacions sanitàries s'han de registrar i de compartir en un repositori comú dissenyat per a aquest fi. Així, es garanteix que tots els professionals d'atenció primària que intervenen en l'assistència sanitària de les persones disposen de la visió completa de la seva situació, de les seves particularitats i de tots els resultats de proves i d'analítiques que s'hagin realitzat.

Ateses les característiques de les persones que viuen en aquestes residències i per garantir els principis del model aquí plantejat (proximitat, equitat, seguretat, qualitat i contínuum assistencial), l'AP ha de liderar aquesta atenció, per la seva capacitat resolutiva i el seu coneixement i expertesa, tal com ho reforça el marc estratègic de la DEAP.

D'acord amb això, s'ha dissenyat un nou circuit d'atenció sanitària on l'infermer o infermera de la residència és el primer nivell d'atenció sanitària per resoldre les demandes sanitàries de les persones residents. És qui n'identifica les necessitats de salut i hi respon en els casos en els quals li és possible. Aquesta infermera s'haurà de coordinar amb la infermera referent designada per l'EAP, des del punt de vista assistencial, a efectes de garantir l'excel·lència de les cures infermeres sent un referent de suport i de gestió dels casos sobretot en situacions complexes (el "Perfil, competències i funcions del professional d'infermeria d'atenció primària referents de l'àmbit residencial" es pot consultar aquí).

En cas contrari, el metge o metgessa de la residència hi intervé per respondre-hi, o bé ho fa l'equip d'atenció primària (d'ara endavant, EAP), si el metge o metgessa no se'n pot encarregar. En cas de necessitar un suport addicional per resoldre la demanda sanitària, o en cas d'una demanda sanitària urgent, se n'ha de prioritzar la resolució mitjançant els dispositius propis de l'atenció primària (centre d'atenció continuada (CAC), punt d'atenció continuada (PAC), centre d'urgències d'atenció primària (CUAP), 7x24, etc.), els equips de suport disponibles per a aquest efecte i els dispositius d'atenció sociosanitària, per davant dels dispositius d'àmbit hospitalari (a excepció dels codis d'emergència)¹

1. Una emergència mèdica és una alteració aguda de l'estat de salut en què un increment del temps sense tractament mèdic genera un increment en la mortalitat o empitjora el pronòstic de la persona afectada. És, per tant, una situació que posa en risc la vida de les persones, la seva qualitat de vida en cas de supervivència i en què cal una intervenció ràpida, coordinada i protocol·litzada.

En les places residencials gestionades des d'un recurs sociosanitari, s'estableix un circuit en el qual els professionals sanitaris del centre sociosanitari constitueixen l'equip assistencial de referència. En cas d'absència o d'impossibilitat de respondre a les necessitats de salut de les persones, l'equip de guàrdia del centre sociosanitari ha de planificar l'actuació necessària. Només si aquest tampoc pot respondre a les necessitats de salut de les persones, cal activar el circuit d'atenció hospitalària a través del 061 CatSalut Respon.

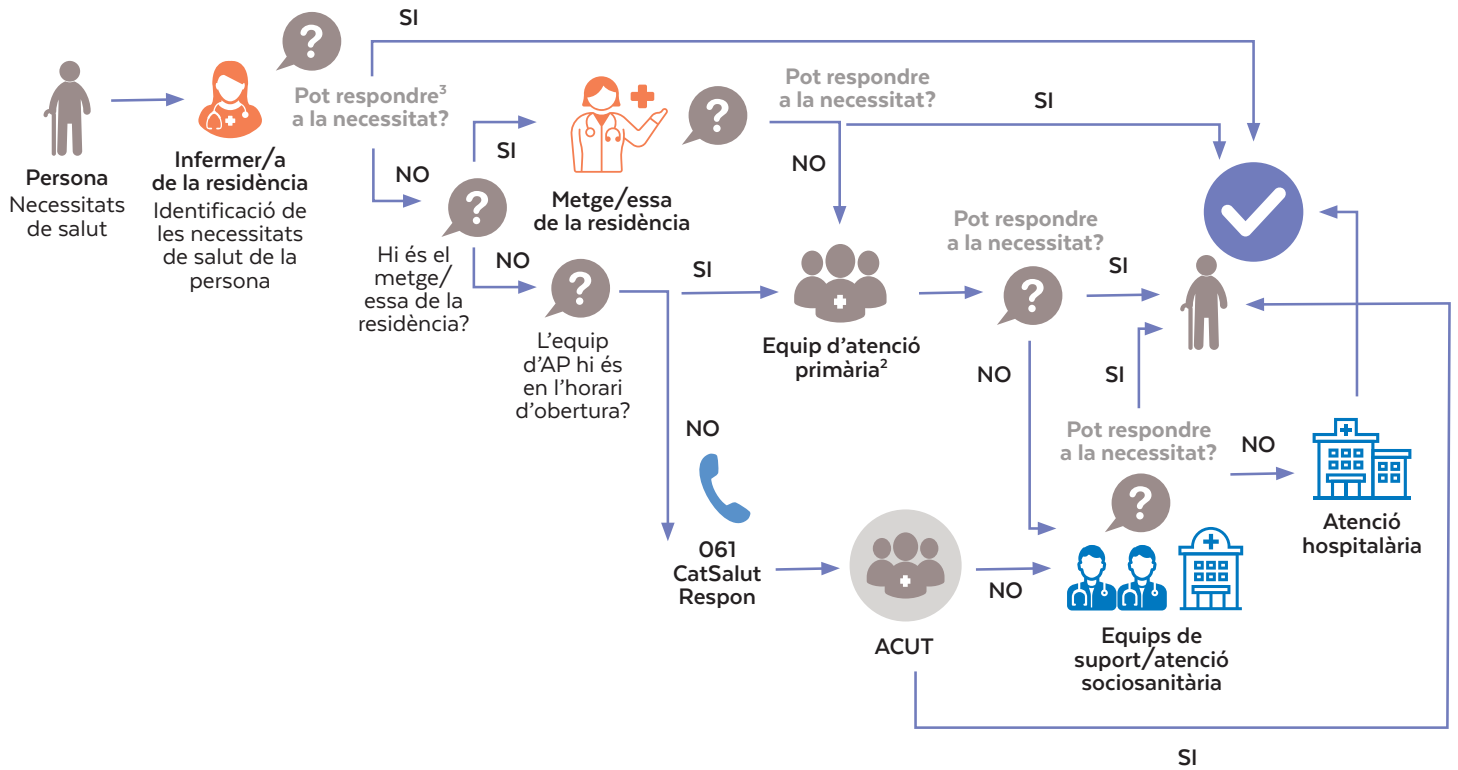
No obstant això, i tal com s'ha exposat en la resta de tipologies de residència, per garantir el contínuum assistencial quan la persona que viu a la residència no és atesa pel personal del centre sociosanitari, totes les actuacions sanitàries s'han de registrar i s'han de compartir en un repositori comú dissenyat per a aquest fi. Així, es garanteix que tots els professionals d'atenció primària que intervenen en l'assistència sanitària dels usuaris disposen de la visió completa de la seva situació, de les seves particularitats i de tots els resultats de proves i d'anàlítiques que s'hagin realitzat.

En el cas de places residencials situades en dispositius sociosanitaris o d'atenció intermèdia, s'estableix que els professionals sanitaris del centre sociosanitari constitueixen l'equip assistencial de referència (substituint la tasca dels professionals d'atenció primària). En cas d'absència o d'impossibilitat de respondre a les necessitats de salut de les persones, l'equip de guàrdia del centre sociosanitari ha de planificar l'actuació necessària. Només si aquest tampoc pot respondre a les necessitats de salut de les persones, cal activar el circuit d'atenció hospitalària a través del 061 CatSalut Respon.

No obstant això, i tal com s'ha exposat en la resta de tipologies de residència, per garantir el contínuum assistencial quan la persona que viu a la residència no és atesa pel personal del centre sociosanitari, totes les actuacions sanitàries s'han de registrar i s'han de compartir en un repositori comú dissenyat per a aquest fi. Així, es garanteix que tots els professionals d'atenció primària que intervenen en l'assistència sanitària dels usuaris disposen de la visió completa de la seva situació, de les seves particularitats i de tots els resultats de proves i d'anàlítiques que s'hagin realitzat.

Novament, en aquest sentit s'ha dissenyat un nou circuit d'atenció sanitària on l'infermer o infermera de la residència constitueix el primer nivell d'atenció sanitària per a la resolució de les demandes sanitàries dels residents. És qui identifica les seves necessitats de salut i hi respon en els casos en els quals li és possible. En cas contrari, el metge o metgessa del centre sociosanitari hi intervé per respondre-hi, o bé ho fan els recursos de suport d'internament sociosanitari, si el metge o metgessa no se'n pot encarregar. En cas de necessitar un suport addicional per a la resolució de la demanda sanitària, o en cas d'una demanda sanitària urgent, a través del 061 CatSalut Respon s'ha d'acudir als dispositius d'àmbit hospitalari, així com per a la resposta als codis d'emergència.

Nou circuit d'atenció sanitària²



- 2. Es tracta del nou circuit d'atenció sanitària des del punt de vista conceptual, que cal adaptar a cada realitat territorial i funcional al moment d'operativitzar el model d'atenció sanitària integrada
- 3. Per respondre s'entén també prescriure i derivar a altres professionals especialitzats.

4.4 Cartera de serveis sanitaris

Per garantir l'assoliment i l'adequació de l'execució dels serveis de la cartera, és necessari definir correctament les responsabilitats dels actors que intervenen en la realització d'aquestes tasques.

Equip sanitari de referència



Metge/essa de la residència



Infermer/a de la residència



Farmacèutic/a

Altres professionals de l'equip assistencial



Treballador/a social



Psicòleg/òloga



Auxiliar de geriatría



Animador/a sociocultural i/o educador/a social



Terapeuta ocupacional



Fisioterapeuta

Resta d'atenció primària



Equip d'atenció primària



ACUT

Altres



Equips de suport especialitzats



Consultes externes



Hospital d'aguts



Atenció sociosanitària

4.4.1 Cartera de serveis sanitaris bàsica



AGRUPACIONS DE PROFESSIONALS

SERVEIS	Equip sanitari de referència	Altres prof. de l'equip assistencial	Resta d'atenció primària	Altres
Activitats planificades				
Educació per a la salut.	R	S	S	S
Campanyes de salut: execució, vacunacions, cribratges,...	R	S	S	S
Atenció proactiva de la salut.	R	S	S	S
Promoció de la salut i prevenció de la malaltia.	R	S	S	S
Activitats ordinàries				
Valoració geriàtrica integral: successives (part sanitària).	R	S	I	I
Pla terapèutic individual (PTI o PIAI) (part sanitària).	R	S	I	I
Identificació de complexitat: malaltia avançada crònica (MACA)/pacients crònics complexos(PCC).	R	S	I	I
En cas de complexitat, elaborar el PIIC.	R	S	I	I
Estabilitat clínica: Prevenció de descompensació i atenció de malaltia crònica. Prevenció proactiva, atenció directa, revisió i actualització periòdica de les situacions clíniques i dels plans de tractament, rehabilitació i nutrició.	R	S	I	I
Aplicació d'acords de limitació d'esforç terapèutic (LET) inclosos en el PDA o DVA.	R	S	S Acompanyament familiar	I
Prevenció i atenció de l'aparició de síndromes geriàtriques (p. e. adequació de la incontinència, delírium, etc.).	R	S	I	I
Fisioteràpia funcional i respiratòria.	S	R	S	S
Seguiment d'infeccions nosocomials i multiresistències.	R	S	S	S
PreAlt i altes: Gestió de la continuïtat assistencial dels preAlt i activació del protocol de rebuda del resident: resposta i seguiment immediat i estructura de les altes.	R	S	S	S
Tractament del dolor agut i crònic.	R	S	S	S

R = Responsable de l'execució; A = Encarregat de retre comptes; S = Suport; C = Consultat; I = Informat



AGRUPACIONS DE PROFESSIONALS

SERVEIS

Tècniques

	Equip sanitari de referència	Altres prof. de l'equip assistencial	Resta d'atenció primària	Altres
Tramitació anticoagulant oral.	R	S	I	I
Extracció de sang.	R	S	I	I
Gestió de la mostra de sang de l'extracció.	I	S	R	I
Electrocardiogrames.	R	S	I	S
Radiologia simple: petició i valoració.	R	S	S	S
Valoració de la necessitat d'ajuda tècnica ortopèdica.	R	S	I	I

Procés urgent

Gestió i coordinació de les derivacions urgents amb Unitats Hospitalàries o a centres d'urgències d'Atenció Primària i del transport sanitari associat.	R	S	S	S
Gestió i coordinació del retorn a la residència des de les unitats hospitalàries.	I	S	I	R
Gestió i coordinació del retorn a la residència des del centre d'urgències d'Atenció Primària (CUAP).	I	S	R	I
Resposta i seguiment immediat i estructurat de les altes hospitalàries, gestió de la continuïtat assistencial dels preAlt.	R	S	S	S

Activitats planificades

Valoració geriàtrica integral (VGI): primera a l'ingrés a la residència (PIAI) (part sanitària).	R	S	I	I
Valoració de síndromes geriàtriques i planificació avançada del pla de cures.	R	S	S	S
Execució del pla avançat de cures: ferides agudes i cròniques, integritat cutània, higiene bucal, incontinència urinària, peu diabètic, etc.	S	R	I	I
Aplicació de les rutes assistencials pactades i tasques associades: autorització, revaloració, retirada, etc.	R	S	S	S
En situació de cronicitat: pacients crònics complexos (PCC) i malaltia avançada crònica (MACA), planificar les activitats, elaborar, mantenir i publicar el PIIC-PIAI corresponent a l'HC3 en línia amb les recomanacions del PPAC i de les rutes.	R	S	S	S
Preparació de les hospitalitzacions programades.	R	S	S	S
Hospitalitzacions programades.	R	S	S	S

R = Responsable de l'execució; A = Encarregat de retre comptes; S = Suport; C = Consultat;



AGRUPACIONS DE PROFESSIONALS

SERVEIS

Farmàcia

	Equip sanitari de referència	Altres prof. de l'equip assistencial	Resta d'atenció primària	Altres
Receptes farmacèutiques mitjançant el mòdul de prescripció segons les indicacions del CatSalut.	R	C	S	S
Revisió clínica periòdica de les receptes farmacèutiques i dels plans de medicació.	R	I	I	I
Revisió periòdica de la idoneïtat de la despesa farmacèutica.	R	I	I	S (proveïdor de salut)
Revisió i adequació del tractament no farmacològic, efectes i accessoris (bolquers, apòsits, sondes).	R	S	I	S (proveïdor de salut)
Control de fàrmacs específics (psicofàrmacs, tractament de la demència, etc.).	R	C	I	S (proveïdor de salut)

Tràmits

Certificat de defunció.				
· Tram horari del metge/essa de la residència.	R	I	I	I
· Fora d'horari del metge/essa de la residència. ¹				
- Horari d'obertura d'equip d'atenció primària.	I	I	R (EAP)	I
- Fora d'horari d'obertura d'equip d'atenció primària.	I	I	R (ACUT)	I
Tramitació de la prestació d'article ortopèdic (PAO).	R	S	I	S
Sol·licitud d'analítica completa (hematologia, bioquímica, bacteriologia).	R	I	I	I
Gestió de la interconsulta i de les exploracions complementàries i producte intermedi, hospitalització a domicili o salut mental.	R	S	I	I
Tramitació de nutricions.	R	S	S	S
Registre actualitzat de l'estat de la persona a l'estació clínica d'atenció primària (ECAP).	R	S	S	S

R = Responsable de l'execució; A = Encarregat de retre comptes; S = Suport; C = Consultat; I = Informat

¹ La responsabilitat associada a aquesta activitat pot variar en funció de la forma de pagament i de gestió a l'hora d'operativitzar el model d'atenció farmacèutica vinculat a aquest document

² El responsable ha de ser definit territorialment.

4.4.2 Cartera de serveis sanitaris avançada



AGRUPACIONS DE PROFESSIONALS

SERVEIS	Equip sanitari de referència	Altres prof. de l'equip assistencial	Resta d'atenció primària	Altres
Activitats planificades				
Estratègia de final de vida.	R	S	S	S
Activitats ordinàries				
Model de garantia 7/24 (responsabilitats múltiples):				
• Tram horari del metge/essa de la residència.	R	S	I	I
• Fora d'horari del metge/essa de la residència. ²				
- Horari d'obertura d'equip d'atenció primària.	I	S	R (EAP)	I
- Fora d'horari d'obertura d'equip d'atenció primària.	I	S	R (ACUT)	I
Tècniques				
Canalització d'accessos venosos, bombes, etc.	R	S	S	S
Implantació i manteniment de catèters vesicals, rentatges vesicals.	R	S	S	S
Immobilitzacions, embenats, etc.	R	S	S	S
Manteniment, cura i recanvi d'ostomies (PEG), maneig de col·lectors, etc.	R	S	S	S
Test de disfàgia.	R	S	I	I
Peak flow (aire expirat en el primer segon).	R	S	I	I
Tractaments respiratoris: nebulitzacions, aerosols, oxigenoteràpia temporal i portàtil. ¹	R	S	S	S
RCP bàsica. ¹	R	S	S	S
Paracentesis evacuadores (per confort). ¹	R	S	S	S
Nutrició enteral (oral, SNG, PEG).	R	S	S	S
Mesures d'aïllament associades a processos infecciosos.	R	S	S	S

R = Responsable de l'execució; A = Encarregat de retre comptes; S = Suport; C = Consultat; I = Informat

1. Material necessari addicional i mecanismes de manteniment del material.

2. El responsable ha de ser definit territorialment.



AGRUPACIONS DE PROFESSIONALS

SERVEIS	Equip sanitari de referència	Altres prof. de l'equip assistencial	Resta d'atenció primària	Altres
Situacions d'empitjorament				
Inestabilitat clínica:				
· Tram horari del metge/essa de la residència.	R	S	I	I
· Fora d'horari del metge/essa de la residència. ¹				
- Horari d'obertura d'equip d'atenció primària.	I	S	R (EAP)	I
- Fora d'horari d'obertura d'equip d'atenció primària.	I	S	R (ACUT)	I
Farmàcia				
Administració de fàrmacs, fluids i suplementes per via endovenosa o subcutània: infusors.	R	S	S	S

R = Responsable de l'execució; A = Encarregat de retre comptes; S = Suport; C = Consultat; I = Informat

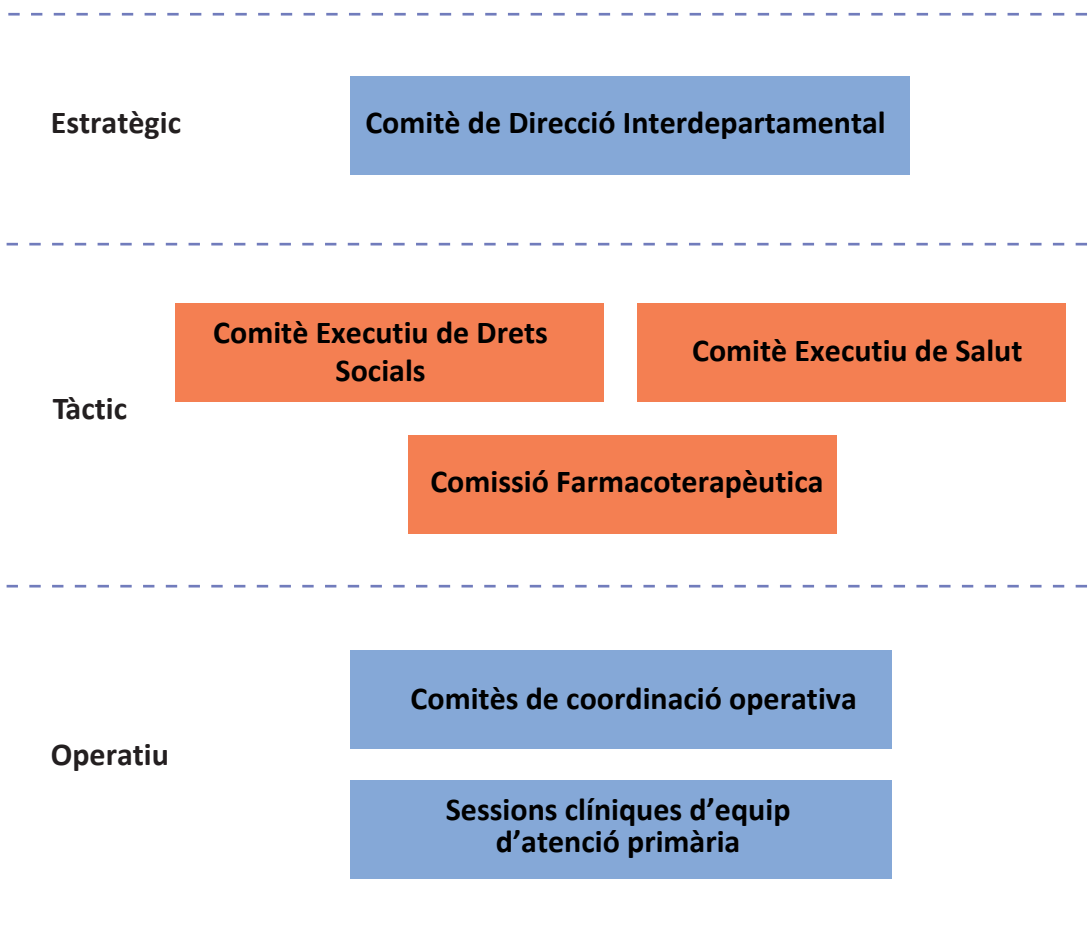
1. El responsable ha de ser definit territorialment.

Òrgans de coordinació



El Departament de Drets Socials i el Departament de Salut han de vetllar conjuntament per garantir la coordinació i la integració adequades derivades del nou model. Les mesures de coordinació han de dirigir-se especialment a garantir l'atenció sanitària de les persones i l'intercanvi d'informació per identificar situacions de risc i, en conseqüència, detectar les oportunitats de millora del model i realitzar les accions necessàries.

Es diferencien diversos nivells de coordinació necessaris en funció de les tasques que s'han de desenvolupar:



A continuació es presenta el detall de cadascun dels comitès definits, identificant-ne els assistents, els objectius, les funcions i la periodicitat establerta.

Comitè de Direcció Interdepartamental

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> • Secretari/ària sectorial del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. • Director/a del CatSalut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguiment de la viabilitat del model definit. • Seguiment de l'evolució econòmica del model. • Presa de decisions estratègiques. • Proposta d'accions de millora del model. • Actualització i validació d'acords estratègics del nou model. 	Semestral.

Comitè Executiu de Drets Socials

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> • Subdirector/a general d'atenció i promoció de l'autonomia personal o subdirector/a general de recursos. • Director/a territorial del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. • Directors de les residències 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguiment d'indicadors. • Avaluació de resultats pròpia del Departament. • Presa de decisions tàctiques. • Identificació de riscos i del pla d'acció. • Proposta d'accions de millora del model. 	Trimestral.

Comitè Executiu de Salut

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> • Gerent de regió o director/a de sector del CatSalut. • Comissió Clínica del CatSalut. • Proveïdor de salut d'atenció primària. • Equip d'atenció primària. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguiment d'indicadors. • Avaluació de resultats pròpia del Departament. • Presa de decisions tàctiques. • Identificació de riscos i del pla d'acció. • Proposta d'accions de millora del model. 	Trimestral.

Comissió Farmacoterapèutica

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> • Professionals assistencials experts en diverses disciplines: • Metges. • Infermers. • Farmacèutics. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessorament i presa de decisions en relació amb l'ús dels medicaments i dels productes sanitaris en l'àmbit de les residències de Catalunya. • Selecció de medicaments i de productes sanitaris; assessorament en l'ús dels medicaments i dels productes sanitaris; disseny d'una política d'ús d'antibiòtics; valoració dels aspectes de seguretat relacionats amb els medicaments, definició de pràctiques segures i elaboració de recomanacions de seguretat, i recollida i anàlisi dels errors de medicació notificats. • Elaboració de la <i>Guia farmacoterapèutica</i> de les residències de Catalunya, així com la seva aplicació. • Elaboració de programes d'intercanvi terapèutic. 	Mensual.

Comitès de coordinació operativa

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> • Comitè Operatiu del CatSalut. • Director/a dels serveis territorials del Departament de Drets Socials. • Responsable d'atenció primària. • Director/a de la residència. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguiment d'acords. • Revisió i avaluació de resultats. • Control de l'assistència als comitès de coordinació operativa per part dels equips mèdics. • Identificació de riscos i del pla d'acció. • Proposta d'accions de millora del model. 	Mensual.

Sessions clíniques d'equip d'atenció primària

Assistents	Funcions	Periodicitat
<ul style="list-style-type: none"> • Metges de les residències. • Infermers de les residències. • Equip d'atenció primària (es determina en funció del Comitè de Coordinació Operativa) • Farmacèutic/a de referència, en els casos en què es consideri necessari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar dels coneixements i informacions necessàries als equips sanitaris per desenvolupar les tasques assignades (formació i informació). • Realitzar un seguiment dels indicadors relacionats amb les receptes farmacèutiques fruit del model d'atenció farmacèutica previst. • Realitzar un seguiment dels indicadors de qualitat assistencial. • Realitzar un seguiment dels indicadors d'acord amb els criteris de l'ISO de qualitat dels centres residencials. • Tractament de temes <i>ad hoc</i>. 	<p><i>Ad hoc</i> en funció del comitè.</p>

Consideracions necessàries per desplegar el model



Per implementar el model definit s'ha de garantir:

Canvis en la normativa



- Creació d'una comissió mixta amb el Departament de Drets Socials i el Departament de Salut per a la revisió i actualització del marc normatiu aplicable.
- Aprovació per part del Consell de Direcció del Departament de Salut i la Secretaria d'Afers Socials i Famílies del Departament de Drets Socials de l'adscripció dels metges i infermers de les residències de la DGAPD i sociosanitaris com a unitats bàsiques d'atenció dels equips d'atenció primària de referència.
- Modificació i conseqüent aprovació del canvi normatiu que fa referència a les competències autoritzades del personal d'infermeria que treballa en l'àmbit residencial.
- Anàlisi de l'impacte del canvi de model en la normativa, els convenis i els contractes per identificar quins canvis cal aplicar-hi.
- Aprovació per part del Departament de Drets Socials de les normatives establertes per al disseny de les infraestructures de centres i serveis residencials adscrits al seu departament per poder-los adequar a les noves necessitats de serveis de les persones ateses.
- Aprovació de la compartició de les diferents estacions de treball clínic (ECAP, HC3, etc.).
- Adaptació dels instruments de compra de serveis i finançament (continguts dels contractes, paràmetres de contraprestació econòmica, objectius de contraprestació per resultats, etc.).

Operativització territorial



- Reunió dels comitès de direcció interdepartamental, executius de tots dos departaments i de coordinació, per implantar el model a Catalunya i apropar-lo al territori.
- Assignació i redimensionament de l'equip d'atenció primària (d'acord amb el que estableix el marc estratègic de la DEAP) i de l'equip d'atenció a la residència d'acord amb el grau de complexitat i de dependència de les persones que viuen en residències.
- Adaptació territorial sobre la base de l'autonomia i gestió de l'equip d'atenció primària, tenint en compte factors limitats, com poden ser la mida de la residència, la concentració de residències i el territori on es troben.
- Definició d'un model específic per a les persones amb dret a l'atenció sanitària pública que estiguin vivint en centres residencials privats.

Model d'avaluació



- Definició d'un model de seguiment (avaluació) automatitzat i simplificat a partir dels diferents quadres de comandament existents del Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
- Definició de manera conjunta entre tots dos departaments de les fonts d'on s'extreu la informació dels indicadors.
- Implantació del model d'avaluació així com el nou model de relació segons els òrgans de coordinació.



Sistemes d'informació

- Creació d'un grup de treball encarregat de la definició i adaptació dels sistemes d'informació, amb l'objectiu d'identificar les necessitats i els requeriments d'interoperabilitat o integració dels sistemes d'informació dels centres residencials i l'atenció primària. Aquest grup s'ha de coordinar amb el grup de sistemes d'informació global del PAISS.
- Disseny i implementació de la plataforma per a l'explotació del model d'avaluació.



Definició d'un pla de gestió del canvi

- Definició del pla de formació per als professionals encarregats de l'execució de les tasques sanitàries a les residències.
- Definició del pla de comunicació (agents d'interès implicats, guia d'estil i accions de comunicació).



Suport a la implantació

- Execució del pla de gestió del canvi.
- Posada en marxa d'una prova pilot amb suport als equips d'implantació.
- Desenvolupament de protocols clínics específics per a situacions especials, com per exemple l'abordatge al final de vida en un centre residencial o el protocol terapèutic en aquestes situacions.
- Elaboració dels documents de suport a la implantació (guia, llista de comprovació, cronograma, etc.).

Seguiment del cronograma d'implantació i de l'assoliment dels objectius definits.



Extensió del model

- Definició del nou model d'atenció sanitària integrada per a centres de dia d'acord amb el model definit.
- Definició del nou model d'atenció sanitària integrada per a llars residencials de conformitat amb el model definit.

Annexos



7.1 Detall dels àmbits de responsabilitat de les estructures de suport

7.1.1 Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)

El paper del PADES com a suport a les residències

Els equips del PADES són equips especialitzats en atenció pal·liativa i en l'atenció a la població geriàtrica amb malalties cròniques avançades. S'han d'integrar funcionalment en altres equips d'atenció domiciliària i comunitària, tant d'atenció primària com d'hospitalització domiciliària, que ofereixen atenció a les persones institucionalitzades, ja que a l'entorn residencial n'hi ha un elevat percentatge que pateixen malalties concurrents múltiples i amb complexitat, és a dir, amb un perfil susceptible de ser ateses pels equips del PADES.

Per tal d'oferir una atenció residencial de qualitat a les persones amb malalties en una fase avançada, amb multimorbiditats, freqüentment lligades a la dependència, és fonamental conèixer els recursos de cadascun dels territoris i conèixer-ne la capacitat de resolució, ja que tots dos factors poden condicionar-ne el model d'organització. En aquesta línia, a més de l'atenció directa que ofereixen els PADES, cal destacar el rol de gestió de casos d'aquests equips, que també permet integrar la participació de diferents equips, programes i serveis que responguin a les necessitats d'intervenció acordades i prioritzades per les persones ateses, la seva família i l'equip assistencial de la residència.

El PADES ha d'evolucionar i de potenciar el seu rol de recurs de suport d'atenció a les residències, com a subàmbit d'atenció domiciliari i comunitari, que permeti oferir un ampli rang d'atenció a les necessitats dels diferents tipus d'usuaris de les residències, amb sistemes cooperatius flexibles i criteris d'intervenció actius que previnguin i resolguin l'atenció continuada i urgent, amb metodologies compartides d'atenció planificada i gestió dels casos. Les recomanacions per a la planificació territorial sectoritzada de l'atenció de persones ateses amb malalties cròniques avançades i amb necessitats pal·liatives consisteixen a combinar mesures de millora d'atenció sanitària a les residències juntament amb els equips del PADES des dels serveis convencionals d'atenció primària. És necessari optimitzar el potencial dels equips del PADES, actuant en els casos més complexos i en els que hi ha un benefici més alt de la intervenció experta, interdisciplinària i integral que ofereixen aquests equips.

A més de l'atenció directa, els equips del PADES tenen un paper important en la gestió dels casos complexos, en la coordinació de recursos entre nivells assistencials i també en la docència a la xarxa d'atenció primària i comunitària i d'atenció residencial.

7.1.2 Hospitalització a domicili (HAD)

El paper de l'HAD com a alternativa a l'ingrés hospitalari convencional (HC)

L'hospitalització a domicili (HAD) és un recurs integral assistencial per atendre persones amb processos aguts o descompensacions de la patologia crònica que necessiten una atenció sanitària especialitzada de complexitat hospitalària a domicili. La seva cartera de serveis es fonamenta en dos eixos: esquemes assistencials i àmbits d'actuació. D'una banda, cal destacar l'alta precoç, l'evitació de l'ingrés i el suport domiciliari especialitzat. En canvi, en referència als àmbits d'actuació, s'ha de destacar la patologia mèdica aguda, aguditzacions de patologia crònica, maneig postquirúrgic en el cas de persones amb complicacions, persones amb necessitat de cures pal·liatives complexes i àmbits específics d'alta especialització.

El creixement de l'HAD a Catalunya s'ha produït de manera descoordinada i sense planificació. Respon a les demandes dels gestors hospitalaris concrets, i això comporta una gran diversitat en la cartera de serveis, tant en relació amb el perfil com amb el diagnòstic de les persones. La seva implementació comporta tres grans avantatges: es minimitzen les complicacions nosocomials que generen un cost elevat, s'alliberen llits hospitalaris que permeten donar servei a altres persones i això comporta un estalvi, ja que el cost per estada és inferior a l'hospitalització convencional.

L'HAD dispensa cures i tractaments d'intensitat hospitalària. Per tant, ha de disposar de tota la infraestructura de serveis pròpia d'un hospital (laboratoris, gabinets d'exploracions complementàries, diagnòstic per la imatge, atenció continuada). Depèn de la direcció mèdica/assistencial dels hospitals. Els equips que presten l'atenció han de ser transversals i multidisciplinaris per donar servei al màxim nombre de complicacions mèdiques. Estan formats per metges, personal d'infermeria, administratius, fisioterapeutes i treballadors socials, terapeutes ocupacionals i treballadors familiars, entre d'altres. És especialment fonamental la figura del cuidador o cuidadora, que és qui es fa càrrec de l'atenció a domicili dels malalts. S'hi prioritzen els metges d'especialitats troncales (medicina interna o medicina de família), personal d'infermeria expert en cures de rang hospitalari, polivalents i amb l'expertesa i capacitat de desenvolupar la feina al domicili, sense suport directe d'altres professionals. Per garantir l'experiència dels professionals a l'HAD, cal establir uns continguts formatius normalitzats. En l'àmbit operatiu, el desplegament de l'HAD ha de tenir en compte dos factors: el territorial (cobertura de la major part possible del territori de referència) i el poblacional (prou capacitat operativa per garantir l'atenció de totes les persones que ho requereixin). Aquest recurs ha de respondre a les necessitats de les persones que viuen en residències. En una situació de transició d'alta hospitalària, l'equip d'atenció especialitzada ha de tenir una especial atenció a l'activació d'aquest recurs i, en aquest cas, cal que es coordini precoçment amb l'equip de referència.

L'AP ha de poder activar directament aquest HAD quan la situació de descompensació es produeix estant a la residència i, d'acord al PIIC, s'ha consensuat amb el o la pacient i la seva família que és la millor opció terapèutica.

7.1.3 Hospitalització de subaguts

El paper de les unitats de subaguts com a alternativa assistencial a l'hospitalització convencional de les persones institucionalitzades.

Les persones grans institucionalitzades presenten un índex alt de malalties concurrents i de complexitat i pateixen descompensacions que requereixen que rebin atenció sanitària a l'hospital. El fet que la majoria dels ingressos siguin per descompensació de malalties cròniques conegudes, i que no requereixin una alta intensitat diagnòstica ni terapèutica, fa pensar que les persones podrien ser ateses en recursos d'atenció intermèdia, principalment unitats de subaguts, ubicades preferentment en àmbits vinculats a centres socio-sanitaris, de manera que s'evitaria l'ingrés convencional als hospitals d'aguts.

L'atenció a subaguts està destinada a persones amb malalties cròniques aguditzades que necessiten tractament geriàtric integral i/o supervisió clínica continuada, amb l'objectiu d'aconseguir una estabilització clínica i una rehabilitació integral. A més, aquest tipus d'atenció en unitats de subaguts disminueix el risc associat a l'hospitalització de les persones ateses i, per tant, té millors resultats en salut i també va acompanyada de menys reingressos i de menys utilització dels serveis d'urgències.

El requisit d'ingrés a les unitats de subaguts és que es tracti d'una agudització ben diagnosticada, sovint d'una malaltia crònica coneguda, amb una previsió d'ingrés inferior a 12 dies, la qual cosa requereix una avaluació clínica exhaustiva prèvia a l'ingrés. En funció de la situació clínica, aquesta avaluació pot incloure la realització de proves complementàries, com ara analítica, gasometria, radiologia, etc. Per tant, es pot fer l'ingrés directament des de la residència, sempre que es garanteixi que un equip interdisciplinari expert o professionals capacitats han fet aquesta valoració clínica. Cal establir el circuit perquè l'equip dugui a terme la valoració de manera precoç i es pugui fer el contacte personal o telefònic entre l'equip que realitza la valoració i el del centre on estigui la unitat, i amb les proves complementàries i els informes adients i pertinents. També es pot fer la derivació a urgències, hospitals de dia o equips d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) amb capacitat de fer proves diagnòstiques, i des d'on s'ha de fer la derivació a la unitat de subaguts. En cadascun dels territoris, en funció dels recursos i circuits, s'ha d'establir el circuit pertinent. En tot cas, es requereix la valoració i orientació diagnòstica i terapèutica i, conseqüentment, les exploracions complementàries (proves) necessàries per fer-ho.

7.2 Explicació dels rols de la matriu RASCI

Per relacionar els serveis que ofereixen les residències amb els equips sanitaris, s'ha utilitzat una matriu d'assignació de responsabilitats RASCI al catàleg de serveis. D'aquesta manera, s'aconsegueix assegurar que cadascun dels serveis de l'abast del catàleg estigui assignat a un individu o equip sanitari:

ROL	DESCRIPCIÓ
R <i>Responsible</i>	Aquest rol correspon a qui realitza la tasca/servei. Només pot haver-hi un responsable (R, <i>responsible</i>) per a cada tasca; si n'hi ha més d'un, el treball ha de ser subdividit a un nivell més baix.
A <i>Accountable</i>	Aquest rol es responsabilitza que la tasca es realitzi i és el que ha de retre comptes sobre la seva execució. Només pot haver-hi un encarregat de retre els comptes (A, <i>accountable</i>), que garanteixi que la tasca és executada pel seu responsable (R).
S <i>Support</i>	Són recursos assignats al responsable (R) per a la consecució del servei. A diferència del consultat (C, <i>consulted</i>), el paper de suport (S, <i>support</i>) treballa en el servei.
C <i>Consulted</i>	Aquest rol té alguna informació o capacitat necessària per realitzar el servei.
I <i>Informed</i>	Aquest rol ha de ser informat (I, <i>informed</i>) sobre l'avenç i els resultats de l'execució del servei. A diferència del consultat (C), la comunicació és unidireccional.

Exemple i il·lustrat	Àrea de tecnologia	Àrea de negoci internacional	Àrea d'innovació
	Planificació del projecte	<i>Accountable (A)</i>	<i>Support (S)</i>
Gestió de l'actuació territorial	<i>Support (S)</i>	<i>Support (S)</i>	<i>Responsible (R)</i>
Gestió de proveïdors	<i>Informed (I)</i>	<i>Support (S)</i>	<i>Responsible (R)</i>
Desenvolupament de proves pilot	<i>Responsible (R)</i>	<i>Informed (I)</i>	<i>Support (S)</i>
Llançament d'iniciatives	<i>Accountable (A)</i>	<i>Responsible (R)</i>	<i>Support (S)</i>

7.3 Situació dels professionals

De cara a implementar el nou model d'atenció sanitària integrada, s'ha realitzat una anàlisi de la situació actual dels professionals dels equips d'atenció sanitària que donen servei a les residències.

En primer lloc, s'ha observat que actualment existeixen quatre escenaris diferents en el model de contractació dels metges i infermers que donen suport a les residències per a gent gran a Catalunya (A). En segon lloc, s'ha constatat la necessitat generalitzada d'incrementar l'assignació de recursos humans a les residències per a gent gran de Catalunya (B). Igualment cal establir un sistema de coordinació estandaritzat entre la infermera de la residència i la responsable de l'equip d'atenció primària (C).

A continuació es detalla el diagnòstic:

A/ Situació contractual actual dels metges en l'àmbit de les residències

Actualment els metges que treballen en residències a Catalunya es troben en un dels quatre escenaris següents:

Escenari 1



El metge/essa és contractat directament per la residència i no pertanyent a la xarxa del SISCAT

Escenari 2



El metge/essa pertany al SISCAT i està contractat per la residència fora del seu horari professional, representant un sobre sou pel professional

Escenari 3



L'equip d'atenció residencial substitueix a l'equip d'atenció primària (EAP) en l'atenció sanitària a les persones residents

Escenari 4



La residència té un conveni d'hores extres amb el metge/essa del SISCAT fora del seu horari laboral, que estan acordades amb l'EAP de referència de la residència¹

Aquesta diversitat planteja una serie de conseqüències que es poden resumir en els punts següents:

- Desigualtat entre professionals que donen el mateix servei a nivell de remuneració i condicions laborals.
- Inequitat en el servei prestat a les persones que viuen en residències a causa de, per exemple, la diferència en el sistema de prestació de la prescripció i en l'atenció sanitària fragmentada, entre d'altres.

1. En aquest escenari, l'EAP percep la remuneració per les hores prestades i es fa càrrec de prestar l'assistència als residents, i els adjudica un altre metge o metgessa en cas d'impossibilitat per part del que els assisteix habitualment.

Davant d'aquesta heterogeneïtat, cal definir un model de contractació únic, que estigui d'acord amb l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària dins del marc estratègic de la Direcció Estratègica d'Atenció Primària i, a l'hora, esdevingui un model d'atenció centrat en les persones ateses.

En aquest sentit, com s'ha descrit al llarg del document, el nou model d'atenció sanitària integrada a les residències a Catalunya definit, planteja un model en el que el metge o metgessa de la residència està assignat des de l'equip d'atenció primària de referència de la residència, esdevenint el professional referent en l'atenció sanitària de les persones ateses a la residència.

B/ Necessitats de recursos humans de les residències a Catalunya

Tenint en compte la creixent complexitat en la situació de salut de les persones que viuen en residències a Catalunya i la necessitat de garantir la continuïtat assistencial a les residències, cal dotar-les dels recursos necessaris perquè puguin dur a terme les seves activitats.

Actualment, existeix consens entre les patronals sanitàries i socials respecte a la insuficiència del nombre d'hores dels professionals sanitaris marcades per la per la Llei d'ordenació de professions sanitàries (Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, LOPS), especialment pel que fa als metges i als infermers.

C/ Conclusions

El nou model únic de contractació de professionals de l'equip d'atenció a les residències a Catalunya ha de preveure les diferències de necessitats en termes de recursos humans segons la tipologia de residència, el nombre de llits disponibles i el perfil de les persones que hi són ateses.

Adicionalment, i tenint en compte que en el model de contractació futur el metge o metgessa i l'infermer o infermera de la residència venen d'un EAP, és necessari que l'EAP tingui reconeguda aquesta tasca i hi hagi els recursos necessaris i adients per respondre-hi.

El nou model de contractació ha de preveure, per tant, un increment significatiu en el nombre d'hores per any i per resident dels professionals i la necessitat de reordenació de la resta de professionals de l'equip de la residència (gerocultors, auxiliars d'infermeria, etc.).

7.4 Situació dels sistemes d'informació

De cara a desplegar el nou model d'atenció sanitària integrada als qui viuen en centres residencials per a gent gran, un dels elements a tenir en compte és el compartiment de dades entre els sistemes d'informació dels centres residencials i es dels diferents EAP de Catalunya.

D'acord amb això, s'ha realitzat un primer exercici amb dues visions: (A) analitzar els sistemes d'informació (d'ara endavant, SSII) que hi ha actualment en ús als centres residencials a Catalunya, i (B) detallar com ha de ser un SSII de referència que doni cobertura al nou model d'atenció sanitària integrada definit.

A) Situació actual de l'ús dels SI als centres

Per tal d'analitzar la situació actual a les residències de Catalunya, s'ha agafat una mostra de 303 centres pertanyents als grups següents: Unió, Prytranis, FEATE, Masdeu Hogar, Cambrils Suits, Sant Andreu Salut, Associació ACAD i Associació ACRA.

Entre els 303 centres estudiats, s'han observat tres situacions:¹

- El 2,3% dels centres no té cap sistema d'informació
- El 80,3% dels centres utilitzen un dels cinc SI següents: Resiplus, Aegerus, Gavin, GDR o Gowin
- El 17,1% dels centres utilitza un SI propi, alternatiu als cinc SI principals
- L'11,5% dels centres disposen d'un doble sistema d'informació: un sistema propi i e-CAP

Relació de Sistemes d'Informació (SI) de la mostra de residències de Catalunya

SSII	Nre. centres	%
Resiplus	109	35,9
Aegerus	119	39,2
Gavin	4	1,3
GDR	7	2,3
Gowin	5	1,6
Grosalus	1	0,3
SAP-MED	1	0,3
Cap SI	7	2,3
Altres	50	16,5

1. Els percentatges no són exactes, ja que han estat arrodonits a la decimal

B) SI únic de referència en el nou model d'atenció sanitària integrada

En el marc del desplegament del nou model d'atenció sanitària integrada, és necessari que els centres residencials de Catalunya utilitzin SI compatibles amb els EAP de Catalunya per facilitar el compartiment de la informació de salut de les persones ateses, així com l'edició i la gestió de les seves dades. En aquesta línia, es recomana que es desenvolupi o s'esculli un únic SI de referència, al qual tinguin accés i utilitzin totes les residències i EAP a Catalunya, com ara l'e-CAP.

A continuació es detalla un recull de les funcionalitats que cal incorporar a l'e-CAP perquè sigui d'utilitat tant per als EAP com per als centres residencials de Catalunya:



Registre d'activitats



PIAIS



Valoració resident



Seguretat del pacient (caigudes, etc.)



Registre diari de la relació d'activitats



Escales funcionals



Gestió de visites



Gestió d'habitacions



Gestió de dades



Comunicació entre professionals (tal i com es fa actualment als SSII GPR, Resiplus o Growin)



Seguiment de dades socials



**Generalitat
de Catalunya**