

Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut

www.gencat.cat/ics


abril 2010



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català
de la Salut

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 1

Grup de treball

Walesca Badia Rafecas. Infermera. Coordinadora de l'Àrea de Processos d'Infermeria (SAP Tarragona-Valls).

Marta Bonilla Ibern. Treballadora social. EAP Viladecans 2 (SAP Baix Llobregat Litoral).

Carmen Buendia Surroca. Infermera adjunta a la Direcció. EAP Sants-Carreras Candi (SAP Esquerra de Barcelona Ciutat).

Francisco Cegri Lombardo. Infermer adjunt a la Direcció. CAP Pare Claret (SAP Dreta de Barcelona Ciutat).

Judith Company Fontané. Infemera. CAP Santa Rosa. ABS 5 (SAP Santa Coloma de Gramenet).

Joan Carles Contel Segura. Infermer. Coordinador de Processos d'Infermeria. L'Hospitalet de Llobregat (DAP Costa de Ponent).

Núria Fabrellas Padres. Infermera. Coordinadora d'Infermeria d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

Esther Limón Ramírez. Metgessa de família. Directora EAP Granollers-4 Sud (SAP Granollers-Mollet del Vallès).

Montserrat Nozal Baldajos. Infermera adjunta a la Direcció EAP Antoni Creus (SAP Sabadell-Terrassa).

Àngels Ondiviela Cariteu. Infemera. EAP Cardedeu (SAP Granollers-Mollet del Valls).


Pepita Rodríguez Molinet. Treballadora Social. EAP Poble Sec (SAP Esquerra de Barcelona Ciutat). Referent de Treball Social Àmbit Barcelona.

Carme Saldaña Vila. Treballadora social. EAP Sant Joan de Vilatorrada (SAP Bages-Berguedà-Solsonès).

Anna Viladot Aguayo. Infermera adjunta a la Direcció EAP Llicà d'Amunt (SAP Granollers-Mollet del Vallès).

Coordinació

Francisco Cegri Lombardo. Infermer adjunt a la Direcció. CAP Pare Claret (SAP Dreta de Barcelona Ciutat).

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 2

Direcció

Alba Brugués i Brugués. Direcció de Cures des del mes de juny de 2009. Institut Català de la Salut.

Núria Fabrellas i Padrés. Coordinadora d'Infermeria d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

Àngel Vidal i Millà. Direcció de Processos Cures i Qualitat fins al mes de juny de 2009. Institut Català de la Salut.

Revisió


Antonio Aranzana Martínez. Metge de família. Director CAP Pare Claret (SAP Dreta de Barcelona Ciutat).

Carme Lacasa Plana. Infermera. Departament de Salut.

Suport tècnic


Susanna Saval. Oficina de Publicacions. Gabinet Tècnic i de Comunicació. Institut Català de la Salut.

Geòrgia Bascompta. Oficina de Planificació Lingüística. Gabinet Tècnic i de Comunicació. Institut Català de la Salut.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 3

ÍNDEX


Presentació	4
1. Introducció	5
2. Objectius del Programa	9
3. Identificació de la població diana	11
4. Criteris d'inclusió i d'exclusió en el Programa	12
5. Classificació de les persones usuàries en el Programa	13
6. Activitats del Programa	15
7. Activitats de formació, docència i recerca	24
8. Dimensió social i comunitària de l'ATDOM	27
9. Coordinació entre els diferents nivells assistencials	33
10. Línies de serveis segons els tipus de pacients	40
11. Avaluació del Programa	41
12. Bibliografia	46
 Annexos	
1. Tecnologies de la informació i comunicació	52
2. Models d'evolució de les malalties	53
3. Cures paliatives	56
4. Centres residencials	58
5. Models organitzatius	61
6. Ajudes tècniques	64
7. Dispositius socials i socio-sanitaris	76
8. Experiències de bones pràctiques	79
 Taules	
1. Relació d'equips PADES/ETODA a Catalunya	87
2. Relació d'equips d'hospitalització a domicili – hospital	90
3. Relació de gestores de casos/infermera enllaç - EAP/hospital	91

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 4

Presentació

Amb la consolidació de la reforma de l'atenció primària de salut, a Catalunya s'han desenvolupat programes i protocols orientats a donar resposta a les necessitats i demandes sanitàries de la població, amb la major eficàcia i eficiència d'acord amb els canvis que han experimentat els problemes de salut de la població, la transició demogràfica, l'evolució tecnològica, econòmica i cultural que generen els canvis socials, factors que poden modificar la disponibilitat dels recursos. Considerant-ne la previsible evolució, es fa necessari desenvolupar diferents alternatives i programes institucionals per oferir serveis adequats a les necessitats canviants de la població. De les diferents modalitats d'atenció que ofereix la xarxa de serveis sanitaris, l'atenció domiciliària és la que previsiblement en un futur proper augmenti la demanda i la utilització d'aquests serveis.

Aquest document "Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut" ha estat elaborat pel grup de treball ATDOM de l'ICS, amb la voluntat de donar resposta a les necessitats presents i futures d'aquesta societat canviant, avançant cap a fórmules assistencials més integradores. És un model d'atenció domiciliària col·laboratiu amb visió compartida d'atenció basat en la detecció precoç de les cures que obliga a la cura anticipada, en la coordinació entre els diferents nivells assistencials i professionals que intervenen en el *continuum* assistencial sociosanitari, en la racionalització de recursos assistencials convencionals i específics, amb objectius, destinació i accions clarament definides que preveuen l'avaluació sistemàtica de l'impacte produït en termes de resultats.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 5

1. Introducció

Des de l'inici de la reforma de l'atenció primària a Catalunya, els equips d'atenció primària (EAP) assumeixen majoritàriament l'atenció a domicili (ATDOM) de les persones amb problemes de salut crònics o aguts que no poden desplaçar-se al centre d'atenció primària (CAP). Els EAP gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), que es el principal proveïdor de serveis d'atenció primària de Catalunya, organitzen l'ATDOM de les persones amb problemes de salut crònics mitjançant el Programa "Salut a casa", que defineix objectius comuns per a tota l'organització. Hi ha també altres recursos sanitaris de finançament públic que ofereixen aquest servei a la població o a grups poblacionals específics com són: el Programa d'atenció domiciliària dels equips de suport (PADES), l'atenció domiciliària a la mare i al nadó després del part a càrrec de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), les unitats d'hospitalització a domicili, l'ATDOM a persones amb problemes de salut mental, els serveis d'emergència (SEM) i la rehabilitació al domicili.

A més a més, des dels diferents dispositius assistencials públics s'han iniciat en els darrers anys altres iniciatives que, directament o indirectament, han intentat donar suport a l'ATDOM (les gestores de casos, la infermeria d'enllaç, el Programa de detecció i seguiment de la persona malalta fràgil, l'atenció telefònica de les urgències, la posada en marxa del procés de planificació de l'alta hospitalària PREALT, la coordinació dels EAP amb les residències geriàtriques de la zona, el reforç de l'equip d'atenció domiciliària durant l'època del Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), la integració dels PADES com a equips d'atenció domiciliària dels EAP, el projecte PISA de la Divisió Hospitalària de l'Institut Català de la Salut (ICS) i les experiències demostratives PRODEP.

Ara per ara, la major part d'aquests serveis s'adrecen majoritàriament a les persones que, a causa del seu estat de salut i les seves característiques comunitàries, sociosanitàries i organitzatives, necessiten una ATDOM

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 6


sistemàtica durant un determinat període de temps que pot ser prolongat o puntual i de caire curatiu o preventiu.

Tenint en compte les projeccions demogràfiques i els canvis socioeconòmics i culturals, es preveu en un futur pròxim un important increment de la demanda i de la utilització d'aquests serveis d'ATDOM. En relació amb el primer punt, a Catalunya, s'ha produït un intens procés d'envelliment en les últimes dècades com a resultat de l'augment sostingut de l'esperança de vida. L'índex d'envelliment (ràtio entre la població amb 65 o més anys i els menors de 15 anys) quasi s'ha triplicat en els darrers anys (va passar de 44 a 126, des de l'any 1981 al 2001).

En línia amb l'envelliment de la població s'ha produït un augment de la incidència i la prevalença de les malalties cròniques, degeneratives i incapacitants. L'any 2006, el 95,7 % de les persones de 65 anys i més que vivia a Catalunya manifestava tenir algun problema de salut crònic (Departament de Salut, 2006) i el 13,8 % (157.519 persones) d'aquest mateix grup poblacional presentava com a mínim un tipus de discapacitació física, sensorial o psíquica (Departament d'Acció i Social i Ciutadania, 2006). A tot això, s'hi afegeix l'augment de l'activitat hospitalària sense ingrés i l'escurçament del temps d'estada en els hospitals (Zunzunegui, 2001) que fa imprescindible assegurar una bona coordinació entre els serveis assistencials hospitalaris i d'atenció primària.

Tots aquests aspectes fan preveure, a més a més de l'esmentat augment en les demandes d'aquests serveis, un important augment de les expectatives de la població pel que fa a l'ATDOM, que inclouen, entre d'altres, la petició d'una major aproximació de l'atenció i una millor coordinació amb els recursos socials (atenció compartida sociosanitària) quan així es requereixi.

També durant els últims anys sorgeixen a la literatura un bon nombre de treballs que presenten models on l'eix central ha estat la configuració d'escenaris amb serveis integrats de salut. Quasi tots els models tenen com a element comú el fet de ser una resposta a l'increment tan important i

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 7


destacat del nombre de persones amb malalties cròniques, que utilitza reiteradament i de forma poc eficient els diferents dispositius del sistema

Els punts forts de la situació actual són, entre altres: l'activitat emergent i l'aparició d'innovacions, la percepció d'un alt grau d'acceptació de l'atenció a domicili per part dels pacients, l'expectativa creada pel nou model estatal de la dependència en un context complicat com l'actual i la nova Llei de serveis socials a Catalunya i l'augment de l'interès de la població i de les autoritats, tant locals com nacionals, en models d'atenció integrada.


Els punts febles de la situació actual són, entre d'altres, la manca d'un model assistencial formalitzat per a l'atenció a domicili, la manca de comunicació entre professionals (entre diferents nivells assistencials o entre diferents serveis/unitats de la mateixa institució), la manca d'encaix entre el servei d'atenció al domicili i les necessitats del pacient, els dèficits en la coordinació entre els serveis sanitaris i socials, la presència de buits d'atenció, les duplicitats de servei, la motivació professional baixa i la manca de lideratge, el desajust amb el paper canviant del pacient, la crisi de les persones cuidadores i poder adquisitiu insuficient de les famílies.

Per tant, si es vol donar resposta a les necessitats, actuals i futures, d'aquesta societat canviant, és necessari avançar cap a fórmules assistencials més integradores amb objectius, destinataris i accions clarament definits i que prevegin l'avaluació sistemàtica de l'impacte produït en termes de resultats.

No volem cloure aquesta introducció sense esmentar conceptes com fragilitat i proactivitat. Conceptualment són els EAP els que poden oferir una atenció integral, i integrada i garanteixen el contínuum assistencial. Així doncs, si assumim que el pas d'autonomia a dependència també és un continu, els professionals de l'APS tenen un paper clau en el foment de l'autonomia, la detecció de fragilitat i l'atenció a la dependència una vegada s'ha establert. Les actuacions haurien de ser proactives.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 8

A partir de la dècada de l'any 1990, el concepte "de persona gran fràgil" ha anat prenent forma, i les diferents definicions es basen en la disminució progressiva de la capacitat de reserva i adaptació de l'homeòstasi que es produeixen a l'envelliment patològic. Aquest concepte no es correspon amb cap patologia concreta, ni amb una síndrome geriàtrica única, sinó que característiques individuals, l'edat, el fet de viure sol, la viduïtat recent, la presència de problemes socials, hospitalitzacions recents, patologia invalidant o la presència de síndromes geriàtriques són components que, combinats, formen aquesta definició multidimensional que encara no ha estat universalment acceptada. Aquestes característiques, socials i sanitàries, fan que la persona gran estigui en risc de perdre autonomia i tingui major risc de ser institucionalitzat i de morir abans. Per assimilació a d'altres definicions, podríem considerar la fragilitat com la "preATDOM", que també ha de ser detectada, i si és abordada de forma correcta, permet retardar la dependència dels pacients.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 9

2. Objectius del Programa


L'atenció domiciliària és el conjunt d'activitats, de caire socio sanitari i d'àmbit comunitari, que es realitza al domicili de la persona amb la finalitat de detectar, valorar i donar suport i seguiment als problemes de salut de l'individu i la família, per potenciar l'autonomia i millorar la qualitat de vida de la persona.

Garanteix la continuïtat del procés d'atenció ja que coordina tots els àmbits assistencials, en potencia l'autonomia i en millora la qualitat de vida (Programa marc d'atenció a domicili-1994).

L'atenció domiciliària s'organitza com un programa de salut en interrelació amb els altres programes assistencials existents (programa de la gent gran, de l'adult, del nen sa, de cures pal·liatives). Es basa en el treball interdisciplinari de professionals de medicina, infermeria i treball social. Al Programa es defineixen objectius, criteris d'inclusió i exclusió, activitats que s'han de fer per aconseguir els objectius específics establerts per a cada pacient, i indicadors d'avaluació.

Missió

Donar una atenció socio sanitària de qualitat en el domicili, integral, coordinada, orientada a les necessitats de la persona, família i a l'entorn, respectant l'autonomia i valors de la persona i dirigits cap a l'autocura i corresponsabilitat de l'individu.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 10

Visió

- Orientada a les persones i les seves famílies
- Des de la dependència al final de vida
- Treball en equip interdisciplinari
- Facilitadores de les relacions amb l'entorn

Valors

- Compromís
- Competència professional
- Confidencialitat
- Equitat
- Flexibilitat


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 11

3. Identificació de la població diana

L'atenció domiciliària va dirigida a la població amb una patologia aguda, crònica o en procés de final de la vida, o a persones grans allitades o confinades al seu domicili.

La detecció de les persones susceptibles de ser ateses en el Programa ATDOM es fa a partir de les fonts d'informació sanitàries i socials, com:

- La demanda espontània d'atenció a domicili.
- Les altes hospitalàries o sociosanitàries de pacients amb malalties cròniques o amb seqüeles que determinen una pèrdua d'autonomia o amb necessitat de continuïtat de cures (Programa PREALT).
- Informació subministrada per familiars, veïns, associacions i altres agents de la comunitat (oficines de farmàcia).
- Detecció de persones grans que viuen soles o amb família amb capacitat limitada de suport.
- Els programes socials d'ajut a domicili.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 12

4. Criteris d'inclusió i d'exclusió en el Programa

Criteris d'inclusió en el Programa

Les persones que han estat valorades pel metge/essa, infermer/a o treballador/a social compleixin almenys el criteri següent:


- No poder desplaçar-se al centre per ser-hi ateses, per motius de salut o de condició física o per la seva situació social o de l'entorn, d'una forma temporal o permanent.

Criteris d'exclusió en el Programa

Les persones que compleixen almenys un dels criteris següents:

- Pacient que segons la valoració sociosanitària al domicili no té criteri d'inclusió; en aquest cas ha de ser derivada al recurs més adequat.
- La no acceptació per part de la persona i de la seva família.

La codificació internacional mèdica (CIM10) inclou el **codi Z74** (ATDOM- Problema amb dependència de la persona que dona els serveis) per codificar l'atenció domiciliària.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 13

5. Classificació de les persones usuàries en el Programa

A hores d'ara, les persones usuàries incloses en el Programa d'atenció a domicili es classifiquen en sis grups diana segons els criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut publicat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social l'any 1996:

- **Pacients amb patologia crònica:** persones afectades de processos crònics, neurològics, respiratoris, reumatològics o d'altres.
- **Malalts terminals:** persones en fase terminal per neoplàsies, sida o geriàtrics.
- **Deteriorament cognitiu:** persones amb l'estat cognitiu deteriorat de forma permanent.
- **Persona usuària grup de risc:** persones que per les seves característiques físiques de l'entorn (aïllament social, edat avançada, dèficit d'autonomia, barreres arquitectòniques o d'altres) s'inclouen dins de programes de promoció i prevenció de salut.
- **Pacient transitori > 1 mes:** persones que necessiten atenció domiciliària transitòria de més d'un mes com a conseqüència de traumatismes, cirurgia, altes hospitalàries amb un grau moderat de dependència que necessiten cures, tractaments o teràpia de rehabilitació.

Però, en la situació actual, aquesta classificació resulta pobre ja que no reflecteix la intensitat ni la complexitat de l'atenció que reben les persones usuàries en el Programa d'atenció a domicili i la veritable càrrega de treball que suposa als i a les professionals. Per la qual cosa hem treballat una nova proposta de classificació que, a partir del grau de dependència de la persona usuària per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 14

(ABVD) ens informarà de forma més precisa del tipus i de la quantitat de les intervencions fetes a domicili.

Proposta de classificació de les persones incloses en el Programa segons el grau de dependència per a la realització de les ABVD

Dependència de les ABVD


Autonomia (Barthel 100, 90 si va en cadira de rodes): la persona que per la seva situació social o de l'entorn (barreres arquitectòniques) no pot ser atesa en el centre de salut.

Dependència lleugera (Barthel >60): la persona necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia necessita ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal.

Dependència moderada (Barthel 40-55): la persona necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no necessita la presència permanent d'una persona cuidadora o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal.

Dependència severa (Barthel 20-35): la persona necessita ajuda per fer diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia, i necessita la presència permanent d'una altra persona.

Dependència total (Barthel <20): la persona per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 15


6. Activitats del Programa

6.1 Activitats de prevenció i promoció de la salut

Com tota activitat que duem a terme a l'atenció primària de salut, l'ATDOM ha d'incloure aspectes de prevenció primària, secundària i terciària.

Un altre aspecte és l'efectivitat de les visites domiciliàries preventives. Hi ha una evidència clara d'efectivitat (reducció mortalitat i d'ingressos hospitalaris) amb la realització d'intervencions basades en l'avaluació geriàtrica integral, centrades en persones grans-joves (menors de 77 anys).

De les revisions sistemàtiques fetes en els últims anys la d'Stuck (2002) és la que més impacte ha tingut en els darrers anys. Es van analitzar 18 estudis i es va relacionar de manera estadísticament significativa la disminució de la mortalitat en poblacions més joves (entre 72,7-77,5 anys) incloent-hi cinc estudis en pacients de risc. Va concloure que la institucionalització va disminuir un 40 % en tots els grups i es va associar a la intensitat de les visites realitzades a domicili (més de 9 visites/any/pacient). L'estat funcional va augmentar en pacients amb baix risc de mortalitat només si es feia un seguiment de l'avaluació geriàtrica multidimensional que inclogués aspectes mèdics, funcionals, psicosocials i ambientals. Malgrat les limitacions que tenen aquestes anàlisis pel que fa a heterogeneïtat de les activitats que es realitzen amb cada persona i per cada professional implicat, la intensitat de les intervencions realitzades, el grau de compliment dels/les pacients de les conductes i hàbits recomanats pels professionals i la selecció de la població en què s'intervé, s'està començant a donar evidència de l'impacte de les activitats desenvolupades pels professionals en el Programa ATDOM.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 16

6.2 Activitats assistencials

Organització de les agendes de treball


L'actual pressió assistencial en les consultes ha disminuït el temps de dedicació que es requereix, ja que s'organitza el treball segons la demanda i no les necessitats dels/les pacients (Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya-2004), i es perd llavors un dels valors afegits de l'activitat, que és la proactivitat. S'ha de garantir a tots els professionals una agenda de treball flexible, adaptada a les característiques de l'equip, de l'entorn i de la població, i gestionada pel professional per realitzar l'ATDOM.

Aquesta agenda ha d'incloure espais compartits metge/essa –i nfermer/a - treball social per realitzar, planificar i avaluar l'actuació, també ha de permetre segons les necessitats de la persona (atenció final de la vida) un espai diari per a la seva realització.

6.3 Activitats de valoració i avaluació

Valoració del pacient i de la persona cuidadora

La valoració ha de ser multidimensional i incloure aspectes que permetin identificar les necessitats, els valors i els recursos del pacient i de la família (físics, culturals, psicològics, socials, espirituals, religiosos, existencials, ètics i legals). El treball interdisciplinari és necessari per a la realització d'una valoració completa i exhaustiva. L'ús de tests o escales validades millora la realització i la qualitat d'aquest procés, sempre que la informació obtinguda sigui utilitzada per la presa de decisions en l'elaboració del pla d'intervenció.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 17

6.4 Activitats rehabilitadores

Com a objectiu general en l'atenció domiciliària, cal afavorir que la població amb dependència per motius de salut, estigui al seu domicili tant com pugui, per conservar al màxim les seves possibilitats de desenvolupar una vida independent.

Per això, amb caràcter general, cal implementar mesures que prevegin el deteriorament funcional: mobilitzacions passives, canvis posturals, l'ús d'ajuts tècnics i la deambulació, entre d'altres. Activar recursos específics de rehabilitació domiciliària, ambulatoria o convalsència sociosanitària.


6.5 Activitats de l'equip i de coordinació

El treball en equip

Per poder fer les activitats del Programa d'ATDOM amb qualitat és imprescindible el treball en equip. Les activitats del Programa han d'estar dirigides a la consecució dels objectius específics establerts per a cada pacient i incloure activitats de prevenció i promoció de la salut, assistencials i rehabilitadores.

La freqüència de les visites domiciliàries ve determinada pel temps màxim establert per a la consecució dels objectius del pacient com per la situació de salut.

Per garantir la interrelació professional i el compliment de les activitats del Programa cal delimitar específicament les activitats i responsabilitats de cada professional.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 18

Taula 1. Tasques que els professionals del centre de salut fan per al Programa ATDOM

Metge/essa de família	Infermera	Treballador/a social
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar les necessitats sociosanitàries existents. • Detectar el grau de coneixement de la malaltia del pacient i la família. • Conèixer les expectatives respecte a la malaltia. • Conèixer l'entorn del pacient i la família. • Fomentar l'autoresponsabilitat i l'autocontrol del pacient i la família en el pla de cures. • Donar suport moral i psicològic al nucli familiar. 		


Pla terapèutic

Una vegada feta la valoració hem de dissenyar un pla de cures centrat en les necessitats del pacient/persona cuidadora amb els aspectes claus: comunicació, coordinació, control de símptomes, continuïtat de les cures i suport a la cura.

La coordinació

L'atenció domiciliària perquè sigui realment efectiva, l'ha de fer un grup de professionals de diferents disciplines (medicina, infermeria i treball social), que ha de treballar de manera coordinada.

L'objectiu general de la coordinació s'encamina a aconseguir que l'esforç dels professionals, tot emprant com menys temps millor, i amb els recursos existents, generi la màxima eficàcia i eficiència en el seu propi treball i eviti duplicitats d'actuacions i confusió en el pacient.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 19

Els objectius específics de la coordinació són:

- Millorar l'atenció a la persona
- Proporcionar una atenció continuada a la persona
- Optimitar els recursos, serveis i prestacions
- Planificar actuacions i recursos

Per assolir els objectius de la coordinació es poden utilitzar el canal oral: entrevistes, reunions, telèfon, intercanvi diari d'informació, i l'escrit: registres a la història clínica, ús de la història clínica compartida, informes i correu electrònic.


La coordinació s'ha de donar en dos nivells:

1. Intern des de l'equip d'atenció primària
2. Extern des de l'equip d'atenció primària

Nivell intern

- Intercanvi d'informació continu entre els/les diferents professionals de l'equip implicats.
- Reunions periòdiques dels professionals implicats per establir i fer els seguiments dels plans d'atenció, i planificar les activitats del Programa d'atenció domiciliària.

Recomanem la designació del professional referent del Programa d'atenció domiciliària dins dels centres d'atenció primària.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 20

Els professionals que desenvolupen un paper, com a referents del Programa d'atenció domiciliària dins l'equip, són professionals compromesos en el bon funcionament del Programa, amb una major afinitat per a aquest conjunt de tasques que suposa l'atenció del pacient en el seu domicili.

Aquest professional referent sol ser una infermera de l'EAP, òptimament ha de ser un equip interdisciplinari, que es compromet a assumir un rol coordinador i organitzador per al bon funcionament del Programa dins l'EAP i és reconegut com a tal per la direcció (direcció per objectius) i els professionals de l'equip.

Les funcions de la persona referent de l'ATDOM de l'EAP són:

- Vetllar per l'equitat dels equips quant a càrregues de treball, equilibrant el nombre de pacients d'atenció domiciliària dels diferents professionals.
- Donar suport als altres professionals, per problemes amb procediments, gestió de recursos, etc.
- Actuar directament al domicili amb la infermera referent de la persona malalta si la complexitat del cas ho requereix.
- Comunicar a l'equip, en forma de sessions els canvis, innovacions, en tot el que es refereix a l'atenció domiciliària.
- Participar en reunions amb altres equips, PADES, amb la finalitat d'unificar criteris, elaborar protocols, etc.
- Ser nexa d'unió entre els professionals de l'equip i les infermeres d'enllaç de l'hospital en el cas que la infermera referent del pacient no estigui localitzable en aquell moment.
- Vetllar, en general, pel bon funcionament del Programa d'atenció domiciliària.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 21

Nivell extern

- Coordinació amb la xarxa d'atenció primària de salut i els equips de suport: PADES, serveis de rehabilitació ambulatoria i domiciliària, infermeria d'enllaç, CSMA, CSMIJ. (Aspecte desenvolupat a l'apartat *La coordinació entre els nivells assistencials*).
- Coordinació amb la xarxa d'atenció especialitzada: especialistes, centres sociosanitaris, hospitals d'aguts, hospitals de dia, unitats d'hospitalització domiciliària, UFISS i hospitals psiquiàtrics.
- Coordinació amb els serveis socials d'atenció primària i especialitzats: serveis socials de dependència municipal, residències assistides i centres de dia, equips d'atenció a la dependència, ONG i grups d'ajuda mútua...


6.6 Activitats de registre

Història clínica compartida a Catalunya

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya sobre la base de les obligacions establertes en la legislació vigent (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació respecte de la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica) ha desenvolupat un programa per disposar de la història clínica compartida a Catalunya (HC3) de cada persona.

La implantació de l'HC3 permetrà que els professionals que atenen un/a pacient puguin, en tot moment, tenir accés a la història corresponent, complint amb la obligació establerta en la legislació vigent sobre seguretat i confidencialitat.

L'HC3 té com a nucli central tota la ciutadania del sistema sanitari de Catalunya. Inicialment, l'HC3 ha de donar cobertura a la ciutadania de la

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 22

xarxa sanitària d'utilització pública. L'objectiu, en una fase posterior, és donar suport als/les pacients del sistema sanitari privat. La persona és la titular de les dades que consten en la història clínica i ha de tenir accés a la informació disponible sobre la seva salut i la possibilitat de decidir sobre l'accés a aquesta informació, per part dels professionals que l'atenen.


És important normalitzar la informació que s'intercanvia, per la qual cosa el sistema presenta unes necessitats d'utilització d'estàndards d'integració tecnològica, que permeten la comunicació, i d'estàndards funcionals.

Objectius bàsics de l'HC3

L'objectiu principal de l'HC3 és la millora de l'atenció de la salut de les persones mitjançant una eina que millori i faciliti la feina dels professionals sanitaris en permetre l'ús compartit de la informació disponible sobre els/les pacients i entre els centres assistencials de Catalunya.

- Ha de facilitar i potenciar la continuïtat assistencial i millorar l'ús dels recursos informatius.
- Ha de possibilitar que els pacients atesos en diversos centres no s'hagin de sotmetre a exploracions i procediments repetits.
- Ha de donar accessibilitat a la ciutadania al seu historial mèdic.
- Ha de facilitar la relació i comunicació entre professionals.
- Ha de facilitar l'accés a la informació rellevant.
- Ha de garantir la privacitat i la seguretat de les dades que es publiquen.

Per tal de facilitar l'accés a la informació més rellevant, s'hi ha incorporat una pantalla específica, la pantalla "història clínica resumida" amb els continguts següents:


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 23

1. Avisos (només hi apareixen si estan informats).
 - dret d'oposició a la consulta
 - voluntats anticipades
2. Prescripció electrònica, prescripció procedent de l'aplicatiu SIRE.
3. Proves analítiques dels últims 6 mesos, (inclou anatomia patològica).
4. Informació d'atenció primària i especialitzada dels últims 12 mesos.
5. Informació d'internament i urgències dels últims 36 mesos.
6. Alertes i problemes actius rellevants en atenció primària, conceptes d'Alerta", "Problema de salut" en ordre de rellevància.
7. Condicionants de salut rellevants en atenció primària o problemes de salut tancats que han tingut rellevància.
8. Procediments diagnòstics i terapèutics.

Quant a facilitar la relació i comunicació entre professionals hi ha les opcions "Subscripcions" i "Notificacions".

A l'opció "Subscripcions", el professional pot seleccionar la informació de la qual vol ser avisat quan es publica, d'un determinat pacient o pacients: informes d'alta mèdica, informes d'alta d'infermeria, proves diagnòstiques...

L'opció "Notificacions" és la consulta d'informació rebuda tant la subscripta, com la que envia un altre servei exemple PREALT (missatgeria previ acord entre entitats).

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 24


7. Activitats de formació, docència i recerca

7.1 Formació continuada

Tot i que l'atenció domiciliària pot ser considerada com un canvi d'escenari, més que un canvi d'activitat, aquesta peculiaritat fa que sigui oportuna una formació específica i continuada per a tots els professionals.

La formació es desenvolupa en tres nivells bàsic, intermedi i avançat segons les necessitats dels professionals.

- **Nivell bàsic:** per a tots els professionals de l'equip.
 - Valoració del pacient
 - Valoració de la persona cuidadora/família/xarxa social
 - Valoració de l'entorn
 - Treball en equip: qui fa què, necessitat d'espais de coordinació
 - Conceptes bàsics de l'abordatge al domicili del final de la vida
 - Coordinació de nivells
 - Criteris i estàndards de qualitat
 -
- **Nivell intermedi:** mòduls d'aprofundiment segons necessitats.
 - Habilitats de valoració de pacients complexos (IOCA, oncològics, geriàtrics). Conceptes de gestió de cas
 - Eines per afavorir la comunicació amb els/les pacients i les famílies en situacions de final de vida
 - Farmacologia per a situacions concretes i específiques

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 25

- Actuacions en situacions d'urgència a domicili. Terapèutica i criteris de derivació
- Aspectes ètics: nivells d'intervenció, presa de decisions i voluntats anticipades
- Aplicació de la metodologia de la qualitat: el circuit de la qualitat, indicadors, estàndards, etc.
- ...
- **Nivell avançat:** per a professionals que es dediquen exclusivament a fer atenció domiciliària.
 - Eines de gestió de cas
 - Valoració i gestió de complexitat
 - Abordatge de patologies infreqüents i complexes
 - Aplicació de tècniques específiques a domicili: paracèntesi, toracocèntesi....
 - ...

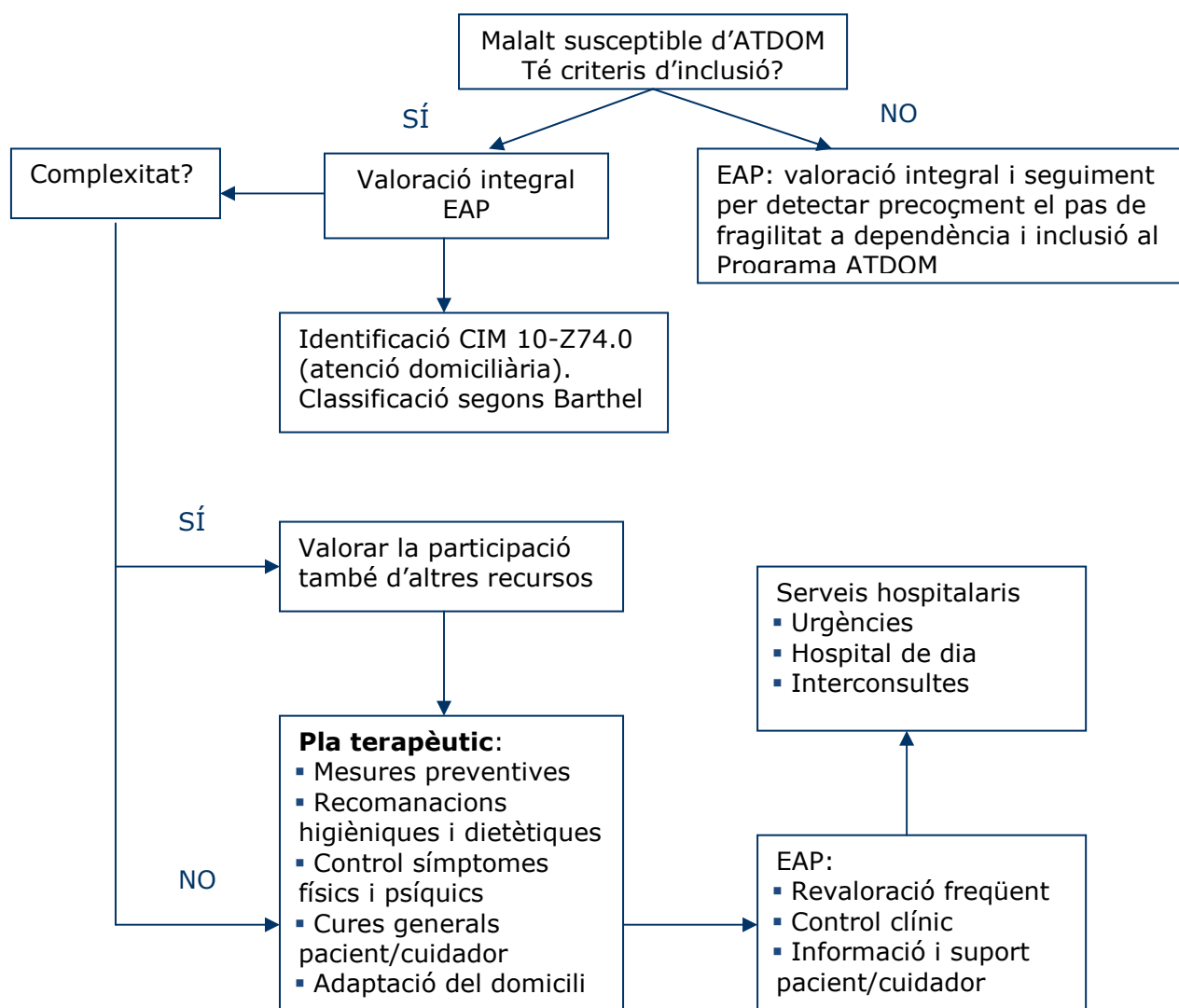
7.2 Recerca


Hi ha molts temes que cal valorar en el camp de la recerca de l'atenció domiciliària. Però el fet que l'ATDOM s'ofereixi a persones que no poden anar a la consulta diària al CAP, i que siguin activitats de "tractament" o un procés social complex (que inclou variables independents que difícilment s'adeqüen als requeriments d'un assaig clínic aleatori) provoca que el disseny dels estudis sigui diferent al dels estudis experimentals.

Són resultats interessants d'estudiar:

- Efectivitat del Programa al nostre medi
- Qualitat de vida percebuda
- Benestar
- Satisfacció
- Promoció d'autonomia
- Probables efectes adversos de l'entrada al Programa

Figura 1. Algoritme d'actuació del Programa d'actuació domiciliària



 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 27

8. Dimensió social i comunitària de l'ATDOM

En el Programa d'atenció domiciliària cal integrar la valoració sistemàtica del context social i comunitari per part de **tots** els professionals implicats en l'atenció, enquadrant-lo en el context general de tractament bàsic per oferir una atenció integral.

Malgrat tot, l'abordatge dels aspectes psicosocials i familiars que incideixen en les situacions de salut/malaltia, requereix una intervenció específica amb metodologia i tècniques més específiques i pròpies del treball social sanitari.


L'atenció social s'ha d'articular sobre la base d'un model *proactiu i equitatiu*.

Proactiu, perquè el coneixement dels factors de risc aconsella que l'atenció social es presti tot i no haver-hi demanda prèvia de la persona usuària i *equitatiu* perquè es basa en la planificació de la intervenció.

Cal que sigui també un model *democràtic*, ja que ha de permetre ajustar la intervenció considerant la participació dels protagonistes, de les persones que pateixen els problemes.

L'atenció social del Programa cal desplegar-la en les seves modalitats, individual, grupal i comunitària. I cal considerar com a població diana: les persones amb qualsevol grau de dependència, en final de vida, en situació de fragilitat i les seves persones cuidadores i familiars.

És important tenir en compte la dimensió comunitària de l'atenció al domicili i millorar-la ja que ens proposem mantenir la persona en el seu entorn sempre que sigui possible amb les millors condicions possibles d'atenció sanitària i social.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 28

8.1 Objectius de la intervenció social

Objectius generals

- Identificar els factors de risc social que permetin la intervenció sota un model proactiu i equitatiu.
- Planificar la intervenció individualment, grupalment i comunitàriament.
- Detectar precoçment la població amb factors de risc de patir dependències.
- Interrelacionar els diferents nivells d'intervenció amb coherència i de manera planificada.
- Coresponsabilitzar pacients i persones cuidadores en la recerca de solucions a les seves necessitats.


Objectius específics

En relació amb la persona amb dependència

- Millorar la qualitat de vida de les persones amb dependència.
- Facilitar la vinculació i la relació de la persona dependent amb el seu entorn familiar.
- Atendre els factors emocionals de la malaltia o dependència.
- Prevenir l'aïllament social de la persona.

Com:

- Incloure la persona en el Programa d'atenció domiciliària i fer un seguiment periòdic i preventiu en el seu domicili.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 29

- Facilitar els recursos socials i comunitaris que puguin millorar les condicions i la socialització dels/les malalts/es i els seus familiars: centres de dia, ajuts per a la dependència, programes de millora de la dependència d'entitats determinades...

En relació amb la persona cuidadora i la família


- Millorar la qualitat de vida de les persones cuidadores familiars de les persones amb dependència.
- Vetllar pel manteniment de les relacions familiars de les persones cuidadores i prevenir el seu aïllament social.
- Prevenir la sobrecàrrega i la claudicació familiar.
- Atendre els factors emocionals de la malaltia en el grup familiar.
- Millorar les habilitats de les persones cuidadores tant en la cura de la persona malalta com en la pròpia.

Com:

- Promoure el voluntariat per donar suport a les persones cuidadores al domicili, tallers d'ajuda per a les persones cuidadores, grups socioterapèutics a persones cuidadores, ingressos temporals per descàrrega o vacances de les persones cuidadores.

En relació amb la comunitat

- Sensibilitzar la població i les institucions sobre les conseqüències de la dependència en les persones que la pateixen i en el seu entorn més immediat.
- Promoure la solidaritat a través de programes específics de voluntariat.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 30

- Facilitar la vinculació de les persones implicades en la dependència a grups d'ajuda mútua.
- Promoure l'associacionisme i els grups d'ajuda mútua.

Com:

- Participar activament en els mitjans divulgatius de la comunitat: butlletins, diaris locals, emissores de ràdio...
- Mantenir la població informada i motivada a participar.
- Utilitzar les activitats de qualsevol caire educatiu per sensibilitzar sobre les necessitats de suport a aquesta part de la comunitat.
- Conèixer els recursos socials i comunitaris de l'entorn i activar-los quan calgui, d'acord amb els objectius proposats.
- Promoure serveis de voluntariat en els centres de salut o acords amb entitats.

A tall d'exemple es detallen les intervencions concretes que cal posar en marxa per desenvolupar un programa d'atenció domiciliària amb la comunitat i per a la comunitat, taula 2.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 31

Taula 2. Intervencions en el Programa ATDOM

AUTONOMIA PACIENT	ATENCIÓ INDIVIDUAL	ATENCIÓ GRUPAL	ATENCIÓ COMUNITÀRIA	NIVELL DE PREVENCIÓ
Persona gran fràgil	<ul style="list-style-type: none"> - Detecció - Valoració de necessitats 	<ul style="list-style-type: none"> - Tallers de memòria - Tallers de conservació d'habilitats - Vinculació a grups existents o de nova creació 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariat com a acompanyament i suport per passejar - Voluntariat per a activitats concretes (receptes mèdiques, acompanyaments mèdics...) - Activitats lúdiques de caràcter trimestral dirigides a persones més grans de 75 anys que viuen soles i no presenten uns altres indicadors de fragilitat, i de caràcter mensual per a les altres. Totes han de tenir l'acompanyament de voluntariat 	Primària Secundària
Semidependència	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Salut a casa - Valoració de necessitats - Contenció - Intervenció familiar - Aplicació de recursos de suport a domicili i estades temporals per descans de persones cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Xerrades informatives a grups de persones malaltes amb patologies concretes - Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariat com a acompanyament i suport per passejar - Activitats lúdiques de caràcter mensual per a pacients acompanyats de voluntariat 	Terciària
Alta dependència	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Salut a casa - Valoració de necessitats - Contenció - Intervenció familiar - Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariat com a acompanyament a domicili i substitució de la persona cuidadora en el seu temps lliure 	Terciària



PERSONA CUIDADORA FAMILIAR	ATENCIÓ INDIVIDUAL	ATENCIÓ GRUPAL	ATENCIÓ COMUNITÀRIA	NIVELL DE PREVENCIÓ
De persona gran fràgil	- Detecció - Valoració de necessitats			Primària
De persones malaltes semidependents	- Programa Salut a casa - Valoració de necessitats - Contenció - Intervenció familiar - Aplicació de recursos de suport a domicili i estades temporals per descans de persones cuidadores	- Programa Cuidar i Cuidar-se - Xerrades informatives per a millorar l'atenció de la persona malalta i l'autocura de la persona cuidadora - Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies - Grups socioterapèutics a persones cuidadores amb sobrecàrrega i risc de claudicació	- Associació de Cuidadors i Voluntaris de Sta. Coloma (ACUIVOL) - Xerrades de sensibilització a la població respecte de la figura de la persona cuidadora	Secundària
D'alta dependència	- Programa Salut a casa - Valoració de necessitats - Contenció - Intervenció familiar - Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius	- Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies - Grups socioterapèutics a persones cuidadores amb sobrecàrrega i risc de claudicació	- Associació de Cuidadors i Voluntaris de Sta. Coloma (ACUIVOL) - Xerrades de sensibilització a la població respecte de la figura de la persona cuidadora	Secundària
De persona malalta terminal	- Programa Salut a casa - Valoració de necessitats - Contenció i intervenció familiar - Aplicació de recursos de suport a domicili i alternatius	- Vinculació a associacions i grups d'ajuda mútua per patologies	- A la mort de la persona malalta, vinculació amb l'associació de suport al dol	Secundària

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 33

9. Coordinació entre els diferents nivells assistencials

La coordinació entre els diferents nivells és bàsica per donar atenció a les necessitats de les persones, sobretot pel que fa a les persones fràgils i amb complexitat.

Les organitzacions territorials en aquest moment faciliten que els diferents proveïdors de recursos del territori consensuin quins són els elements que han de facilitar aquesta coordinació.


La figura de la infermera d'enllaç i de les infermeres gestores de casos facilita aquesta coordinació.

La infermera d'enllaç acompanya la persona en el procés de transició des del centre assistencial al seu domicili, valora les seves necessitats a l'alta i prepara els recursos per tal de facilitar-ne el retorn a casa. Programa la visita amb els seus professionals de referència per tal que el contacte sigui com més aviat millor.

És bàsic que els professionals dels diferents nivells coneguin què passa una vegada la persona torna al domicili. Els equips d'atenció primària han de donar a conèixer els programes d'atenció domiciliària als professionals dels diferents nivells.

També es fa indispensable que les noves tecnologies donin resposta i facilitin la informació de la situació de la persona en el seu trànsit per la xarxa assistencial.

Es fa indispensable la valoració conjunta de les necessitats i la integració de plans d'atenció individual entre els dos serveis.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 34


9.1 La infermera gestora de casos

La gestió de casos es defineix com el procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, apliquen, coordinen, supervisen i avaluen les opcions i els serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona, articulant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i cost-efectius (Case Management Society of America, 2002).

És en la infermera, entre els professionals que formen l'equip d'atenció primària, per la seva pràctica orientada cap a la persona i el seu entorn, en qui recau el paper de la gestió de casos. El camp d'actuació comprèn dues àrees de treball fonamentals: l'hospital, on el servei està centrat en les persones que pateixen un episodi agut, i la comunitat, en la gestió de la continuïtat assistencial de cures per a persones amb episodis crònics (les característiques estan recollides a la taula 2).

Les poblacions més beneficiades d'aquesta iniciativa han estat pacients amb un patró definit de comorbiditat o pluripatologia, amb múltiples ingressos hospitalaris no programats o múltiples visites a urgències, persones grans amb situació d'alta fragilitat amb trastorns de salut mental, amb processos crònics com la diabetis o cardiopaties i les persones majors de 65 anys. No obstant això, la gestió de casos ha obtingut avantatges no només clínics sinó també de gestió, com pot ser la reducció d'ingressos hospitalaris.


Hi ha alguns estudis que demostren l'evidència de la implantació d'aquest model de gestió de casos. En el nostre entorn i concretament a Andalusia, disposem de l'estudi ENMAD (Morales JM. Efectividad de un nuevo modelo de atención domiciliaria en Andalucía, 2008), que conclou que un model d'atenció domiciliària que inclou la gestió de casos dirigida per infermeres agilita l'accés a serveis de salut i recursos, mentre que impacten positivament sobre la capacitat funcional i la sobrecàrrega de la persona cuidadora, dels pacients i augmenta els nivells de satisfacció.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 35

Hi ha estudis que han demostrat un major benefici de la gestió de casos en pacients amb trastorns de salut mental, amb processos crònics com la diabetis o cardiopaties i les persones majors de 65 anys (Ferguson, 1998). D'altres han estudiat que el cost-efectivitat dels serveis d'infermera d'enllaç que garanteixen la continuïtat assistencial entre l'atenció a l'hospital i la comunitat, disminueix de manera significativa el nombre de reingressos i el cost de la postalta dels pacients (Naylor, 1999; Shelton, 2001). En el model de gestió de casos, la infermera d'enllaç facilita la transferència d'informació i coneixement en el procés de l'alta dels pacients ingressats. En definitiva, s'ha de seguir avaluant el model de gestió de casos, gestores de casos i infermeres d'enllaç, per justificar la seva implantació en els EAP.

Taula 3. Rol i característiques de les infermeres

Rol	Característiques
Infermera d'enllaç	Fa la transferència d'informació i coneixement en el procés de l'alta dels pacients ingressats a l'hospital o centre sociosanitari que necessiten ATDOM cap a la comunitat. Garanteix el contínuum assistencial en el procés de l'alta. Facilita a l'AP l'accés als serveis de l'hospital.
Gestora de casos	Identifica la població diana, definida amb criteris de complexitat clínica i dependència, de la comunitat que necessita ATDOM, planificant les necessitats de cures individuals juntament amb el pacient i la família, i implantant i coordinant els recursos i serveis necessaris, i monitorats. Treballa juntament amb l'equip de referència del pacient, no el substitueix. Està a l'EAP.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 36

9.2 Programa PREALT

L'any 2001 el Consorci Sanitari de Barcelona va impulsar el Programa PREALT amb els centres socio-sanitaris i els equips d'atenció primària de Barcelona.

L'any 2003 va fer el mateix amb els hospitals d'aguts. El Programa és fruit del consens entre els professionals dels diferents centres.


Aquesta experiència va servir perquè l'any 2005 es fes extensiu a tota la Regió Sanitària de Barcelona i posteriorment a la resta d'àmbits, esdevenint una línia prioritària del Catsalut que forma part del seu contracte amb els centres.

El Programa té com a objectiu definir uns criteris mínims que orientin els processos i els circuits que han de seguir els pacients que són donats d'alta des dels hospitals d'aguts i des dels centres socio-sanitaris que requereixen un seguiment dels seus problemes de salut per part de l'equip d'atenció primària.

La població diana són les persones malaltes fràgils, les terminals i totes les que necessiten continuïtat de les seves cures, incloent-hi pacients complexos.

El Programa implica tots els nivells assistencials i identifica un responsable del Programa a cada un d'aquests nivells i un referent que garanteix la gestió de l'alta.

Preveu també una avaluació a l'ingrés per a la detecció de la població susceptible de ser inclosa al PREALT i una avaluació prèvia a l'alta (24 - 48 hores).

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 37

Aquesta valoració inclou:

- Valoració funcional del pacient amb l'índex de Barthel
- Valoració de necessitats de cures
- Valoració social en el cas de risc social

L'atenció primària ha de donar resposta amb un contacte telefònic i/o visita ATDOM entre les 24 - 48 hores posteriors a l'alta.


L'instrument que s'utilitza per a la comunicació és un informe amb les dades més rellevants del pacient.

La via de comunicació per a la coordinació ha estat fins ara el correu electrònic encriptat, i en alguns àmbits ha estat la infermera d'enllaç l'encarregada de fer aquesta coordinació i comunicació.

En aquests moments i amb la implantació de la història clínica compartida, els professionals de tots els nivells tenen accés a aquesta informació a través de la història clínica informatitzada.

Els diferents territoris han consensuat un pla operatiu adaptat a les seves necessitats i característiques.

Aquests plans operatius s'avaluen anualment per adoptar les millores qualitatives necessàries segons els resultats.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 38

9.3 Equips PADES

Són equips especialitzats que donen suport a l'atenció primària en l'àmbit de la geriatria, de les demències i altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat, i de les cures pal·liatives, en aquelles situacions al domicili complexes que es beneficien de la interdisciplinarietat i de l'especialització.

La seva funció és contribuir a la millora de la qualitat assistencial, oferir atenció continuada en el si de la comunitat, ser un element de suport als professionals de l'AP i de les unitats bàsiques d'assistència social i servir de connexió entre els diferents recursos assistencials. Estan constituïts, com a mínim, per un metge, dues o tres infermeres i un treballador social.


Poden proporcionar assistència directa i/o ser equip de suport (atenent pacients a petició dels professionals d'AP i donant assessorament de situacions).

Els equips de suport contribueixen a millorar l'assistència als pacients a domicili i la capacitat dels professionals d'AP i faciliten la coordinació de recursos entre els diferents nivells assistencials.

Es considera que cal tenir un equip per cada 100.000 habitants. Arreu de Catalunya hi ha 78 PADES que atenen majoritàriament pacients oncològics, aproximadament un 87 %.

Hospitalització a domicili

L'hospitalització a domicili suposa una alternativa assistencial a l'hospital convencional. Consisteix en un model organitzatiu capaç de dispensar a cada pacient les cures mèdiques i d'infermeria al seu domicili, en nombre i intensitat comparables a les que se li proporcionarien en el marc de l'hospitalització convencional.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 39

El malalt es considera ingressat a l'hospital amb caràcter general, de manera que el centre és el responsable del pacient i ha de garantir l'eficàcia i la qualitat de l'assistència.

Al nostre país l'hospitalització a domicili és un servei assistencial més de l'hospital i, per tant, ha de disposar de la infraestructura diagnòstica i terapèutica pròpia dels centres hospitalaris. Segons la bibliografia internacional no sempre és així i des del punt de vista de cost-efectivitat són millors els models en què el pacient entra en aquests programes directament sense ingrés hospitalari, no en el cas que l'entrada en aquest programa sigui precedida d'un ingrés hospitalari previ.

Respecte de l'hospitalització convencional, presenta una sèrie d'avantatges perquè permet una major utilització de recursos, una major rotació de llits i per tant, augmenta l'eficiència del sistema.

Davant els programes convencionals d'ATDOM, això suposa una major rapidesa de resposta, pot proporcionar cures transicionals - cures postalta que poden prolongar-se mesos i connectar els recursos, pot proporcionar tecnologies especialitzades (ventilació mecànica, la diàlisi peritoneal o la nutrició parenteral a domicili) i administrar fàrmacs que requereixen una preparació especial o que s'han d'administrar per via intravenosa mitjançant infusió prolongada.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 40

10. Línies de serveis segons els tipus de pacients

L'EAP ofereix una cartera de serveis específica a través de la segmentació dels diferents tipus de pacients que requereixen atenció a domicili.

Taula 4. Serveis segons els tipus de pacients

PERSONES ATESES A DOMICILI	LÍNIA DE SERVEIS	PROVEÏDOR/ PROPIETARI DE PROCÉS	PROFESSIONALS	OBJECTIU
Persones amb patologia aguda	Visita domiciliària	EAP/CUAP/PAC	Personal mèdic, personal d'infermeria	Resolució del procés agut
Persones amb situacions agudes mitjà termini i/o reagudització	Visita i seguiment domicili	EAP	Personal d'infermeria, personal mèdic, personal de treball social	Resolució del procés agut i millora de la qualitat de vida
Persones amb urgència vital	Emergència domiciliària	EAP/CUAP/PAC SEM, 061..	Personal mèdic, personal d'infermeria	Atenció immediata. Preparar trasllat
Persones amb malalties cròniques amb períodes de reagudització que necessiten hospitalització	Hospitalització a domicili	Hospital /UCAD	Personal mèdic, especialistes, personal d'infermeria hospital, personal d'infermeria família	Escurçar l'estada o evitar l'ingrés hospitalari
Persones amb malalties cròniques de baixa complexitat	Seguiment a domicili	EAP	Personal d'infermeria, auxiliar infermeria, fisioterapeutes, personal de treball social	Millorar la qualitat de vida i evitar complicacions
Persones amb dependència sense complexitat	Seguiment a domicili, telefònic, visita...	EAP	Infermera, auxiliar infermeria, personal de treball social	Prevenir problemes de salut i atenció i suport per a la realització de l'AVD.
Persones amb malalties cròniques d'alta complexitat	Atenció domiciliària amb suport continuat	Unitats atenció a la complexitat (gestió del cas)	Personal mèdic, personal d'infermeria, Personal de treball social, fisioterapeutes, terapeutes especialistes, auxiliar infermeria...	Millorar la qualitat de vida del pacient i evitar complicacions
Persones al final de vida	Atenció domiciliària amb suport continuat	EAP/PADES/ACUT	Personal d'infermeria, personal mèdic, personal de treball social, auxiliar infermeria...	Facilitar un entorn adaptat a les necessitats de la persona malalta i la família

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 41

11. Avaluació del Programa


El Programa ha de ser avaluat amb indicadors individuals i grupals si es vol que tots els professionals implicats valorin i registrin les activitats fetes. L'avaluació del Programa inclou dos aspectes, la valoració de les activitats fetes i el mesurament de l'impacte en el nivell de salut dels pacients i els seus familiars.

El treball del Grup d'experts del Departament de Salut i la Fundació Avedis Donabedian i el treball dels experts del Projecte ACOVE (*Assesing Care of Vulnerable Elders*) proposen diverses dimensions per avaluar:

- Atenció als pacients i la família, amb les seves àrees
 - Prevenció i cribratge
 - Diagnòstic
 - Tractament
 - Seguiment
- Aspectes relacionals i drets de la persona
- Organització i gestió del centre
- Coordinació de l'atenció

Siguin quins siguin els indicadors seleccionats, el fet d'emprar un programa de qualitat rigorós ajuda a millorar la qualitat de l'assistència i, per tant, a millorar la qualitat de vida i la longevitat dels pacients.

A continuació, proposem uns indicadors bàsics.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 42

Cobertura

Indicador		
Tipus de mesura	Resultat	
Títol	Cobertura de l'atenció domiciliària	
Justificació	L'atenció domiciliària és una funció inherent a tot l'equip d'atenció primària.	
Numerador	Nombre de pacients amb inclusió al Programa ATDOM.	x 100
Denominador	Nombre de pacients assignats al professional > 65 anys.	
Observacions	Cobertura d'atenció domiciliària: equivalent al 5 % dels pacients majors de 65 anys assignats a un professional o al 10 % dels pacients majors de 75 anys.	
Comentaris	L'anàlisi de la informació ha de ser dels registres específics d'ATDOM de l'HCAP electrònica.	

Valoració multidimensional


Indicador		
Tipus de mesura	Procés	
Títol	Valoració multidimensional del pacient	
Justificació	<p>Per assolir la cobertura de les necessitats dels pacients en Programa ATDOM cal fer una valoració integral mitjançant la intervenció de tots els professionals que formen l'equip (personal mèdic, d'infermeria i treball social).</p> <p>Per tal de fer una valoració objectiva de la situació cal utilitzar, sempre que sigui possible, instruments estandarditzats i validats que permetin reflectir i quantificar les necessitats dels pacients i les seves famílies.</p>	
Numerador	Nombre de pacients que tenen feta una valoració multidimensional.	x 100
Denominador	Nombre total de pacients atesos al domicili per l'equip durant el període d'avaluació.	

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 43

Observacions	La valoració multidimensional inclou: <ul style="list-style-type: none"> ▪ control de símptomes i confort de la persona malalta ▪ grau i necessitats d'informació sobre la malaltia ▪ valoració de l'entorn al domicili ▪ valoració de riscos del pacient i la família ▪ valoració dels recursos de la família <ul style="list-style-type: none"> ▪ personals (capacitats i habilitats, complexitat del cas, risc social) ▪ familiars ▪ estructurals ▪ econòmics ▪ impacte emocional del pacient i la persona cuidadora principal ▪ valoració de creences i valors
Estàndard	85 %

Planificació de les cures


Indicador		
Tipus de mesura	Procés	
Títol	Planificació de les cures	
Justificació	Una vegada s'ha fet la visita a domicili i s'han detectat els problemes i les necessitats del pacient i la família, cal establir els objectius per definir el pla terapèutic i les accions per dur-lo a terme.	
Numerador	Nombre de plans d'atenció integrals realitzats segons definició de termes.	x 100
Denominador	Nombre de pacients que tenen feta una valoració multidimensional.	
Observacions	El Pla de cures inclou: <ul style="list-style-type: none"> ▪ control de símptomes i confort de la persona malalta ▪ grau i necessitats d'informació sobre la malaltia ▪ educació sanitària del pacient i la família ▪ valoració d'impacte emocional del pacient i de la persona cuidadora principal ▪ suport a la persona cuidadora principal i família ▪ mesures de seguretat i adaptació de l'entorn ▪ gestió de recursos (demandes expressades pel pacient/família, necessitats objectivades per l'equip) 	

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 44

Comentaris	L'equip interdisciplinari ha d'elaborar el Pla de cures en els primers 15 dies des de l'inici de l'atenció en el Programa ATDOM, i revisar-lo anualment o sempre que sigui necessari per tal d'actualitzar els canvis de salut o necessitats del pacient/família.
Estàndard	85 % del total dels pacients amb la valoració multidimensional feta.


Sobrecàrrega de la persona cuidadora

Indicador		
Tipus de mesura	Resultat	
Títol	Disminució i control de la sobrecàrrega de les persones cuidadores principals de pacients que reben ATDOM	
Justificació	La persona cuidadora dins el procés d'atenció és un element clau de suport al pacient. Cal tenir cura en tot moment d'evitar els riscos de claudicació familiar per sobrecàrrega de la persona cuidadora.	
Numerador	Nombre de persones cuidadores de pacients amb sobrecàrrega* que n'han experimentat una disminució**.	x 100
Denominador	Nombre de persones cuidadores principals de pacients que reben o han rebut ATDOM durant l'any d'avaluació.	
Observacions	*Preferiblement mesurat amb un instrument estandarditzat ("Índice de Esfuerzo del Cuidador" per població en general o Escala de Sobrecàrrega del Cuidador de Zarit en persones cuidadores de pacients amb demència). **Determinar la rellevància de la diferència segons el test utilitzat i de la variabilitat observada mitjançant l'anàlisi de la informació registrada a l'HCAP electrònica.	

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 45


Satisfacció

Indicador		
Tipus de mesura	Resultat	
Títol	Satisfacció amb l'atenció domiciliària rebuda	
Numerador	Nombre de pacients* que reben o han rebut atenció domiciliària i han respost el qüestionari de satisfacció que refereixen un grau de satisfacció alt**.	x 100
Denominador	Nombre de pacients* que reben o han rebut atenció domiciliària i han respost el qüestionari de satisfacció.	
Observacions	*La satisfacció pot avaluar-se tant en el pacient com en la seva família o persones cuidadores. **Segons el qüestionari utilitzat es pot fer servir un indicador per cada una de les dimensions que avalui. També si els ítems del qüestionari es corresponen amb una escala de puntuacions numèriques es poden monitorar les puntuacions mitjanes obtingudes en diferents administracions (segons anys, segons centres...).	


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 46

12. Bibliografia


- American College of Physicians: Projecte ACOVE (Quality Indicators for Assessing Care of Vulnerable Elders). <<http://www.acponline.org/sci-policy/acove/>>
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Estadística de persones amb discapacitat 2006. Disponible a:
<http://www.gencat.net/benestar/xifres/estadistiques/index2006.htm>
- Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Disponible a:
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/r15.pdf>
- Department of Health. Caring for people with long-term conditions: an educational framework for community matrons and case managers. London: Department of Health, 2006
- Department of Health. Supporting People with Long-Term conditions: an NHS and Social Care model to support local innovation and integration. London: Department of Health, 2005
- Dr. Foster Intelligence. Keeping patients out of hospital: the challenge of reducing hospital admissions
- El Treball Social a les àrees bàsiques de salut: l'assistent social de l'equip d'atenció primària. Col·lecció de monografies d'atenció primària de salut núm 3. Servei Català de la Salut. Barcelona, 1993
- Ferguson and Weinberger. Case management programs in primary care. J General internal medicine, 1998;13:123-126
- Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari. Comissió de salut del Col·legi oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona, 2006

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 47

- Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut. Pla de Salut. Quadern núm.4. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1994.
- Generalitat de Catalunya. Servei català de la salut. Programa d'atenció a domicili ATDOM. Pla de Salut. Quadern núm.8. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1996
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estudi sobre l'Estat de Situació de la Professi6 d'infermeria als EAP de Catalunya 2004. Direcci6 General de Planificaci6 i Avaluaci6. Barcelona, setembre de 2007[acc6s el dia 19 d'octubre de 2009]. Disponible a:
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/dn2251/infermeriaep.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Institut Català de la salut. Atenci6 al final de la vida. Proposta de pla estrat6gic 2009-2012. 2009
- Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? J Fam Pract. 2007 Apr;56(4):276
- Hebert R., Veil A. Monitoring the degree of implementation of an Integrated Delivery System. International Journal of Integrated Care 2004; 4: 1-12
- http://www.annals.org/content/135/8_Part_2/642.full
- http://www.annals.org/content/135/8_Part_2/647.full
- <http://www.gencat.cat/salut/ticsalut/html/ca/dir1771/dd16731/innovasalut2008.pdf>
- <http://www.hsmc.bham.ac.uk/LTCnetwork/KaiserbriefingpaperMay2006.pdf>


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 48

- <http://www.improvingchroniccare.org>
- <http://www.kroniker.org>
- King's Fund. Combined Predictive Model: Final Report. London: King's Fund 2006
- Lyon D, Lancaster GA, Taylor S, Dowrick C, Chellaswamy H. Predicting the likelihood of emergency admission to hospital of older people: development and validation of the Emergency Admission Risk Likelihood Index (EARLI). Fam Pract. 2007 Apr;24(2):158-67. Epub 2007 Jan 8
- Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Med Care Res Rev. 2006 Oct;63(5):531-69. Montserrat PA, Cuxart i Melich A, Quilez i Castillo F. La hospitalización a domicilio. Una alternativa asistencial. Jano 2002;63:28-34
- Morales JM, Gonzalo E, Martin F, Morilla JC, Celdran M, Millan A et al. Effectiveness of a nurse-led case management in Spanish Primary Health Care model. A quasi-experimental, controlled and multicentric study. BMC Health Services Research. 2008;8: 193
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Millán Carrasco A, García-Arrabal JJ and Toral-López I. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Services Research 2008, 8:193
- Moreno JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, san Alberto Giradlos M, Castilla Soto J. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 49

satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gaceta Sanitaria. Marzo 2007; 21 (2): 106-13


- Naylor M, and col. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. JAMA, 1999;281:613-620
- NHS Wales. Designed to improve Health and the management of Chronic conditions in Wales. An integrated model and framework. March 2006
- NHS. National Institute for Clinical Excellence. Falls: the assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. November 2004
- Pajares L, Vizquete E, Lama C, Sánchez-Lanuza M, San Juan P, Fernández R, et al. Oferta de Servicios en Atención Primaria 2006. Servicio Andaluz de Salud. Monografía en Internet. Disponible a: http://www.astisamalaga.com/documentos/OSAP_2006.pdf
- Pla director d'atenció socio sanitària. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2007
- Porcel i Omar, Pilar. El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. 2008
- Programa PREALT. Infermera d'enllaç, SAP Mataró-Maresme, Àmbit Barcelonès Nord i Maresme, ICS. Anys 2007 i 2008
- Projeccions de població de Catalunya 2015-2030 (Base 2002). Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Generalitat de Catalunya. 1a edició: Barcelona, març 2007
- Protocol de preparació de l'alta (PREALT). Hospital d'aguts - Centres socio sanitàris - Atenció primària de salut. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Octubre 2005. RSB Catsalut

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 50

- Rocabayera MA, Rodriguez P. Intervención social en las dependencias: Experiencia de Trabajo Social en el Servicio de Atención Primaria de Santa Coloma de Gramenet. Revista de servicios sociales y política social. 2005; 72:37-62
- Royal S, Smeaton L, Avery AJ, Hurwitz B, Sheikh A. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. Qual Saf Health Care. 2006 Feb;15(1):23-31
- Serveis Sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la família. Planificació i avaluació sanitàries Pla director sociosanitari. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2006
- Singh D. Transforming Chronic Care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: The University of Birmingham, 2005
- Sledge WH, Brown KE, Levine JM, Fiellin DA, Chawarski M, White WD, O'connor PG. A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. Dis Manag. 2006 Dec;9(6):328-38
- Sylvia M., Shadmi E., Hsiao Ch., Boyd C., Schuster A., Boulton Ch. Clinical Features of High-Risk Older Persons identified by predictive modeling. Disease Management 2005: 56-62
- Terraza R., Vargas I., Vázquez Navarrete M.L.. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria 2006: 20(6)
- Velasco M. Atención a la dependencia. Determinantes de la calidad y factores de gran impacto. Análisis de Escenarios. Agathos .Atención Sociosanitaria y Bienestar. 2008;3

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 51

- Zunzunegui MV. ¿Más servicios o mejores servicios? Calidad y eficiencia en los servicios hospitalarios para las personas mayores. Rev Esp Salud Publica. 2001;75:181-2
- Wagner JT, Bachmann LM, Boult C, Harari D, von Renteln-Kruse W, Egger M, Beck JC, Stuck AE. Predicting the risk of hospital admission in older persons validation of a brief self-administered questionnaire in three European countries. J Am Geriatr Soc. 2006 Aug;54(8):1271-6

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 52

Annex 1. Tecnologies de la informació i comunicació

El desenvolupament de les tecnologies d'informació i comunicació (TIC) ofereix noves oportunitats d'integrar serveis i accés, tant de persones usuàries com de professionals.

A hores d'ara, al nostre sistema fragmentat, els pacients passen sovint d'un nivell assistencial a un altre amb una informació incompleta (quant a antecedents patològics, medicació prescrita i pactes amb el pacient/família).

A nivell *micro*, l'accés a la informació dona eines als pacients i pot facilitar l'autocura. A nivell *meso*, permet la integració dels equips implicats en la cura i, a nivell *macro*, les TIC permeten una millor planificació dels serveis.

Les TIC redueixen els costos de la informació i disminueixen les barreres d'accés. Tot i que hi ha punts que cal treballar (confidencialitat, conjunt mínim de dades, finançament i qualitat dels sistemes), són el futur per aconseguir una atenció domiciliària integrada i de qualitat.

La telemedicina pot permetre fer diagnòstics i tractaments sense haver d'enviar els pacients a institucions especialitzades i llunyanes, però mai pot substituir la visita presencial que és l'eix de la relació professional-pacient-família.

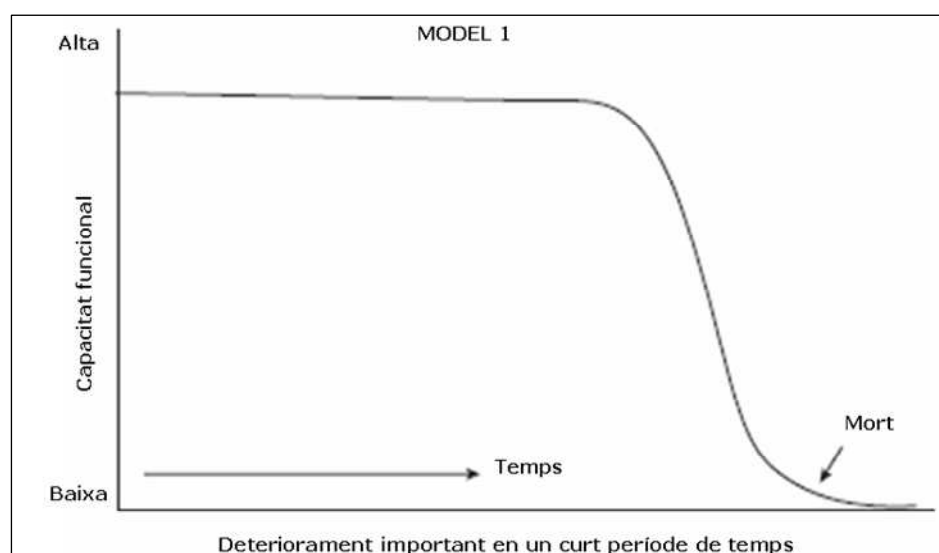
Per garantir els registres i evitar duplicitats, pensem que és del tot oportú que els professionals de la nostra empresa amb dedicació exclusiva a aquesta activitat han de disposar de la maquinària adequada en cada moment. A hores d'ara, és del tot pertinent que els equips específics, les infermeres d'enllaç, les infermeres gestores de casos i qui s'hi dediqui amb certa especificitat, disposin de telèfons mòbils d'empresa i tablet PC que els permeti treballar en l'ECAP a domicili.



Annex 2. Models d'evolució de les malalties

En la majoria de casos, les malalties evolucionen segons tres models evolutius:

- El **primer model** és el de la persona que pateix un problema de salut que provoca la mort en poc temps, i l'exemple més paradigmàtic n'és el càncer (model 1). Els pacients no tenen dependència severa en les seves activitats fins a fases finals de la malaltia, quan ja no es respon al tractament curatiu. Però hi ha moltes necessitats psicològiques i es requereix informació i suport. Els professionals de l'AP han interioritzat aquest model d'evolució. Els pacients amb càncer tenen la majoria de les seves necessitats abordades adequadament, ja sigui a l'AP o als dispositius hospitalaris o socio-sanitaris. No disposem de dades en el nostre nivell assistencial, però segons dades del Departament de Salut de l'any 2005, la cobertura estimada dels pacients oncològics per als dispositius específics és del 79 %, en consonància amb la bibliografia.

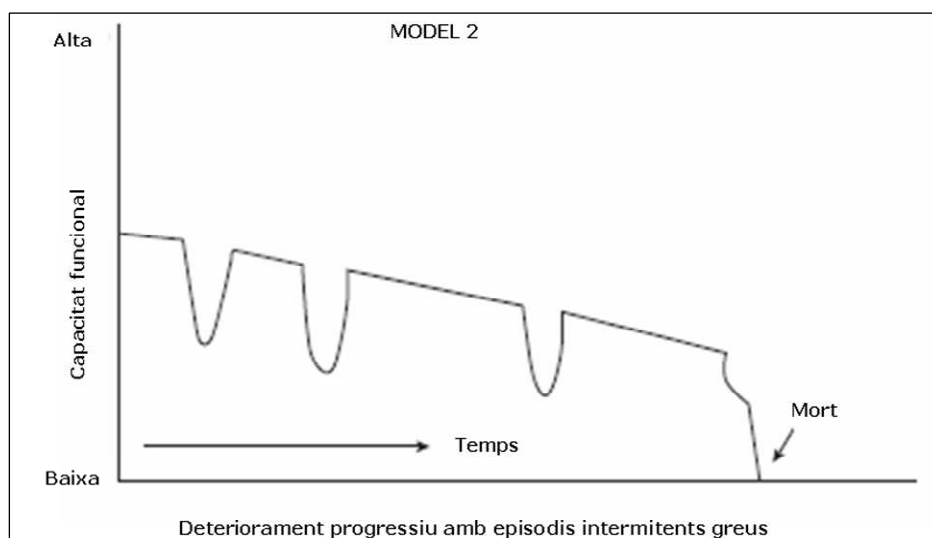


Gràfic: Edurne Zabaleta

El primer model és el de la persona que pateix un problema de salut que provoca la mort en poc temps, i l'exemple més paradigmàtic n'és el càncer.




- El **segon model** és el de les persones amb problemes de salut crònics amb exacerbacions, pacients amb insuficiència d'òrgan crònica avançada (IOCA) (model 2). Segueixen un altre model evolutiu, molt més imprevisible en què la mort pot ser fruit d'una exacerbació i, per tant, és inesperada. Aquestes exacerbacions poden ser degudes a la progressió de la malaltia, a l'incompliment dietètic, l'incompliment terapèutic, a la incapacitat de preveure i detectar en fases inicials les possibles complicacions i processos intercurrents. Els pacients i la família refereixen una pobra coordinació de recursos i les dificultats que tenen per tenir un professional de referència (WHO, 2004). Els programes a què se'ls ha d'adreçar han de cobrir aspectes com l'educació sanitària, una plena accessibilitat (encara que sigui telefònica) 24 hores al dia, 7 dies a la setmana, i de millora del compliment terapèutic.

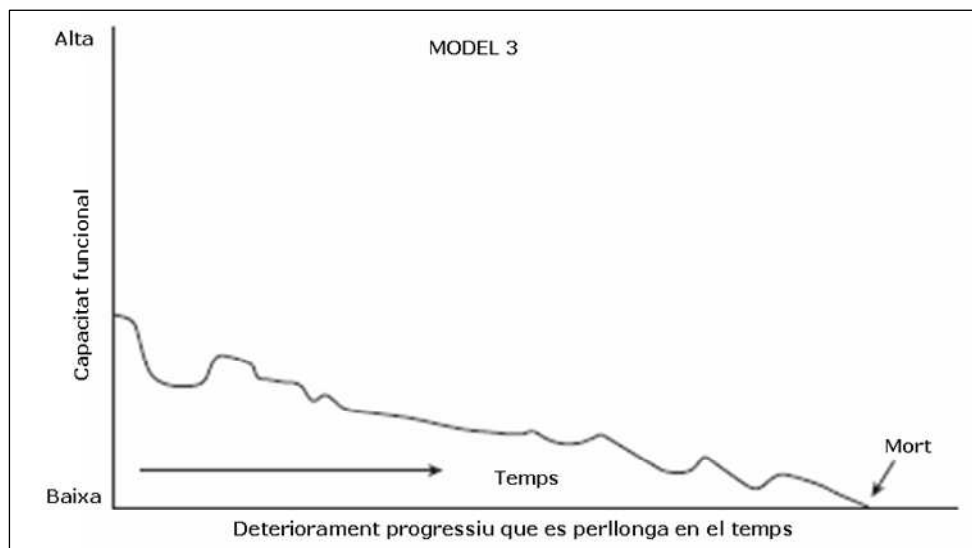


Gràfic: Edurne Zabaleta

El segon model és el de les persones amb problemes de salut crònics amb exacerbacions, pacients amb insuficiència d'òrgan crònica avançada (IOCA).


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 55

- El **tercer model** és el del pacient geriàtric amb múltiples malalties, dependent i/o amb deteriorament cognoscitiu, el paradigma del qual són les persones amb demència (model 3). El seu declivi és progressiu i poden perdre la capacitat d'autocura molt abans del final de la seva vida, de manera que normalment requereixen unes cures personals durant el període de dependència, que causa sobrecàrrega a la persona cuidadora (ja estigui remunerada o no). Aquests pacients no acostumen a ser assumits de manera pal·liativa fins a la fase final de la seva vida i queda un "forat" d'atenció des del diagnòstic de la malaltia fins a la mort (ja sigui al domicili o al centre residencial o sociosanitari), que s'ha de cobrir, o si més no, garantir-ne la qualitat.



Gràfic: Edurne Zabaleta

El tercer model és el del pacient geriàtric amb múltiples malalties, dependent i/o amb deteriorament cognoscitiu, el paradigma del qual són les persones amb demència.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 56


Annex 3. Cures pal·liatives

Per proporcionar unes cures pal·liatives al final de la vida dels pacients, és condició indispensable l'aplicació d'un Programa ATDOM de qualitat. De tota manera, hi ha una sèrie d'especificitats que paga la pena presentar, encara que sigui breument (ja que no és l'objectiu d'aquest document).

Hi ha una sèrie de necessitats encara no resoltes:


- El dolor continua essent present al final de la vida de molts pacients i el seu control continua essent un repte per als equips.
- No només moren pacients a causa del càncer. Per exemple, la insuficiència cardíaca és una causa de mort més freqüent entre la gent major de 70 anys que el càncer. El model de cures pal·liatives pot ser aplicat a la insuficiència d'òrgan crònica avançada (IOCA).
- La demència afecta també una gran part dels pacients ATDOM. El progressiu declivi funcional del pacient i la seva repercussió en la percepció de sobrecàrrega física i emocional de la família són temes que cal tractar amb profunditat.

Tanmateix, hi ha evidència: un 90 % de les morts dels nostres pacients es deuen a causes cròniques i ens hi podríem avançar; la proactivitat és la resposta que hauríem de donar a aquesta situació. Finalment, hi ha dades que demostren que els pacients agraeixen la informació rigorosa i adequada, la coordinació de les cures, el respecte per les seves preferències, el suport emocional, el confort físic, la implicació de la família i els éssers estimats i la continuïtat de les cures. Però, tanmateix, també sabem que hi ha evidència de manca de control del dolor, d'absència de bona comunicació i d'ignorància de preferència del lloc de mort; les poques dades de què disposem estan basades en estudis amb pacients oncològics.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 57

Atenció pal·liativa

Les malalties de la persona condicionen els seu final de vida en un declivi progressiu en què calen les cures pal·liatives. La codificació internacional mèdica (CIM10) recull el **codi Z51.5** (atenció pal·liativa) per identificar-la.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 58

Annex 4. Centres residencials

La majoria dels centres gerontològics que hi ha són residències assistides que depenen dels serveis socials. Poden ser públics o privats, i els segons, totalment privats o concertats o col·laboradors amb l'administració pública.


<http://www.gencat.net/benestar/serveis/establiments/index.htm>

No hi ha uniformitat de criteris respecte de l'obligació de disposar de personal sanitari per atendre les persones ingressades en residències. L'única obligació sanitària comuna a totes es reflecteix en el Decret 176/2000 de regulació del sistema català de serveis socials, article 2.4.a. de la normativa catalana: "garantir l'accés de les persones usuàries als recursos sanitaris, sense el perjudici de l'existència d'altres recursos sanitaris". Per tant, el personal sanitari dels centres d'atenció primària de salut ha d'atendre les persones usuàries de les residències igual que ho farien si estiguessin a casa.

Els centres residencials no tenen obligació de disposar de personal sanitari. Per tant, la càrrega assistencial que pot correspondre als diferents centres de salut és diversa ja que les plantilles assignades a aquests equips no estan compensades per poder realitzar l'activitat preventiva i de seguiment d'aquestes persones.

Per això és necessari fer canvis estratègics en aquesta assistència. En algunes regions sanitàries s'estan creant unitats de geriatria, multidisciplinàries, per a l'atenció de les persones usuàries dels centres residencials, i on això no sigui possible s'haurien de valorar altres opcions de gestió per al seu control.

Els centres residencials tenen com a responsables del centre la direcció tècnica de l'establiment i la persona responsable d'higiene i dietètica.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 59

Director/a tècnic/a de l'establiment

Funcions:

- Dirigeix el servei d'atenció que han de rebre les persones residents
- Funcions d'organització
- Funcions administratives


Responsable d'higiene i dietètica

- Personal sanitari (medicina o infermeria)
- Les hores depenen del nombre de persones residents i de vegades de la tipologia de la residència (persones autònomes / persones assistides)

Funcions:

- Accés de les persones usuàries als recursos sanitaris públics
- Supervisió dels menús i ajustament a les pautes d'alimentació de cada persona resident
- Actualització de les dades que consten en el document de control assistencial de cada persona resident
- Correcta organització i administració dels medicaments
- Condicions higièniques de l'establiment, de les persones usuàries i del personal
- Elaboració de protocols necessaris per a una correcta atenció de les persones usuàries i aplicació

Les hores de dedicació setmanal d'aquests professionals està regulada per la normativa, igual que les ràtios de persones cuidadores.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 60


Residències privades:

- Director/a tècnic/a: dedicació a partir de 50 places mínim de 30 hores setmanals o proporcionalment, no inferior a 10 hores setmanals.
- Responsable higienicosanitari: dedicació completa a partir de 100 places o proporcionalment, no inferior a 5 hores setmanals.
- Persones cuidadores: proporció persona atesa no inferior al 0,25 en horari diürn.

Residències concertades:

- Normativa catalana (Ordre BEF/305/2005) per acreditar.
- Graus de dependència, etc ...

Per poder valorar la càrrega assistencial de les persones usuàries que viuen en un centre residencial, podem utilitzar la codificació internacional mèdica (CIM10) que recull el codi Z59.3 ("problemes relacionats amb persones que resideixen en una institució"). D'aquesta manera, es poden quantificar els recursos necessaris, però aquesta dada numèrica ha d'anar acompanyada d'una valoració de la complexitat que a poc a poc hem d'anar implantant en la nostra pràctica clínica diària.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 61

Annex 5. Models organitzatius


A hores d'ara, no hi ha dades suficients per recomanar un model organitzatiu. La dispensació de l'ATDOM a l'EAP està influïda per diferents factors com són el grau de desenvolupament de l'AP, la coordinació amb els diferents nivells assistencials, la coordinació amb l'especialitzada i serveis socials i les característiques de la població que s'ha d'atendre. Els models organitzatius que ens podem trobar en els EAP són (Espinosa, 2000):

1. **Model integrador.** Es basa en la unitat assistencial bàsica (UAB) o unitat d'atenció familiar (UAF) (personal mèdic, d'infermeria i treball social). Té com a avantatge l'establiment de relacions prèvies amb el pacient i família, i el coneixement de la història clínica de la persona. Com a inconvenients és difícil donar resposta a l'atenció urgent, sobretot en equip. És el més implantat en els equips.

2. **Model sectoritzat.** El territori d'influència del centre de salut es divideix en sectors dels quals es responsabilitza un professional (domicilis aguts i programats). Té com a avantatge el coneixement de la comunitat i l'estalvi de temps en desplaçaments. Com a inconvenients, la coordinació personal mèdic i d'infermeria i diferents professionals per a la dispensació de cures al centre i al domicili. Està més implantat en infermeria que en medicina.

En els equips en què està parcialment implantat (només infermeria), aquest model trenca l'organització UBA/UAF; encara que cada pacient té el seu metge i infermera de referència, la diversitat de professionals amb els quals es comparteix la responsabilitat de la cura dels pacients dificulta la coordinació interdisciplinària. Per millorar la coordinació s'estableixen reunions periòdiques de seguiment de casos entre els professionals implicats en el pla de cures.

La lliure elecció de metge-infermera fa que la seva implantació sigui més complexa en els equips.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 62


3. **Model funcional.** Un equip de professionals del centre s'encarrega de tota l'ATDOM. Té com a avantatge el millor coneixement d'habilitats específiques i la major resposta a l'atenció urgent. Com a inconvenients, la subespecialització respecte de la integralitat, l'atenció familiar i la continuïtat assistencial.

Està més implantat en infermeria que en medicina. Els professionals poden comptar amb una cartera de 90 a 120 pacients segons les característiques de la població atesa i de la zona geogràfica d'actuació (rural o urbana).

4. **Altres models organitzatius.** Hi ha també models híbrids que tenen com a objectiu reforçar l'activitat del Programa d'ATDOM mantenint-hi o no l'organització UBA. Un equip interdisciplinari realitza l'atenció, amb caràcter transitori, dels pacients d'alta dependència i/o complexitat, sense perdre la responsabilitat dels professionals de referència del pacient.


Aquests equips ofereixen un valor afegit al Programa ATDOM, les seves activitats són les següents: planificar el pla de cures segons les necessitats de la persona i persones cuidadores, racionalitzar els recursos, garantir el contínuum assistencial i facilitar el final de vida en el lloc més adequat segons la voluntat de la persona i les persones cuidadores.

Hi ha models que pivoten en la figura de la infermera gestora de casos. Aquesta treballa juntament amb la infermera de referència del pacient que té criteris de complexitat i necessita ATDOM, planificant les necessitats de cures individuals juntament amb el pacient i família, i implanta i coordina els recursos i serveis necessaris, i els monitora (taula 1).

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 63

Taula 1. Models organitzatius

	ORGANITZACIÓ	PUNTS FORTS	AREES DE MILLORA
Model integrat	<ul style="list-style-type: none"> - Unitat familiar - El personal mèdic o personal d'infermeria donen atenció directa als pacients assignats 	<ul style="list-style-type: none"> - Relació prèvia i millor coneixement del pacient i la família - Relació de confiança personal mèdic i d'infermeria - pacient (adhesió al tractament) 	<ul style="list-style-type: none"> - Organitzar agendes que permetin l'atenció domiciliària - Donar resposta als casos de demanda urgent - Unificar criteris i fer una llista de mínims
Model sectoritzat	<ul style="list-style-type: none"> - Distribució de responsabilitats per àrees geogràfiques - A cada sector o zona, un professional 	<ul style="list-style-type: none"> - Millor coneixement de l'àrea assignada, optimització del temps per l'atenció 	<ul style="list-style-type: none"> - La lliure elecció de professional pot no coincidir amb el lloc on viuen
Model funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Distribució dels professionals per funció - Grups de dedicació exclusiva a IATDOM 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta immediata a les urgències - Professionals especialitzats - Optimització dels recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Trenca la continuïtat de assistencial

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 64


Annex 6. Ajudes tècniques

El Projecte del banc d'ajuts tècnics que l'ICS va iniciar l'any 2001 amb el Programa Salut a casa pretenia cobrir el buit existent dotant la ciutadania d'un nou recurs d'abast social, que en aquell moment no estava cobert per cap institució pública.

El nivell de dependència tant psíquica com física dels grups més vulnerables ha anat creixent progressivament. Aquest fenomen ha comportat el desenvolupament d'un seguit de recursos tècnics per ajudar, millorar i facilitar les limitacions funcionals de les persones dependents. Aquests recursos tenen el nom d'**ajuts tècnics**, definits com "el conjunt d'articles ortopèdics i eines de suport que actuen com a instruments facilitadors per realitzar les activitats de la vida diària i que permeten millorar la qualitat de vida de les persones dependents facilitant alhora les tasques de la família, persones cuidadores i professionals sanitaris".

El sistema públic finança com a prestació ortopèdica part d'aquests ajuts tècnics, com ara cadires de rodes, bastons, caminadors, etc., però en el cas de malalts enllitats a domicili, bé siguin crònics o terminals, cal disposar d'altres ajuts tècnics no finançats pel sistema públic com poden ser:

- Facilitadors de les mobilitzacions, com és el cas dels llits articulats i les grues portàtils.
- Per a la prevenció de lesions a la pell per pressió, com matalassos antiescares.
- Facilitadors del bany, com seients giratoris per a banyera.
- Facilitadors de la higiene, com elevadors de WC, etc.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 65

Operativització del banc d'ajuts tècnics


El banc d'ajuts tècnics és una iniciativa social que es constitueix en seu centralitzada i dona cobertura a la ciutadania de territoris concrets, prèvia valoració del grau de dependència i idoneïtat del recurs per part dels professionals sanitaris.

Es parteix de la idea que els recursos que té el banc són reutilitzables i es faciliten a aquelles persones a qui el seu nivell socioeconòmic, prèvia valoració del treballador social, no els permet la seva adquisició. Aquesta reutilització té un caràcter de cessió temporal, i retornen com a recurs al banc quan la persona usuària ja no el necessita.

Per al correcte funcionament del banc d'ajuts tècnics ens hem d'assegurar de tenir un servei de neteja, de manteniment i de transport, segons el cas.

Objectius del banc d'ajuts tècnics

1. Millorar el benestar i la qualitat de vida de la persona malalta, cuidadora i família.
2. Reduir tant com sigui possible els ingressos en centres hospitalaris o de llarga estada per manca de recursos adients en el domicili.
3. Racionalitzar i optimitar la reutilització i el reciclatge d'ajuts tècnics.
4. Disposar d'ajuts tècnics específics per constituir l'actiu del banc.
5. Tenir una base de dades centralitzada amb connexió en línia perquè els professionals en coneguin en qualsevol moment les existències.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 66

Captació de recursos

1. Aportació d'ajuts econòmics o donacions per a la compra de materials per part d'institucions i organismes.
2. Cerca i recollida de material en desús dels hospitals, però en bon estat per ser utilitzat a domicili.
3. Donacions o cessions per part de particulars del material reutilitzable que ja no necessiten.


Descripció dels recursos del banc

El banc d'ajuts tècnics ha de tenir els recursos següents:

- Ajuts tècnics finançats a les persones assegurades mitjançant el sistema públic del tipus: cadires de rodes, caminadors, croses, etc., que han estat cedits per particulars i que ja no els necessiten, de manera que poden ser reutilitzats per altres pacients a fi d'optimitzar recursos i disminuir la despesa sanitària.
- Ajuts tècnics no finançats pel sistema públic del tipus: llits articulats, grues, matalassos antiescares, elevadors WC, cadires giratòries, banyeres, etc., cedits per particulars o adquirits amb ajuts d'institucions o donacions d'organismes.

Activitat del banc d'ajuts tècnics

La reutilització d'aquest tipus d'ajuts tècnics fa possible que amb poc material, en ser temporal la seva cessió, se'n puguin beneficiar un gran nombre de persones.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 67

La sol·licitud de material la fan els professionals sanitaris encarregats de tenir cura de la salut de la població, prèvia valoració sanitària i socioeconòmica de la persona beneficiària.

El criteri de necessitat ha de ser el principal a l'hora de donar curs a la sol·licitud, però es prioritzarà per situació econòmica en el cas dels no finançats pel sistema públic. Entenem per criteri de necessitat la disminució del grau d'autonomia de la persona malalta crònica o terminal a domicili i el benefici de l'ajut tècnic a la persona, família i persona cuidadora.

Centre d'autonomia personal SÍRIUS


Què és?

És un servei del Departament d'Acció Social i Ciutadania, adscrit a l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Té com a objectiu potenciar l'autonomia personal, millorar l'accessibilitat i afavorir la integració social de les persones amb discapacitació i la gent gran.

<http://www.gencat.cat/benestar/icass/sirius/>

A qui va adreçat?

- Especialment a les persones amb discapacitació i a la gent gran, també a la seva família i a les persones que en tenen cura.
- A les entitats del sector, als col·lectius professionals i als estudiants que treballen o es relacionen amb el camp de la discapacitació.
- A les empreses implicades en la tecnologia de la rehabilitació.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 68

- Finalment, a totes les persones, particulars o professionals, interessades en l'autonomia personal i en l'accessibilitat a l'entorn.

Com està estructurat el SÍRIUS?


Consta de quatre àrees, que són:

- Àrea d'Accessibilitat
- Àrea d'Ajudes Tècniques
- Àrea de Comunicació
- Àrea de Promoció i Difusió

Quins serveis ofereixen aquestes àrees?

Àrea d'accessibilitat

- Assessorament individualitzat per a la supressió de les barreres arquitectòniques i l'adaptació de l'habitatge.
- Visita a domicili en els casos de difícil solució tècnica.
- Informació als i a les professionals en el compliment de la normativa de promoció de l'accessibilitat.
- Anàlisi de les diferents normatives, els nous materials i els avenços tecnològics en la matèria.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 69

Àrea d'ajudes tècniques


- Assessorament tècnic individualitzat per al mobiliari i per a l'adequació de l'entorn.
- Orientació d'ajudes tècniques per a la mobilitat i les activitats de la vida diària.
- Consulta del catàleg general de l'equipament per a l'autonomia personal
- Punt de trobada de professionals per a l'intercanvi d'experiències en ajudes tècniques.

Àrea de comunicació

- Avaluació i orientació sobre l'ús de sistemes augmentatius de comunicació i sobre ajudes tècniques per a l'accés a l'ordinador i al control de l'entorn.
- Seguiment del procés d'intervenció i assessorament continuat a les persones usuàries, a la família i als professionals.
- Informació i demostracions d'ajudes tècniques per a la comunicació i l'accés a l'ordinador.

Àrea de promoció i difusió

- Exposició permanent d'ajudes tècniques.
- Divulgació i recerca d'ajudes tècniques.
- Creació d'una xarxa de centres col·laboradors amb l'objectiu d'apropar la informació a la població.
- Suport a la formació d'estudiants i professionals en el camp de

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 70


l'autonomia personal i els serveis socials, mitjançant xerrades i tallers formatius.

- Recull de dades i anàlisi de les intervencions de supressió de barreres a l'edificació, l'urbanisme, el transport i la comunicació.
- Informació a les persones usuàries de les diferents ajudes del Departament d'Acció Social i Ciutadania i altres organismes públics i entitats privades existents per a l'autonomia personal, l'accessibilitat i la comunicació.

Catàleg d'ajudes tècniques

Índex

AJUDES PER A LA PREVENCIÓ, PROTECCIÓ I SEURETAT	DORMITORI	HIGIENE PERSONAL
<ul style="list-style-type: none"> - Coixí de seient antiescares - Matalàs antiescares - Protector de colze - Protector de taló - Baranes de llit - Cinturó de seguretat de llit 	<ul style="list-style-type: none"> - Llit articulat manual - Llit articulat elèctric - Carro elevador de llit - Trapezi - Taula de llit - Alçapotes - Butaca o cadira amb orinal 	<ul style="list-style-type: none"> - Fusta de banyera - Seient giratori de banyera - Seient abatible de dutxa - Cadira de dutxa-vàter - Cadira de dutxa plegable - Alces d'inodor fixes - Alces d'inodor amb reposabraços - Alces d'inodor amb potes - Barres de paret - Barres abatibles - Sistema de banyera al llit - Rentacaps de llit - Rentacaps de cadira

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 71


TRANSFERÈNCIES	AJUDES PER A LA SEDESTACIÓ	ACCESSIBILITAT
<ul style="list-style-type: none"> - Taula de transferències - Disc giratori - Roba lliscant - Ajuda per al trasllat - Grua mòbil estàndard - Grua de bipedestació - Cadira transfer - Coixí catapulta 	<ul style="list-style-type: none"> - Butaca 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadira per pujar i baixar escales - Rampes manuals portàtils - Escala mòbil
ACTIVITATS DIÀRIES	MOBILITAT	ACCESSORIS DE CADIRA DE RODES
<ul style="list-style-type: none"> - Vores de plat - Engruixidors - Tapetes antilliscants - Calça mitges - Pinces per allargar - Obre pots - Faristol - Pastiller setmanal (dispensador de medicació) - Triturador de pastilles - Talla pastilles - Calçador llarg 	<ul style="list-style-type: none"> - Bastons de colze - Bastons amb 4 potes - Carrutxes amb 2 rodes i seient - Carrutxes amb 4 rodes - Carrutxes amb suport d'avantbraç - Carrutxes amb suport de tronc - Cadira d'interior - Cadira de rodes d'exterior (rodes posteriors de 300 cm) - Cadira reclinable 	<ul style="list-style-type: none"> - Seient anatòmic amb orinal - Respatller anatòmic - Reposacaps - Reposapeus elevable - Reposabraços especial - Suports laterals de cos - Corretges de subjecció - Tac abductor - Safata

Sistemes de prestacions

Programa de prestacions ortoprotètiques. Servei Català de la Salut

Característiques del Programa

- Tenir la targeta d'identificació sanitària (TIS).
- El material subvencionat està recollit en un catàleg que es revisa, es modifica i es publica cada any.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 72

Circuit que ha de fer la persona usuària

- El metge especialista ha de fer-ne la prescripció.
- S'ha de validar la prescripció a la unitat d'atenció a la persona usuària del CAP.
- A l'ortopèdia només cal pagar el que correspon a la persona usuària (entre 0 i 30 euros) i la persona destinatària s'emporta el material.
- La prescripció dels articles marcats amb la lletra D s'ha de fer en centres específics, determinats pel CatSalut.
- La prescripció dels articles marcats amb la lletra E s'han de fer per protocol.
- Les ortopèdies que tenen concert amb el CatSalut han de tenir a la vista el distintiu de CatSalut.


Programa d'atenció social per a persones amb disminució. Departament d'Acció Social i Ciutadania

Característiques del Programa

Aquest Programa té per objectiu facilitar els ajuts econòmics necessaris per al desenvolupament de l'autonomia personal de les persones amb discapacitació física, psíquica o sensorial amb mesures compensatòries per tal de millorar la seva qualitat de vida i fomentar la seva integració social.

Persones que tenen reconegut un grau de discapacitació igual o superior al 33 % i amb les condicions i els requisits que s'especifiquen en aquesta ordre.

Si la persona beneficiària té 65 anys o més, cal acreditar que la condició de persona amb disminució es va instaurar **abans** de complir els 65 anys.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 73

La convocatòria és anual i està oberta només 5 mesos l'any (primer semestre), a hores d'ara està regulada per l'Ordre ASC/157/2009, de 18 de març, per la qual s'aproven les bases i s'obre la convocatòria per a l'any 2009 per a la concessió dels ajuts del Programa d'atenció social a les persones amb discapacitació, publicat al DOGC núm. 5355 - 07/04/2009.


Tipologia dels ajuts:

1. Ajuts per a mobilitat i transport

- ajuts per a la mobilitat
 - obtenció o reconversió del permís de conduir
 - adquisició de vehicle
 - adaptació de vehicle
- ajuts per a transport per assistir a determinats serveis
- atenció precoç
- rehabilitació
- ensenyament reglat postobligatori i formació ocupacional en centres autoritzats per a alumnes més grans de 16 anys

2. Ajuts per a l'autonomia personal i la comunicació

La quantia econòmica concedida depèn de barems que tenen en compte els ingressos personals, en cas de ser major d'edat, o de la unitat familiar en cas de ser menor d'edat o del fet d'estar incapacitat legalment i no disposar d'ingressos propis.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 74

Circuit que ha de fer la persona usuària

- Presentar la sol·licitud (www.gencat.cat/dasc) a qualsevol de les dependències del Departament d'Acció Social i Ciutadania amb la documentació requerida a la convocatòria i el pressupost de la despesa.
- El termini màxim per emetre i notificar la resolució és de 3 mesos des de la data de finalització del termini de presentació de sol·licituds. Transcorregut aquest temps sense notificar una resolució, s'entén desestimada.
- Només se subvenciona el material que es compra el mateix any que s'ha fet la sol·licitud.

Programa d'adaptació d'habitatges


Característiques del Programa

S'obre la convocatòria d'ajuts cada any i durant un període d'uns 5 mesos, a hores d'ara està regulada per l'Ordre ASC/220/2009, de 7 d'abril, per la qual s'aproven les bases per a la concessió d'ajuts del Programa per a l'adaptació o l'accessibilitat d'habitatges per a persones amb disminució, publicat al DOGC núm. 5374 -7/5/2009.

El Programa subvenciona les obres necessàries per suprimir les barreres arquitectòniques a l'accés o a l'interior de l'habitatge habitual i la instal·lació d'ascensors.

Tenen accés al Programa les persones amb discapacitat que tenen reconegut un grau de disminució igual o superior al 33 % i superen el barem de mobilitat reduïda.

La quantia màxima per donar és del 80 % del preu mitjà del mercat de cada una de les actuacions subvencionades, sempre que aquest no superi:

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 75

a) per a obres de supressió de barreres arquitectòniques a l'habitatge, 4.614,60 euros i


b) per a l'adquisició i la instal·lació de plataformes elevadores especials per a persones amb mobilitat reduïda, 3.093,30 euros.

Aquests dos conceptes es poden demanar simultàniament.

Es tenen en compte els ingressos de la unitat familiar o de convivència.


Circuit que ha de fer la persona usuària

- Presentar la sol·licitud (www.gencat.cat/dasc) amb el pressupost de les obres i la documentació que s'especifica en la normativa vigent i en el termini de la convocatòria, a qualsevol de les dependències del Departament d'Acció Social i Ciutadania.
- El termini màxim per emetre i notificar la resolució és de 3 mesos a partir de la data de finalització del termini de presentació de sol·licituds.
- Presentar les factures en un termini màxim d'un any de la notificació de la resolució (no s'accepten factures d'un altre any de la sol·licitud).


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 76

Annex 7. Dispositius socials i socio-sanitaris disponibles per a la intervenció en atenció al domicili


Hospitalització domiciliària	Conjunt de tractaments i atencions sanitàries proporcionats en el domicili d'una complexitat, intensitat i durada comparables a les que rebria el mateix pacient en un ingrés hospitalari convencional.
Ingrés per convallescència	Destinat a persones que necessiten continuació d'un tractament, rehabilitació o supervisió clínica continuada i que, a causa de la seva complexitat, requereixen alta intensitat de cures.
Ingrés socio-sanitari llarga estada	Servei que presta atenció continuada a persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència, que necessiten recursos tècnics o professionals que no es poden proporcionar a domicili o en una residència geriàtrica a causa del seu grau de complexitat clínica i/o assistencial.
Ingrés temporal en residència geriàtrica (RESPIR)	Programa de suport que ofereix estades temporals en règim residencial, adreçat a persones més grans de 65 anys que s'han de quedar soles a causa de malaltia, accident, intervenció quirúrgica... o altra raó que impedeix que la persona cuidadora l'atengui. També ofereix a les famílies un temps de descans.
Programa d'ajuda a cuidadors	Conjunt de programes i intervencions individuals o grupals per donar suport a cuidadors de persones amb dependència.
Programa d'atenció domiciliària PADES	Es tracta d'equips especialitzats que donen suport a l'atenció primària en l'àmbit de la geriatria, de les demències i altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i de les cures paliatives, en aquelles situacions complexes al domicili que es beneficien de la interdisciplinarietat i de l'especialització.
Servei d'assessorament per l'autonomia personal	Serveis d'informació i assessorament entorn d'ajuts tècnics, adaptacions i eliminacions de barreres arquitectòniques per a persones amb dependències i discapacitat.
Servei de bugaderia a domicili	Serveis de caire privat o finançat pel sistema públic de serveis socials que fan la neteja de la roba domèstica, inclou la recollida de la roba bruta i posterior entrega de la neta.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 77

Servei de residència assistida per a gent gran	Serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constants i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar.
Sistema personalitzat de dosificacions de medicaments	Sistema ofert per les oficines de farmàcia per preparar les dosis de medicacions.
Telecures	Conjunt de dispositius tecnològics que potencien el suport i l'autonomia de les persones amb dependència i discapacitat com la teleassistència i dispositius de telemedicina per a la monitorització de determinades patologies.
Unitat de cures pal·liatives	Destinada a malalts en situació avançada o en procés de mort que necessiten control de símptomes o tractaments continuats en règim d'hospitalització. La patologia predominant és l'oncològica.
Unitat funcional interdisciplinària socio sanitària	Unitats multidisciplinàries socio sanitàries ubicades a hospitals per a la valoració de determinat tipus de pacients. Poden ser de geriatria, de cures pal·liatives, respiratòries, de deteriorament cognitiu i mixtes.
Ajuda per a les tasques de la llar/auxiliar llar	Persona que atén les tasques de neteja de la llar, ja sigui de manera privada o per encàrrec del sistema públic de serveis socials o d'entitats sense afany de lucre.
Àpats a domicili	Servei de subministrament de menjars a domicili, ja sigui de manera privada o per encàrrec del sistema públic de serveis socials.
Atenció continuada a domicili	Es refereix a l'atenció que ofereix l'equip d'atenció primària fora del seu horari habitual del centre.
Atenció urgent a domicili (061)	Dispositiu d'atenció a les emergències mèdiques de tot Catalunya.
Centre de dia	Són serveis d'acolliment diürn per a gent gran que donen suport a les persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària i complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar.
Cuidador informal/familiar	Aquell que atén les necessitats bàsiques de la persona dependent sense remuneració i que té un vincle familiar i/o afectiu amb la persona dependent.
Cuidador contractat	Es refereix a aquell que atén les necessitats bàsiques de la persona dependent a canvi d'una remuneració.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 78

Equip d'atenció primària	Format pels professionals que presten atenció en aquest nivell assistencial: metges de família, pediatres, infermeria, treballadors socials i personal auxiliar i de suport administratiu.
Equip d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	Equips multidisciplinars ubicats en els centres sociosanitaris que desenvolupen activitats de diagnòstic amb la valoració de capacitats i necessitats físiques, cognitives i socials amb la finalitat de dissenyar un pla d'intervenció global. Poden ser geriàtrics, de cures pal·liatives i de trastorns cognitius.
Fisioteràpia domiciliària	Servei que proporciona atenció de fisioteràpia en el domicili.
Grups d'ajuda mútua (GAM) i associacions	Són grups de persones que comparteixen un problema de salut i una situació social comuna, que es reuneixen per millorar aquest problema o situació. En el transcurs del grup obtenen suport, informació, un benefici personal i/o col·lectiu i de repercussió social. Sovint estan vinculats amb alguna associació de persones afectades de malalties o situacions socials concretes.
Habitatges tutelats	Són establiments que es componen d'un conjunt d'habitatges, reduïts o complets, en nombre variable i amb estances d'ús comú. Ofereixen un servei d'acolliment alternatiu a persones grans autònomes, les circumstàncies socials de les quals no els permeten romandre en la pròpia llar. Constitueixen el domicili habitual de les persones usuàries, afavoreixen la màxima independència personal i afavoreixen també la vida comunitària i la integració social.
Hospital de dia	Són serveis sociosanitaris d'atenció diürna que presten atenció a persones grans malaltes i a malalts crònics amb necessitat de recolzament, rehabilitació, diagnòstic i tractament especialitzat en règim ambulatori.
Hospitalització	Ingrés en un hospital per un problema agut de salut.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 79

Annex 8. Experiències de bones pràctiques

Model funcional d'atenció domiciliària

L'any 1995 es va objectivar al nostre equip que l'organització UBA (metge/essa/infermer/a) provocava una infrautilització de recursos i capacitats de l'equip d'infermeria davant les necessitats reals, i un excessiu treball burocràtic no propi d'infermeria.

Objectiu

En aquest context es planteja el canvi organitzatiu dirigit a suprimir les unitats bàsiques d'atenció (UBA) i assignar a cada professional d'infermeria un servei específic atenent les seves inquietuds.


Descripció

El servei en què es va posar més èmfasi va ser el d'atenció domiciliària, que quedava una mica desplaçat dins el sistema UBA a causa de:

- Horari limitat per a aquesta activitat
- Deficient canalització de la demanda d'AD
- Cobertura insuficient

Per les ràtios de població que teníem, a aquest servei es va dedicar la jornada d'un professional d'infermeria, que més tard va ser ampliat a mitja jornada més d'un altre professional, per l'augment de l'envelliment de la població.

El professional d'infermeria es coordinava amb els sis metges del centre, i dues infermeres de família del servei d'adults, a més dels serveis territorials hospitalaris, sociosanitaris i PADES.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 80

Resultats

Després de 14 anys d'aquesta organització, els beneficis que en un principi vam trobar continuen sent vàlids:

- En primer lloc una major flexibilitat, atès que aquest sistema no estableix una rigidesa horària i permet una millor adaptació a les necessitats de cada pacient i de la seva família.
- Una millor comunicació amb la persona malalta i la cuidadora.
- Racionalització de la demanda i assistència d'AD.
- Augment de la cobertura de pacient amb necessitats d'AD.
- La població té un referent a qui dirigir les seves necessitats i dirigeix les seves demandes d'AD, juntament amb la resta dels professionals.


L'especialització d'un professional és també un benefici perquè proporciona l'oportunitat de donar expertesa al seu treball d'habilitats i de coordinació entre nivells, en benefici dels qui reben els seus serveis i un millor aprofitament dels recursos.

Institució i centre responsable de la intervenció

Institut Català de la Salut.

Referències

Montse Nozal Baldajos. Adjunta Direcció EAP Antoni Creus-Terrassa (montserrat.nozal@gencat.cat).

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 81

☉Consulta: comoditat per a la persona usuària i per al professional

Objectiu

Avaluar l'impacte de la utilització de la consulta virtual a l'àmbit de l'atenció primària.

Població diana

Pacients de les 53 àrees bàsiques de salut de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona-ICS. Cada metge i infermera té una càrrega assistencial (pacients atesos/assignats ponderats per edat i freqüentació) de 1.040 i 1.139 pacients de mitjana, amb una freqüentació de 5,6 i 2,1 de nombre de visites de mitjana per pacient/any.


Criteris d'inclusió UBA

- Pertànyer a un centre d'atenció primària de Barcelona ciutat de l'ICS.
- Que l'UBA estigui formada per un metge i una infermera amb la mateixa quota de pacients.

Utilització del SIAP / ECAP

Criteris d'exclusió pacients:

- Menors de 18 anys
- Àmbit: Barcelona ciutat

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 82

Descripció

A causa de la creixent pressió assistencial i la hiperfreqüentació de les unitats bàsiques d'atenció, es planteja un estudi pilot per valorar l'efectivitat de la incorporació de noves tecnologies a la pràctica diària assistencial. Sabem que els missatges via web són una millora respecte de l'ús del correu electrònic, ja que proporcionen més seguretat i confidencialitat amb controls d'accés a través de les inscripcions i proporcionen un contingut limitat i explotable, es planteja un estudi de comunicació metge-pacient a través d'una pàgina web, redirigida al seu torn al correu electrònic.

Resultats

Estudi "abans-després" gairebé experimental utilitzant un aplicatiu web.


- Maig-octubre 2009: Prova pilot
- Novembre-desembre 2009: Anàlisi dels resultats

Institució i centre responsable de la intervenció

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

Referències

Josep Casajuana Brunet (jcasajuana.bcn.ics@gencat.cat).

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 83

La Xarxa d'Atenció Primària a Domicili (XAPAD)

Objectiu

Permetre al personal sanitari que treballa desplaçant-se pels consultoris locals del Pirineu disposar, al seu ordinador portàtil, de tota la informació que necessita per treballar.

Població diana

Persones usuàries adscrites als centres d'atenció primària de l'ICS i consultoris locals.


Àmbit

Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i Aran. Institut Català de la Salut.

Descripció

Des de l'any 2002, l'Institut Català de la Salut ha instal·lat la infraestructura bàsica per poder establir les comunicacions que han permès tirar endavant la XAPAD en una zona que, fins aleshores, estava molt poc informatitzada.

Els professionals troben a la xarxa tota la informació que necessiten per treballar. Concretament, als seus ordinadors portàtils hi ha: la història clínica de la persona malalta, tota la informació sobre protocols i formes de seguiment dels pacients, connexions amb els laboratoris dels diferents hospitals de la zona per saber els resultats d'eventuals anàlisis, el seu

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 84

correu electrònic i un sistema d'arxius personals que "permet als metges transportar la informació d'un lloc a l'altre a través del servidor".

Des del mateix terminal també poden donar hora als pacients per a un altre dia o, si es tracta d'un cas més greu, fer una sol·licitud per concertar visita a l'hospital comarcal o a l'especialista. I tot plegat amb uns ordinadors portàtils que els informàtics que treballen en el projecte capaciten de sistemes de seguretat perquè esdevinguin aparells més segurs.


Institució i centre responsable de la intervenció

Institut Català de la Salut. Gerència Alt Pirineu i Aran.

Referències

Miquel Buti, metge i coordinador de Metodologia, Avaluació i Qualitat a la zona de l'Alt Pirineu i l'Aran de l'Institut Català de la Salut (ICS).

Intranet: <http://ppirineu.cpd1.grupics.intranet>

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 85

Programa de voluntariat als centres d'atenció primària de salut

Objectiu

Crear un grup formal i estable de voluntariat per a l'atenció dels pacients i familiars inclosos en el Programa d'atenció domiciliària ATDOM.

Població diana


Població general amb interessos socials, solidaris i amb disponibilitat de temps lliure que pregunten als centres d'atenció primària.

Descripció

El Programa de voluntariat parteix de la inquietud de l'equip de treballadors socials del SAP Sta. Coloma que detecten en els pacients i famílies inclosos en el ATDOM necessitats no cobertes de suport i companyia, d'acompanyament en el passeig i de suport a la persona cuidadora principal.

D'altra banda, també detecten en la població general atesa persones amb interessos socials i solidaris que no saben cap a on encaminar el seu desig, persones amb necessitat de realitzar activitats o caminar però que presenten la resistència a fer-ho soles, i persones grans amb plenes facultats que no saben com ocupar el seu temps.

Atesa aquesta doble situació, l'equip s'organitza de manera que la detecció de possibles persones voluntàries la realitza el personal assistencial del centre en la seva consulta habitual, els treballadors socials els entrevisten i comproven que el perfil és l'adient i que no hi ha contraindicacions per realitzar aquesta tasca.

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 86

S'identifica una associació de voluntariat o veïns en la ciutat que pugui acollir com a associats els voluntaris escollits i és l'associació qui paga l'assegurança de responsabilitat civil a la Federació Catalana del Voluntariat.

Els treballadors socials del SAP es reuneixen mensualment amb el grup de voluntariat, li assignen els casos per donar suport i fan el seguiment continu i supervisió de la tasca que tenen assignada. A més, també s'organitzen activitats de formació per al voluntariat i de caire grupal amb motiu de la celebració de festivitats.

Resultats

El Programa es va posar en marxa l'any 1997 i des de llavors ençà la seva activitat s'ha dut a terme de manera satisfactòria, segons totes les persones implicades, pacients, voluntaris i professionals dels centres d'atenció primària, de manera ininterrompuda.

A hores d'ara, en el Programa participen 15 persones voluntàries, de les quals 4 estan en el grup des de la data en què es va iniciar.


Institució i centre responsable de la intervenció

Montse Monsó Codó. SAP Sta. Coloma de Gramenet

(monso.bnm.ics@gencat.cat)

Referències

P. Rodriguez Molinet. Creación de un grupo de voluntarios desde el ámbito de la salud: aspectos metodológicos. Revista de Servicios Sociales y política Social nº 52, Madrid 2000.


 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 87

Taula 1. Relació d'equips PADES/ETODA a Catalunya

GTS	RS/CENTRE	PAD
GTS Alt Urgell	SANT HOSPITAL. La Seu d'Urgell	1
GTS Cerdanya	H. PUIGCERDÀ	1
GTS Pallars Jussà - Pallars Sobirà	H. PALLARS	1
	Total RS Pirineus	3
GTS Pla de Lleida	H. SANTA MARIA. GESESA	4
GTS Pla de Lleida	S. CLÍNICS. ETODA	1
	Total RS Lleida	5
GTS Alt Camp i Conca de Barberà	PIUS HOSPITAL	1
GTS Baix Camp	H. SANT JOAN REUS	2
GTS Tarragonès	CSS LLEVANT (Mercedes)	1
GTS Tarragonès	HSS FRANCOLÍ (GPSS)	2
	Total RS Tarragona	6
GTS Altebrat	H. MORA D'EBRE	1
GTS Baix Ebre	H. STA. CREU TORTOSA B. Ebre	2
GTS Montsià	H. STA. CREU TORTOSA Montsià	1
	Total RS Terres Ebre	4
GTS Alt Maresme - Selva Marítima	H. BLANES	1
GTS Baix Empordà	PALAMÒS GENT GRAN	1
GTS Figueres i Alt Empordà	C.S.S. BERNAT JAUME	1
GTS Garrotxa	H. ST. JAUME OLOT	1
GTS Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior	H. STA CATERINA. IAS	1
GTS Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior	PADES GIRONA ICS	1
GTS Ripollès	H. CAMPDEVÀNOL	1
	Total RS Girona	7
GTS Anoia	H. GENERAL D'IGUALADA	1
GTS Bages-Solsonès	H. C. SOLSONES	1
GTS Bages-Solsonès	H. SANT ANDREU. MANRESA	1
GTS Bages-Solsonès	PADES MANRESA ICS	1
GTS Berguedà	H. ST. BERNABÉ	1



GTS Osona	H. ST. JAUME MANLLEU	1
GTS Osona	H. STA. CREU VIC	1
	Total RS Central	7
GTS Alt Penedès	PADES VILAFRANCA ICS	1
GTS Baix Llobregat Centre Fontsa	PADES CORNELLÀ ICS	1
GTS Baix Llobregat Centre-Fontsa	PADES SANT FELIU ICS	1
GTS Baix L. L'Hospitalet - El Prat de Llobregat	H. CREU ROJA HOSPITALET	1
GTS Baix L. L'Hospitalet - El Prat de Llobregat	ETODA HOSPITALET. S. CLÍNICS.	2
GTS Baix L. L'Hospitalet - El Prat de Llobregat	PADES L'HOSPITALET ICS	1
GTS Baix Llobregat Litoral	PADES GAVÀ ICS	1
GTS Baix Llobregat Litoral	S. JOAN DE DÉU (St. Boi de Llobregat)	1
GTS Baix Llobregat Nord	SAGRAT COR (Martorell)	1
GTS Garraf	H. ST. ANTONI ABAT	1
	Total RSB Costa Ponent	11
GTS Barcelonès Nord-Baix Maresme	CSS EL CARME	1
GTS Barcelonès Nord-Baix Maresme	SERVEIS CLÍNICS. ETODA BNM	1
GTS Barcelonès Nord-Baix Maresme	PADES GUTTMAN	1
GTS Barcelonès Nord-Baix Maresme	PADES BADALONA ICS	1
GTS Barcelonès Nord-Baix Maresme	PADES SANTA COLOMA ICS	1
GTS Alt Maresme - Selva Marítima	H. ST. JAUME CALELLA	1
GTS Maresme	CSS ANTIC H. SANT JAUME	1
GTS Maresme	PADES MATARÓ ICS	1
GTS Baix Montseny	H. ST. CELONI	1
GTS Vallès Oriental Central	R. STA. SUSANNA	1
GTS Vallès Oriental Central	PADES GRANOLLERS ICS	1
GTS Baix Vallès	PADES MOLLET ICS	1
GTS Vallès Occidental Est	R. ALBADA	3
GTS Vallès Occidental Oest	H. MÚTUA DE TERRASSA	2
GTS Vallès Occidental Oest	PADES RUBÍ. CST	1
GTS Vallès Occidental Oest	H. TERRASSA CST	1
	Total RSB BNM-Vallès	19

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 89

GTS Barcelona	PARC S. PERE VIRGILI	2
GTS Barcelona	C. COROLEU	1
GTS Barcelona	R. NTRA. SRA. MERCÈ	1
GTS Barcelona	PADES NOUS BARRIS ICS	1
GTS Barcelona	H. DOS MAIG. BARCELONA	1
GTS Barcelona	CSS GÜELL. MUTUAM	6
GTS Barcelona	C.S.S. EIXAMPLE	1
GTS Barcelona	SERVICIOS CLINICOS SA.	2
GTS Barcelona	CL. BARCELONETA	1
GTS Barcelona	FORUM. IMAS	1
	Total RSB Barcelona ciutat	17
	Total RS Barcelona	47
	Total CATALUNYA	79


Font: Pla director socio sanitari, data 31/10/2008

PADES: equips de suport del Programa d'atenció domiciliària

ETODA: equips de teràpia en observació directa ambulatoria que fan activitats de promoció, prevenció, curació i rehabilitació


Taula 2. Equips d'hospitalització a domicili - hospital

ÀMBIT	EQUIPS D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI
Regió Sanitària Barcelona	
Baix Llobregat	Hospital de Viladecans
Baix Llobregat	Hospital de Sant Boi de Llobregat
Baix Llobregat	Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat
Barcelonès	Hospital Universitari de Bellvitge
Barcelonès	Hospital Universitari Vall d'Hebron
Barcelonès	Hospital Clínic i Provincial
Barcelonès	Hospital Dos de Maig

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 90

Barcelonès	Hospital del Mar
Barcelonès	Hospital de l'Esperança
Barcelonès	Fundació Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
Barcelonès	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
Barcelonès	Hospital Municipal de Badalona
Maresme	Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Vallès Occidental	Hospital de Sabadell
Vallès Oriental	Hospital de Sant Celoni
Vallès Oriental	Fundació Privada Hospital de Mollet
Vallès Oriental	Hospital de Granollers
Regió Sanitària Catalunya Central	
Bages	Centre Hospitalari de Manresa
Bages	Hospital Sant Joan de Déu de Manresa
Berguedà	Hospital Comarcal Sant Bernabé de Berga
Osona	Hospital General de Vic
Regió Sanitària Girona	
Garrotxa	Hospital Sant Jaume d'Olot
Gironès	Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
Regió Sanitària Lleida	
Segrià	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Regió Sanitària Terres de l'Ebre	
Baix Ebre	Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Regió Sanitària Camp de Tarragona	
Tarragonès	Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Font: Recopilació de la informació per mitjà de correu electrònic amb la direcció del centre hospitalari, data 1/09/2009

 Institut Català de la Salut	Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut	Data: abril 2010	
		Versió 1	Pàgina 91

Taula 3. Relació de gestores casos/infermeres d'enllaç - EAP/hospital

ÀMBIT	SAP	GESTORA/ ENLLAÇ	EAP	HOSPITAL
Barcelona ciutat	Litoral	Enllaç		Hospital del Mar
	Litoral	Gestora de casos	EAP Gòtic - 1 C	
	Litoral	Gestora de casos	EAP Casc Antic - 1 B	
	Litoral	Gestora de casos	EAP Raval Nord - 1 E	
	Litoral	Gestora de casos	EAP Raval Sud - 1 D + IC: EAP Sant Martí 10 J - 10 H+ EAP La Pau - 10 I + EAP La Mina - 10 Z + EAP Poble Nou - 10 C	
	Litoral	Gestora de casos	EAP Besòs - 10 D + EAP Ramon Turró - 10	
	Esquerra	Enllaç		Hospital Clínic
	Esquerra	Enllaç		Hospital Clínic
	Esquerra	Enllaç/gestora		Clínica Plató
	Esquerra	Gestora de casos	EAP Poble Sec - 3 B+EAP Universitat - 2 D	
	Esquerra	Gestora de casos	EAP Consell de Cent - 3 D + Magoria - 3 D - CAP Numància	
	Esquerra	Gestora de casos	EAP Sant Antoni - 2 A + EAP Via Roma - 2 B	
	Esquerra	Gestora de casos	EAP Sants - 3 E- CAP Carreras Candi	
	Esquerra	Gestora de casos	EAP Carles Ribas - 3 C + EAP La Marina - 3 H	
	Dreta	Enllaç		Hospital Sant Pau



ÀMBIT	SAP	GESTORA/ ENLLAÇ	EAP	HOSPITAL
Barcelona ciutat	Dreta	Enllaç		Hospital Sant Pau (suport)
	Dreta	Gestora de casos	EAP Sagrera - 9 A + EAP Congrès - 9 G	
	Dreta	Gestora de casos	EAP Camp de l'Arpa - 10 F	
	Dreta	Gestora de casos	EAP Vila de Gràcia - 6 B + EAP Joanic - Camp d'en Grassot - 6 A	
	Dreta	Gestora de casos	EAP Sanllehy - 7 A + EAP Guinardó - 7 G	
	Muntanya	Gestora de casos	EAP Lisboa - 7 F + EAP Sant Rafael 7 E	
	Muntanya	Gestora de casos	EAP Verdum - 8 E + EAP Guineueta - 8 F	
	Muntanya	Gestora de casos	EAP El Carmel - 7C+ EAP Horta - 7 D	
	Muntanya	Gestora de casos	EAP Turó - 8 C + EAP Vilapicina - 8 A	
	Muntanya	Gestora de casos	EAP Sant Andreu 9 D - 9 G + EAP Ciutat Meridiana - 8 H	
Metropolitana Nord	Vallès Oriental - Occidental	Enllaç Prealta	Adjunts	
	Cerdanyola - Ripollet	Enllaç Prealta	Adjunts	
	Granollers - Mollet	Enllaç Prealta	Adjunts	



ÀMBIT	SAP	GESTORA/ ENLLAÇ	EAP	HOSPITAL
Metropolitana Nord	Santa Coloma de Gramenet	Enllaç	SAP Santa Coloma + SAP Badalona	Hospital de l'Esperit Sant / SS Emili Miras de Santa Coloma / SS Can Torras de Masnou
	Badalona - Sant Adrià	Enllaç	SAP Santa Coloma + SAP Badalona	Hospital Germans Trias i Pujol
	Badalona - Sant Adrià	Enllaç	SAP Santa Coloma + SAP Badalona	Hospital Germans Trias i Pujol
	Mataró - Maresme	Enllaç	Tordera + Pineda + Canet + Arenys	Hospital Sant Jaume de Calella
	Mataró - Maresme	Enllaç	Mataró + Arenys + Llaveneres + Premià	Hospital de Mataró
Metropolitana Sud	Hospitalet	Enllaç		Hospital de Bellvige
	Hospitalet	Enllaç		Hospital General L'Hospitalet
	Baix Llobregat Centre	Gestora/enllaç	EAP La Gavarra	Hospital de Bellvige
	Baix Llobregat Centre	Gestora/enllaç	EAP Molins de Rei	Hospital General L'Hospitalet
	Baix Llobregat Centre	Gestora/enllaç	EAP Pujol I Capsada (El Prat de Llobregat)	Hospital de Bellvige
	Baix Llobregat Centre	Gestora/enllaç	Esplugues de Llobregat	Hospital de Bellvige
	Baix Llobregat Litoral	Enllaç		Hospital de Sant Boi
	Baix Llobregat Litoral	Enllaç		Hospital de Viladecans
	Baix Llobregat Litoral	Gestora de casos	EAP Castelldefels 1	
	Baix Llobregat Litoral	Gestora de casos	EAP Gavà 1	
	Baix Llobregat Litoral	Gestora de casos	EAP Gavà 2	



ÀMBIT	SAP	GESTORA/ ENLLAÇ	EAP	HOSPITAL
Metropolitana Sud	Baix Llobregat Litoral	Gestora de casos	EAP Viladecans 1	
	Baix Llobregat Litoral	Gestora de casos	EAP Viladecans 2	
	Baix Llobregat Nord	Gestora/enllaç	EAP Pallejà (Tot el SAP)	Hospital de Martorell
	Alt Penedès Garraf	Enllaç		Hospital Alt Penedès
	Alt Penedès Garraf	Enllaç		Hospital Sant Camil (Garraf)
	Alt Penedès Garraf	Gestora de casos	EAP Penedès Rural	
	Alt Penedès Garraf	Gestora de casos	EAP Sant Sadurní d'Anoia	
	Alt Penedès Garraf	Gestora de casos	EAP Vilafranca del Penedès	
Catalunya Central	Anoia	Enllaç	SAP Anoia	
	Anoia	Enllaç	SAP Anoia	
	Bages-Berguedà	Enllaç		
	Bages-Berguedà	Enllaç	ABS Berga Centre	
	Osona	Enllaç	ABS Manlleu (tot el SAP)	
	Osona	Enllaç	CAP II Vic	
Camp de Tarragona	Tarragona - Reus	Enllaç	ABS Montblanc ABS ACE	
	Tarragona - Reus	Coordinadora de la unitat	Coordinadora de la unitat	
	Tarragona - Reus	Gestora/enllaç	ABS T 7 + T 6	Hospital Joan XXIII
	Tarragona - Reus	Gestora de casos	ABS T 3 + T 5	
	Tarragona - Reus	Gestora de casos	ABS T 2 + Salou	
	Tarragona - Reus	Gestora/Enllaç	ABS Valls + ACE	Hospital Pius de Valls
	Tarragona - Reus	Gestora de Casos	ABS T 1 + El Morell + Constantí	



ÀMBIT	SAP	GESTORA/ ENLLAÇ	EAP	HOSPITAL
Camp de Tarragona	Tarragona - Reus	Gestora de casos	ABS Montblanc	
	Tarragona - Reus	Gestora/enllaç	ABS Reus 3+ Reus 4 + Montroig del Camp	Hospital S. Joan de Reus
	Tarragona - Reus	Gestora/enllaç	ABS Reus 1 + Reus 2 + Les Borges del Camp	
	Tarragona - Reus	Gestora/enllaç	ABS Reus 3, Reus 4 i Montroig del Camp	
	Tarragona - Reus	Gestora/enllaç	ABS Reus 1, Reus 2 i Les Borges del Camp	
	Tarragona - Reus	Gestora de casos	ABS Falset i Cornudella de Montsant	
Terres de l'Ebre	Terres de l'Ebre	Gestora/enllaç	ABS Amposta	
Lleida	Lleida - Segrià - Garrigues	Enllaç/PRODEP		Hospitals Arnau de Vilanova i Santa Maria, SS Nadal Merolles / Psicogeriatric Terraferma Alpicat / Jaume d'Urgell de Balaguer
Alt Pirineu i Aran	Lleida Nord	Enllaç		
	Lleida Nord	Enllaç		
	Lleida Nord	Enllaç		
Girona		Gestora de casos	ABS Girona 3	
		Gestora de casos	ABS Banyoles	
		Enllaç		Hospital Josep Trueta