

Jornada “Una mirada social a l'atenció a la cronicitat”

Març 2013

Mar Peña Ocaña, coordinadora de Treball Social
Institut Català de la Salut

ÍNDEX

1. Tríptic de la Jornada
2. Presentació i cloenda de la Jornada
3. Programa d'atenció a la cronicitat
4. Cartera de serveis de treball social a l'ICS
5. La cronicitat a l'àrea Metropolitana Nord
6. La cronicitat a Barcelona Ciutat
7. La cronicitat al Camp de Tarragona
8. La cronicitat a l'àrea Metropolitana Sud
9. La cronicitat a Lleida
10. La cronicitat als hospitals Vall d'Hebron i Bellvitge
11. La cronicitat a pediatria
12. Eines per a l'enfocament del risc social
13. Els sistemes d'informació de treball social en l'àmbit hospitalari
14. Els sistemes d'informació de treball social en l'atenció primària
15. Projecte col·laboratiu a Tona
16. Projecte col·laboratiu a Girona
17. Projecte col·laboratiu a Sant Andreu de la Barca
18. Conclusions a la taula d'experiències
19. Avaluació de la Jornada

1- Tríptic de la Jornada

Una mirada social a l'atenció a la cronicitat

Jornada de treball

SALA D'ACTES
DEL CENTRE CORPORATIU
Gran Via de les Corts Catalanes, 587
08007 Barcelona

14 de març de 2013



Una mirada social a l'atenció a la cronicitat

SALA D'ACTES DEL CENTRE CORPORATIU

14 DE MARÇ DE 2013

J o r n a d a d e t r e b a l l

PROGRAMA

Les noves estratègies que s'estan definint per a l'abordatge de la cronicitat al nostre país fan necessari plantejar-se noves formes de reorganitzar l'atenció social i sanitària com a eina clau per donar la resposta més adequada a les necessitats socials i sanitàries dels pacients en cada situació de salut.

En aquets context, les treballadores i treballadors socials sanitaris, dins el seu àmbit competencial, han de participar, juntament amb la resta de professionals de l'equip, en el desenvolupament d'estratègies territorials que facilitin l'abordatge de la cronicitat des de l'àmbit sanitari, en coordinació amb la resta d'agents implicats, per a l'optimització dels recursos disponibles.

Aquesta jornada de treball es planteja com a motor per avançar en la intervenció social dins l'equip, compartint diferents experiències i reflexions realitzades en diferents centres i serveis del territori.

09.15 H RECEPCIÓ

09.30 H BENVINGUDA

Dr. Jaume Benavent

Director adjunt d'Afers Assistencials de l'ICS

Sra. Lupe Figueiras

Cap d'Àrea d'Infermeria i Processos de Continuitat Assistencial de l'ICS

Sra. Mar Peña

Coordinadora de l'Àrea de Treball Social de l'ICS

10.00 H PRESENTACIÓ DEL PROGRAMA D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT

Dr. Jordi Martinez

Cap Àrea de Gestió i Integració Territorial

Sra. Lupe Figueiras

Cap d'Àrea d'Infermeria i Processos de Continuitat Assistencial

10.50 H PAUSA

11.00 H CARTERA DE SERVEIS DE TREBALL SOCIAL SANITARI

Sra. Mar Peña

Coordinadora de l'Àrea de Treball Social de l'ICS

11.30 H PRESENTACIÓ DE TREBALLS I EXPERIÈNCIES

"Intervenció social en l'atenció integral de la cronicitat"

Sra. Rosa M. Carrasco Coria

Referent de Treball Social, DAP Costa de Ponent

Experiència Girona

Experiència Barcelona

Experiència Metropolitana Nord

Experiència Metropolitana Sud

Experiència Catalunya Central

Experiència Tarragona

Experiència Lleida

Experiència hospitalària

Sistemes d'informació en AP i AH

Eines per a l'enfocament del risc social

Àmbit de TS i pediatria

13.30 H TORN OBERT PER AL DEBAT I PREGUNTES

14.00 H CONCLUSIONS I CLOENDA

una mirada social a l'atenció a la cronicitat

2- Presentació i cloenda de la Jornada

Una mirada social a l'atenció a la cronicitat

SALA D'ACTES DEL CENTRE CORPORATIU

14 DE MARÇ DE 2013

J o r n a d a d e t r e b a l l

PRESENTACIÓ (Taula Inaugural)

Benvingudes i benvinguts a la jornada de treball sobre "Una mirada social a l'atenció a la cronicitat", una mirada específica de la dimensió social de la salut.

La reunió d'avui es planifica partint del impuls que el Departament Salut i l'ICS dona a l'atenció als pacients crònics i a les necessitats de reorganització de serveis de TSS que aquesta prioritització pot requerir. També s'han tingut en compte els qüestionaments que els treballadors socials sanitaris es plantegen al respecte d'aquesta línia estratègica del sistema sanitari.

Quina funció ha de tenir el TSS en el procés d'atenció a la cronicitat?
Quins aspectes comuns ha de tenir el procés disciplinar d'abordatge en l'atenció als pacients crònics, en els diferents nivells assistencials ?
Quin paper juga el territori en la definició d'estratègies d'abordatge?
Quina funció han de desenvolupar altres àrees del benestar en l'atenció a la cronicitat ?
Els serveis socials titulars majoritaris del suport social formal lligat a la LAAD, quin rol han de desenvolupar? I com s'han de plantejar les sinergies entre ambdós sistemes del benestar?
Existeixen experiències territorials avaluades que marquin la tendència de funcionament en l'atenció a la cronicitat??
Com operativitza el TS la seva competència?? Amb quins pacients ha de treballar? Amb Quins instruments de suport compta???

.....Aquestes i d'altres qüestions ens fan plantejar una jornada com la d'avui per poder avançar i poder definir l'abordatge social dels pacients crònics des de la institució sanitària ICS i donar resposta a les necessitats socials i sanitàries dels que son l'eix vertebrador del sistema; les persones amb necessitats de salut.

Per assolir els objectius avui definits , la jornada s'ha estructurat en 3 blocs:

- 1- Emmarcar línies generals de l'atenció a la cronicitat
- 2- Emmarcar els serveis de TS en l' Atenció a la Cronicitat partint de la Cartera de serveis de Treball Social Sanitari de l'ICS que avui es presenta
- 3- Bloc de les experiències desenvolupades pel treball social en els territoris

Esperem que aquesta jornada sigui d'interès per a tots els participants i esperem també poder créixer a partir de les aportacions que es realitzaran.

M. Mar Peña Ocaña
Coordinadora de Treball Social
Direcció Adjunta d'Afers Assistencials

CLOENDA (Taula Cloenda)

Arribat el final d'una jornada intensa, ens toca reflexionar sobre les experiències aportades.

El missatge que recollim:

Es plantegen noves formes de reorganitzar l'atenció social i sanitària com a eina clau per donar la resposta més adequada a les necessitats socials i sanitàries dels pacients en cada situació de salut.

En aquets context, els treballadors socials sanitaris, dins el seu àmbit competencial, han de participar en el desenvolupament de estratègies territorials com son, entre d'altres les rutes assistencials.

Han de participar en la definició de l'enfocament del risc social per a arribar a treballar en un model predictiu i preventiu.

A nivell disciplinar s'ha de consensuar procediment per desenvolupar els serveis definits en cartera de serveis.

Un exemple el tenim en la concreció del servei de valoració social i el pla d'intervenció social, per a ser aportats a la valoració integral en "un únic llenguatge disciplinar". Es necessita que els dispositius que treballin en l'atenció a la cronicitat en el marc del 7x24 entenguin, entre d'altres, el llenguatge utilitzat en la valoració social.

El TS ha d'apostar per continuar el treball proactiu que es ve desenvolupant en l'EQA. En l'atenció a la cronicitat s'ha evitar el treball reactiu.

Respecte la intervenció social planificada cal vetllar per que les transicions d'un servei a un altre o a domicili es realitzin en un clima de continuum i transversalitat entre tots els serveis implicats, sense perdre els aspectes socials de la salut treballats (funcionament social, suport social,..).

Per tot, cal que els TS estiguin alineats amb propostes territorials de treball coordinat entre els serveis sanitaris i amb les àrees del benestar implicades

I com a missatge final:

- L'Atenció a la cronicitat s'ha de parlar en clau territorial, amb uns mínims comuns disciplinaris definits en el marc d'aquest àrea de Treball Social. Els màxims comuns en format interdisciplinari s'han de definir a territori perquè la clau en l'atenció a la cronicitat està al Territori.

Moltes gràcies per la vostra implicació i participació en aquesta jornada de treball.

M. Mar Peña Ocaña
Coordinadora de Treball Social
Direcció Adjunta d'Afers Assistencials

3- Programa d'atenció a la cronicitat

Programa Atenció a la Cronicitat

Institut Català de la Salut
Jornades de Treball Social
14/03/2013

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Institut Català
de la Salut

 www.gencat.cat/ics

MONOLIT



ECOSISTEMES



ENTORN COL·LABORATIU



EL MODEL



Fuente: Ed Wagner. Mac Coll Institute

El Pla de Salut 2011 - 2015

Tres eixos de transformació

I Programes de salut: *més salut i per a tothom i millor qualitat de vida*

II Transformació del model d'assistència: *millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries*

III Modernització del model organitzatiu: *un sistema sanitari més sòlid i sostenible*

Nou línies d'actuació

1. Objectius i programes de salut

2. Un sistema més orientat als malalts crònics

3. Un sistema més resolutiu des dels primers nivells

4. Un sistema de més qualitat en l'alta especialització

5. Major enfocament cap als pacients i famílies

6. Nou model de contractació de l'atenció sanitària

7. Incorporació del coneixement professional i clínic

8. Millora del govern i participació en el sistema

9. Potenciació de la informació, transparència i avaluació

Per a cada línia d'actuació es desenvolupen una sèrie de projectes estratègics, que sumen en total els 32 projectes estratègics del Pla de Salut

El Pla de Salut 2011 - 2015



2.1 Implantar processos clínics integrat



2.2 Potenciar els programes de protecció, promoció i prevenció



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



2.4 Desenvolupar alternatives assistencials en un sistema integrat



2.5 Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos



2.6 Implantar programes d'ús racional del medicament



Generalitat de Catalunya

Pla de Salut 2011-2015

PROGRAMA ICS

Visió del Programa

- Àmbit Assistencial
- Àmbit participació ciutadana en la seva autocura.
- Àmbit Avaluació i Contractació
- Àmbit Desenvolupament Professional
- Àmbit Sistema Informació
- Àmbit Tecnologia
- Àmbit Coneixement

Objectius Àmbit Assistencial

**Implantació
d'agrupadors
morbiditat (CRGs)**

**Implantar un model
de "PREALT amb
major risc"**

**Millora en el procés
electrònic
comunicació entre
àmbits assistencials**

**Ruta assistencial per
Pacient Crònic
Complex**

**Definir un mecanisme
7x24**

**Dispositius
alternatius a
l'hospitalització
convencional i/o
urgències**

**Implantar 3
experiències model
col·laboratiu amb
Serveis Socials
municipals**

**Implantació d'un
model d'atenció
telefònica pro activa**

**Projecte d'innovació
d'atenció domiciliària:
Unitats Funcionals
(comarca, ciutat,
districte)**

Objectius Àmbit Autocura

Pacient Expert Catalunya, amb presència de totes les GT

Programa Millora Adherència Terapèutica

Objectius Àrea Avaluació i Contractació

Indicadors EQA relacionats amb àrea atenció pacient crònic

Posar a disposició equips directius EAP MSIQ

Incorporar indicadors comuns i transversals de Cronicitat per Acord Gestió Territorial any 2013

Objectius Àrea Desenvolupament Professional

**Ofertar 1 edició per any a nivell corporatiu de cursos en:
Atenció telefònica / Formació en “health coach” per pacients”
(e-learning)**

**Incorporació mòdul formatiu en Cronicitat dins cada Unitat
Multiprofessional Atenció familiar i Comunitària**

Objectius Àmbit TIC

Incorporar a eCAP i SAP identificadors de situacions o condicions determinades d'especial interès en Cronicitat.

Incorporació model "e-Consulta"

Creació, extensió i monitorització utilització models de "panel management"

Implantar alguna experiència de Telemonitorització en pacient crònic

Desenvolupament Plataforma Tecnològica que doni suport a diverses funcionalitats amb pacients crònics.

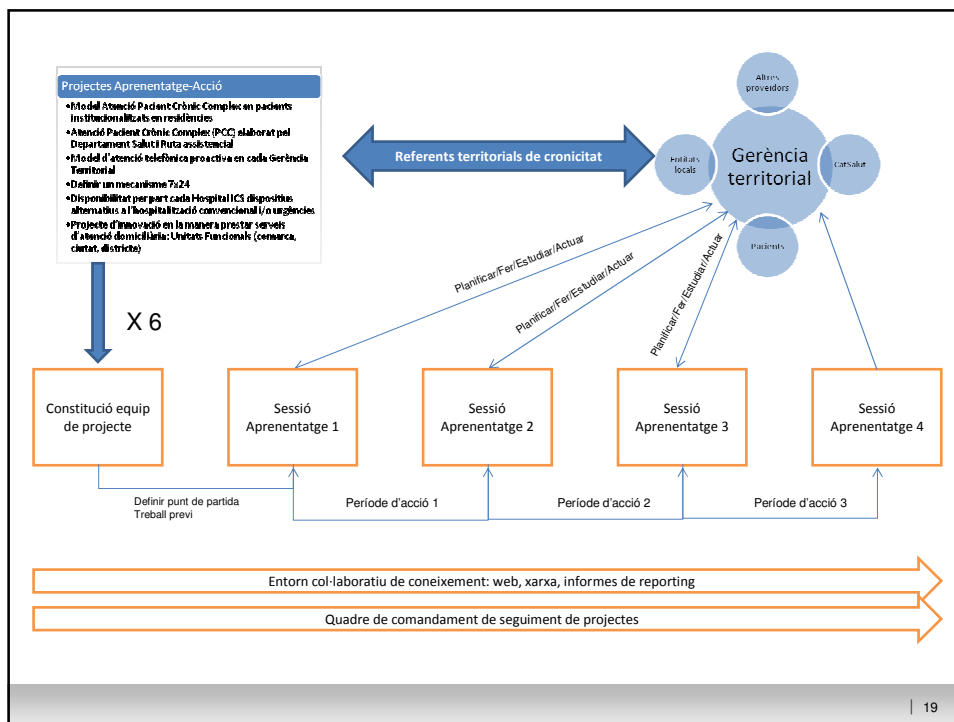
IMPLANTACIÓ

Àmbit	Objectiu 2012-2013	Àrea Actuació
Assistencial	Implantació d'agrupadors morbiditat (CRG) amb valor predictiu d'ingrés urgent o no programat	CC/GT
	Incorporació i implementació model Atenció Pacient Crònic Complex (PCC) elaborat pel Departament Salut i Ruta assistencial per PCC per cada territori on hi hagin dispositius de TICS	GT
	Implantar 3 experiències model col·laboratiu amb Serveis Socials municipals definit conjuntament entre ICS i Serveis Socials locals. (Per al conjunt de TICS)	CC/GT
	Implantació d'un model d'atenció telefònica proactiva en cada Gerència Territorial	GT
	Definir un mecanisme 7x24 per pacients PCC i en Atenció pal·liativa en cada SAP i per cada part del territori amb un Hospital de referència	GT
	Implantar un model de "PREALT amb major risc" (major risc reingrés, major necessitat continuïtat) des dels Hospitals de TICS, amb l'aplicació d'un algoritme que determini situació de risc de reingrés urgent (reingrés a 30 dies)	GT
	Implementar per tots els Hospitals de TICS d'una millora en el procés electrònic comunicació entre àmbits assistencials de la Tramesa PREALT amb actualització pacients eCAP accessible des de diferents entorns de treball (SAP, eCAP i/o Gaceta)	CC/GT
	Disponibilitat per part cada Hospital ICS dispositius alternatius a l'hospitalització convencional i/o urgències	GT
	Ruta GT durant a terme algun projecte d'innovació en la manera prestar serveis d'atenció domiciliària: Unitats Funcionals (comarca, ciutat, districte)	GT
	Assolir un nombre de X persones que hagin participat en programa Pacient Expert Catalunya, amb presència de totes les GT	GT
Participació ciutadana		
Avaluació i contractació	Revisar i disposar nous indicadors EQA relacionats amb àrea atenció pacient crònic, conciliant aquesta revisió amb elaboració proposta objectius i indicadors prioritzats establerts pel Programa Prevenció i Atenció a la Cronicitat del DS	CC
	Posar a disposició equips directius EAP aplicatiu MSIQ sobre Taxes Hospitalitzacions Evitables per ABS	CC
Desenvolupament i formació	Incorporar batuta mínima indicadors comuns i transversals de Cronicitat per Acord Gerència Territorial any 2013	CC
	Ofertar 1 edició per any a nivell corporatiu de cursos en: Atenció telefònica / Formació en "health coach" per pacients	CC/GT
TICS	Incorporació model formatiu en Cronicitat dins cada Unitat Multiprofessional Atenció familiar i Comunitària	CC/GT
	Incorporar a eCAP i SAP identificadors de situacions o condicions determinades d'especial interès en Cronicitat: CRGs, nombre Hospitalitzacions urgents recents, risc ingrés urgent en els propers 12 mesos, Atenció Pal·liativa, inclusió en programa PCC, inclusió en programa Pacient Expert i grups psicoeducatius...	CC
	Incorporació model "e-Consulta" entre professionals i entre pacients i professionals a totes les GT: missatgeria segura, consulta virtual	CC/GT
	Prioritzar el desenvolupament aplicatiu mínim on quedi enregistrat informació clínica d'interès comú, amb visualització a Història Clínica compartida	CC
	Creació, extensió i monitorització utilització models de "panel management" que permeti identificar pacients amb major nombre de "gaps", que siguin susceptibles i tributaris d'actuacions prioritàries de manera proactiva (an en vessant amb presència física del pacient com en back office)	CC/GT
	Implantar alguna experiència de Telemonitorització en pacient crònic	CC/GT
	Desenvolupament Plataforma Tecnològica que doni suport a diverses funcionalitats amb pacients crònics: Rutes Assistencials, model d'atenció a pacient crònic complex...	CC/GT

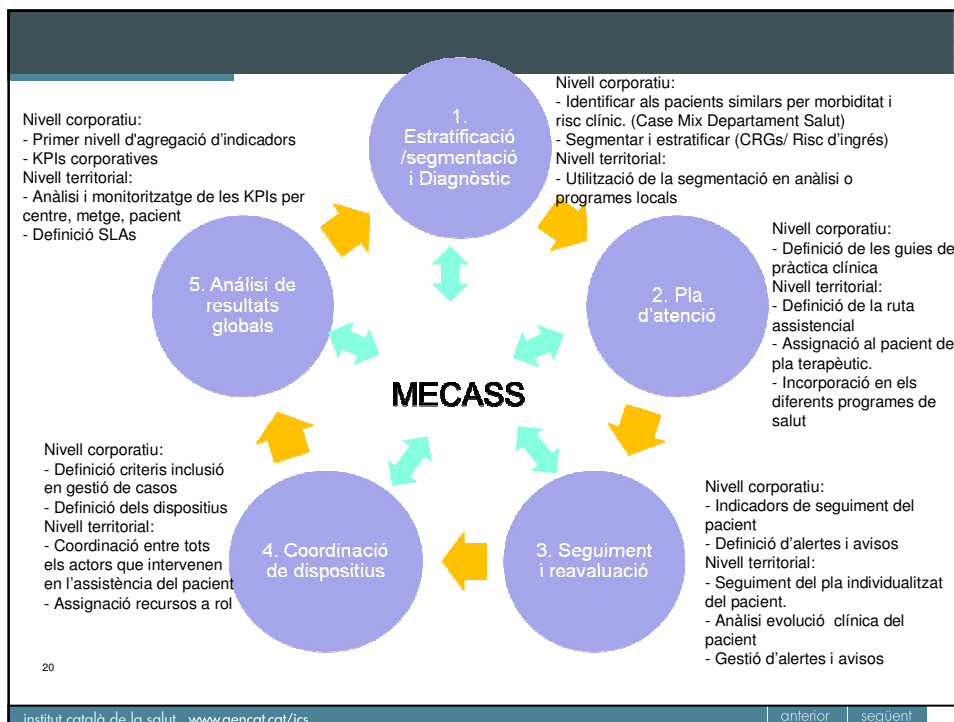


Projectes Aprentatge-Acció

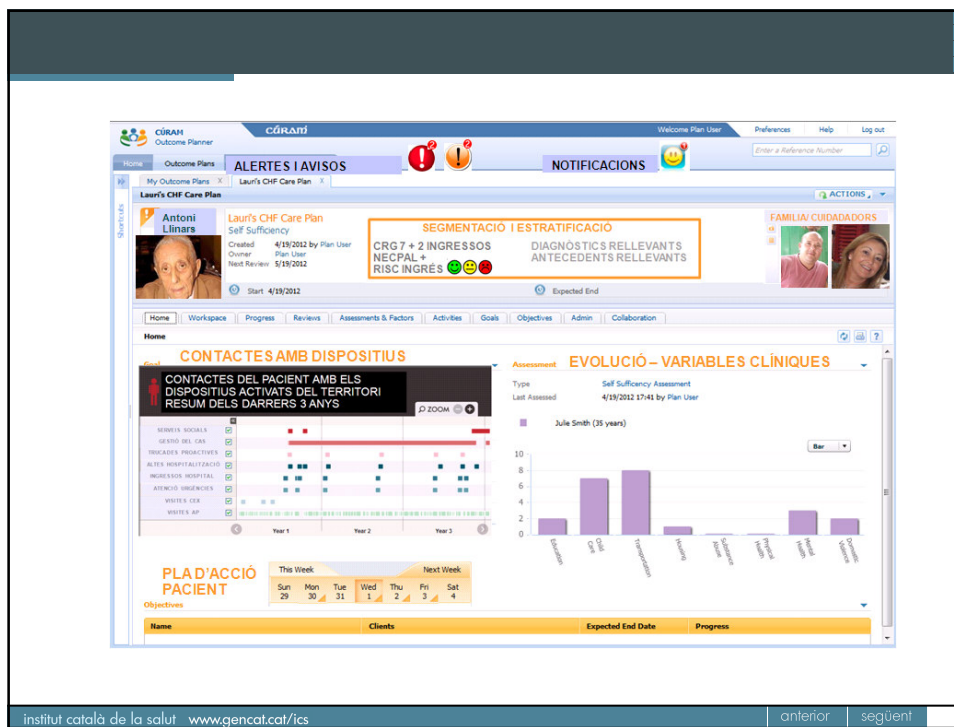
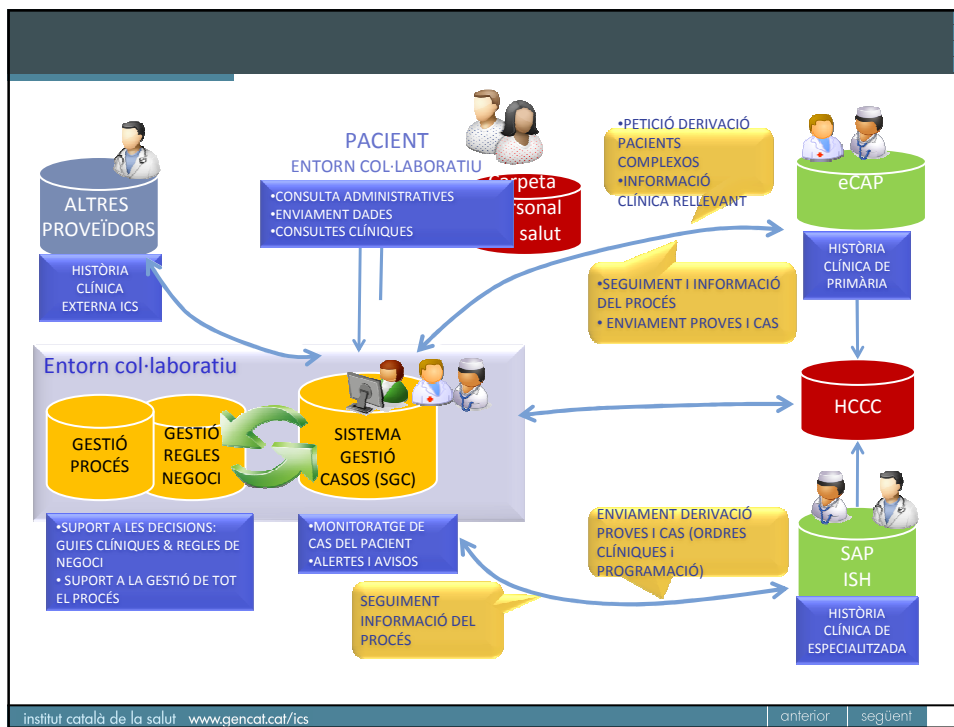
- Model Atenció Pacient Crònic Complex en pacients institucionalitzats en residències
- Atenció Pacient Crònic Complex (PCC) elaborat pel Departament Salut i Ruta assistencial
- Model d'atenció telefònica proactiva en cada Gerència Territorial
- Definir un mecanisme 7x24
- Disponibilitat per part cada Hospital ICS dispositius alternatius a l'hospitalització convencional i/o urgències
- Projecte d'innovació en la manera prestar serveis d'atenció domiciliària: Unitats Funcionals (comarca, ciutat, districte)

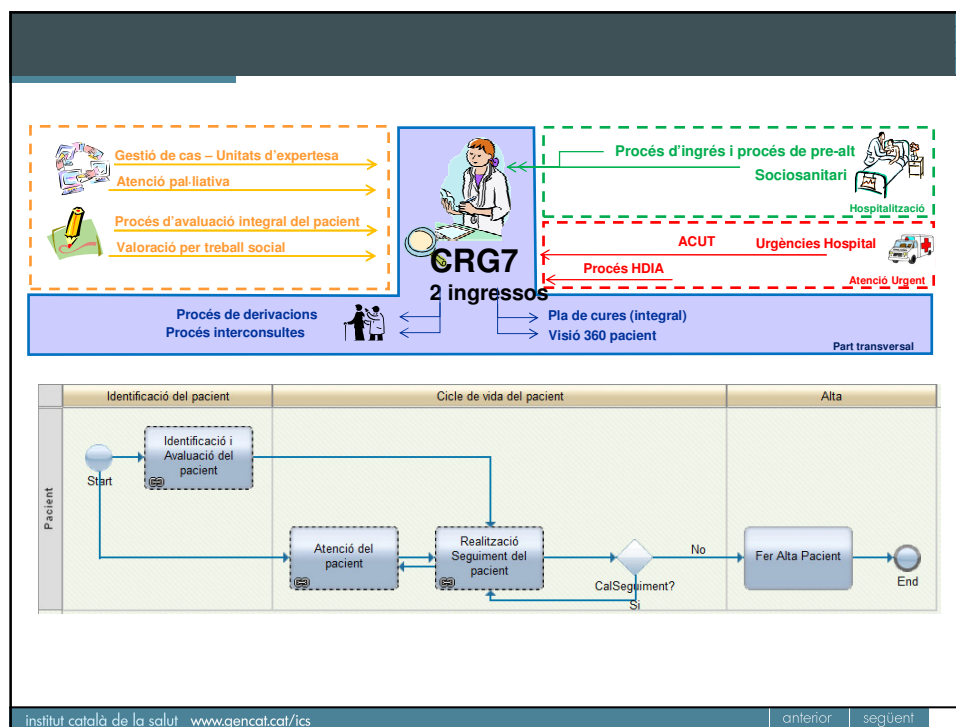


| 19

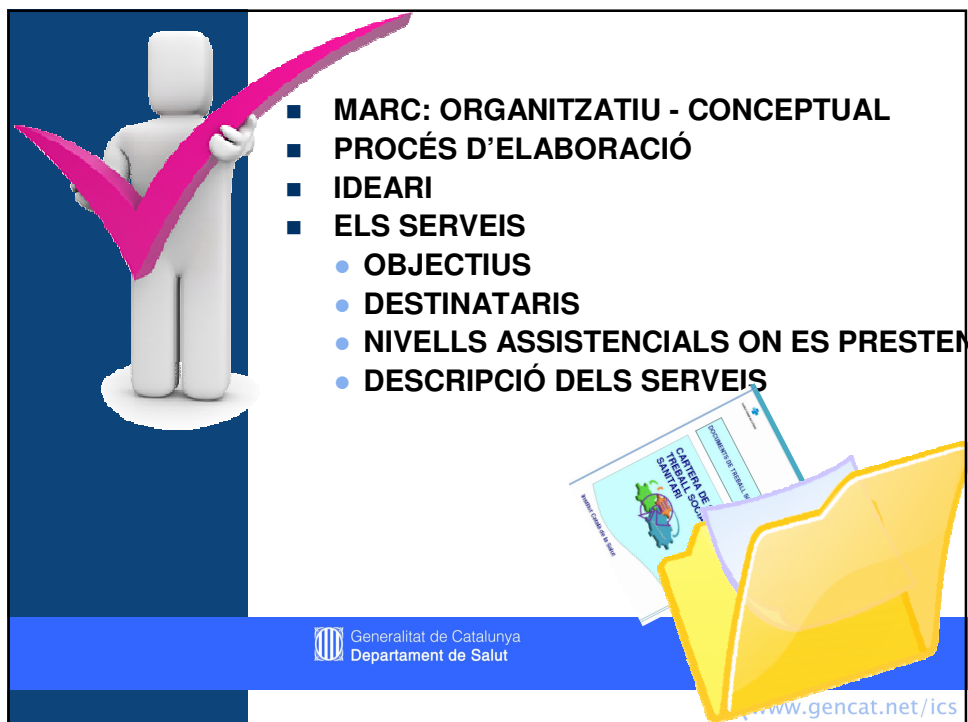


20

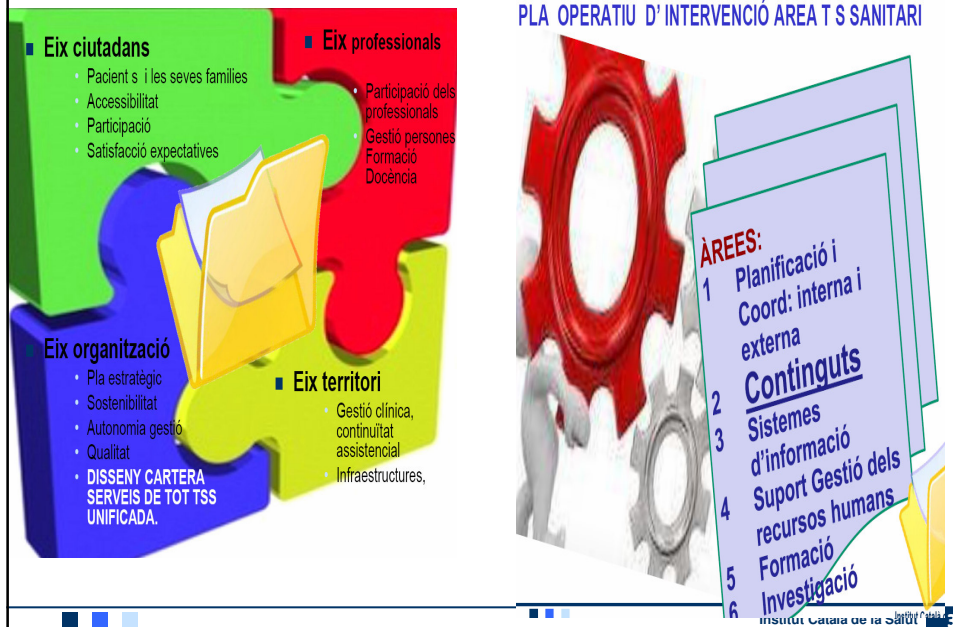




4- Cartera de serveis de treball social a l'ICS



MARC ORGANITZATIU



PROCÉS D'ELABORACIÓ

1. **Experiència**, 30 anys serveis
2. **Consens en la bona pràctica TSS. Estandardització.**
3. **Màxima participació:** Grup redacció, consens, revisió i direcció

Experiència	CONSENS	Participació
Carteres Serveis Grups discussió Literatura	Serveis Categorització Necessitat	Interterritorial Assistencial



MARC CONCEPTUAL



CARTERA DE SERVEIS:

- Conjunt de productes o serveis que l'organització posa a disposició del seu entorn: clients.
- **Cartera:** Més d'un servei i aquests interrelacionats, ordenats i categoritzats

TREBALL SOCIAL SANITARI:

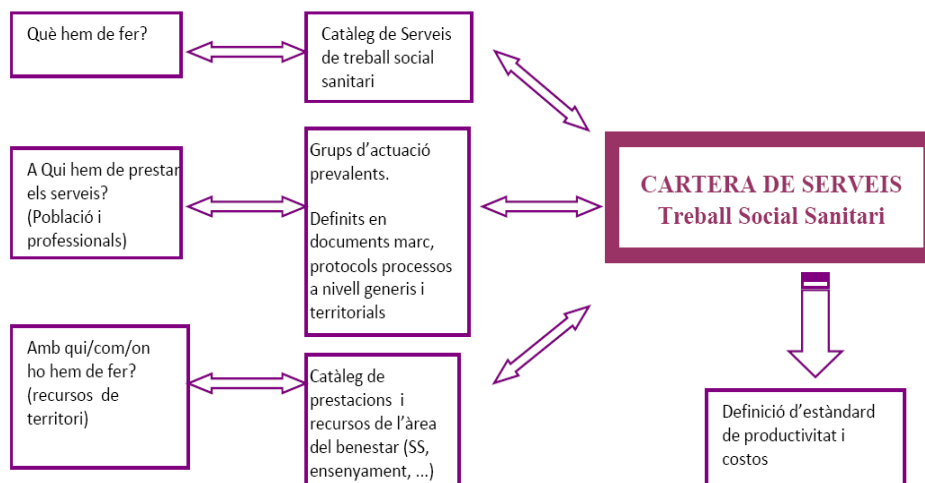
- Limita l'àmbit. Implica interrelació amb serveis d'altres proveïdors (quan és necessari).
- **Àmbit:** TS desenvolupat en institucions sanitàries

NORMA : SALUT

1. L.16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Art 12 [Introdueix Activitat Treball Social](#) i Art 13 [Continuïtat de l'Atenció Integral](#))



PROCES D'ELABORACIO: METODOLOGIA



L'IDEARI

La Missió:

- La integració dels aspectes socials en l'atenció a la salut
- L'abordatge dels problemes social/psicosocials que poden incidir i/o interrompre el procés d'atenció a la salut

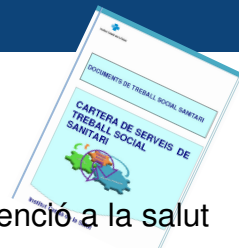
La Visió :

- Ser referents en la prestació de serveis de Treball Social Sanitari en un marc d'atenció, de qualitat, innovació i excel·lència

Els Valors:

ÈTICS: Els principis dels drets humans i la justícia social

Respecte als drets i deures del ciutadà en relació a la salut i l'atenció sanitària



ELS SERVEIS

ELS SERVEIS:

L' Atenció Social de Treball Social Sanitari

- És **l'acció** que fa el TS en una institució sanitària per **donar resposta a situacions socials o psicosocials** que
 - Condicionen **el funcionament òptim** de la persona en l'atenció a la seva salut i dels familiars propers
 - Estan **interferint** en desenvolupament idoni **d'un procés de salut malaltia**, (per ser causa /conseqüència)
- Es realitza en **les funcions: de restauració i promoció de la salut, prevenció i tractaments de la malaltia,**



L' Atenció Social de Treball Social Sanitari

L' Atenció Social de Treball Social Serveis socials



OPERA:

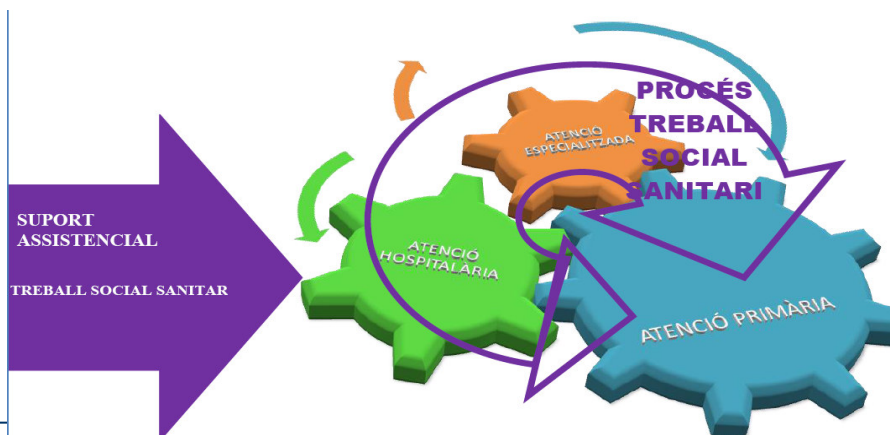
- **PROCES D'ATENCIÓ A LA SALUT**

OPERA:

- **PROCESSOS D'EXCLUSIÓ (LABORAL, ECONÒMICA, SOCIAL,...)**

ELS SERVEIS : Configuració de serveis

- **L'Atenció Social Sanitària es configura :**
SERVEI ASSISTENCIAL DE SUPORT TRANSVERSAL
en el marc de l'atenció integral de la salut.



ELS SERVEIS : EIXOS DE L'ATENCIÓ SOCIAL TSS

Es desenvolupa entorn a quatre eixos d'atenció :

Les necessitats socials-psicosocials

que causen malestar a la PERSONA

El risc social que dificulta la recuperació de la salut i la QVRS.



El suport social formal i informal per a l'òptima atenció de les necessitats de la salut.

Les desigualtats socials en salut, especialment col·lectius vulnerables i fràgils.

ELS SERVEIS

Destinataris

Client Extern:

- **Persones** i/o col·lectius amb problemes de salut aguts o crònics, **que expressen necessitats socials i sociosanitàries**.
- **Persones** i/o col·lectius **amb risc social** i situacions de vulnerabilitat.
- **Persones** i/o col·lectius **amb diagnòstics de salut predefinit**, en un marc del treball proactiu-preventiu-predictiu, als que cal fer **valoració social**.



Client Intern:

- Professionals dels serveis de salut.

ELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ SOCIAL TSS

OBJECTIUS

En el marc del client extern

- **Identificar i avaluar :**

les necessitats i els problemes socials i familiars i el malestar psicosocial derivat d'aquestes que poden condicionar i dificultar el procés de salut.

- **Intervenir**

En els problemes social/familiar per recuperar o preservar un funcionament social equilibrat de cara a la cura de la salut en el propi entorn del/a pacient, activant el suport social formal o informal necessari.

- **Treballar** les situacions de vulnerabilitat i de fragilitat en l'àmbit de la salut a partir de l'enfocament **del risc social**.



ELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ SOCIAL TSS

OBJECTIUS

En el marc del client intern

- **Aportar la valoració social, el diagnòstic social sanitari i el tractament social, a la valoració integral de salut** per a millorar la capacitat en el maneig dels problemes de salut.

- **Planificar propostes futures d'actuació de Treball Social** a partir de l'estudi de les característiques socials dels/les pacients i familiars.



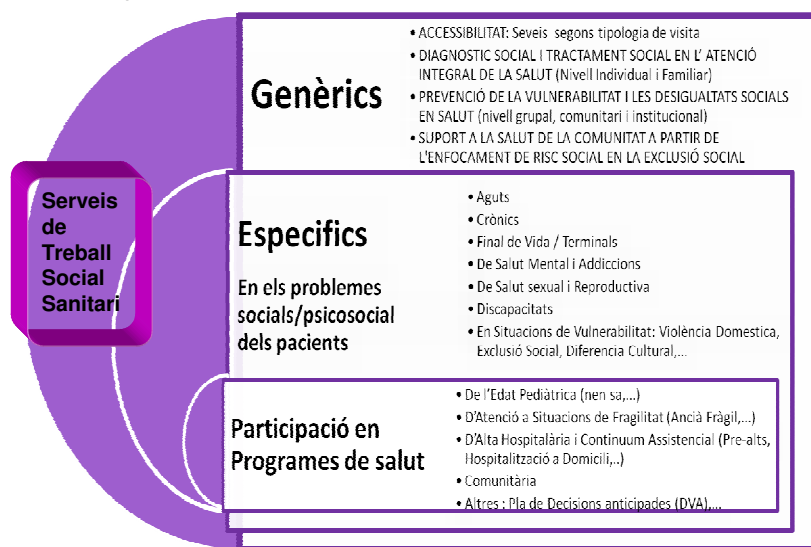
ELS SERVEIS

Nivells assistencials on es presten els serveis



ELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ SOCIAL DE TSS: DESCRIPCIÓ

■ Conjunt de serveis oferts:



ELS SERVEIS: DESCRIPCIÓ

Serveis de Treball Social Sanitari Genèrics:

1. **Accessibilitat:** serveis segons tipologia de visita
2. **Diagnòstic Social i Tractament Social** en l'atenció integral de la salut (nivell individual i familiar).
3. **Prevenició de les situacions de Vulnerabilitat i de les Desigualtats Socials** en Salut (nivell grupal /comunitari i institucional).
4. **Suport a la protecció de la salut de la comunitat** a partir d'enfocament del Risc Social en les situacions d'**exclusió social**.

I- Serveis de Treball Social Sanitari Genèrics

1. **ACCESSIBILITAT:** segons tipologia de visita

Demanda, programada, urgent, per detecció en consulta, en el domicili, en l'àrea d'hospitalització.

❖ *En Atenció Primària*

Suport a H domiciliària fora de l'hospital.

❖ *Atenció Especialitzada Ambulatòria*(ASSIR, SM, ...).

❖ *Atenció Especialitzada hospitalària.*

H Aguts (Hospitalització, Urgències i CE)

H domicili dins hospital.

I- Serveis de Treball Social Sanitari Genèrics

2. DIAGNÒSTIC SOCIAL

El dictamen tècnic que realitza el TSS consistent en l'estudi social sobre la **situació de necessitat** que viu individu/família i **el tractament que precisa** per arribar a la **situació desitjada u optima**

CLIENT INTERN	CLIENT EXTERN
Valoració social (pacient)	Diagnòstic social (individu-família)

I- Serveis de Treball Social Sanitari Genèrics

TRACTAMENT SOCIAL

Intervenció social realitzada en la institució sanitària per assolir objectius planificats respecte la situació social que afecta el procés de salut .

CLIENT EXTERN	CLIENT INTERN
A - Informació i Assessorament social Informació, Orientació, Assessorament	• Consultoria • Interconsulta
B- Activació de la xarxa de suport social (formal i informal) Vinculació/derivació a serv Benestar Coordinació aspectes socials Gestió i tramitació recursos	• Formatius • Informatius • Peritatge Social • Coordinació • Mediació
C - Tractament social clínic: Funcionament Social Equilibrat Acompanyament, Terapèutica social, Mediació	
D- Documentació	

I- Serveis de Treball Social Sanitari Genèrics

3. PREVENCIÓ DE SITUACIONS DE VULNERABILITAT I DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT (nivell grupal /comunitari institucional)

CLIENT EXTERN

Atenció social en la vulnerabilitat i les desigualtats socials de salut

- Diagnòstic Social (grup i comunitari)
- Diagnòstic social (Institucional)
- Intervenció social (grup i comunitari)
 - Promoció estils vida saludables
 - Informació suport social
 - Dinamització social (grups malalts)

CLIENT INTERN

- Diagnòstic social (Institucional).
- Recerca.
- Interlocució amb Xarxes del benestar.
- Representació en el teixit social de zona.
- Consultoria.

Institut Català de la Salut

I- Serveis de Treball Social Sanitari Genèrics

4. SUPORT A LA PROTECCIÓ DE LA SALUT DE LA COMUNITAT A PARTIR D' ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL EN LES SITUACIONS D' EXCLUSIÓ SOCIAL.

CLIENT EXTERN

Serveis de suport a la protecció de la salut .

CLIENT INTERN

Consultoria social.
Interconsulta .
Formatius.
Informatius.
Peritatge social.
Coordinació.
Mediació.
Treball en xarxa.

Institut Català de la Salut

II - Serveis de Treball Social Sanitari Específics

SERVEIS TREBALL SOCIAL SANITARI PER ALS PROBLEMES SOCIALS DERIVATS DE:

- Malaltia aguda.
- Malaltia crònica.
- Malaltia Crònica avançada, fi de vida / terminal.
- Salut mental i addiccions.
- Salut sexual i reproductiva .
- Discapacitat .
- Situacions de vulnerabilitat: violència domèstica, exclusió social, diferència cultural.

III - Serveis de Treball Social Sanitari de Participació en Programes de Salut

- **Prevenició i abordatge: maltractament prenatal en coordinació (ASSIR-AP)**
- **El programa de l'edat pediàtrica.**
- **El programa de anciana fràgil.**
- **El programa cangur (neonats).**
- **El programa de transplantaments. (Infants i adults)**
- **El Programa a l'alta hospitalària.**
- **El programa d'atenció domiciliària.**
- **Programes de salut comunitària.**
- **Altres col·laboracions : Comitès d'ètica Assistencials i Investigació Clínica.**
- **Altres : docència i recerca dels aspectes socials de la salut i de col·laboració amb institucions del territori.**

Serveis de Treball Social Sanitari Específics

■ Serveis de TSS en LA MALATIA CRÒNICA



Serveis de Treball Social Sanitari Específics

A qui va dirigit el servei ?:

Pacients amb criteris de salut en l'atenció a la cronicitat (per classificació CRG o per criteri clínic).

Serveis Genèrics:

Valoració social i diagnòstic social sanitari:

Funcionament social-familiar QVRS

Tractament Social

A- Informació i Assessorament social

B- Activació de la xarxa de suport social (formal/informal)

C - Tractament social clínic:

Funcionament Social Equilibrat

D - Documentació

Serveis amb el pacient i la família?:

- Informació i assessorament per l'**adaptació del entorn social** a les necessitats de salut i discapacitat. Supressió de barreres arquitectòniques.
- Actuació social específica amb pacients crònics inclosos ATDOM.
- Assessorament i orientació davant **necessitats socio sanitàries**.
- **Informes Socials** per a sol·licitar serveis específics necessaris
- **Acompanyament** a familiars de nens i/o adults malalts de llarga durada col·laborant en la coordinació entre el pacient/família i les associacions d'afectats de malalts.
- Actuació amb pacients que necessiten un **tractament sanitari complex** (transplantament ,...) sobre les situacions de caràcter social que dificulten QV, abans i després del tractament, en coordinació entre el pacient/família i les associacions de malalts. **(Hospital d' aguts)**
- **Mirada social al pla de decisions anticipades**

Eines amb les que comptem?

- Suport en la gestió de prestacions i ajuts socials
- Orientació de Serveis específics d' ensenyament per a nens amb malalties cròniques
- Suport i gestió per a l'accés a serveis socio sanitàries.
- Orientació sobre grups GAM de malalties cròniques específiques.
- Activació de la Xarxa de suport social formal i informal
- Potenciar les habilitats personals d'afrontament de situacions socials adverses (TS Clínic)
- SISTEMES D'INFORMACIÓ COMPARTITS

El seguiment?

- Treball Social de continuïtat assistencial (AP-AH-AP)
- Coordinació social interinstitucional.
- Treball en xarxa per el seguiment evolutiu del pacient davant els problemes socials que esdevinguin dels canvis en l'evolució de la situació de la malaltia.

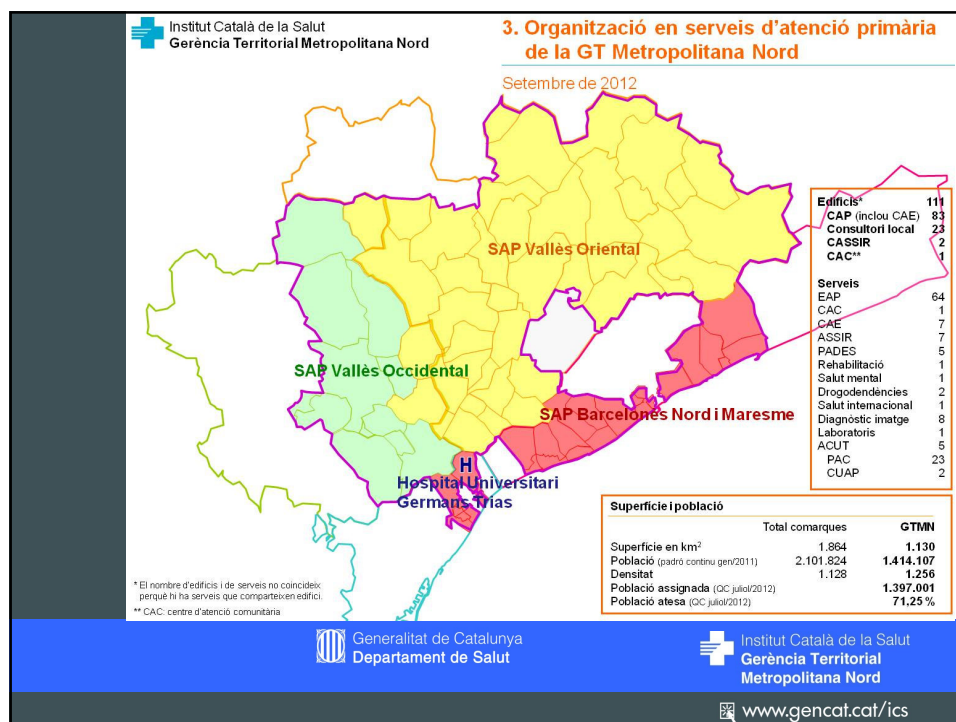




MOLTES GRÀCIES



5- La cronicitat a l'àrea Metropolitana Nord

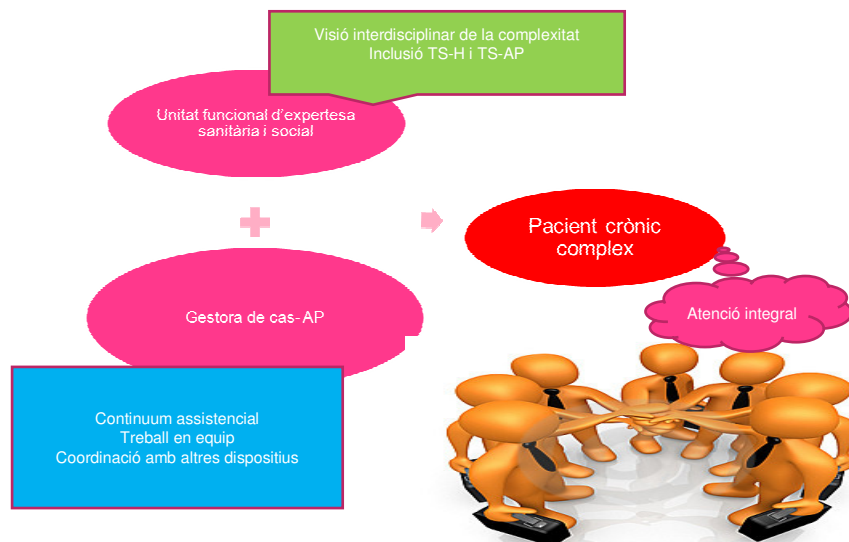


INTERVENCIÓ SOCIAL EN L'ATENCIÓ INTEGRAL DEL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

■ ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

Proposta d'atenció integral desenvolupat a la
Gerència Territorial de la Metropolitana
Nord





EXPERIÈNCIA FINS A L'ACTUALITAT DEL ROL DEL T. SOCIAL AP-AH (HGTP) EN EL PROCÉS D'ATENCIÓ AL PCC

Punts Forts

- Consens interdisciplinari del rol CLAU Del TS en TOT el procés.
- Participació activa en :
 - Decisió criteris fragilitat
 - Formació a les gestores de cas
- Elaboració ruta PCC

Punts a assolir

- ❑ Millorar visió integrada de la intervenció.
- ❑ Posada en marxa MECASS



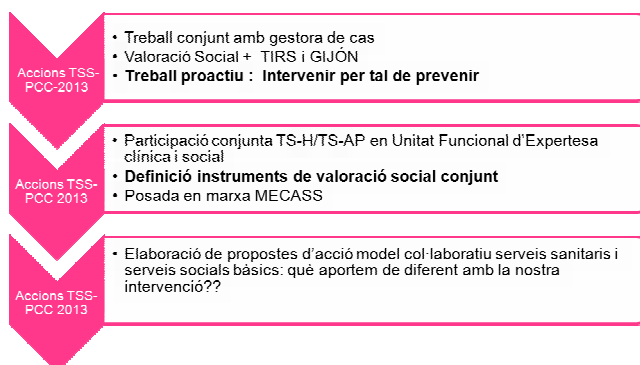
INTERVENCIÓ SOCIAL EN L'ATENCIÓ INTEGRAL DEL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

- **ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**
- L'ANY 2012 vam iniciar la intervenció en pacient crònic a partir del que, en aquell moment, s'havia plantejat com a població diana: CRG-7; essent una de les DPO territorials
 - realitzar la valoració social de 60 ó més pacients amb aquest CRG, de les dades analitzades de forma aleatòria entre alguns dels treballadors socials del territori, s'extreu el següent anàlisi :
- **el 62% són dones** font el 38% d'homes
- l'edat prevalent dels pacients és de **81 a 90 anys**: 41,7% seguits en un 37,8% de 71 a 80 anys
- **el 57,8 NO presenten RISC** en la valoració social (escala de Gijón)
- **un 48,80 són ATDOM**
- pel que fa a la valoració de DEPENDÈNCIA:
 - 34,32 %no GRAU**
 - 11,95 % GRAU I
 - 29,86% GRAU II
 - 23,88% GRAU III



INTERVENCIÓ SOCIAL EN L'ATENCIÓ INTEGRAL DEL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

- Per a aquest any la DPO Territorial de la Gerència d' AP de la MN, en relació al pacient crònic , en aquells territoris on sigui possible, estarà relacionada en:
- - Fer valoració social de TOTS el pacients inclosos en gestió de cas; l'objectiu, a més de fer la intervenció professionals oportuna en cada cas, està relacionada en constatar si el TIRS i GIJÓN són eines de detecció eficaces per a aquest sector de pacients.





Mario Benedetti

Me gusta la gente que vibra, que no hay que empujarla, que no hay que decirle que haga las cosas, sino que sabe lo que hay que hacer y que lo hace

Me gusta la gente justa con su gente y consigo misma, pero que no pierda de vista que somos humanos y nos podemos equivocar



GRÀCIES !!!!

ANNE GEDDES®
www.annegeddes.com

6- La cronicitat a Barcelona Ciutat



Àrea de Treball Social

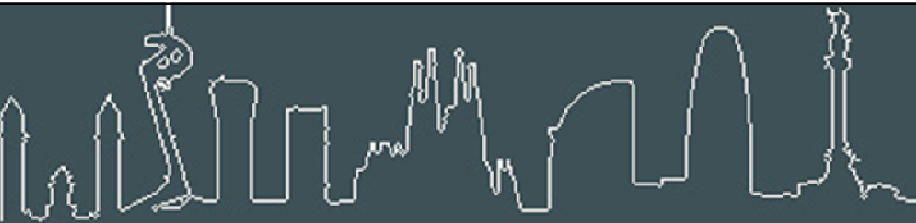
Una àrea pacient, complexa i MACA!



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

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

gencat.cat/ics



Pacient Crònic Complex

Vell amic conegut per tots els
nivells assistencials del
sistema sanitari i social i del
què poc comprenem



És un
pacient molt
exigent



PROACTIVATAT
CAPACITAT
RESOLUTIVA
ATENCIÓ
ADEQUADA,
EFICIENT
SATISFACTÒRIA ,
RESPECTUOSA AMB ELS
DESIJOS DEL PACIENT,
SOSTENIBLE,
MODERNA,
COOPERACIÓ SOCIAL
I SANITARIA

Complexitat
sanitària

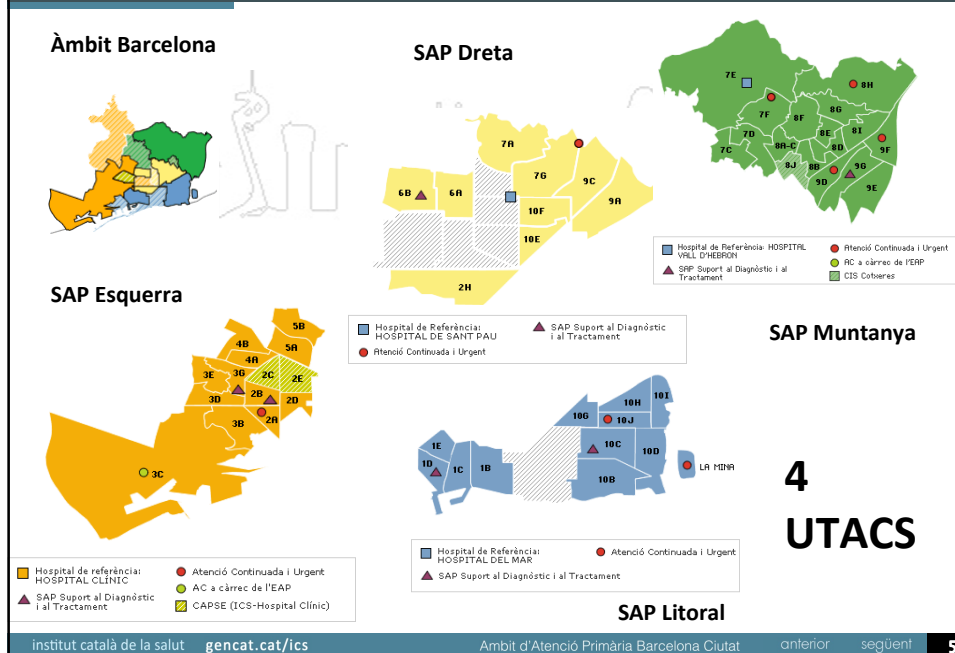


Complexitat
social





Participació en les Unitats Territorials d'Atenció a la Complexitat



Funcions dels Treballadors socials a les UTACS

Des de 2008

✓ Establiment de **circuits de coordinació** i de continuum assistencial

✓ Assessorament a la unitat en la comprensió dels factors socials que influeixen en els processos de complexitat mitjançant la **discussió de casos**

✓ Donar suport com a **consultor en temes socials** que representin a la unitat.



4 AIS: Nord – Dreta – Litoral - Esquerra

Les AIS són àmbits territorials del Consorci Sanitari de Barcelona on estan representats els proveïdors de les diferents línies assistencials de la ciutat de Barcelona.



Desenvolupar la Línia d'Atenció del Pacient Crònic Complex i el disseny de les rutes assistencials

Treball social participa a la AIS Litoral

Participació en l'activitat dels equips d'atenció primària

Des de sempre, bona part de la tasca dels TS és l'atenció al pacient crònic, la valoració de la seva situació social i el seu tractament

Implantació del PCC i el MACA es realitza de manera desigual en el territori ja sigui per la temporalitat, pel contingut, o la metodologia a seguir.

Ex.

✓Unitat d' ATDOM i PCC com el cas de Montnegre, on el TS participa activament

✓Verdum que tenen una comissió dedicada al PCC i han establert sessions grupals i comunitàries amb pacients i cuidadors, on també el TS n'és part important.

Creació d'una comissió de Treball Social i PCC

Treballadores socials de SAP Muntanya que han treballat més el tema en els seus respectius equips i estan elaborant materials per difondre la participació dels professionals en aquest procés



Reptes

- Coordinació Social i sanitària

- Què amb tant circuit no se'ns oblidí que qui decideix és el pacient

- Dotació de recursos socials

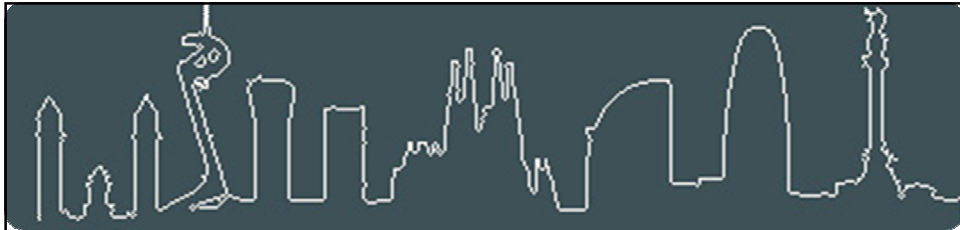
- Si tots els TS hem de fer l'Avaluació sistemàtica i proactiva dels pacients
Alguna cosa haurèm de deixar de fer

Creativitat i atreviment.
Vetllar Confidencialitat

Límits entre persuasió i manipulació.
Document voluntats
Anticipades

Sense inversió en serveis a domicili no hi haurà canvis. Rapidesa i Agilitat

Com prioritzem?
Accés àgil a la informació de la LAPAD. Grau, estat del PIA
Determinació del Risc Social



- ICS i Consorci Sanitari de Barcelona :Proposta de Creació d'un Comitè Operatiu
- Tots els AIS amb incorporació de Treball Social
- Continuïtat en les intervencions
- Reajustament de la cartera de serveis

Gràcies!!

7- La cronicitat al Camp de Tarragona

Experiència a l'ICS Camp de Tarragona amb el PCC



Hospital Joan XXIII de Tarragona.
Equips d'atenció primària de l'ICS.
CAP Torreforta.



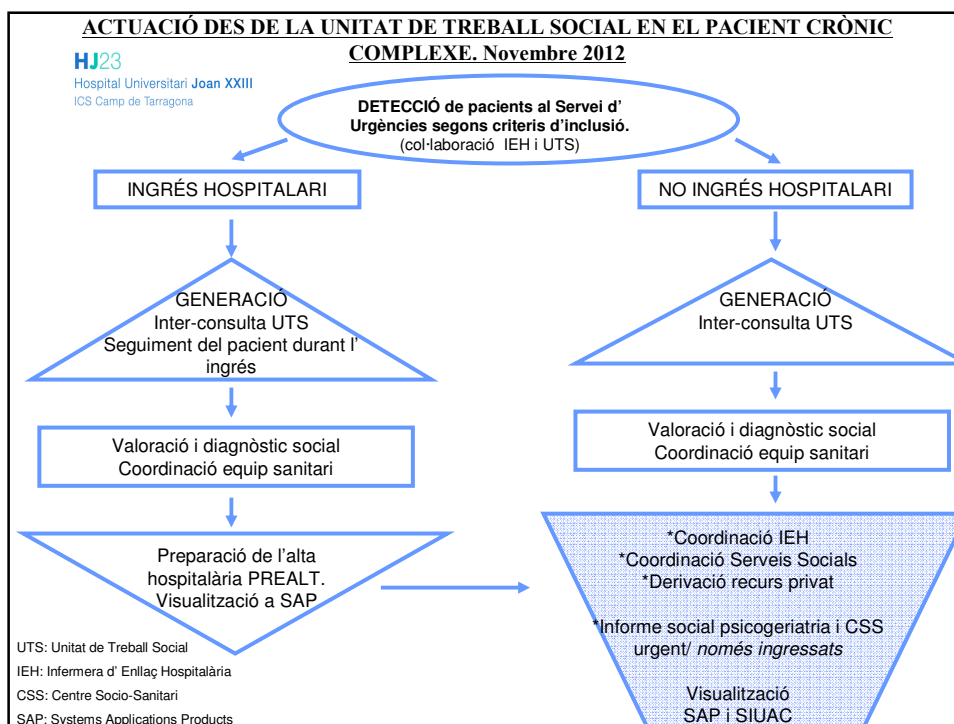
Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Camp de Tarragona

PRIMÀRIA	HOSPITAL	GIPSS	ALTRES
Núria Adell, Responsable Xabier Ansa Empar Valdivieso Maria del Puy Muniain Pilar Espelt Núria Hernandez Fernando Andrés Fernández Lourdes Clotas Ana Martín	Rosaura Reig, Responsable Carme Boqué Teresa Auguet Juan Alberto Spuch Esther Rodríguez Montserrat Cedó Magdalena Pacareu Olga Salvat	Ignacio Tomás Jordi Pi Sara Osanz Elena Moltó	



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Camp de Tarragona

Ruta Assistencial del Pacient Fràgil





Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Tarragona-Valls

Atenció a la cronicitat
des d'atenció primària de salut
Model ATDOM ABS Torreforta

The slide features a dark blue background with a white text box in the top left corner containing the logo and name of the Institut Català de la Salut, Servei d'Atenció Primària, Tarragona-Valls. The main title is centered in a large, white, sans-serif font, enclosed in a white rectangular frame with rounded corners. The title reads: 'Atenció a la cronicitat des d'atenció primària de salut Model ATDOM ABS Torreforta'.

Detecció e identificació: EAP mitjançant criteris clínics

- Pacient Crònic Complex (PCC)
- Model Atenció Malaltia Crònica Avançada (MACA),
resultat positiu al test NECPAL (necessitats pal·liatives)

Abordatge: Model ATDOM (atenció domiciliària)

- Multidisciplinar: 4 infermeres (lideratge), 1 MG, 1 TS
- Expertesa i especificitat. Aplicació de la Ruta PCC
- Innovació a territori



Extensió territorial mitjançant

Unitat Funcional d' Atenció al pacient Crònic (UFAC),
amb cobertura a Tarragona ciutat i barris adjacents
(actualment en procés)

Pacient ATDOM

Atenció a domicili
pautat per infermeria

suport
coordinació

Metge
T.Social

Ruta PCC – MACA
PREALT Hospital
PADES (coordinació mensual)

- **Valoració socio-familiar**
necessitats, recursos personals i materials, entorn, suport,
Escala (Gijón, Zarit), ...
- **Valoració necessitats d'atenció** (consensuat amb equip)
assumibles o no a domicili
- **Abordatge social**
consensuat amb equip i pacient (assessorament, tramitacions,
derivacions,...)
- **Continuum assistencial** (coordinació amb serveis i
recursos socials i sanitaris (SS,CSS,Hospital, PADES,...))
- **Suport/contenció** (pacient, cuidador)
- **Seguiment**



Cristina Gil

Olga Salvat

8- La cronicitat a l'àrea Metropolitana Sud



PROGRAMA D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT

Eva Fernández Ortega
Treballadora Social
Hospital de Viladecans
efernandez.hv@gencat.cat

AREA D'INFLUENCIA



- ✓ Hospital comarcal N2
- ✓ 95 llits
- ✓ 5.652 Altes
- ✓ 6004 Intervencions

- ✓ Especialitzada integrada
- ✓ 153929 Visites
- ✓ 149034 Exploracions

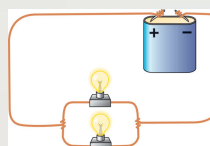


OBJECTIUS: Pla de Salut 2011-2015

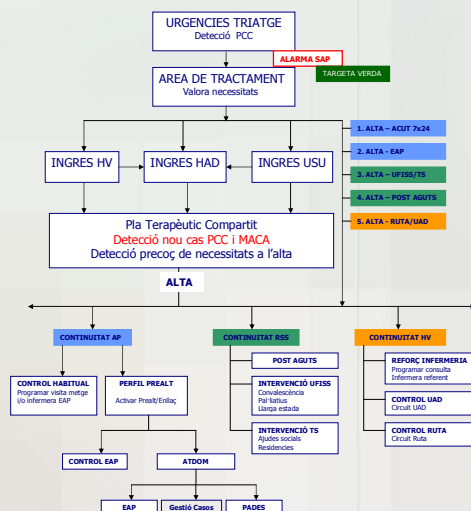
- ✓ Identificar als pacients crònics per a fer-los visibles dins del sistema.
- ✓ Adaptar la intensitat de l'atenció a l'estat i situació dels pacients, en un context eficient d'utilització i prestació de serveis sanitaris i socials.
- ✓ Potenciar alternatives a l'hospitalització, el control de l'estat i necessitats dels pacients per a evitar descompensacions i reingresos.
- ✓ Potenciar la integració i millorar la coordinació i comunicació entre nivells assistencials, per a evitar duplicitats i assegurar la continuïtat de l'atenció.

ESTRATEGIA

- ✓ Treball en equip.
- ✓ Definir i estructurar recursos actuals i futurs.
- ✓ Reorganitzar circuits.
- ✓ Participar en programes innovadors.
- ✓ **Anar fent:** Incloure i Integrar.



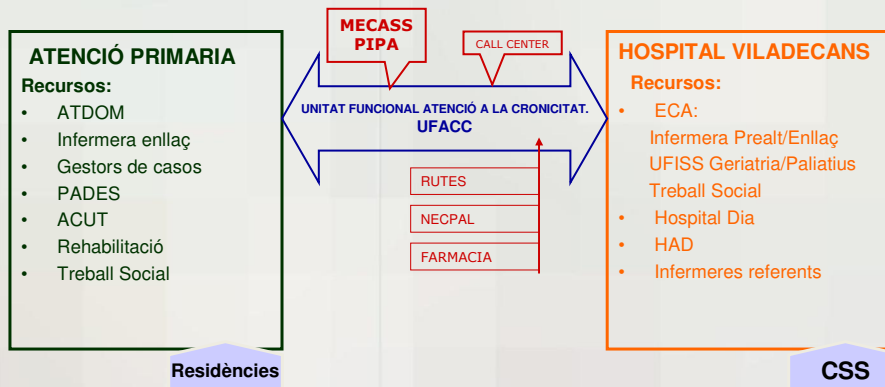
ESTABLIR CIRCUITS



- ✓ S'estableixen circuits i criteris de derivació de HV a AP y de AP a HV
- ✓ Es facilita l'accés directe des de AP a: HD y HAD
- ✓ S'estableixen nous circuits de continuïtat assistencial per a facilitar l'alta o evitar el ingrés

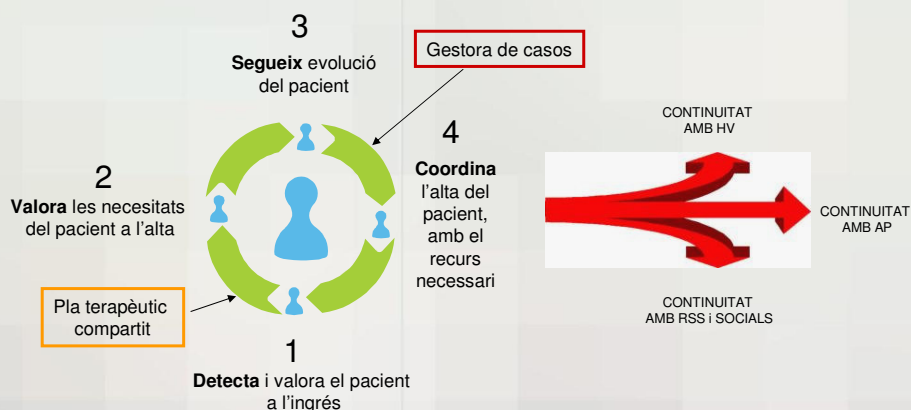
RECURSOS DISPONIBLES

Actuals i futurs



COORDINACIÓ

ECA: UFISS + PREALT/Enllaç + TREBALL SOCIAL



RESULTATS



CONCLUSIONS



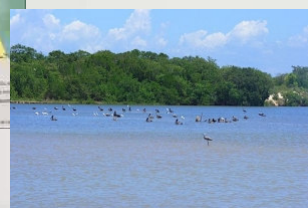
Hem aconseguit:

- Identificar als pacients crònics dins del sistema.
- Donar una assistència integrada, integral i adient amb un programa comú.
- Millorar els resultats de la assistència prestada.
- Col·laborar en el desenvolupament de projectes innovadors com el programa MECASS

MUCHAS
GRACIAS!

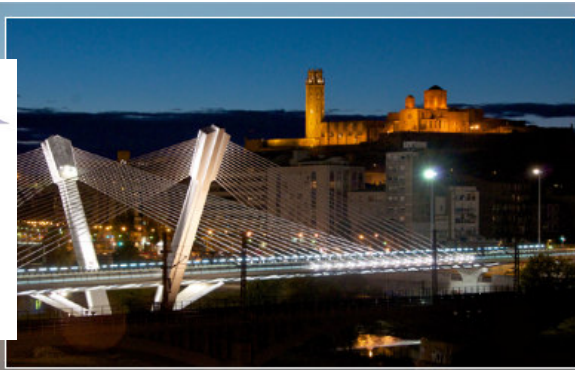


MOLTES
GRACIES!



9- La cronicitat a Lleida

Experiència PACIENTS CRÒNICS 2012 Gerència Lleida (AP I AH)



Entre els Objectius Prioritzar 2012, PLA DE TS Territorial ATENCIÓ CRONICITAT:

- Suport Territori valoració integral :

Incloure la valoració i tractamnt social _Valoració Social ? ? ?

1. Definició / Identificació de pacients:
2. Què hem de fer amb aquests malalts? Avaluació Social ??
3. Estructura territorial
 - » 16 TS Cobrim 20 ABS DE LES 22 ICS
 - » 1 TS no ICS
 - » 4,5 TS HUAV

???? NECESSITAT ESTANDARITZAR

Es planteja:

- ✓ DEFINIR PNT: PROCÉS D'ATENCIÓ SOCIAL DE TREBALL SOCIAL SANITARI EN L'ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC
- ✓ RECERCA
 - Descriptiu longitudinal retrospectiu amb l'aplicació de qüestionari administrat



PROCÉS TREBALL SOCIAL, ATENCIÓ CRONICITAT

MISSIÓ / DEFINICIÓ :

- **Valoració i intervenció sobre els aspectes socials/familiars que causen malestar psicosocial i/o pèrdua d'autonomia, amb la finalitat de:**



- **Millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut** (per a la cura de la salut en el propi entorn del pacient)
- **Contribuir al bon ús dels serveis sanitaris.**

A Lleida el procés té una dimensió territorial en tots els nivells assistencials (A. Primària i A. Hospitalària).

OBJECTIUS

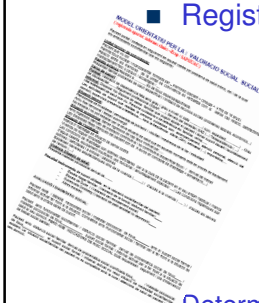
1. **Identificar i avaluar les necessitats** socials i familiars i el malestar psicosocial derivat d'aquestes...
2. **Intervenir en la disfunció social/familiar per recuperar o preservar** el seu equilibri (per a l'atenció a la salut)
 - Treball Social individual/familiar, reequilibri rols familiars
 - Treball Social d'activació de suport social
3. **Planificar propostes futures d'actuació de treball social** a partir de l'estudi de les característiques socials dels pacients / familiars

PROCÉS TREBALL SOCIAL_ATENCIÓ CRONICITAT

VALORACIÓ I ALTA DEL PROCÉS



- Valoració social realitzada (Mòdul TS + valoració en informe clínic) __ Es facilita en annex Model Informe social
- Registre de les variables definides (29) (Ecap, Siuac, HCC)
 - » Característiques generals
 - » Característiques segons diagnòstics mèdics
 - » Característiques socioeconòmiques
 - » Resultats escales
 - » Diagnòstics socials. Estratificació
 - » Suport social formal
- Determinació del Funcionament social i familiar envers la salut
- Mobilitzar la xarxa de suport social formal (full monitoratge)
- Mobilitzar la xarxa de suport social informal realitzada.



MODEL ORIENTATIU PER LA VALORACIÓ SOCIAL SOCIAL
(registrada apartat: informes clínics -Ecap/ SAPSTUAC)

Pacient portat / portada en seguiment en aquest centre pel problema de salut crònic, del / de la qual els antecedents sociofamiliar són els següents:

Unitat familiar de convivència:
Pacient que viu sol
Família tipus nuclear / monoparental formada per _ membres (pacient + cònjuge + x fills de 18 anys).
Relació entre els membres de la unitat de convivència es verbalitza com a: sense cap relació, satisfactòria, maltractament físic o psíquic / acceptable / ...
Família extensa: Resideix a És de tipus dispersa/aglutinada.
Presenten també problemes de salut (especificar) i limitació de recursos socials (problemes laborals, econòmics, ...)

Xarxa de suport:
Formal: Valoració de dependència feta amb grau (grau x nivell x) data (núm. expedient.....), Grau de discapacitat Següiment professional (SISAP, ...) , Serveis del benestar: SAD (,...) Teleassistència (...)
Informal: Disposa/ No disposa de xarxa familiar que pugui ajudar el pacient i donar suport davant l'aconteïment vital estressant de salut que viu. Persona cuidadora o de referència és: familiar, veïna, ...
Les activitats de suport que realitza la persona cuidadora són: acompanyament, atenció personal, atenció del domicili, supervisió presencial o telefònica, ... Amb la freqüència: diària (24h), setmanal (...), esporàdica, ...

Situació laboral:
Pensionista de Invalidesa / pensionista de jubilació / viduïtat / mestressa de la llar / estudiant
Actiu fix/ temporal / treball submergit
No treballa / no pot treballar per la seva situació de salut que en aquests moments està en procés de tractament.

Situació econòmica: Sense ingressos de cap tipus motivat per: ...
Amb ingressos derivats de prestació contributiva / no contributiva (especificar tipus) / derivat del treball
Les Despeses fixes bàsiques del pacient són de: X euros en concepte de (habitatge + alimentació, ...)

Situació de l'habitatge:
Manca o habitatge en situació de sense sostre
Vivenda de lloguer (propietat)
Les condicions de l'habitatge són òptimes / deficientes per a la cura de la pacient en el seu entorn habitual (manca d'aigua calenta, equipament insuficient, poc funcional / amuntegament objectes/ ...) Les condicions higièniques són òptimes / deficientes i a millorar / pessimes
Existeixen barreres arquitectòniques dins de la vivenda (.....) / d'accés a la vivenda (.....) / d'accés als serveis de l'entorn (...)

Vivència situació de salut:
Presenta malestar psicosocial derivat de:

Recultat instrumente de suport utilitzat en la valoració social/familiar del pacient:
- Escala Agafar familiar (Valoració de la funció/difunció familiar)
- Escala de Duke ((Valoració del recolzament social)
- Subescala Goldberg (Valoració de patir ansietat i/o depressió)
- Altres escales:

AVALUACIÓ I DIAGNÒSTIC SOCIAL:
Pacient AMB / SENSE necessitats social / malestar psicosocial de tipus..... amb el suport social formal i informal activat fer front a la situació. Compatible amb Funcionalitat social / familiar per a fer front a la situació de salut amb la pròpia xarxa de suport.

Pacient amb funcionalitat sociofamiliar / disfunció social/ familiar derivat de problemàtica social de tipus..... / malestar psicosocial de tipus..... suport social formal i informal activat per a fer front a la situació de salut al seu domicili. **PERÒ AMB INDICADORS DE RISC SOCIAL QUE requereixen seguiment / pla d'intervenció de treball social sanitari.**

Pacient amb disfunció social/ familiar derivat de problemàtica social cronicada tipus..... / malestar psicosocial de tipus..... el suport social formal i informal activat no resol situació de necessitat social/familiar existent. La situació sociofamiliar del pacient no es compatible amb la cura i atencions de salut del pacient en el seu domicili.

VALORACIÓ SOCIAL Model Informe Orientatiu_ constarà en Informes clínics i volcarà a HCCnet

Gerència Territorial de Lleida – Àmbit Lleida - Institut Català de la Salut

PROCÉS TREBALL SOCIAL_ ATENCIÓ CRONICITAT



VALORACIÓ SOCIAL Model Informe Orientatiu_ constarà en Informes clínics i volcarà a HCCnet

A- CARACTERÍSTIQUES SOCIALS (descriptiva del cas)

B- AVALUACIÓ I DIAGNÒSTIC SOCIAL:

1. Pacient **SENSE** necessitats social destacables amb el suport social formal i informal activat fer front a la situació de salut, Compatible amb Funcionalitat social / familiar per a fer front a la situació de salut al seu entorn i domicili.
2. Pacient amb disfunció social/ familiar derivat de problemàtica social de tipus..... / malestar psicosocial de tipus....., suport social formal i informal activat per a fer front a la situació de salut al seu domicili. PERÒ AMB INDICADORS DE RISC SOCIAL QUE requereixen seguiment/ pla d'intervenció de treball social sanitari.
3. Pacient amb disfunció social/ familiar derivat de problemàtica social cronicada tipus..... / el suport social formal i informal no resol situació de necessitat social/familiar existent. La situació social/familiar del pacient no es compatible amb la cura i atencions de salut del pacient en el seu domicili.

Gerència Territorial de Lleida – Àmbit Lleida - Institut Català de la Salut

■ RESULTATS

El disseny

Descriptiu longitudinal retrospectiu **amb l'aplicació de qüestionari administrat**

El perfil de la Mostra

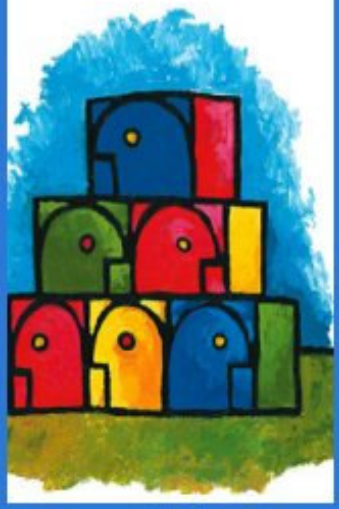
Pacients crònics amb 3 o + ingressos hospitalaris 2011 / CRG 7 i 6 proposats (EAP / Dir) en 18 ABS + HUAV (78,2% AP)

La Mostra

N= 285 pacients. n=175 pacients

Fase de l'Estudi

Fase final de l'anàlisi

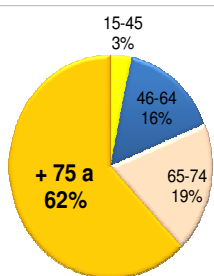


CARACTERISTIQUES GENERALS

- Perfil dels pacients estudiats:
- **el 59,4 %** han estat identificats com a **PPC**
- Amb una agrupació de **CRG 7 i 6** de **40% i 43,2%** respectivament

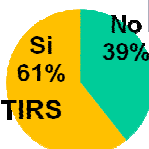
Gràfic1.

Sexe:
53%
homes



Edat

RISC SOCIAL TIRS



La major freqüència de pacients registrada està relacionada amb malalties cardiovasculars.

La menor amb pacients amb consum tòxic i deteriorament cognitiu

Causen dependència la meitat dels pacients

CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES

- La situació laboral majoritària: **pensionistes (81%)**
- El **46,8%** tenen **una situació econòmica superior al SMI (2013: 645 euros /mes)**. Mes del 50% d'aquest pacients viuen amb ingressos inferiors al SMI
- El **50,8%** disposen **d'un pis com habitatge**, seguit del 46,8% que viuen en una casa. **Un 2,2% no disposa d'habitatge per viure.**
- La convivència: **Viuen en parella (41,7%) o amb parella i fills (20,5%)**, i viuen sols 16% del total.
- El **Grau de relació** en el **66,2% ha estat satisfactori i acceptable (24%)**.
- Solament en un **1,1 %** dels casos expressen **indicadors** que apunten a algun tipus de **maltractaments psicològics**.

GOLDBERG: ANSIETAT-DEPRESSIÓ/ DIAGNOSTICS SOCIALS. ESTRATIFICACIÓ

ESCALA ANSIETAT-DEPRESSIÓ (GOLDBERG)

Risc de patir a la vegada D i A	Risc de patir A	Risc de patir D	TOTAL EXPOSATS AL RISC
29,7%	9,1%	13,7%	52,5%

ESCALA DE SUPORT FAMILIAR (APGAR)

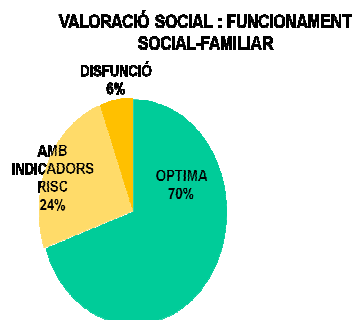
- **60%, no pateixen disfunció familiar**

ESCALA DE PFEIFFER

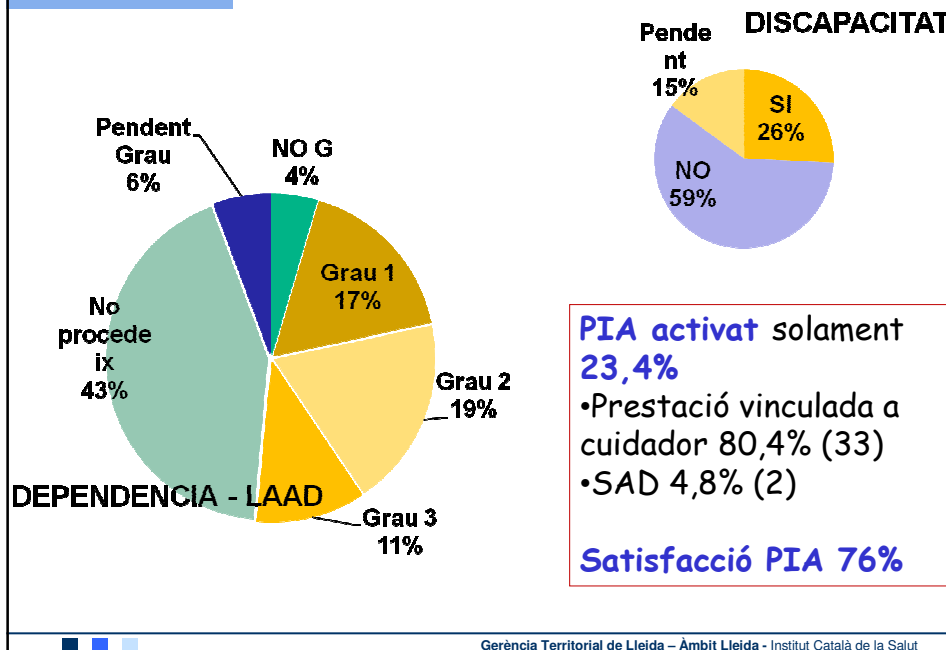
- **65,1 %** presenten situació cognitiva de **normalitat**.
- el 5,7% presenta deteriorament cognitiu. I el 18 % un deteriorament cognitiu lleu i moderat

ESCALA DE BARTHEL Dependència AVD

- **El 35% dels pacients són autònoms.**



SUPORT SOCIAL



una mirada social a l'atenció a la cronicitat

CONCLUSIÓ

CONFIRMAR

- La importància dels factors socials en la qualitat de vida relacionada amb la salut QVRS
- Necessitat GPC TSS estandarditzada dins de la ruta territorial
- Es requereix d'un suport social formal i informal per atendre les necessitats en l'esfera de les AVD i AIVD.
- El suport social formal ha de procurar la coordinació efectiva i eficaç amb l'àmbit de la salut, incorporant el treball desenvolupat en valoració integral (Valor: una part social predictiva)
- El treball proactiu realitzat des de TSS en l'atenció integral és un bon treball predictiu i preventiu que s'avança a situacions de necessitats i contribueix a millorar QVRS de tots els pacients crònics

Gerència Territorial de Lleida – Àmbit Lleida - Institut Català de la Salut

10-La cronicitat als hospitals Vall d'Hebron i Bellvitge

UNA MIRADA SOCIAL A L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT

EXPERIENCIES DE H. VALL D'HEBRON, H. BELLVITGE



C. PEÑA, S. SOLER.

*Jornada de treball
14 de març de 2013*



Generalitat
de Catalunya

Bellvitge
Hospital Universitari



L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT I EL TS SANITARI EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

Els Treballadors/res Socials dels hospitals hem iniciat un procés de reflexió, integrat en el procés de reflexió de la pròpia institució hospitalària. Aquest procés integra les línies estratègiques de cada centre, emmarcades en el Pla de Salut i en xarxa amb la resta de dispositius sanitaris i socials del Territori.



Generalitat
de Catalunya

Bellvitge
Hospital Universitari



L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT EN L'ÀMBIT HOSPITALARI.

El PCC/ MACA es caracteriza per:

- Alta probabilitat de crisis simptomàtiques.
- Evolució dinàmica, variable que precisa monitoratge continu./
- Alta utilització dels serveis d'hospitalització urgent o visites a urgències.
- Atenció en unitats hospitalàries d'alta complexitat, per determinades patologies (pacients pediàtrics...)
- Valoració multidimensional
- Visió integral; dimensions emocional, socials i espirituals.

TS



Generalitat de Catalunya



IMPORTÀNCIA DE LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL



L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT I EL TS SANITARI EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

TS dels hospitals centraran l'atenció social al PCC/MACA en 6 àrees:

1. Els Serveis d'urgències hospitalàries
2. Les "Crisis de Salut", especialment durant els ingressos hospitalaris
3. El Debut de la cronicitat de manera sobtada.
4. Monitorització i registre de les situacions socials lligades a la complexitat. (adults i pediàtrics).
5. La coordinació i el continu assistencial.
6. La integració i participació activa en el Treball en Xarxa dels territoris.

TS està integrat dins dels equips assistencials, els serveis mèdics dels centres hospitalaris i coordinat amb la resta de dispositius del territori.

ESPECTATIVES

GARANTIR QUE LES NECESSITATS D'ATENCIÓ PSICOSOCIAL SON IDENTIFICADES, COM CANVIEN I EVOLUCIONEN AL LLARG DEL CONTINUM DE LA MALALTIA



L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT I EL TS SANITARI EN L'ÀMBIT HOSPITALARI.. CONCLUSIÓ

La situació social del PCC/MCC, es canviant, no es estàtica. Es modifica en funció de l'evolució de la malaltia per el que requerirà una reavaluació de l'esfera social continuada , en les diferents nivells d'atenció.

El Treball Social sanitari en l'atenció a la complexitat i en l'àmbit hospitalari, treballarà amb el risc social i el risc social potencial, de les situacions de complexitat que es presentin en l'entorn hospitalari.

Definir i consensuar circuits de coordinació social amb AP de Salut i els centres sociosanitaris.

L' HUVH EN RELACIÓ A L'ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC COMPLEXA (PCC , MACA).

Participació en el Comitè Operatiu d'Atenció al Malalt Fràgil i Atenció Immediata. (COMFAI), AIS Barcelona Nord.
Direcció Assistencial, UFISS G., UFISS P., Treball Social.

- Liderat per Consorci Sanitari de Barcelona
- Territorial i Representatiu dels diferents proveïdors sanitaris del territori.
- Interdepartamental (CSB, CatSalut, ICS, ..)
- Contempla tots els nivells d'atenció (AP, AH, A. Socio sanitari Pades, A. residencial.)
- Multidisciplinari (Professionals de diferents nivells i categories).
- **Funció:** Desenvolupar el Pla Operatiu de com s'organitza l'atenció al PCC/MACC en el territori.
- **Activitats:**
 - Creació grup de treball sobre l'Atenció al final de vida de persones amb malaltia crònica avançada no oncològica.
 - Valoració i coordinació de les sol·licituds de LLES.
 - Projecte de creació d'una Taula Tècnica de TS pel territori.



INTERVENCIÓ UNITAT DE TREBALL SOCIAL DE L'HUB AMB ELS PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES

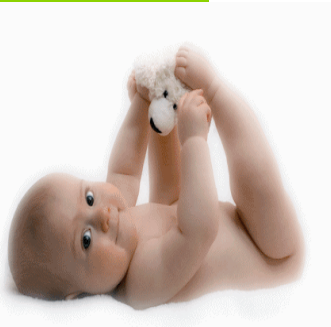
Valoració social a tots els MCC que visquin sols i/o es valori cuidador amb limitacions i/o no vàlid.

Intervenció social: acompanyar al pacient i la família en el procés de reajustament i equilibri personal i social, en cadascuna de les fases en que la malaltia es desenvolupa.

Coordinació i Continu a l'alta a domicili: amb el TS EAP a través de "l'informe de continuïtat Assistencial de Treball Social Sanitari". Informe diagnòstic del funcionament social a nivell de factors protectors i /o factors de risc i necessitat de monitorització.

Durant el mes d'octubre de 2012 es va realitzar un estudi d'intervenció proactiva amb els pacients ingressats des de l'Àrea d'Urgències als serveis de Medicina Interna i Pneumologia. D'aquests, un 60% eren pacients etiquetats com a MCC. Una vegada valorats els pacients que complien els indicadors de risc prèviament establerts, van ésser un 32% i es va elaborar un informe de continuïtat per garantir la monitorització del funcionament social.

11-La cronicitat a pediatria



EL TREBALL SOCIAL SANITARI EN EL NEN/A MALALT CRONIC O MALALT CRONIC COMPLEX A PEDIATRIA

**UNA MIRADA SOCIAL A L' ATENCIO A
LA CRONICITAT**

Barcelona 14 de març 2013.



Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat/SAP, Unitat, Programa

DEFINICIO DEL NEN MALALT CRONIC I MCC



❖ Nens amb malalties que requereixen cures sanitàries i vigilància continuada amb freqüents ingressos hospitalaris o perllongats seguiments a consulta externa.

❖ Nens grans discapacitats amb complicacions psíquiques i orgàniques que requereixen cures vigilància i tractament amb fàrmacs de continuïtat .



Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat/SAP, Unitat, Programa

COM ES DESENVOLUPA EL TREBALL SOCIAL A PEDIATRIA AMB EL NEN MALALT CRÒNIC ?

A qui es presta el servei?



Al nen MC i la seva família

Que fem?



Catàleg de serveis de T. Social

Com ho fem ?



Catàleg de prestacions de T. Social



Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat/SAP, Unitat, Programa

EL PACIENT CRONIC I MCC ENTRE L' HOSPITAL I ATENCIÓ PRIMÀRIA



(+)Nens malalts crònics
(-) Nens discapacitats



(+)Nens discapacitats.
(-) Nens malalts crònics



Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat/SAP, Unitat, Programa

NENS/ES M. CRÒNICS MCC A NIVELL D' HOSPITAL

- Treball social amb el nen/a i la família durant el període d' hospitalització.
- Preparació de la part social de l' alta hospitalària.



NENS/ES M. CRÒNICS I MCC A NIVELL D' ATENCIO PRIMÀRIA

CONTINUUM ASSITENCIAL A NIVELL SOCIAL

- treball social amb el nen i la seva família.
- recursos i prestacions socials.



PUNTS FORTS DEL T. SOCIAL SANITARI A PEDIATRIA

Existència de:

- Dotació de treballador/a social a les àrees de pediatria i hospitals.
- Cartera de serveis de treball social.
- Document marc de pediatria. (en breu)
- Sistemes d'informació: registre de l'activitat i el seu contingut.



ÀREES DE MILLORA

- ❖ Formació especialitzada en atenció centrada en la família.
- ❖ un registre compartit entre treball social d'atenció primària i treball social dels hospitals.
- ❖ Fulls de monitoratge a nivell social per els pacients pediàtrics crònics complexos estandaritzats inclosos en la història clínica.
- ❖ Protocols de coordinació específics per Treball Social en Pediatria en el tema d'altres hospitalàries i derivacions a hospitals.



Disminuir els determinants socials que poden influir negativament en la cura de la salut del pacient i en el malestar de la cuidadora/or i de la seva família.

Major atenció i suport a l'estructura cuidadora.

Millorar la qualitat de vida i la satisfacció percebuda del nen la cuidadora/or i la seva família.



MOLTES GRACIES

12-Eines per a l'enfocament del risc social

EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL

UNA MIRADA SOCIAL A L'ATENCIÓ DE LA CRONICITAT
Jornada de Treball Social.
Barcelona, 14 de març
Raquel Paz
Mercè Gil
SAP LITORAL-ESQUERRA
Grup Corporatiu "TS en atenció del cas complex"

EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL

● OBJECTIUS:

- ❖ Identificació i avaluació de les necessitats socials del pacient crònic i del malestar psicosocial davant la malaltia.
- ❖ Intervenir en el risc social i/o disfunció social i/o familiar per preservar o recuperar el seu equilibri.

EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL



En l'abordatge del pacient crònic cal identificar els factors socials que poden condicionar el correcte desenvolupament del pla terapèutic.



Cal observar i identificar els factors de risc socials per poder realitzar l'avaluació real del risc i el tractament social escaient en cada cas.



El treballador social ha d'identificar aquests factors de risc per poder fer un diagnòstic i una predicció de les possibilitats de que es produeixi un determinat fet negatiu.

EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL

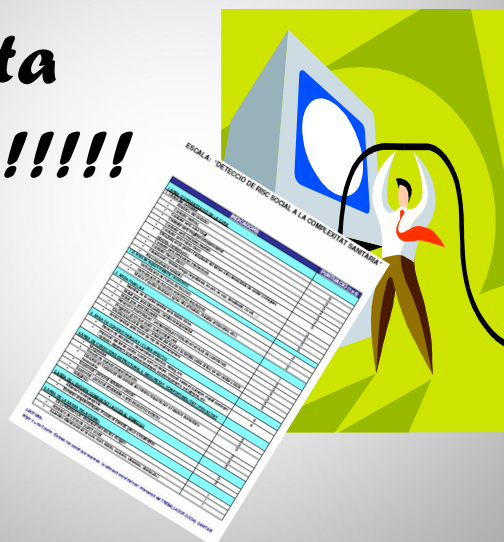


EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL

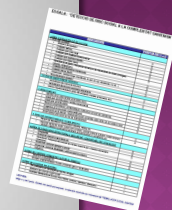
- ◉ TIRS. No és una escala. No validat.
- ◉ DUKE-UNK. Població general. Percepció del suport.
- ◉ Apgar Familiar. Població general. Percepció sobre la funció familiar.
- ◉ Barber. Gent gran. Suggereix risc dependència.
- ◉ Lawtton i Brody. Població general. AIVD.
- ◉ ZARIT. Risc claudicació cuidador. Només per a cuidadors de persones amb demència.
- ◉ Escala de Valoració social en l'ancià. Gent Gran. Risc.

EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL

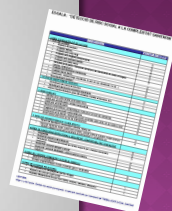
***Proposta
o repte !!!!!***



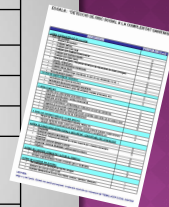
INDICADORS	PUNTUACIÓ (5)
1.ÀREA D'ORGANITZACIÓ DE LA CURA	
1.1.Àrea del cuidador	
• Absència del cuidador	5
• Cuidador ineficaç	5
• Cuidador amb salut fràgil	3
• Cuidador amb fragilitat psicoemocional	2
• Cuidador amb trastorns mentals	5
• Cuidador amb hàbits tòxics	2
• Dificultats en la gestió i l'adaptació del temps a les necessitats de cuidar (càrregues laborals, familiars, etc.)	3
• Cuidador amb limitacions intel·lectuals	2
• Cuidador menor d'edat	5
• Claudicació / Sobrecàrrega (impotència, no pot, no sap, desafecció, no vol,...)	5
• Risc claudicació cuidador	3
1.2. Àrea de suport material i econòmic	
• Verbalització de manca de recursos	2
• Verbalització de recursos econòmics insuficients	1
• Manca d'ajudes tècniques (grua, llits articulats, matalàs antiescares, etc.)	2



INDICADORS	PUNTUACIÓ (5)
2. ÀREA FAMILIAR	
• Membre de la unitat familiar amb hàbits tòxics	1
• Malalt jove amb fills petits i família monoparental	5
• Malalt jove amb fills petits	3
• Relacions traumàtiques / problemàtiques habituals en el nucli de convivència	5
• Progenitor gran que acull / cuida malalt jove	3
• Discrepància en la decisió / intenció del malalt o la família sobre el lloc on ser cuidat o morir	5
• Àmbit familiar amb factor de risc de maltractament	5
3. ÀREA DE COHESIÓ FAMILIAR I CLIMA AFECTIU	
• Relació de desafecció, desvinculació afectiva, rebuig, etc.	4
• Imposició del fet de cuidar, cuidar com un deure, coacció sobre el cuidador, malalt dominant / cuidador dependent (psicoemocionalment, econòmicament o socialment), etc	4



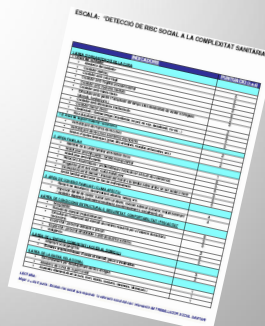
INDICADORS	PUNTUACIÓ (5)
4.ÀREA DE CONDICIONS ESTRUCTURALS, SEGURETAT, CONFORTABILITAT I PRIVACITAT	
• Marginalitat	5
• Rotació de domicili (malalt itinerant)	3
• Dificultat en l'adaptació del domicili als mínims requerits per a l'atenció domiciliària necessària	3
• Espai vital / personal deficient o precari	2
• Espai vital / personal inhabitable o amb insalubritat extrema	5
• Indigència	5
5.ÀREA DE L'ENTORN (COMUNITAT I ACCÉS AL DOMICILI)	
• Aïllament sociogeogràfic	3
• Barreres arquitectòniques d'accés al domicili, greus o insalvables	2
6.ÀREA DE LA XARXA RELACIONAL	
• Desarrelament per desplaçament del lloc d'origen	1
• Absència de xarxa de suport social	1
• Aspectes diferencials en la cura, mort, hàbits, costums, creences, idioma, etc.)	1



EINES PER A L'ENFOCAMENT DEL RISC SOCIAL

Lectura:

- ◉ Major o = 5 punts: existeix risc social, necessitat de Valoració Social Sanitària i Intervenció de Treball Social

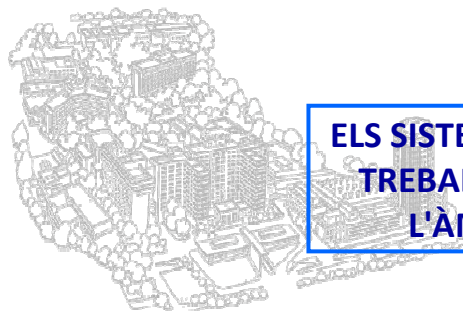


*L'entusiasme és el fertilitzant que assegura el
creixement de les idees...*



13-Els sistemes d'informació de treball social en l'àmbit hospitalari

UNA MIRADA SOCIAL A L'ATENCIÓ A LA CRONICITAT



ELS SISTEMAS D'INFORMACIÓ DE TREBALL SOCIAL SANITARI EN L'ÀMBIT HOSPITALARI.

Jornada de treball
14 DE MARÇ DE 2013

C. Peña, M. Ayora

ELS SISTEMES D'INFORMACIÓ DE TREBALL SOCIAL SANITARI EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

Convivència de dos sistemes d'informació:

1. SAP:

- TS rep i respon les interconsultes mèdiques.
- Registre curs mèdic d'informació rellevant per l'atenció social i mèdica.
- Projecte en curs de document en Sap: Informe social d'alta.

2. SIUAC.

- Eina pròpia de treball social sanitari a l'àmbit hospitalari.



REGISTRE PCC I TREBALL SOCIAL EN SAP

The screenshot shows the SAP interface for patient records. The main window is titled 'REGISTRE PCC I TREBALL SOCIAL EN SAP'. It displays patient information for PEREZ GONZALEZ, RAFAELA (D.96A) and M. Ayora Celades. The interface includes a list of documents (MCC+0, INFORMES ADMINISTRATIU, INFORMES CLINICS, LABIAPAT, RADIOLOGIC) and a section for 'ORDRE FACULTATI' with a list of medical orders. A red circle highlights the 'MCC+0' document, and a blue circle highlights the 'ORDRE FACULTATI' section.

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Antecedents.

- 2006: Implantació del Sistema d'informació d'Atenció al Ciutadà i Treball Social (SIUAC) de l'HUVH. 2008: Implantació mòdul III de Treball social a l'HUVH.
- 2008: Creació del Grup de TS d'Atenció Hospitalària. Per consensuar continguts de registre 1º Sap, posteriorment. SIUAC.
- 2010: Implantació de la Història clínica informatitzada SAP, als Hospitals de l'ICS.
- A finals any 2011, implantació progressiva del Sistema de registre SIUAC Mòdul III Treball Social a tots els Hospitals de l'ICS.

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Situació actual.

- Els 7 hospital propis de l'ICS, disposen ja a ple rendiment del sistema de registre SIUAC.
- Creació Grup de registre de TS Hospitalari, per seguiment i actualització de registre d'activitat comunes a tots els hospitals i equivalències amb TS AP.
- Elaboració d'un manual de criteris d'introducció al SIUAC, liderat per la Unitat de Treball Social de Bellvitge

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

CARACTERÍSTIQUES FUNCIONALS

- **Recerca i Migració de dades d'identificació i filiació del pacient directament del Sap Assistencial, vinculat al "nº de Pacient SAP".**

Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - Windows Internet Explorer

Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - v 11.9

Treball social - Dades Persona

MENÚ

- Dades mestres
- Treball social
 - Introducció Activitat
 - Manteniments TS
 - Consultes
 - Còpies Doc., Prov i Inf
 - Remissió
 - Resolució
 - Gener d'acord
 - Autor

Núm. Pacient: 12063364

Primer cognom: _____

Adreça: _____

Codi postal: 08035

País de naixement: Espanya

Tipus i num. document: DNI/NIE

NASS: _____

Sexe: Dona

Personal de la casa: ☐

Segon cognom: _____

Provincia: Barcelona

Població: BARCELONA (0801900)

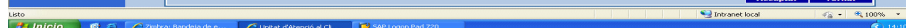
Telèfon 1: _____

Correu electrònic: _____

CIP: _____

Data naixement: _____

Estat civil: Soltera

Logo 

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI) CARACTERÍSTIQUES FUNCIONALS

➤ **Registre Sistemàtic de tota l'activitat que genera el procés d'atenció social: serveis mèdics, ubicació, vies de derivació, diagnòstic, motiu d'ingrés...**

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI) Característiques funcionals

➤ **Registre Sistemàtic de tota l'activitat que genera el procés d'atenció social : la demanda**

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Característiques funcionals

➤ **Registre Sistemàtic de tota l'activitat que genera el procés d'atenció social: la problemàtica social**

Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - Windows Internet Explorer

Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - v 11.9

Treball social - Registre d'activitat

Situació laboral: Situació econòmica:

Problemàtiques socials. Aspectes de salut

Adiccions: Treure

Discapacitats: Treure

Grau de dependència: Treure

Lloc de dependència: Treure

Malalties mentals o alteracions de la conducta: Treure

Emocional (relació): Treure

Problemàtiques socials. Aspectes de l'entorn

Familiar: Treure

Risc patològic pediàtric: Treure

Descompartiments: Treure

Maltractaments: Treure

Social: Treure

Problemàtiques socials. Aspectes econòmics

Economia unitat familiar: Treure

Habitatge: Treure

Reclusió: Treure

Data alta hospitalària: 05/05/2019 Data alta social: Treure

Destí: Treure

Grau complaent: Treure

Escala de Oyon a l'entrada: Treure

Observacions: Treure

Acceptar Adjuntar Genograma Eliminar Tornar

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Característiques funcionals

➤ **Registre Sistemàtic de tota l'activitat que genera el procés d'atenció social: El Recurs social.**

Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - Windows Internet Explorer

Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - v 11.9

Treball social - Registre d'activitat

Recursos

Ensenyament: Treure

Habitatge: Treure

Justícia: Treure

Treball: Treure

Administració de l'Estat: Treure

Administració local: Treure

Administració autonòmica: Treure

Oci: Treure

Altres: Treure

Àmbit de salut

Assistència primària: Treure

Assistència especialitzada: Treure

Entitats gestores: Treure

Privats: Treure

Àmbit de serveis socials

Assistència primària: Treure

Assistència primària privada: Treure

Serveis socials especialitzats: Treure

Entitats gestores: Treure

Privats: Treure

Acceptar Adjuntar Genograma Eliminar Tornar

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Característiques funcionals

➤ **Curs social amb data i identificació del professional. Registre pel tipus d'activitat i visita.**

The screenshot shows the 'Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - v 11.9' interface. The 'Curs social' form is displayed, with a red box highlighting the 'Tipus de visita' dropdown menu. The menu options are: Primera visita, Visita Successiva, Visita d'aportació, Visita urgent, and Atenció telefònica. The form also includes fields for 'Data' (12/02/2013), 'Hora' (14:21), and 'Tipus d'Activitat'.

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Característiques funcionals

➤ **Explotació de totes les dades, quantitatives i d'indicadors d'activitat qualitativs a través de consultes selectives.**

The screenshot shows the 'Unitat d'Atenció al Client i Treball Social - v 11.9' interface. The 'Consulta de Treball Social' form is displayed, showing a list of 'Consultes predefinides' and 'Columnes disponibles'. A red box highlights the 'Exportació automàtica de dades a EXCEL' button. The form also includes fields for 'Condicions' and 'Valor'.

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Avantatges I

- Facilita l'accés a la informació social de manera immediata millorant la coordinació entre els professionals.
- Sistematitza la recollida de dades i consensua continguts entre els centres hospitalaris des de l'idea de plataforma comú.
- Flexibilitat per adaptar, continguts i funcionalitat a les necessitats canviants.
- Eina d'autogestió en l'explotació de dades. Permet als professionals i a la Institució disposar de dades d'activitat globals i específiques de manera immediata.
- Visualització de l'HSI, per tots els professionals de TS dels hospitals, de l'ICS.

SIUAC, HISTÒRIA SOCIAL INFORMATITZADA (HSI)

Avantatges II

- Possibilitat d'elaborar informes socials en el sistema i adjuntar documents externs vinculant-los a l' HSI.
- Possibilitat d'integrar-se en un futur en Sap, com la resta de plataformes informàtiques dels centres (Gacela, Silicon, etc.), per visualització i accés des de l'ECAP i la HCC.
- Es l'únic sistema d'informació específic de TS sanitari amb continguts propis, vinculats al suport social en l'àmbit sanitari i a l'hora amb flexibilitat per integrar-se en la resta dels sistemes d'informació dels hospitals.

14-Els sistemes d'informació de treball social en l'atenció primària



Sistemes d'informació en AP

Jordi Riba Cebrián
EAP Esplugues 1



Definició de PCC no consensuada

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA DIASTÒLICA

HIPERTENSIÓ

☐ HIPERTENSIO

EMFISEMA

ACCIDENT VASCULAR ENCEFALIC AGUT, INESF

TUMOR MALIGNA DE LA PRÒSTATA

PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES QI

ANÈMIA FERROPÈNICA

PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES OI

PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES GR

ANSIETAT

■ ATDOM-PROBL. AMB DEPEND. DE LA PERSONA

HIPERPLÀSIA DE LA PRÒSTATA.

BRONQUIECTASIS

CERVICAL GIA

- CATARACTA GENII

CATARACTA SENIL

SENILITAT

1

COMENTARI

Cod: 150.91

Comentari:

Downloaded from <http://ajphaphysiol.org/> at University of California, San Diego on September 11, 2012

VAC. PEND.

Es distingeixen 2 tipus de pacients:

PCC: pacient crònic complex

MACA: pacient en model d'atenció a la cronicitat avançada

Els dos grups es codifiquen aplicant les marques específiques que disposa l'ECAP i s'identifiquen segons criteris clínics, que pot aplicar qualsevol professional sanitari o equip multidisciplinari que conegui a fons el cas del pacient.

...criteris per identificar PCC

El PCC té una prevalença aproximada del 3% i es caracteritza per:

- : Multimorbiditat o malaltia crònica única greu.
- : Alta probabilitat de crisis amb molta simptomatologia de difícil control.
- : Malaltia crònica progressiva amb evolució dinàmica i variable.
- : Alta utilització de serveis, ingressos i elevat consum de recursos i fàrmacs, amb increment del risc iatrogènic.
- : Necessitat de maneig multidisciplinari.
- : Presa de decisions en un marc clínic de permanent incertesa.
- : Requeriment d'accés a diferents dispositius i recursos, sovint per vies preferents.
- : Associació a fragilitat de base, pèrdua funcional, probabilitat de davallada aguda (funcional o cognitiva) o nova aparició de síndromes geriàtriques.
- : Situacions psicosocials adverses.
- : Presència dels pacients als llistats de risc derivats de les estratègies d'estratificació de CatSalut.

Hauria de ser identificada com a PCC una persona que combini diversos d'aquests aspectes i aquella que segons els professionals podria beneficiar-se d'un model d'atenció integrada com el proposat en aquest fullotó.

atenció a en situ com



Progra
i aten

 Generalitat de Catalunya
Programa de prevenció i atenció
a la cronicitat

CRG + ingressos

Clínica pacient



Mòdul de TS obsolet

Manca d'informe social HCCC

Manca de
full de
monitoratge:
variables
socials del
pacient

Valoració social en PCC

By Mary Poppins



Temes a tractar en les sessions:
- Anàlisi de les causes i efectes
- Anàlisi de les causes i efectes
- Anàlisi de les causes i efectes
- Anàlisi de les causes i efectes
- Anàlisi de les causes i efectes

Mòdul TS:

- * Avaluació de les esferes familiar, econòmica, laboral, habitatge,
- * Diagnòstic social del malalt i entorn
- * Intervencions segons pla consensuat

CIP: _____ Nom: _____ Sexe: D. Naix.: _____ Edat:

Dades generals

Data obertura: Derivat per:

Demandant:  Nom demandant: Altres:

Observacions:

Dades valoració social

GENOGRAMA

04/03/2013

13/01/2011

04/03/2013

04/03/2013

2. Full de monitoratge (Intel·ligència activa):
Fer constar aquelles variables del malalt que ens
permetin prendre decisions:

- * TIRS
- * GIJÓN
- * ZARIT
- * BARTHEL
- * LAWTON
- * PFEIFFER

TAD  HGB HGBNet

Etiqueta Vis

Guardar

☐ Amb comentari

Situació d'activitat : 'F' = Feta

'N' = No Feta

'P' = Pendent

Marcar tot

Marcar tot

Imprimerie

Sortir

VISIONS VIRTUES

Actual:

Total:

3. Seguiment clínic:

- * Informació recollida sobre el malestar psicosocial
- * Planificar propostes futures d'actuació de treball social
- * Pronòstic

Notes prèvies

Introduir/Modificar nota

Notes del dia

12/03/2013



☐ Nota Confidencial

T



Suport social formal / informal activat per fer front a la situació de salut al seu domicili a data d'avui. Compatible amb funcionalitat social / familiar sense risc.

Hora: 13:27

Tipus: -- NOTA LLIURE --

Col·legiat: RIBA CEBRIAN, JORDI

Especialitat: ASSISTENT SOCIAL

ACTIUS

PASSIUS

I.Q.

A.F

NOCs

Tots

Prioritzats

☐ HIPERTENSIO

☐ EMFISEMA

☐ ACCIDENT VASCULAR ENCEFÀLIC AGUT, INESF

☐ TUMOR MALIGN DE LA PRÒSTATA

☒ PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES

☐ ANÈMIA FERROPÈNICA

☐ PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES QI

☐ ANSIETAT

☐ ATDOM-PROBL. AMB DEPEND. DE LA PERSONA

☐ HIPERPLÀSIA DE LA PRÒSTATA

☐ BRONQUIÈCTASI

☐ CERVICÀLGIA

☐ CATARACTA SENIL

☐ SENILITAT

☐ INTOLERÀNCIA A L'ACTIVITAT

☐ ALTRES EXPLORACIONS ESPECIALS I ESTUDIS

☐ EXAMEN DE SEGUIMENT CONSECUTIU A TRACT

☐ 2 FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL, NIV

Valoració crònica

DETALL DEL PROBLEMA

NOU PROBLEMA

COMENTARI

Data Alta: 10/10/2012

Codi: Z63.6

Descripció: PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES QUE

Comentari: grau II

VS

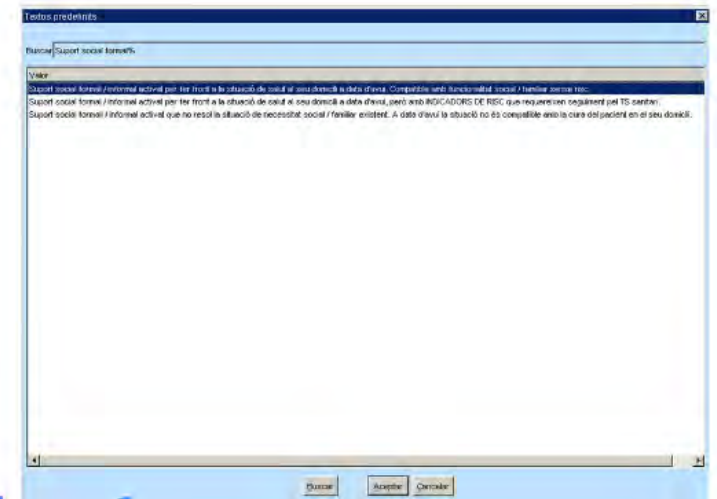
FM:

- GIJÓN
- ZARIT (reduit)
- Grau de dependència
- Altres: Lawton,
Barthel, Pfeiffer,...

SC

Anàlisi de la funcionalitat familiar

- Òptima
- Risc social
- Disfuncionalitat sociofamiliar



Buscar

Suport social formal%

Valor

- Suport social formal / informal activat per fer front a la situació de salut al seu domicili a data d'avui. Compatible amb funcionalitat social / familiar sense risc.
- Suport social formal / informal activat per fer front a la situació de salut al seu domicili a data d'avui, però amb INDICADORS DE RISC que requireixen seguiment pel TS sanitari.
- Suport social formal / informal activat que no resol la situació de necessitat social / familiar existent. A data d'avui la situació no és compatible amb la cura del pacient en el seu domicili.

Informe de valoració social (HCCC)

e-CAP 10.0.0 - Connexió: ABS CAN VIDALET JORDI RIBA CEBRIAN O

Alarma Agressió

Alarma Sanitària

prsf150 - Gestió de l'informe clínic

Dades consulta

prsf15a - Manteniment Informe clínic

Dades Usuari

CIP: dat: 87 anys Sexe: Home

Nom:

Dades Professional

Nom: JORDI RIBA CEBRIAN

Dades Informe

Data Informe: Data Baixa: Recuperar informe

☒ Publicar història clínica compartida?

Títol:

Destinatari:

Substituir text prefixat en el text de l'informe

Afegir text prefixat en el text de l'informe

Duplicar

Esborjar

Guardar

Visualitzar

Imprimir

Publicar història clínica compartida?

Sortir

HC3

HCCNet

S

I.Q.

A.F

NOCs

Prioritzats

SCULAR ENCEFÀLIC AGUT, INESF

NE DE LA PRÒSTATA

RELACIONATS AMB PERSONES

OPÈNICA

RELACIONATS AMB PERSONES QI

IL, AMB DEPEND. DE LA PERSONA

DE LA PRÒSTATA.

ASI

SENIL

A A L'ACTIVITAT

ORACIONS ESPECIALS I ESTUDIS

EQUIMENT CONSECUTIU A TRACT

E LA COLUMNA VERTEBRAL, NIVI

Valoració crònica

EMA

NOU PROBLEMA

COMENTARI

Data Alta: 10/10/2012

Codi: Z63.6

Descripció: PROBLEMES RELACIONATS AMB PERSONES QUE

Comentari: grau II

Hora: 13:27

Tipus: -- NOTA LLIURE --

Col·legiat: RIBA CEBRIAN, JORDI

Especialitat: ASSISTENT SOCIAL



Moltes
gràcies!



15-Projecte col·laboratiu a Tona

Una mirada social a l'atenció a la cronicitat

CATALUNYA CENTRAL

Institut Català de la Salut
Equip d'Atenció Primària
Tona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Catalunya Central

gencat.cat/ics

CATALUNYA CENTRAL



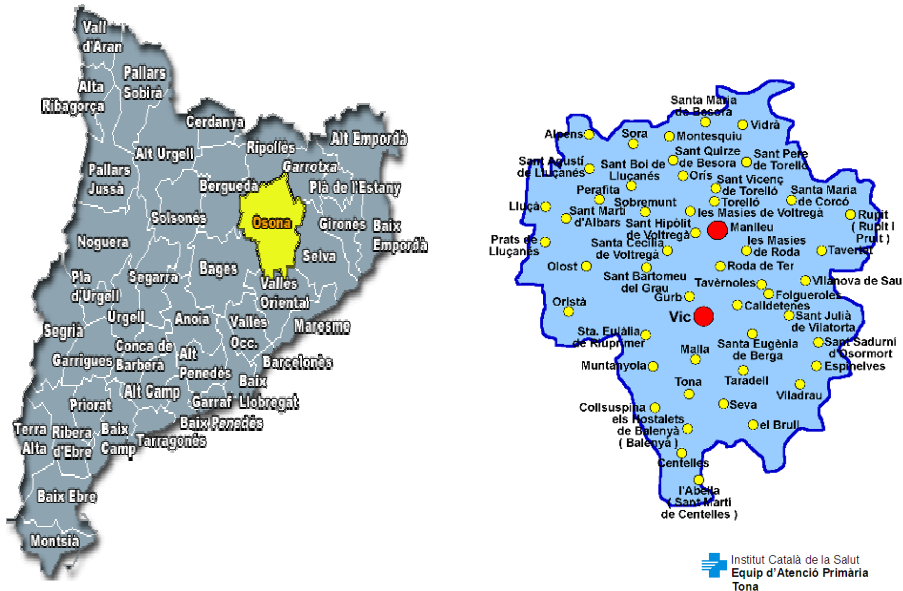
Institut Català de la Salut
Equip d'Atenció Primària
Tona

MANRESA:

Valoració social i ubicació dels malalts PCC entre ABS(ICS), UACC,Hospital aguts i centre sociosanitari (entre proveïdors).
Estudi de 43 malalts PCC a la comarca del Bages.

■ **MODEL TONA:**

**PROJECTE COL.LABORATIU DE
TREBALL SOCIAL SANITARI I SERVEIS SOCIALS
D'ATENCIÓ PRIMÀRIA.**



OPORTUNITAT!!

- **Voluntat Política de la Regidoria de Benestar Social i Sanitat de l'Ajuntament de Tona i direcció del Cap**, que ofereix oportunitat de treballar conjuntament **Salut - ABS Tona i Serveis Socials-ABSS Mancomunitat La Plana**, i els **professionals** implicats al territori, amb el suport dels departaments de la **Generalitat de Salut i Benestar Social i Família**.

OPORTUNITAT!!

- La disposició dels professionals ,amb el suport del Pla de Salut 2011-2015 i Pla estratègic de serveis socials 2010-2013.

**Col·laboració
interdepartamental**

 Institut Català de la Salut
Equip d'Atenció Primària
Tona

ESCENARI INTERN I ENTORN SALUT-SERVEIS SOCIALS BÀSICS

 Institut Català de la Salut
Equip d'Atenció Primària
Tona

CAP TONA
ABSS Mancomunitat La
Plana
3 Residències
Centres de dia

CHV
2 Sociosanitaris
S.Mental
Serveis especialitzats

Comarcal:
SEVAD- BAT OSONA-SAD

A TONA

- Diverses portes d'accés : Salut, Residències i Serveis Socials Bàsics (SSB)...
- Coordinació entre serveis segons necessitats.
- El PIA es fa des de SSB, sense coordinació amb salut(dependència).
- El SAD es gestiona i tramita des de SSB. Salut detecta i fa la proposta, però no pot tramitar.
- SAD transitori i ATDOM (Pre-alt i PADES) no es coordinen.

A TONA

- Accés per part dels dos serveis a **intranet** del Consell Comarcal per consulta dades del procés de dependència.
- Accions **formatives conjuntes** entre professionals dels dos sistemes, i entre els de les residències.
- Salut fa la prestació mèdica a les 3 **residències**. "Conveni" i ecap per a professionals de l'ABS.

A TONA

- Comissió local multidisciplinària de seguiment de violència i maltractaments .
- Taula Mutilació Genital Femenina de Tona.
- PAS
- PRAT

OBJECTIU GENERAL:

Donar atenció sanitària i social integrada i coordinada als ciutadans del municipi de Tona, que es troben en situació de **cronicitat i dependència**, i altres situacions que els situen en risc d'exclusió social, potenciant actuacions integrades, coordinades, planificades, factibles i pro-actives, per a un millor abordatge de l'atenció a la complexitat (cronicitat i/o dependència, salut mental i maltractaments).

PLA D'ACCIÓ A TONA

Dependència-Cronicitat: Ruta local:

- Cronograma de treball: reunions mensuals.
- Registre-base de dades comú.
- Compartir informació dependència: sol.licitud, revisions grau...
- Proposta conjunta d'adjudicació de PIA.
- Sol.licitud BAT (ajudes tècniques) coordinació i coneixement.

PLA D'ACCIÓ:

- Atenció coordinada de les persones més fràgils que disposen del servei de teleassistència en les actuacions en programes(POCS...)
- Valoracions a domicili conjuntes de persones amb dependència Grau II i III per establir pla de treball.
- Planificació altes hospitalàries i sociosanitàries de persones amb dependència que necessitin SAD transitori (del Consell Comarcal Osona)

PLA D'ACCIÓ:

- Promoure activitats de treball grupal i comunitari per a persones amb dependència /conicitat i cuidadors.
- Detecció de noves necessitats.

PLA D'ACCIÓ:

ENVELLIMENT ACTIU (GRAU I O SENSE DEPENDÈNCIA)

- . Coordinació i difusió d'activitats ,cursos,xerrades... de lleure i preventives que es realitzen al municipi.
- . Programació d'activitats conjuntes amb implicació de persones i professionals dels diferents serveis del municipi.
- . Detecció de necessitats de les persones per oferir la formació i informació que necessiten.

PLA D'ACCIÓ:

DADES COMPARTIDES :

- **Crear document de les dades que necessitem compartir (escales de valoració, informació sanitària i social ..) que creiem que sigui important per tots els serveis que treballem per els pacients .**

IMPREScindible:

- **La persona** com a centre de la intervenció.
- Actuacions integrals i integrades.
- Treball col·laboratiu i en xarxa per part de tots els professionals.
- Compartir eines de valoració.
- Sistemes d'informació compartits.
- Optimització i bona gestió dels recursos disponibles.
- **Planificació conjunta entre els departaments.**
(Tenir en compte els professionals de treball social sanitari).

MOLTES GRÀCIES



 Institut Català de la Salut
Equip d'Atenció Primària
Tona

institut català de la salut gencat.cat/ics

Gerència Territorial Catalunya Central

[anterior](#)

[següent](#)

Una mirada social a l'atenció a la cronicitat CATALUNYA CENTRAL



Miriam Clopés Coll
ABS Tona
14/3/2013

institut català de la salut gencat.cat/ics

Gerència Territorial Catalunya Central

[anterior](#)

[següent](#)

16-Projecte col·laboratiu a Girona

Conveni Bilateral entre l'Ajuntament de Girona i l'ICS (TS de les ABS de referència)

Una oportunitat o un entrebanc
per al Treball Social Sanitari?

Imma Martínez Verdoy
DTS
ABS Girona-3



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

- Conveni entre l'Ajuntament de Girona i l'ICS, on s'homologuen als/les T. Socials de les ABS de la ciutat de Girona (Girona-1 Girona-2, Girona-3, Girona-4 i ABS Sarrià de Ter), per tramitar alguns dels recursos que depenen dels Serveis Socials municipals.



Recursos que podem tramitar:

- SAD
- Teleassistència
- Auxiliar de la llar
- Càtering
- Ajuts tècnics



- Aquest conveni sorgeix a partir d'una reunió entre tècnics i directius d'ambdues administracions, on es plantegen les dificultats que en aquell moment existien per treballar de manera conjunta i harmònica.



- Creació d'una comissió de tècnics per elaborar un conveni de col·laboració entre serveis, en la qual participa una T. Social sanitària de la ciutat de Girona.
- Validació del document per part de les dues administracions.
- Aquest conveni (2001) encara es vigent.
- No s'ha avaluat ni s'ha tornat revisar.



Aspectes positius

- Permet fer un treball més integral per part dels TS sanitaris/es.
- Possibilita l'aplicació del pla de treball establert de forma més òptima.
- Atenció més àgil i directa al pacient.
- Evita duplicitats
- Reconeixement dels TS de les ABS



Aspectes negatius

- Augment de la burocràcia
- Risc de convertir-nos en tramitadors de recursos.
- Risc de diluir l'aspecte diferenciador del Treball Social Sanitari.



Propostes de millora

- Avaluació de l'aplicació del conveni per part de les dues administracions.
- Revisió del conveni.
- Reflexió conjunta de tots els tècnics implicats.



17-Projecte col·laboratiu a Sant Andreu de la Barca

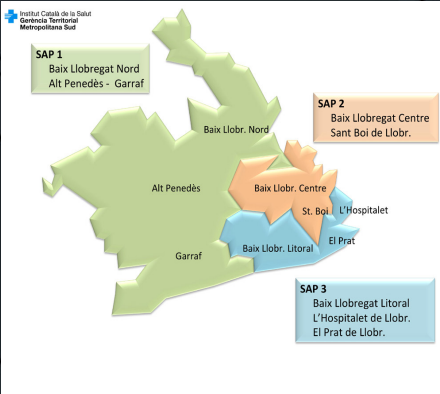

 Institut Català de la Salut
 EAP Sant Andreu de la Barca

Atenció Social al Pacient Crònic Complex al Baix Llobregat Nord

Carme Llopart
 Treballadora Social
 EAP Sant Andreu de la Barca


 Institut Català de la Salut
 EAP Sant Andreu de la Barca

Gerència Territorial Metropolitana Sud



SAP 1
 Baix Llobregat Nord
 Alt Penedès - Garraf

SAP 2
 Baix Llobregat Centre
 Sant Boi de Llobr.

SAP 3
 Baix Llobregat Litoral
 L'Hospitalet de Llobr.
 El Prat de Llobr.

Baix Llobregat Nord
 13 municipis (260.000 habitants)



SERVEIS SOCIALS
 13 EBAPS

SALUT
 7 EAPS: (6 ICS 1 Mutua Terrassa)
 3 Treballadores Socials Sanitàries (ICS)



Antecedents

Sant Andreu de la Barca

- **Reunions de coordinació** amb els diferents professionals de serveis socials de Sant Andreu de la Barca.
- **Coordinació telefònica** dels treballadors socials i de salut amb els treballadors socials de l'Hospital Comarcal i del centre sociosanitari. (altes)
- Com a **treballadora social sanitària** plantejo trobar-nos per tal de definir circuit continuïu assistencial a nivell social.



Serveis Socials de Sant Andreu de la Barca

(28.313 habitants)

Professionals

- 1 Coordinadora de Serveis Socials
- 5 Treballadors Socials (3 Atenció a famílies, 1 Atenció a la dependència, 1 Atenció gent gran (SAD i TLA)).
- 4 Educadors Socials

Treball en xarxa

Coordinació telefònica/mail i reunions
Atenció conjunta (entrevistes / domicilis)



Institut Català de la Salut
EAP Sant Andreu de la Barca

ATENCIÓ CONJUNTA

(XARXA DE SERVEIS SOCIALS I XARXA DE SALUT)

Situacions de complexitat social

SERVEIS SOCIALS:

Atenció, Valoració Social,
Intervenció social (recursos
socials)

SALUT:

Detecció: EAP (metge/infermera)

Gestora de cas

Intervenció social conjunta amb MG/INF

L'abordatge d'aquest perfil de persones requereix una atenció i tractament social integral i alhora especialitzat. **El treballador social sanitari** actua així com a professional especialitzat de suport al professional de serveis socials.

S'estableixen entrevistes conjuntes en les que podem fer una única valoració social i establir un pla de treball conjunt, identificant en cada cas el professional **REFERENT** i les intervencions a realitzar.



Institut Català de la Salut
EAP Sant Andreu de la Barca

2011: Contiuum assistencial social

(ancià fràgil, malalt crònic i final de vida)

Hospital Comarcal de Martorell

1 Treballadora Social (20h)

Atenció social Hospital Aguts

Atenció social integral UFISS

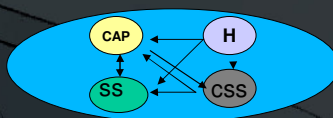
Centre Sociosanitari Sagrat Cor

de Martorell (**comarcal**)

2 Treballadores Socials

Àrea Sociosanitària

Reunions de circuit



Full assistencial a l'alta que s'envia tant a la Treballadora Social de Serveis Socials com a la Treballadora Social de Salut.



Ruta Assistencial d'Atenció al Pacient Crònic Complexe Baix Llobregat Nord

El 2012 es crea la comissió :

- Hospital Comarcal Martorell (UFISS)
- Centre Sociosanitari del Sagrat Cor (Àrea Sociosanitària i PADES)
- ICS (Adjunt SAP Baix Llobregat Nord)

Gestora de cas de la UTACC
Responsable ACUT,
Treballadora Social d'AP

- Mutua de Terrassa (CAP d'Olesa de Montserrat)
- 061 Calsalut respon

Objectiu és elaborar el programa per al PCC. Es farà **VALORACIÓ SOCIAL** a tots els PCC

Incorporem al programa l'Atenció Social al pacient crònic complexe l'experiència del treball realitzat en el circuit assistencial social. En una primera etapa definim la funció de cada treballador social de la xarxa sanitària.



Objectius 2013

Respecte a Sant Andreu de la Barca:

Reunió amb els responsables de Serveis Socials de l'Ajuntament de Sant Andreu de la Barca i responsables de l'EAP de Sant Andreu de la Barca per tal validar les línies de col.laboració engegades pels professionals d'ambdues xarxes.

Respecte al PCC /Circuit Assistencial Social:

Valorar amb els dos treballadors socials d'ABS (Esparreguera i Martorell) la implementació del circuit assistencial social en els seus municipis.



Reflexions

Existeix un treball de col.laboració entre les dues xarxes

És possible treballar cadascú des del seu lloc (àmbit) si és té clar que l'abordatge a de ser integral.

Per això decidim qui és el **referent del cas**.

Cal un **reconeixement mutu** de la feina que cadascú desenvolupa

El treballador social sanitari té el privilegi d'estar en un lloc de frontissa entre la xarxa de serveis socials i la xarxa de salut.

18-Conclusions a la taula d'experiències

CONCLUSIONS DE LA JORNADA D'ABORDATGE DEL PCC DES DEL TREBALL SOCIAL

Les diferents presentacions ens han ofert una visió global de com s'està desenvolupant el programa d'atenció a la cronicitat a Catalunya. A partir d'aquí cadascun/a de nosaltres hem pogut situar on estem, on està el nostre Equip i on està el nostre territori.

De tot el que s'ha dit destacaria algunes idees:

Les experiències d'atenció al PCC tenen en comú alguns aspectes:

1. La **difficultat de definir el perfil del PCC**, cada projecte ha utilitzat paràmetres diferents (GRC, Pre-alts, fragilitat, MACA, ATDOM, criteris clínics...)
2. El **valor d'incorporar als cuidadors** en el procés d'atenció a aquests pacients.
3. Són experiències que **pivoten sobre el model de Gestió de casos**. Aprofito per dir que el model de gestió de casos a Catalunya s'ha focalitzat en infermeria però que, inclús el Pla de Salut de Catalunya, preveu que la gestió de casos la pugui realitzar un Treballador Social com es fa en altres països.
4. La constitució tant des de Hospitals com des de la Primària d'unitats d'expertesa, unitats territorials, unitats de gestió de la complexitat, etc. que ofereixen un **abordatge interdisciplinar**.
5. La consolidació de comissions integrades per diferents dispositius, serveis i proveïdors que intenten cobrir **la dimensió del treball en xarxa i la continuïtat assistencial**.
6. Altre element comú identificat a les diferents experiències presentades és la necessitat d'incorporar una visió 360º o **valoració integral que inclou la valoració social** del pacient crònic, la seva família i entorn. S'han presentat també aquí les dimensions mínimes que ha de contemplar aquesta valoració. En cada territori es concretaran les escales de suport diagnòstic i les eines de registre que utilitzaran.

No ens podem quedar en la valoració, la valoració és una part del procés que condueix a identificar el DIAGNÒSTIC SOCIAL SANITARI que ens marcarà el PLA D'ACTUACIÓ SOCIAL que es proposarà a cada pacient i que s'INCORPORARÀ AL PLA INTEGRAL INDIVIDUAL DE LA PERSONA.

Per altra banda s'ha fet èmfasi en la importància de **millorar els sistemes de registre** de l'activitat del Treball Social tant **en Atenció Primària com Hospitalària** però no només això sinó que també s'ha posat en evidència **la necessitat d'estar**

interconnectat amb professionals d'altres serveis que treballen amb una mateixa persona o família.

En relació a les **experiències de col·laboració amb Serveis Socials**, s'ha destacat com elements clau:

1. La necessària existència de **voluntat política** per tirar endavant aquest tipus de model
2. La **predisposició dels professionals i la convicció** de que compartint el que cadascú aporta es pot optimitzar l'atenció a les persones.
3. **Situar la persona en el centre de la intervenció**, no als professionals, ni les noves unitats, ni els protocols, ni les rutes...

Una persona amb una malaltia crònica de maneig complex és una persona que està vivint un procés de crisi personal, de pèrdua de capacitats, de readaptació a una nova situació, de redefinició del seu rol en la família i en la societat (pot passar de ser productiu a sentir-se una càrrega). L'objectiu del Treball Social, també amb les persones que tenen una malaltia crònica complexa és promoure la seva **autonomia** i vetllar per la seva **dignitat**.

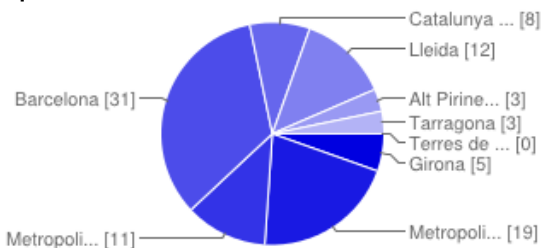
Per últim, no podem deixar de fer esment a la realitat actual, al patiment que estan vivint moltes famílies, a la pèrdua de drets, a les situacions de precarietat que veiem cada dia. Si la xarxa familiar i el suport social no és fort, si la persona no disposa dels mínims per una vida digna, si els cuidadors han de sortir de casa per buscar feines precàries, o han d'acollir a casa a fills aturats i donar de menjar als nets...si no es té accés a la medicació... etc...difícilment tindran èxit els programes que es basen en la capacitat de contenció de les famílies en el propi domicili.

19-Avaluació de la Jornada

95 respostes

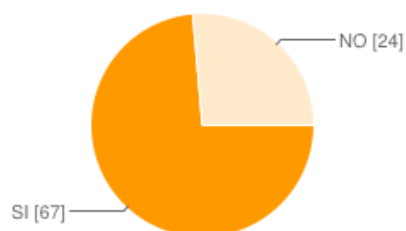
Resum [Mostra les respostes completes](#)

En quina Gerència Territorial de l'ICS treballes ?



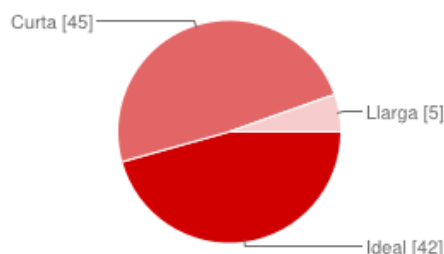
Girona	5	5%
Metropolitana Nord	19	21%
Metropolitana Sud	11	12%
Barcelona	31	34%
Catalunya Central	8	9%
Lleida	12	13%
Alt Pirineu-Aran	3	3%
Tarragona	3	3%
Terres de l'Ebre	0	0%

L'horari de la jornada (9,30 A 14 H) ha estat adient ?



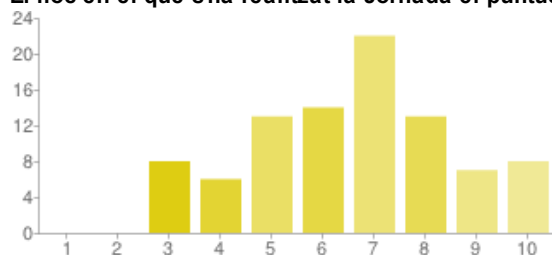
SI	67	74%
NO	24	26%

La durada de la jornada ha estat ?



Ideal	42	46%
Curta	45	49%
Llarga	5	5%

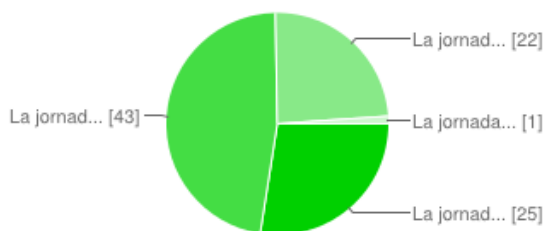
El lloc en el que s'ha realitzat la Jornada el puntues amb un ?



1	0	0%
2	0	0%
3	8	9%
4	6	7%
5	13	14%
6	14	15%
7	22	24%
8	13	14%

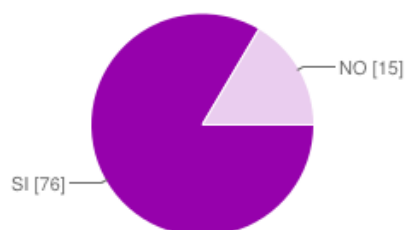
9	7	8%
10	8	9%

Segons la teva opinió? (Marca l'opció amb la que et sentis identificat/da)



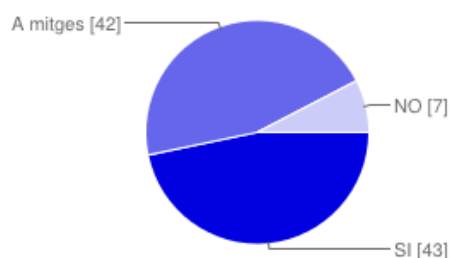
La jornada s'ha desenvolupat de manera eficient	25	27
La jornada s'ha desenvolupat de manera raonablement be	43	47
La jornada no ha estat eficient	22	24
La jornada ha estat una perdua de temps	1	1

S'han abordat tots els temes planificats ?



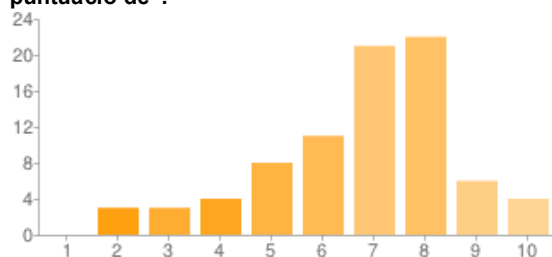
SI	76	84%
NO	15	16%

La Jornada ha cobert les teves expectatives inicials ?



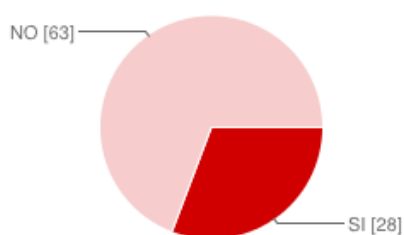
SI	43	47%
A mitges	42	46%
NO	7	8%

En cas afirmatiu, el grau d'assoliment de les teves expectatives respecte la Jornada el valores amb una puntuació de ?



1	0	0%
2	3	4%
3	3	4%
4	4	5%
5	8	10%
6	11	13%
7	21	26%
8	22	27%
9	6	7%
10	4	5%

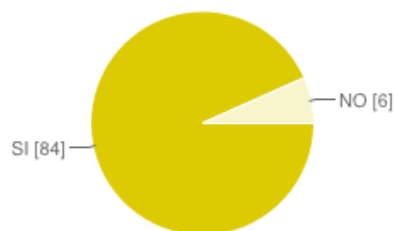
Abans de la realització de la jornada, tenies coneixements de les experiències de Treball Social en els projectes de cronicitat de cadascú dels territoris ?



SI 28 31%

NO 63 69%

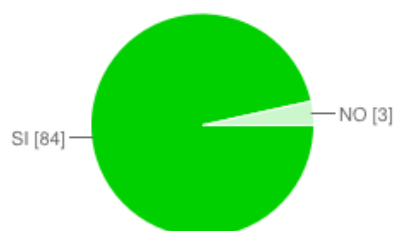
T'ha resultat interessant conèixer les experiències de participació del Treball Social en els projectes de cronicitat dels territoris i/o serveis respectius ?



SI 84 93%

NO 6 7%

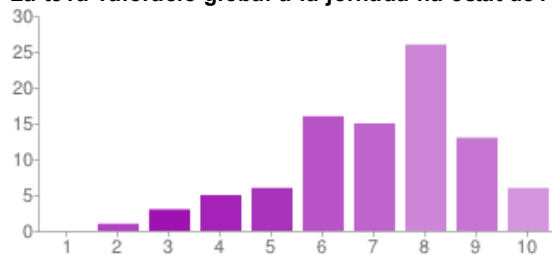
T'ha resultat important retrobar-te amb companys d' altres territoris i serveis?



SI 84 97%

NO 3 3%

La teva valoració global a la jornada ha estat de?



1 0 0%

2 1 1%

3 3 3%

4 5 5%

5 6 7%

6 16 18%

7 15 16%

8 26 29%

9 13 14%

10 6 7%

Quin aspecte positiu destagues de la Jornada ?

les experiències dels companys i retrobamentsd Saber el que s'està fent a altres llocs contingut de les