



REO núm: 1030  
Data: 20/06/2022

## **El model de rehabilitació del SISCAT. Projecte a futur. 2021**

### **Informe de resultats**

# Salut

## El Model de Rehabilitació del SISCAT Projecte a Futur

Desembre de 2021

# S/Context

Enguany el Departament de Salut i el Servei Català de la Salut estan treballant en el nou Model de Rehabilitació per a ser implementat a partir del 2022 a tot el territori català.

- S'ha constituït un Grup Motor i un Grup d'Assessors d'experts en les diferents línies i serveis de rehabilitació per a dur a terme el disseny del Nou Model.
- A partir de l'aprovació a Consell Executiu del SCS, i a proposta de l'Àrea de Ciutadania, Innovació i Usuari, es va plantejar dur a terme un projecte d'identificació de necessitats ciutadanes en relació a la seva interacció amb el model actual de rehabilitació, amb l'objectiu final d'incorporar la seva perspectiva en el codisseny del futur model.
- L'Àrea de Ciutadania, Innovació i Usuari, a través de la seva Unitat d'Experiència de Pacient, ha dut a terme l'estudi qualitatiu durant aquesta tardor, i presenta a continuació, les principals conclusions assolides.

# S/ Objectiu

## OBJECTIU PRINCIPAL:

Identificar les noves necessitats i expectatives dels usuaris a tenir en compte en el nou model de Rehabilitació

---

### DIAGNÒSTIC

Identificar i analitzar els diferents circuits que es deriven dels serveis de Rehabilitació;

### PROSPECTIVA

Identificar les noves necessitats i expectatives de la ciutadania en relació amb la seva interacció amb el circuit de rehabilitació, i proposar millores i aspectes a tenir en compte en el disseny del nou model de rehabilitació.

Es tracta d'un estudi qualitatiu que pretén fer una fotografia del model actual per detectar insights i oportunitats de millora, en cap cas es pretén obtenir resultats quantitativs que representin el total de la població.

# S/ Metodologia i mostra

## MOSTRA PROFESSIONALS

Total entrevistes **Experts** → 4 Entrevistes d'1hora de durada

Total entrevistes **Professionals** → 20 Entrevistes d'1hora de durada

Resum Entrevistes Professionals	
Especialitat	Regió Sanitaria
6 Fisioterapeutes	3 BCN, 1 LLEI, 1 GIR, 1 TFG
6 Terapeutes Ocupacionals	4 BCN, 1 GIR, 1 LLEI
5 Logopedes	2 BCN, 2 GIR, 1TRG
3 Metges Rehabilitadors	2 BCN, 1 LLEI

# S/ Metodologia i mostra

## MOSTRA PACIENTS

	Nº Total Entrevistes	Àrees terapèutiques	Aguts- Crònics	Regió sanitària
Logopèdia ambulatòria	11 persones	8 casos afonies, disfonies 3 casos Neurològics	8 Aguts 3 Crònics	BCN-N-S: 5 Cat central: 2 Girona: 3 Camp T i Ebre: 1
Logopèdia Domiciliària	4 persones (cuidadors)	3 Neurològics 1 Disfàgia	Tots Crònics	BCN-N-S: 4
Fisio Ambulatòria	13 persones	7 Múscul-esquelètic 5 Sòl Pelvià 1 Neurològic	6 Aguts 9 Crònics	BCN-N-S: 7 CAT CENTRAL: 2 GIRONA: 2 CAMP T I EBRE: 1 ALT P I LLEIDA: 1
Fisio Domiciliària	17 persones (dels quals: 5 Cuidadors)	9 Múscul-esquelètic 3 Neurològic 5 Respiratori	10 Aguts 2 Crònics Respiratoris (llarg termini)	BCN-N-S: 14 GIRONA: 1 CAT CENTRAL: 2

## PROFESSIONALS

- **RHB** → Rehabilitació
- **MR** → Metge Rehabilitador
- **F** → Fisioterapeuta
- **TO** → Terapeuta Ocupacional
- **L** → Logopeda

## ÀREA TERAPÈUTICA

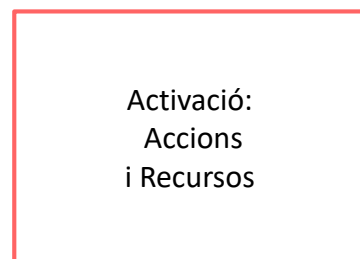
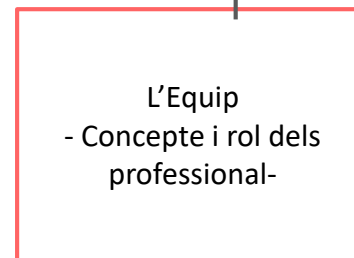
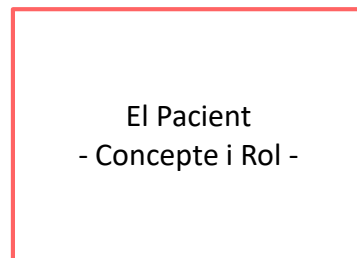
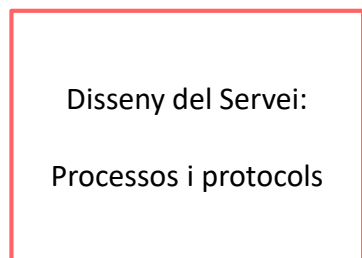
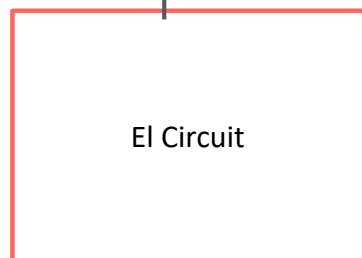
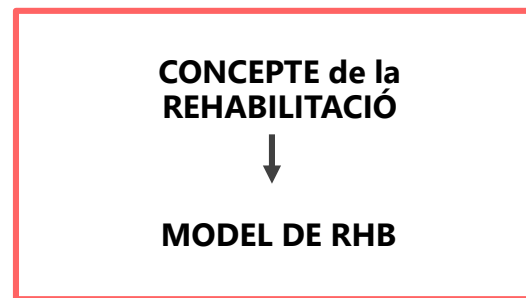
- ME** → Múscul-esquelètic
- NEUR** → Neurològic
- SP** → Sol Pelvià
- RESP** → Respiratori
- LOGO** → Logopèdia

<b>1</b>	Percepció General del Model Actual	8
<b>2</b>	El Circuit de Rehabilitació	14
<b>3</b>	El Disseny del Servei: Processos I Protocols	24
<b>4</b>	El Pacient: Vivència I Rol	33
<b>5</b>	El Professional: Vivència I Rol	49
<b>6</b>	El Model del Futur	57
<b>7</b>	Resultats Workshop de Rehabilitació	70



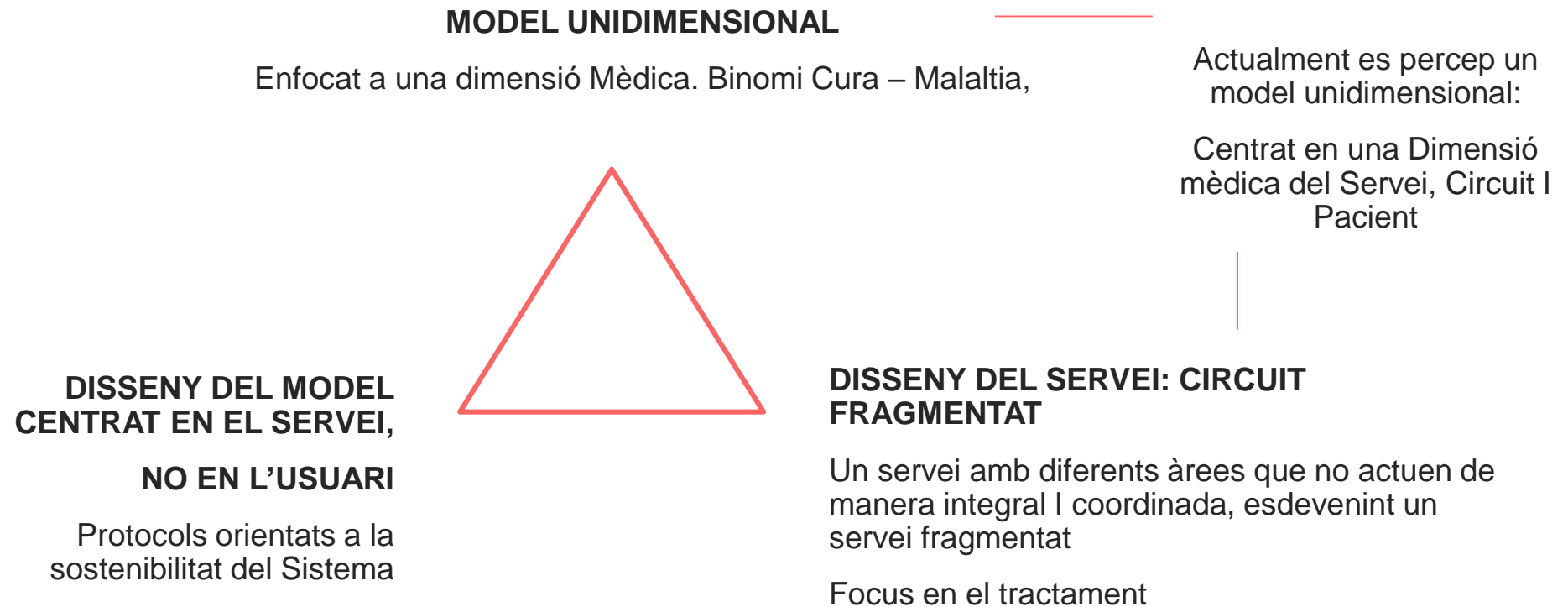
# S/ Mapa del Model de Rehabilitació: Àrees estructurals

Dimensió Conceptual:  
El Marc de referència



Dimensió Execucional:  
Accions i recursos que activen les diferents  
dimensions

# S/ Percepció del Model de Rehabilitació Actual



# S/ Sistema saturat, que no es capaç de cobrir totes les necessitats poblacionals

## Sistema Saturat

---

Un Sistema amb un enfoc i disseny no cobreix totes les necessitats poblacionals envers la Rehabilitació i es satura.

- × Expulsa a l'usuari si les seves necessitats de RHB no entren dins el binomi malaltia / cura (tractament finit).
- × Un Sistema que demana no saturar-se, a través de responsabilitzar al Pacient.
- × Estigmatització del pacient Crònic

“

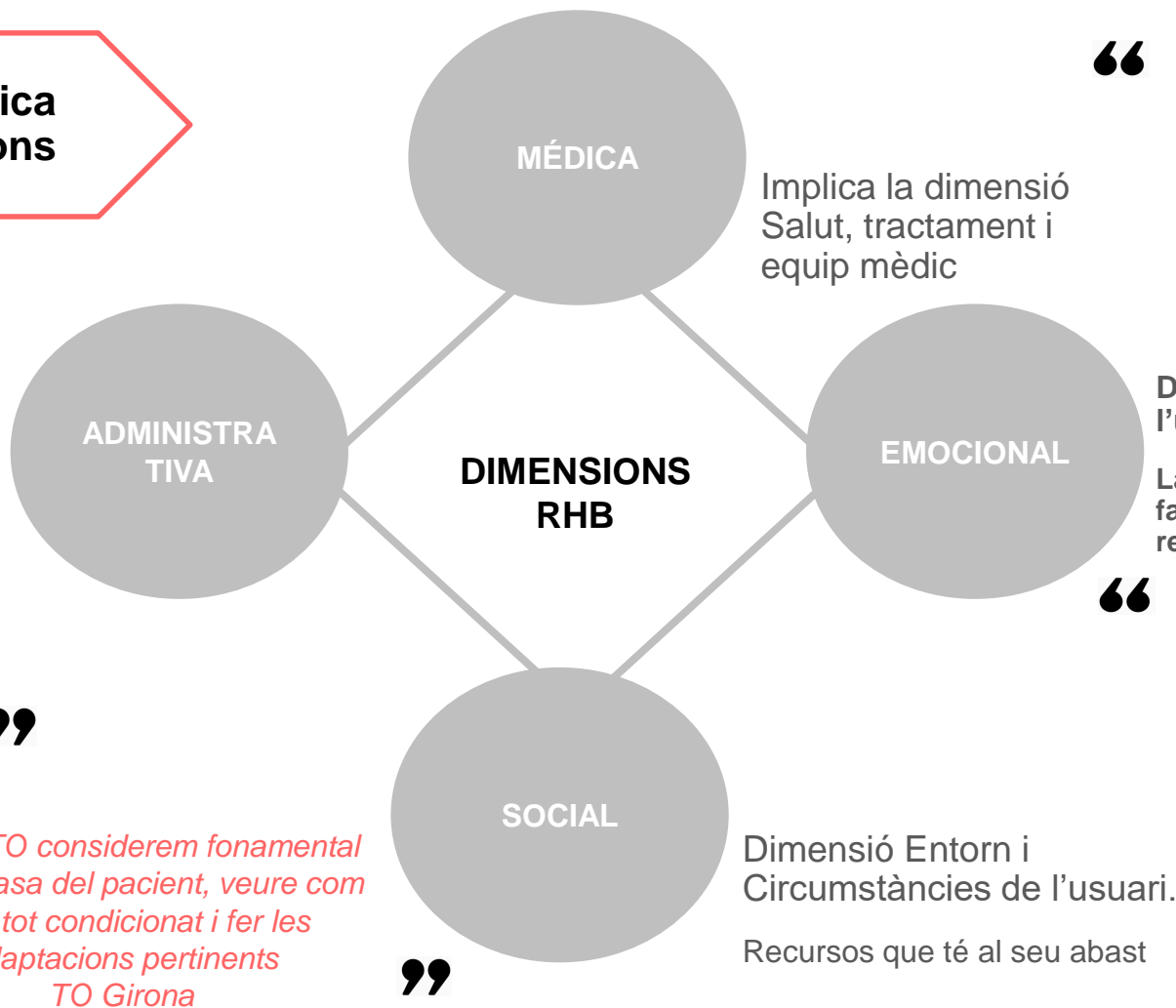
*Hi ha certes problemàtiques que és el pacient el que ha d'anar treballant a casa, si no ho fa, és aquest pacient que entra i surt del circuit i clar, això no és sostenible*  
FISIO BCN

*Un crònic mai pot passar davant un agut*  
FISIO BCN

”

# S/ Dimensions de la Rehabilitació

La Rehabilitació implica les següents dimensions



“ A mi me dieron 10 sesiones y Cuando las acabé me mandaron a casa, no tuve ningún tipo de seguimiento por parte de mi medico, y la verdad es que Llegó un momento que dejé de hacer los ejercicios porque no sé si los estaba haciendo bien. No sé a quién preguntar. Entre, salí y ahí se acabo mi rehabilitación ”

Dimensió Emocional i Psicològica de l'usuari.

La Rehabilitació com un procés on el factor psicològic i emocional pren rellevància

“ Quan feia rehabilitació, el fisio que em va tocar la veritat és que em motivava molt. A casa feia els exercicis i anava veient que millorava ME ”

Gestió de tràmits i coordinació entre serveis

ADMINISTRATIVA

DIMENSIONS RHB

EMOCIONAL

SOCIAL

Dimensió Entorn i Circumstàncies de l'usuari.

Recursos que té al seu abast

“ Va ser tot molt ràpid. Em van donar d'alta a l'Hospital, i als 2 dies em van trucar per començar la rehabilitació a l'hospital. Pacient M-E ”

“ Com a TO considerem fonamental anar a casa del pacient, veure com està tot condicionat i fer les adaptacions pertinents TO Girona ”

L'èxit del Servei de Rehabilitació, implica una experiència positiva i coordinada en les diferents dimensions

# S/ La Rehabilitació actualment es tracta com un Procés

## Característiques del procés de rehabilitació actual



- × Finit i protocol·litzat. Centrat en sessions
- × No sempre centrat en les necessitats reals de l'usuari
- × Baixa implicació / coordinació dels agents protagonistes: Equip fragmentat
- × Un sistema que no ajuda a implicar a l'usuari en el seu procés de recuperació



La RHB tal i com està actualment es percep com un PROCÈS passiu, protocol·litzat que no facilita la implicació dels seus protagonistes.

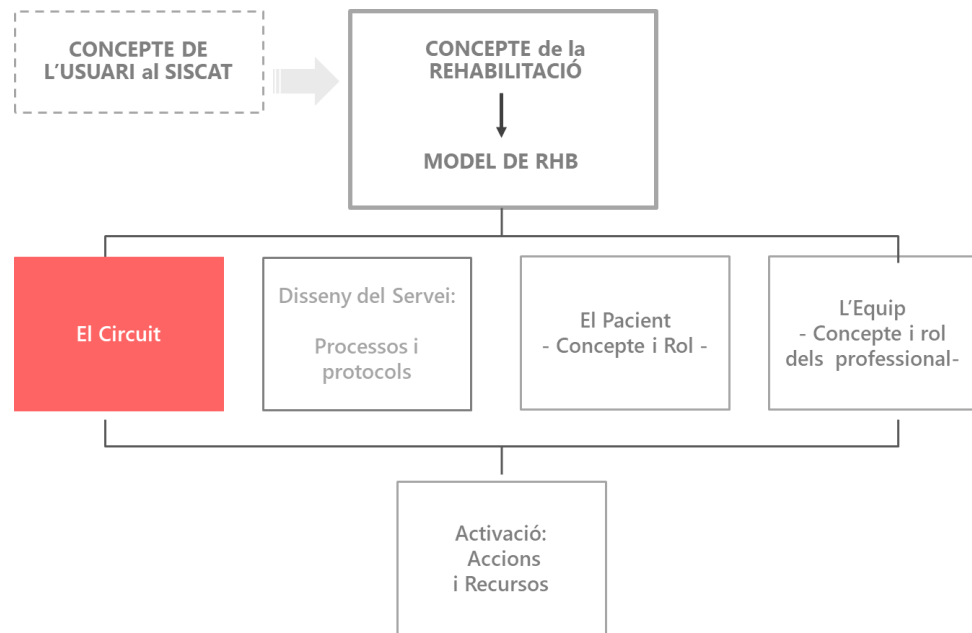
“

*A mi me dieron 10 sesiones y Cuando las acabé me mandaron a casa, no tuve ningún tipo de seguimiento por parte de mi medico, y la verdad es que llegé un momento que dejé de hacer los ejercicios porque no sé si los estaba haciendo bien. No sé a quién preguntar. Entre, salí y ahí se acabo mi rehabilitación*

*La Rehabilitació s'hauria d'entendre com un procés que es fa en equip amb el pacient, que implica al pacient, al equip de rehabilitació i al seu metge. Un treball conjunt*

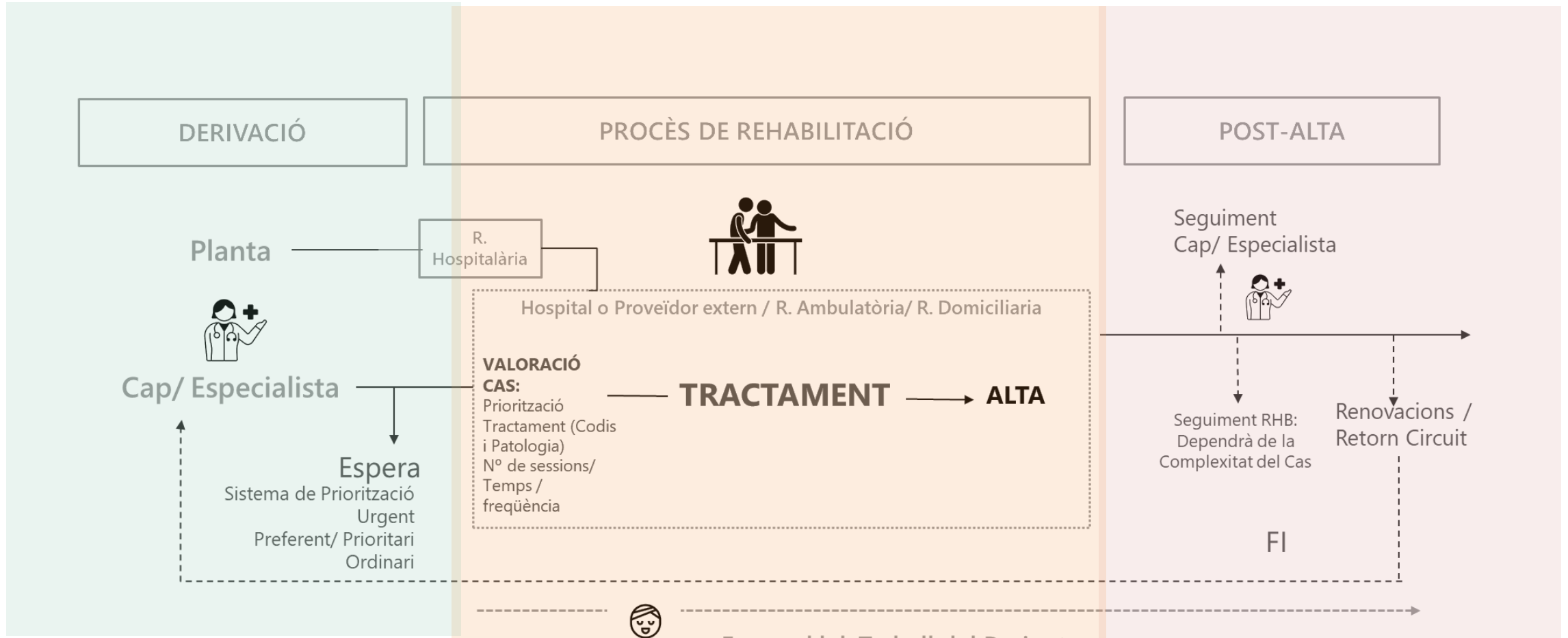
*Fisio BCN*

”



# El Circuit

# S/ El Circuit: Grans fases

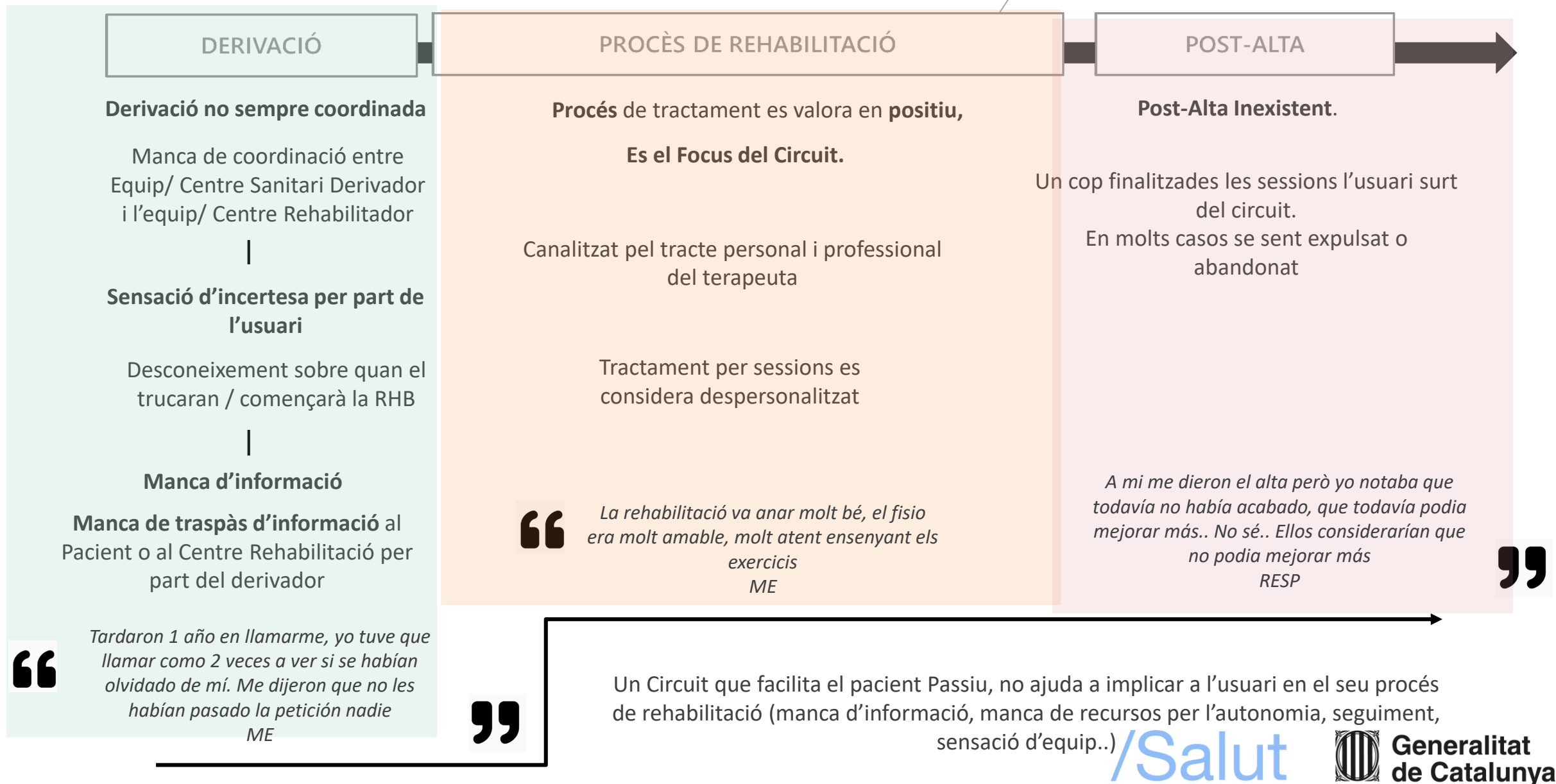


Gestió de la derivació no sempre coordinada

Procés de tractament es valora en **positiu**,  
principalment pel tracte personal-professional  
Es el **Focus del Circuit**.

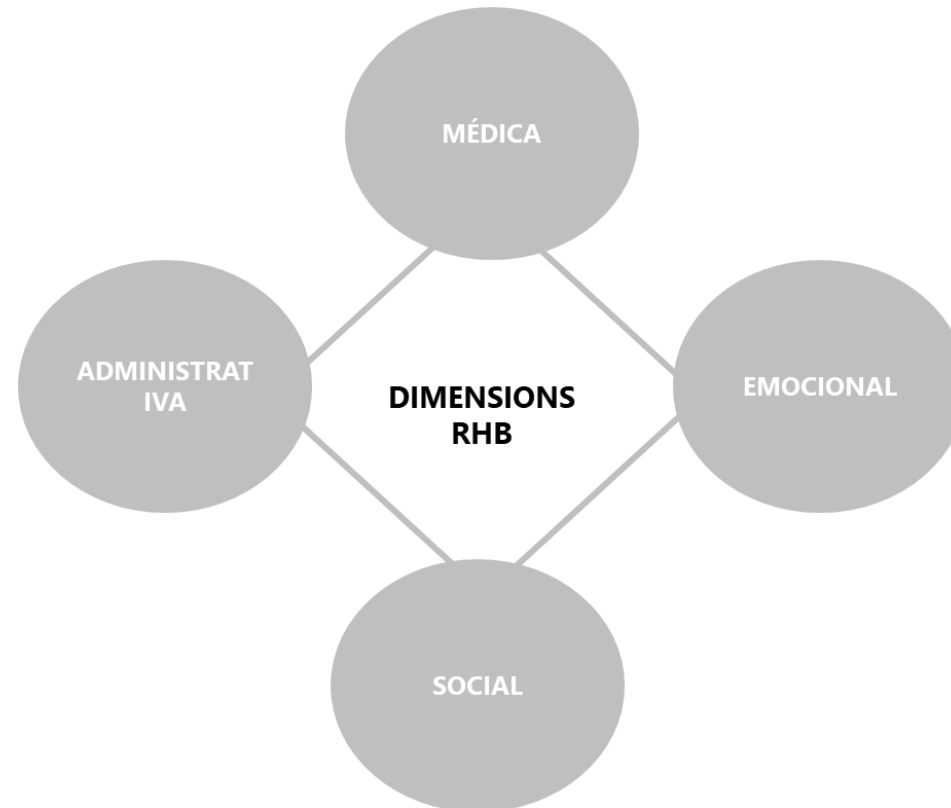
Post-Alta Inexistent.

# S/El Circuit: Grans fases

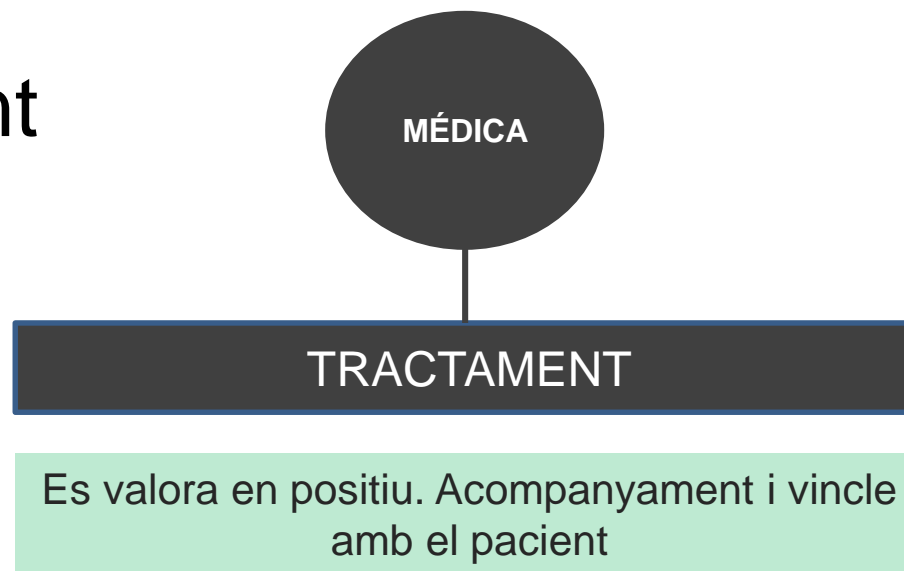
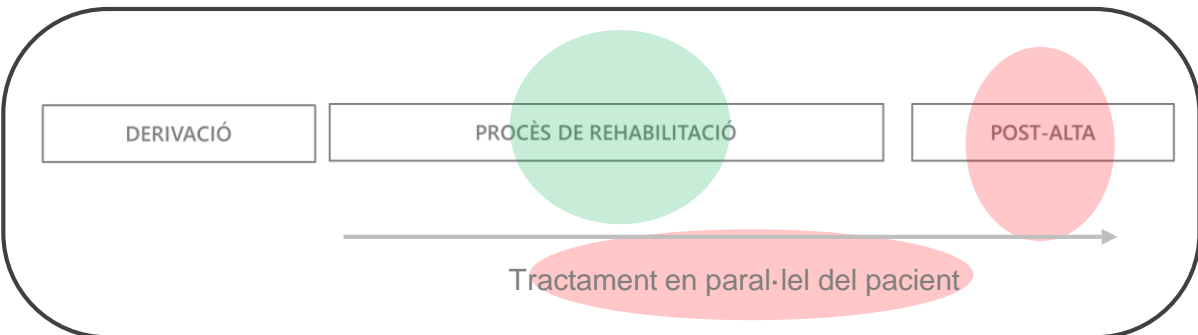




# S/ Anàlisi del circuit: Les dimensions de Rehabilitació



# S/Dimensió Mèdica: El Tractament



## Centralitzat en el Tractament per sessions, no centrat en l'usuari

No centrat en les necessitats de cada persona, si no en protocols de la patologia

## Sistema Finit

Enfocament malaltia – cura vs. prevenció Manteniment

## Post-Alta inexistent

Un cop finalitza el tractament el pacient és expulsat del Circuit.

## Manca de recursos Tractament en Paral·lel

Suport insuficient al pacient

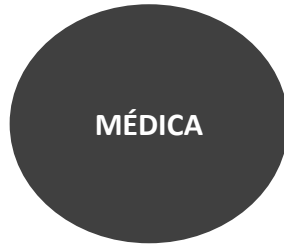
Un Model que es basa en l'èxit dels casos **Aguts**. Si bé **no cobreix de manera satisfactòria els casos més crònics**

Contribueix a la **Saturació del Sistema**  
Facilita la **reincidència** de pacients  
**No acompanya la autonomia**

- ✓ Necessitat de **descentralitzar el Model en el Tractament** per sessions i **integrar altres moments** del tractament (Post-Alta, en paral·lel)
- ✓ **Adaptar** les sessions a les necessitats de la persona: **Equilibrar recursos/ Eficiència**
- ✓ Cobrir totes les necessitats poblacionals i **no deixar a pacients fora del Circuit**

# S/ Tractament: Vivència i necessitats de l'usuari

Dimensió Mèdica: El Tractament



TRACTAMENT  
VIVÈNCIA DE L'USUARI



*Et ficaven en un grup per fer els exercicis de logopèdia, però quan entrava algú nou havies de repetir exercicis que havies fet al principi.. I era com, a veure jo ja podria fer altres coses*

LOGO



*Venían a casa pero entre el protocolo Covid y que yo veía que venía con el tiempo justo, no llegábamos a los 20 minutos y 2 días a la semana. ¿Qué haces con esto?*

ME



**TRACTAMENT NO PERSONALITZAT: SENSACIÓ D'UN TRACTAMENT NO ADEQUAT.**

processos de RHB que acaben abans d'acomplir uns objectius, sessions no sempre adaptades a les necessitats de l'usuari (grupals, poca durada, número de dies/ setmana insuficients)

**DERIVACIÓ I ACOLLIDA**

**Manca d'informació** sobre el procés, expectatives, etc

**ALTA**

**Manca d'informació i sensació d'expulsió** quan no s'han complert uns objectius

**TRACTAMENT EN PARAL·LEL**

Depèn del perfil del pacient i patologia:

Pels pacients que volen implicar-se activament, hi ha poc recursos

En general, sensació de **manca de recursos/ motivació de suport**

Recursos "rudimentaris"

**POST ALTA Vivència:**

Sensació d'abandonament.

Manca de seguiment o controls

Recursos rudimentaris

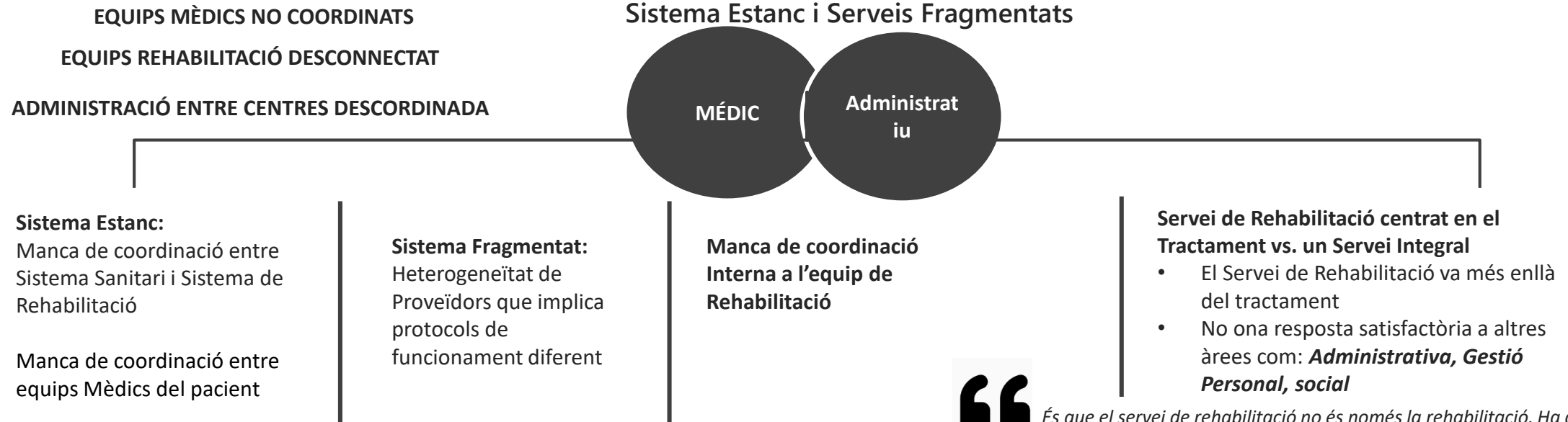
En general, en els casos més greus manca un Metge Referent

(Ningú es responsabilitza de la Rhb del pacient)

# S/ Disseny: Sistema Estanc i Serveis Fragmentats

## DISSENY DEL SISTEMA

### Sistema Estanc i Serveis Fragmentats



*És que el servei de rehabilitació no és només la rehabilitació. Ha de funcionar con un servei integral. Si el tractament va molt bé però he patit per veure on i quan començava la rehabilitació de ma mare.. Doncs ja em sembla que és un servei que no s'està fent be*  
CUIDADORA

*És que el servei de rehabilitació no és només la rehabilitació. Ha de funcionar con un servei integral. Si el tractament va molt bé però he patit per veure on i quan començava la rehabilitació de ma mare.. Doncs ja em sembla que és un servei que no s'està fent be*  
CUIDADORA

*Un dels problemes és que hi ha varis proveïdors, cadascú amb les seves polítiques internes que no sempre es coordinen amb l'hospital o AP. Conta molt si tenen bona o mala relació entre el centre que deriva i el centre de rehabilitació perquè es coordinin*  
EXPERT



**No percep un Equip Coordinat Equip Desconnectat**

*Ningú es responsabilitza de la meva rehabilitació*

- ✓ Necessitat de **coordinar els diferents serveis sanitaris** (Equip Derivador i Equip Rehabilitador)
- ✓ **Minimitzar la diversitat** de protocols entre proveïdors
- ✓ Concebre la Rehabilitació com un **servei integral** que ha de cobrir diferents serveis

# S/ Circuit administratiu no centrat en l'usuari



## Administració poc flexible/ No centrada-Usuari



### Llistes Espera

- Llistes espera, manca de comunicació amb l'usuari.
- Llargues esperes

### Espera

- Incertesa, ansietat incapacitat de previsió/ organització de la quotidianitat
- Por d'agreujament de la problemàtica

- ✓ Àrea administrativa i protocols no sempre centrats en necessitats mèdiques de cada cas.
- ✓ Manca de gestió eficient dels tràmits administratius (Llistes espera, renovacions..)

### Manca d'adaptació a les circumstàncies de l'usuari

No es té en compte les circumstàncies personals/ d'entorn de l'usuari per tal d'adaptar la rehabilitació, els tràmits o necessitats particulars.

- Adaptació d'horari amb horaris laborals, localització de la Rehabilitació, etc

En moltes ocasions el pacient s'ha d'adaptar a la rehabilitació i reorganitzar el seu entorn

- Horaris, gestió familiar i laboral.
- Els cuidadors com a perfil més afectat.



### Renovacions

Es passa de nou per tot el procés, amb el

Desgast i espera: cronifica el problema



*La meva mare estava vivint a casa meva perquè no era autònoma, però com estava empadronada a l'Hospitalet i jo visc a BCN la RHB havia de ser Hospitalet. Doncs cada dia l'havia de portar a casa seva CUIDADORA*

*Quan vaig rebre la trucada al cap d'1 any, em van fer decidir al moment horaris i dies o perdia la terminia...i jo havia de gestionar la meua vida. Podrien deixar 2-3 dies que et puguis organitzar*



# S/ Un circuit que no fomenta el Pacient Actiu

EMOCIONAL

GESTIÓ DEL PACIENT



El Pacient sent:

- Que té una manca d'informació des de l'Equip de Professionals
- Que hi ha una manca de recursos o recursos molt rudimentaris per treballar a casa i/o a la Post-Alta

## No fomenta el Pacient Actiu:

L'èxit terapèutic comporta un pacient implicat. Es reclama un pacient Actiu però manquen recursos d'acompanyament

- Pacient poc informat
- No aborda el treball autònom i d'apoderament

**Manca d'informació sobre la patologia, tractament i procés terapèutic en 4 moments claus:**

- Derivació
- Inici del tractament
- Durant el tractament

**Manca de recursos per abordar un treball autònom per la post-alta i treball en paral·lel**

“

*Jo em vaig buscar vídeos per youtube  
ME Jove*

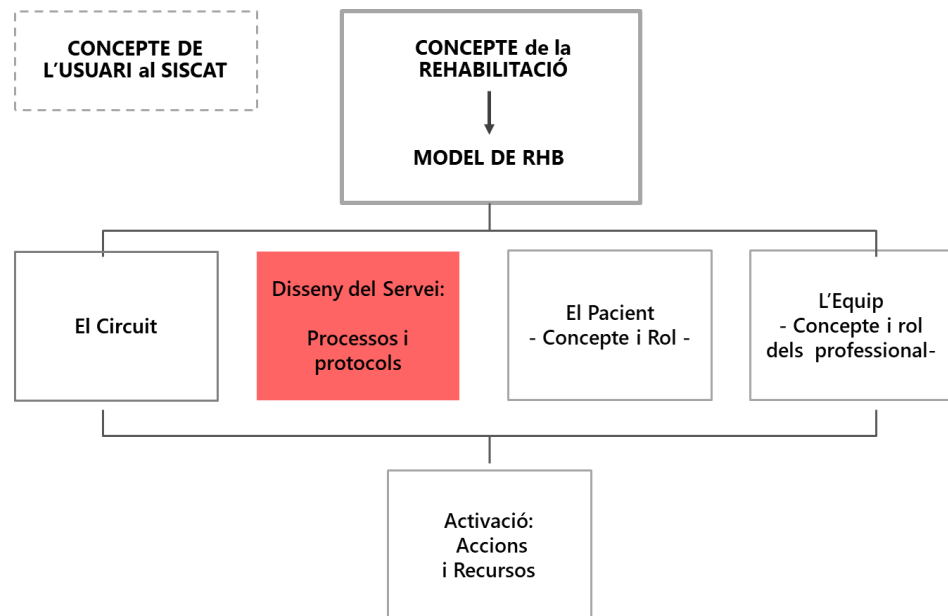
*Per mi es important que m'expliquin què tinc, com anirà el procés, per què serveix cada exercici, jo vull entendre la meva rehabilitació  
ME Jove*

*Al principio si que seguí haciendo los ejercicios, pero poco a poco lo dejé.. Primero porque no sabia si los seguía haciendo bien, y segundo porque me falta motivación*

”

LOGO

✓ El Model demana un pacient actiu però ni el circuit, professionals o recursos ho fomenten.



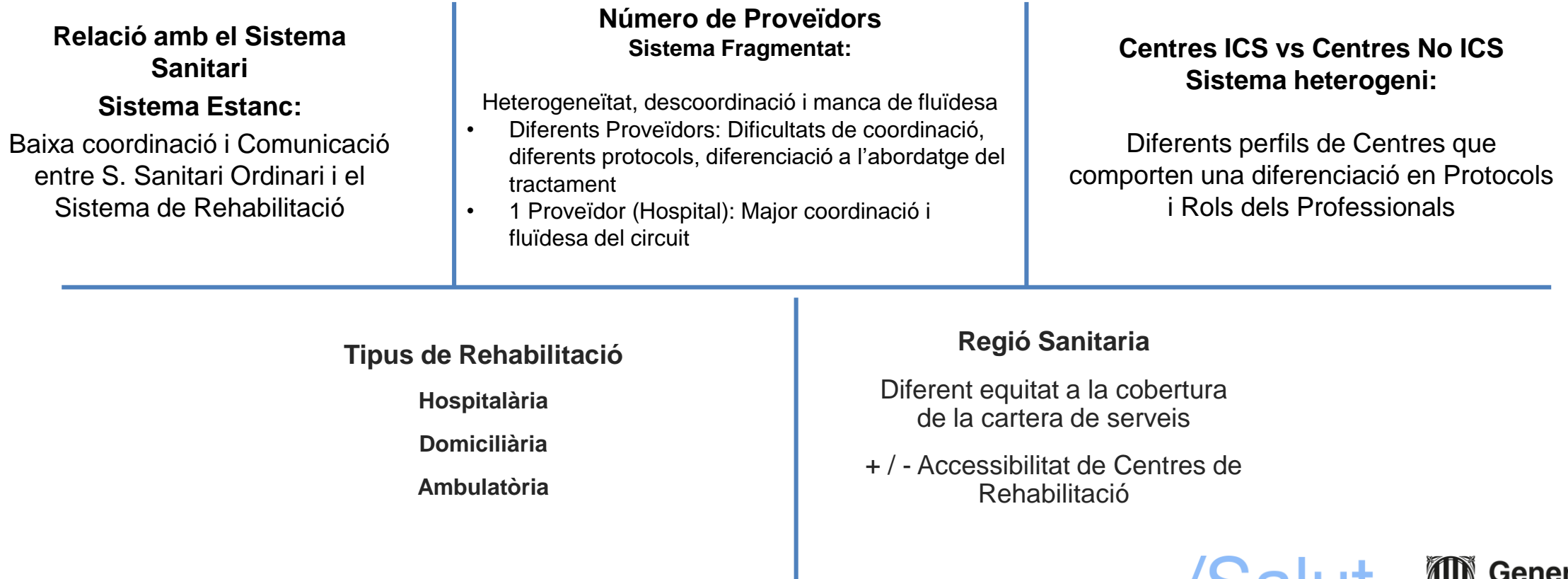
# Disseny del Circuit: Processos i protocols

Un Disseny de servei estanc i  
Fragmentat

# S/ Disseny del Sistema de Rehabilitació

## Variables d'influència

Un Disseny del Sistema que inclou diverses variables que influiran en els Protocols, dinàmiques i fluïdesa del Circuit

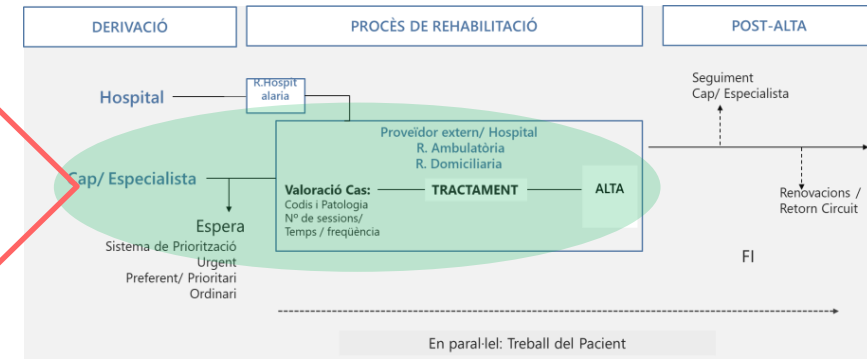




# S/ Disseny del Servei. Número de Proveïdors: Un Sistema Fragmentat i Poc Fluït

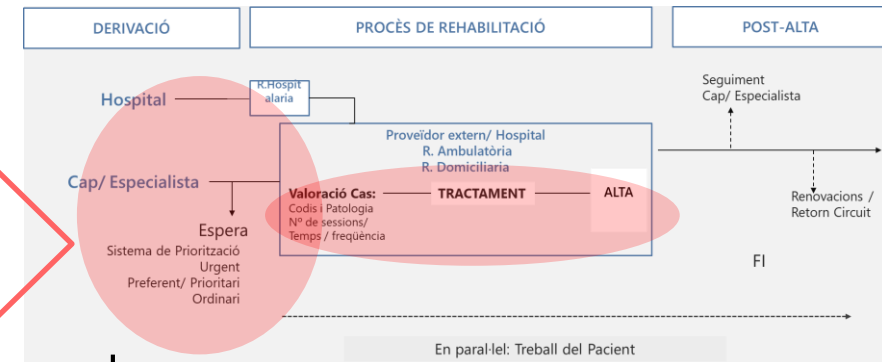
## 1 únic Proveïdor: Hospital

- Servei Intern: **Flüdesa i facilitat** en la coordinació i comunicació professional
- **Control i seguiment del Pacient** per part del Centre
- **Usuari: percepció de flüdesa i coordinació** entre dispositius.



## Diferents Proveïdors: Sistema Fragmentat

- Servei Externalitzat: Pot haver-hi manca de coordinació, comunicació entre Centres
- **Diferenciació de Protocols entre Centres**
  - **Derivació: Divergències en la Prioritat del Pacient**
  - **Tractament: Diferenciació** en els protocols de tractament (freqüència de sessions, durada..)
  - **Alta: Diferenciació** en criteris d'Alta
- Pacient: en ocasions es pot sentir perdut i necessita intervindre en la coordinació entre centres.



## Manca de comunicació/ Sistema Poc Fluït:

- Traspaperament, demores en contactar el pacient, manca de comunicació directa entre centres.
- El Pacient pot anar "perdut" i/o quedar-se en un Limbo  
→ La Coordinació depenent de la relació personal entre centres

# S/ Codis derivació, sistema de prioritització i pressupostos

## Proveïdors Externs:

La Codificació de Diagnòstics i processos consideren que està poc adaptada a la realitat de cada cas. Els Preus en diversos casos es considera que no corresponen als recursos que impliquen. Com a conseqüència pot resultar com una davallada a la qualitat del servei.

### CODIFICACIÓ DE PROCESSOS

Els preus tancats segons la complexitat del cas (MA-A-M-B).  
Es tanca preu però no es tanquen nº de sessions (recursos)  
Pel que en molts casos, pot haver una codificació de BC però que impliqui moltes sessions

Sistema poc Sostenible pel proveïdor extern

Es tradueix en ocasions en processos poc personalitzats, "forçar/ accelerar altes", etc

### CODIFICACIÓ DE DIAGNÒSTICS

Sistema SAP. Sistema de diagnòstic foc afí a la realitat, desestructurat. Alguns diagnòstics molt específics, altres genèrics i altres que costa de categoritzar

Pacients que han fet més d'un procés però el diagnòstic indicat és el de la primera derivació i no es pot modificar.

“

*D'altra banda hi ha el tema de facturació, que una complexitat Baixa es pagui tan poc fa riure.*

*No hi ha estipulat un número de sessions mínima ni màxima, tampoc una espècie de teoria per un esquinç x sessions, que esta be perquè és més personalitzable. Però ens trobem ells et paguen igual si el procés es de BC. Qualsevol procés de menys de 5 sessions no es facturable (Covid ha passat molt) això no és facturable.*

*Quan ve el pacient té el diagnòstic ja marcat i no pots canviar el diagnòstic. Ens trobem casos que et repeteix un pacient que esta diagnosticat com pròtesi, però potser fa 5 anys d'això i tu no ho pots canviar. A mi em costa codificar els diagnòstics.*

”

# S/ICS vs NO ICS: Diferències en Protocols

La Influència de la variable Hospital del ICS vs NO ICS comporta principalment diferències en

- Protocols
- Rols dels Professionals en el Circuit
- Qualitat del servei (segons professionals de Centres del ICS)

Centres del ICS Protocol·litzat, sembla ser que existeixen criteris uniformes entre centres



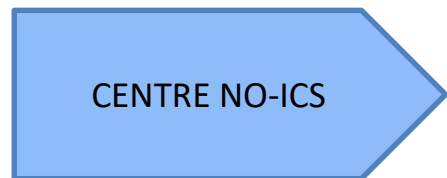
- ✓ Millor i major coordinació
- ✓ Pacient més controlat
- ✓ Rols professionals ben definits
- ✓ Major fluïdesa en certs trams

Més burocràtic

- ✗ Protocols menys flexibles
- ✗ Poden allargar el Circuit
- ✗ Pot demorar l'inici de tractament

En alguns casos s'exposa un **circuit "extraoficial"** a través de la coordinació personal entre professionals per tal d'agilitzar processos

Centres No- ICS, diferents protocols



- ✓ Circuit més flexible
- ✓ Adaptació dels protocols als Criteris del Centre

- ✗ Diversitat de Protocols que comporta no tenir un sistema homogeni entre centres

**Heterogeneïtat de Circuits, Protocols i Professionals implicats**

# S/ICS vs NO ICS: Diferències en Protocols

CENTRE ICS

Un únic Circuit

## A. El Circuit Protocol·litzat: Es respecten tots els passos i els rols professionals

- El MR està present en tot el circuit com a figura burocràtica, de seguiment i de control
  - 1a Visita: valoració i tractament
  - Tractament: Visites Control
  - Alta
- Circuit extraoficial: quan es necessita accelerar passes el pacient s'assumeix directament pel F

Identifiquem 2 perfils de Centres en funció de l'abordatge del Circuit de Rehabilitació:

## B. Centres/ Circuits Flexibles: Adapten el protocol del circuit en funció del cas del pacient:

- **Casos Complexos:** MR està present en els touchpoints del tractament (valoració i prescripció tractament – visites control tractament – Alta)
- **Casos protocol·litzats:** S'assigna directament al F. Es salta el pas de MR que estarà present només en cas de complicacions.

## C. Centres/ Circuits Fisioterapeutes:

- La coordinació, gestió, tractament i alta es porta per l'equip de Fisioteràpia
- No n'hi ha MR. . El coordinador (F) fa el rol de MR

**D. Circuit Independents** (Segons Logopedes entrevistats): Es gestiona tot el procés internament per l'equip Logopèdia i Foniàtra

**E. Circuit dependent** (segons MR): El metge RHB té rol en casos pluri-assistencials (Ictus, pacients neurològics) i coordina l'equip

CENTRE NO-ICS

Diversos Circuits en  
Funció de Criteris del  
Centre

Circuits Logopedes

# S/Tipus de Rehabilitació



## HOSPITALARIA

- ✓ La Rehabilitació s'inicia a Planta
- ✓ El **traspàs** a ambulatòria o domiciliària és molt **fluit**
- ✓ **Pacient ben acompanyat i controlat per** tot l'equip
- ✓ **Facilitat de coordinació** entre l'equip Mèdic del Pacient i l'equip Rehabilitador.
- ✓ Pacients que tenen preferència tant si la rehabilitació es fa en el mateix hospital com en un proveïdor extern

### Experiència satisfactòria.

es valora molt en positiu (sensació equip, dedicació al pacient, implicació en la recuperació, bona coordinació)

## → AMBULATORIA

- ✓ **Recursos, dispositius i estructures adequades** per fer la rehabilitació
- × Per depèn quins pacients (gent gran, pal·liatius, desplaçament llargs) **el desplaçament pot resultar feixuc i contraproduent a la RHB**
- × **Serveis de transport (ambulàncies): Alt cost pel sistema i pel pacient** → afectació a zones més aïllades o regions sanitàries on no està coberta tota la cartera de serveis
- × Depèn de la capacitat del Centre es poden adaptar les sessions (Grupals- Individuals), diferent duració, sessions per setmana

### Experiència variable en funció del Proveïdor

Segons els casos, es percep poc adaptat a les necessitats del pacient

*Pacients menys greus / aguts*

Circuits +/- coordinat en funció del número de proveïdors

## → DOMICILIÀRIA

- ✓ Sessions **individualitzades**.
- ✓ El pacient no ha de desplaçar-se
- × **Poca durada** de les sessions
- × Manca d'equipament adient
- × Proveïdors externs: No sempre bona qualitat
- × Zones aïllades: el desplaçament implica fer poc rati de pacients

### Experiència satisfactòria en funció del Proveïdor i professional.

Si bé es percep que el professional està saturat i Vivència de poc temps / sessió

*Solen ser pacients / patologies més greus / gent gran*

# S/Regions Sanitàries



Principals Diferències venen per:

- Diferents cobertures a la cartera de serveis
- Característiques de la Regió (zones aïllades)
- La Regió Sanitària que sembla més afectada es Lleida/Alt Pirineu: Extensió molt ampla amb zones geogràfiques molt aïllades



Necessitat de cobertura de la **cartera de serveis equitativa** al territori Català:

- Implica desplaçaments feixucs pel pacient
- Implica no poder rebre la RHB que li pertoca

**Zones aïllades:**

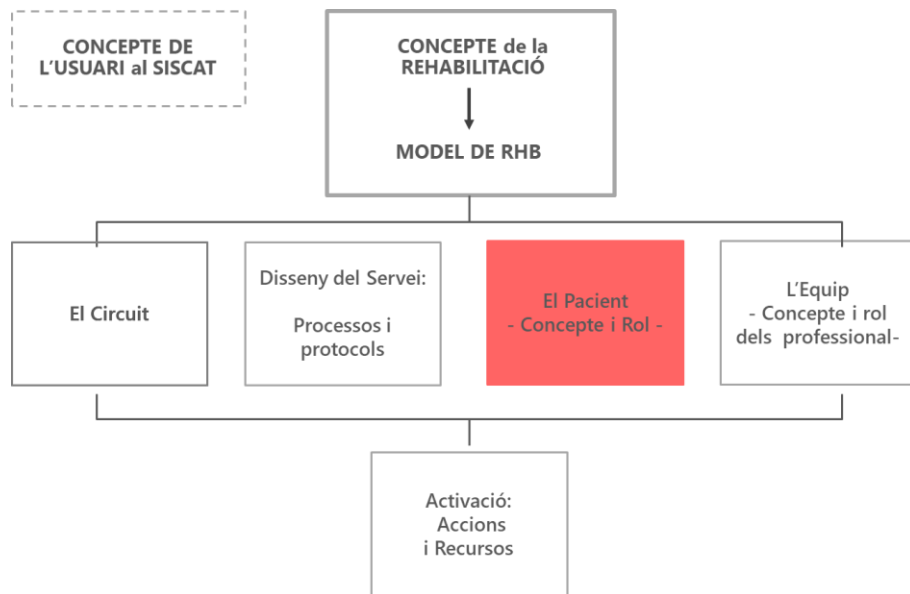
- **Dificultat de domiciliària:** poc rati de pacients per professional
- Dificultat/ **alt cost logístic:** Ambulàncies i cansament del Pacient

“

*A la Zona de Lleida tenim un territori molt irregular, zones aïllades i amb difícil accés, que resulta molt difícil arribar o desplaçar al pacient. Comporta costos elevats pel pacient o pel sistema. I simplement a vegades es queden sense la rehabilitació que els hi pertoca  
TO Lleida*

”

- ✓ Ampliar Cartera de Serveis
- ✓ Ampliar professionals a domiciliària
- ✓ Habilitar dispositius estratègics més propers a zones aïllades: Poden ser dispositius temporals ajuntant a diversos pacients de la zona amb necessitats similars
- ✓ Motivar/ Implicació des de la distància: Autorehabilitació



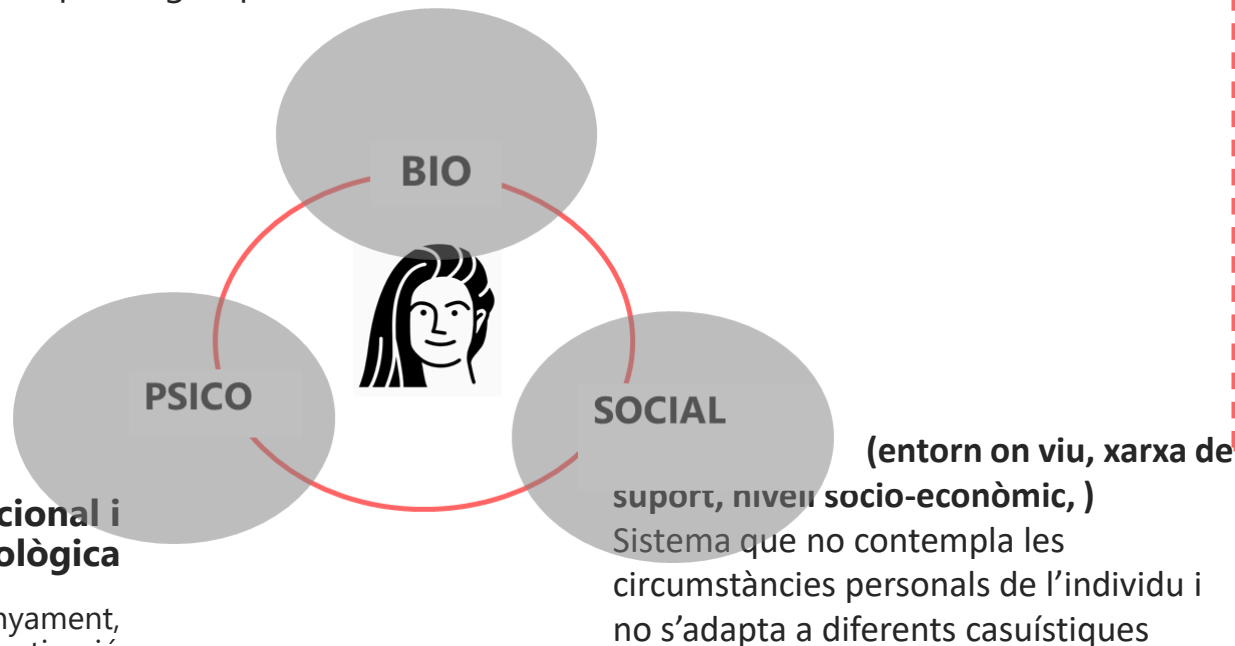
# El Pacient Vivència i Rol

# S/Dimensions de l'individu

## Dimensió Salut/ Mèdica

Es gestiona al pacient des de la patologia/ problemàtica

*A mi se'm van assignar 10 sessions, el mateix que a un xaval de 30 anys, com pot ser?*



## Dimensió Emocional i psicològica

Manca d'acompanyament, motivació

*És dur... Quan em van dir que tenia parkinson, primer has d'anar assumint que aniràs a pitjor, i a gestionar la incertesa (No sé que em fallarà..). Et sents una mica sol en aquest acompanyament més psicològic per ajudar-te a motivar-te amb la rehabilitació. Jo al principi no podia, estava molt enfonsat*

NEURO

*Jo penso en tota la gent gran que està sola, com fan tots aquests tràmits? Jo perquè ma mare em té a mi, però si no, per aconseguir que li fessin la rehabilitació sense que s'hagués de desplaçar... O insisteixo i ho gestiono jo, o ella no ho hagués pogut fer*

CUIDADOR

## Concepte de l'usuari

- × Concepte Fragmentat de l'usuari: tractament simptomàtic vs. Holístic
- × Enfocat en la Dimensió Salut
- × Pacient passiu: Manca de recursos, motivació, acompanyament



# S/Perfil de Pacients



## Classificació General



### AGUT

Encaixa amb l'enfoc del sistema (**finít, malaltia/cura**)  
Sistema de Priorització l'afavoreix (**patologies urgent**)  
Derivació sol ser des de **Especialista**

### CRÒNIC GREU

Pluripatologia  
Necessitat de **coordinar diferents serveis i especialistes**  
Necessitat de **tractament continuat i especialitzat**:  
Preocupació pel futur, com s'abordarà el seu cas

### CRONIC LLEU

Costum d'entrar i sortir del sistema  
**AP** com a referent  
Gent Gran  
Necessitat d'un tractament de **manteniment i prevenció**

### PACIENTS CRÒNICS

Pacients estigmatitzats,  
Menys prioritat  
Sistema no està preparat per problemàtiques de llarga durada

“ *Sí, lo sé que tengo que ir haciendo los ejercicios, pero la verdad en casa no me motiva.. y me da miedo si los hago mal y todavía es peor* ME ”

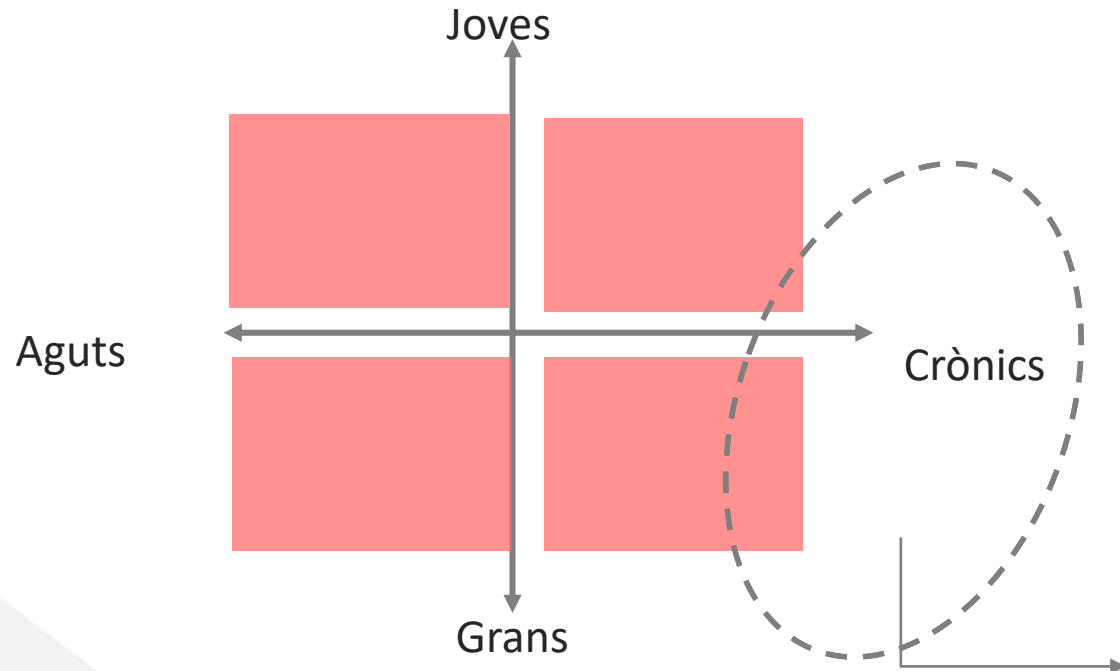
Un Model que es basa en l'èxit dels casos Aguts Si bé no cobreix de manera satisfactòria els casos més crònics

**Pacient Agut se sent més satisfet** amb el Sistema.  
Si bé, en certes ocasions sent que se li dona l'alta sense haver assolit objectius.  
Manca cert acompanyament de continuïtat i tancament del procés de rehabilitació

**La Post-Alta: Moment fonamental de tractament pel pacient Crònic.**  
No funciona el tractament per sessions, necessiten un abordatge més continu i de "proximitat"

# S/ Perfil de Pacients, l'edat i la Vulnerabilitat

Altres elements que condicionen l'aproximació i necessitats segons els diferents perfils de pacients



## Perfils Joves:

**Crítics** amb el sistema.

El conceben com un **servei Integral** i van més enllà del **tractament**.

Busquen **apoderament, autonomia y eficiència**  
Digitals

## Perfils Grans:

**Conformistes** amb el sistema

Enfocats en el tractament i el bon tracte rebut

## Cuidadors:

El sistema es **poc inclusiu**

Senten que no es té en compte les seves circumstàncies

“

*Primer no em trucaven. Quan em van trucar, la rehabilitació la vaig veure pobre, compartia amb un grup, i el Fisio no podia estar per tu. Em vaig espavilar i vaig buscar exercicis per internet per fer a casa. El fisio em va dir que estaven bé i vaig seguir fent-los. A mi em van faltar recursos tant d'informació com recursos que jo pogués accedir per poder seguir la rehabilitació.*

*Ya lo hacen lo mejor que pueden, y hay mucha gente que lo necesita.. si me tengo que esperar, me espero*

”

## Variable VULNERABILITAT

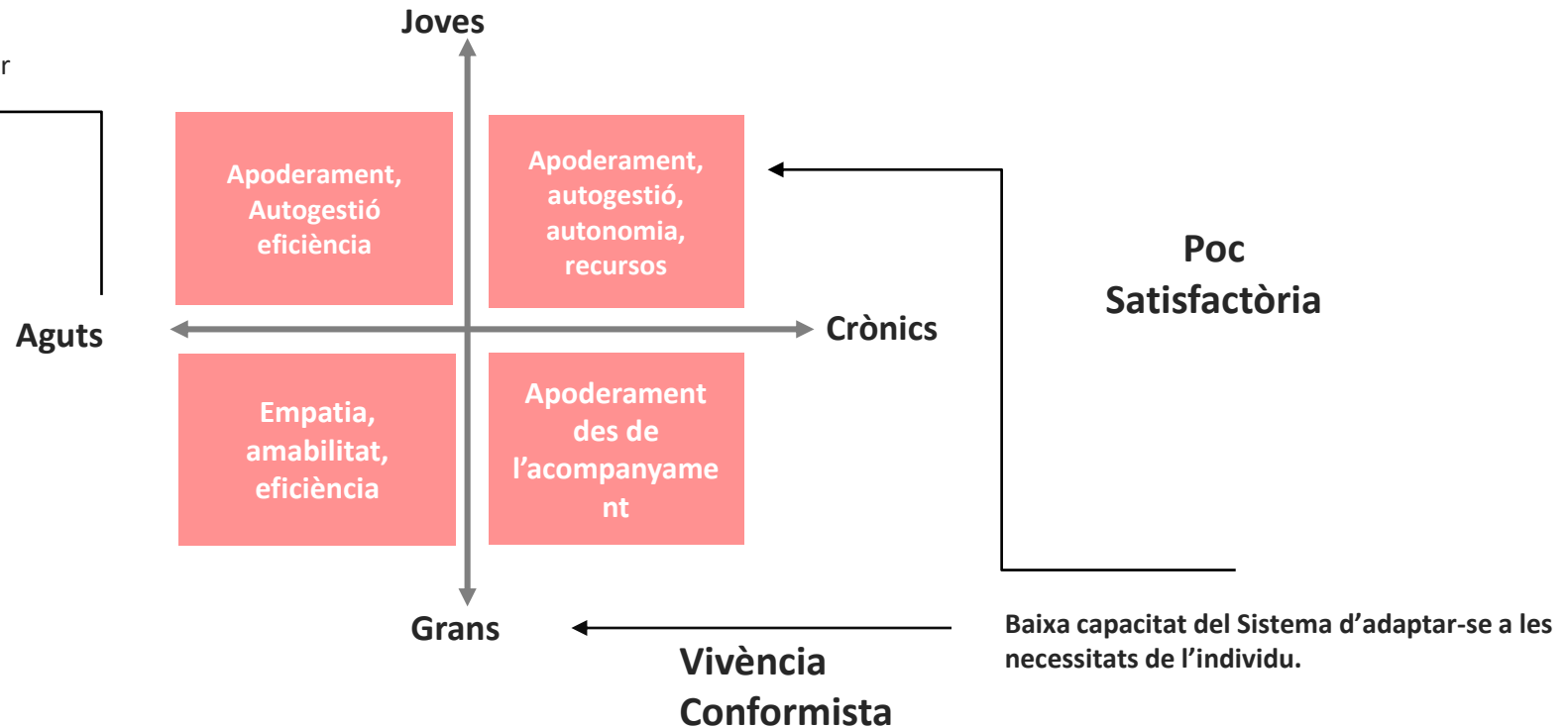
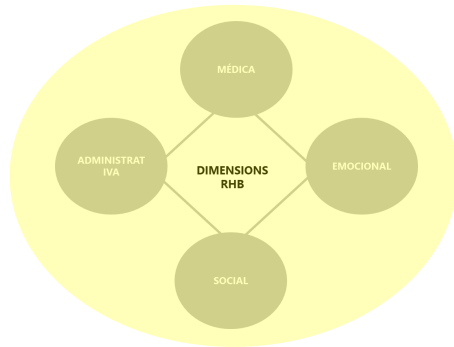
- Persones soles
- Persones dependents
- Persones amb menys recursos (econòmics, tecnològics, educatius)
- Patologies greus, degeneratives, etc..

**Prenen rellevància les circumstàncies socials i la dimensió Emocional de la persona. Actualment el sistema no les contempla**

# S/ Perfil de Pacients. Vivència del Circuit

## Vivència Satisfactòria:

Millora capacitat del Sistema per donar resposta adaptada a les necessitats de l'individu i funcionar de manera fluida



# S/Els Cuidadors

## Perfil:

El cuidador solen ser fills de persones Grans, amb problemes crònics o amb patologia neurològica

Pares amb fills amb problemes neurològics.

Tipus de Rehabilitació sol ser **domiciliaria**.

## Punts de Contacte amb el Circuit:

- Gestió de tràmits i esperes
- Sol estar el 1er dia de RHB domiciliaria per conèixer el F
- A vegades pot estar el darrer dia de RHB
- Necessiten quedar-se tranquils amb la persona que ve a casa

## Rol del Cuidador:

Son les persones que s'encarreguen de gestionar tots els tràmits relacionats amb la rehabilitació i de responsabilitzar-se del seu benestar

## Experiència i vivència del circuit de RHB

Senten que el sistema no els integra:

- Poca informació
- Baixa sensibilitat a poder adaptar la rehabilitació a la vida del cuidador (horaris, feina, desplaçaments)

## Son més crítics amb el Sistema:

- Senten que és un servei incomplet, on la vessant administrativa és complexa i no es té en compte la dimensió social (circumstàncies del cuidador/ pacient) per adaptar-se

## Necessitats

**Integració de la figura** en el sistema des de diferents vessants

- **Informativa /mèdica:** Estar informat del procés de rehabilitació (objectius, evolució i motius del tancament)
- **Emocional:** Necessitat d'aportar-li seguretat en la persona que fa la rehabilitació i la seva professionalitat
- **Administrativa:** Facilitar tràmits
- **Social:** Adaptar-se a les circumstàncies personals del Cuidador vs. El pacient

*No em van poder arreglar que la rehabilitació fos a casa meva quan ma mare ara viu amb mi per una temporada, i cada dia la vaig haver de portar al seu domicili per fer la rehabilitació. Això em va suposar un estrès, gestió amb la feina i trasbals a ma mare.*

*Si jo soc la persona que la cuida, i ara està amb mi.. Per què no m'ajuden a cuidar-la*



# S/ Àrea Terapèutica

Per fer comprendre com es troben avui tractades les diferents àrees terapèutiques necessitem analitzar 3 variables:

Les característiques de l'àrea terapèutica



Necessitats Terapèutiques de la problemàtica



Com es cobreix en el Sistema de Rehabilitació Actual



Des de l' oferta a la Cartera de serveis (alta / baixa cobertura)

Des del Disseny actual del servei  
Adaptat/ No adaptat a les necessitats terapèutiques

# S/ Perfil Patologia: Característiques i necessitats de tractament

## Tractament Finit

Bona cobertura assistencial. Diferència de satisfacció en funció del proveïdor. Pacient jove. Es pot treballar l'autonomia

Pacient pel que el sistema respon de manera satisfactòria. Bona cobertura

Poden implicar recursos senzills si es cobreix un manteniment/ prevenció. Poden ser autònoms

*Necessitat de recursos accessibles*  
*Necessitat de menys recursos o recursos més senzills/ domèstics*  
*És possible un treball més autònom*

*Necessitat de molts recursos/ complexes*  
*Recursos: Instal·lacions, material maquinària*  
*Supervisió de professionals*  
*Menys Autònoms*

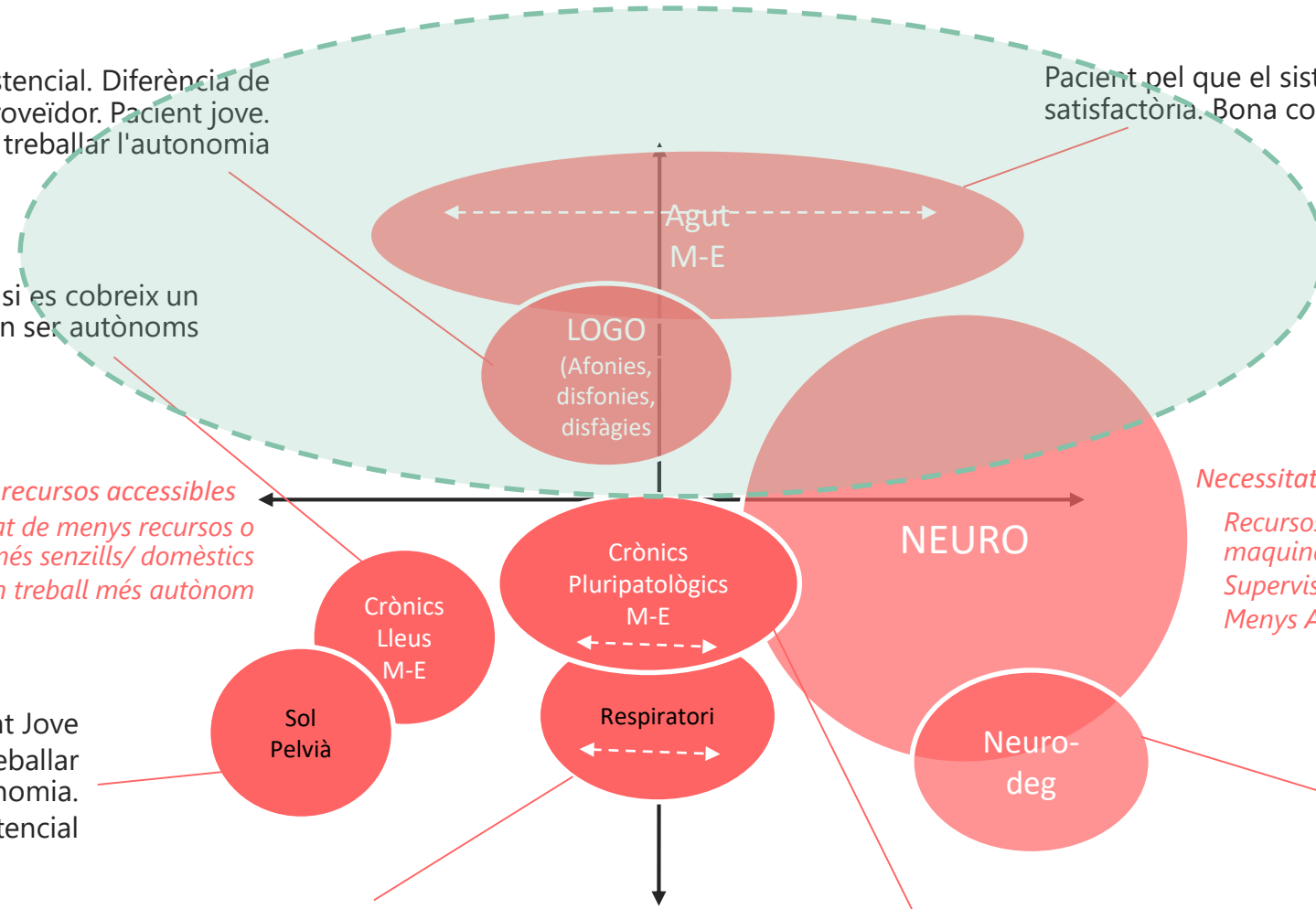
Pacient Jove  
 Exercicis Fàcils. Facilitat de treballar l'autonomia.  
 Baixa cobertura assistencial

Pacients limitats en que implica recursos per abordar el tractament.  
 Facilitat de treballar l'autonomia: exercicis són senzills  
 Baixa cobertura assistencial

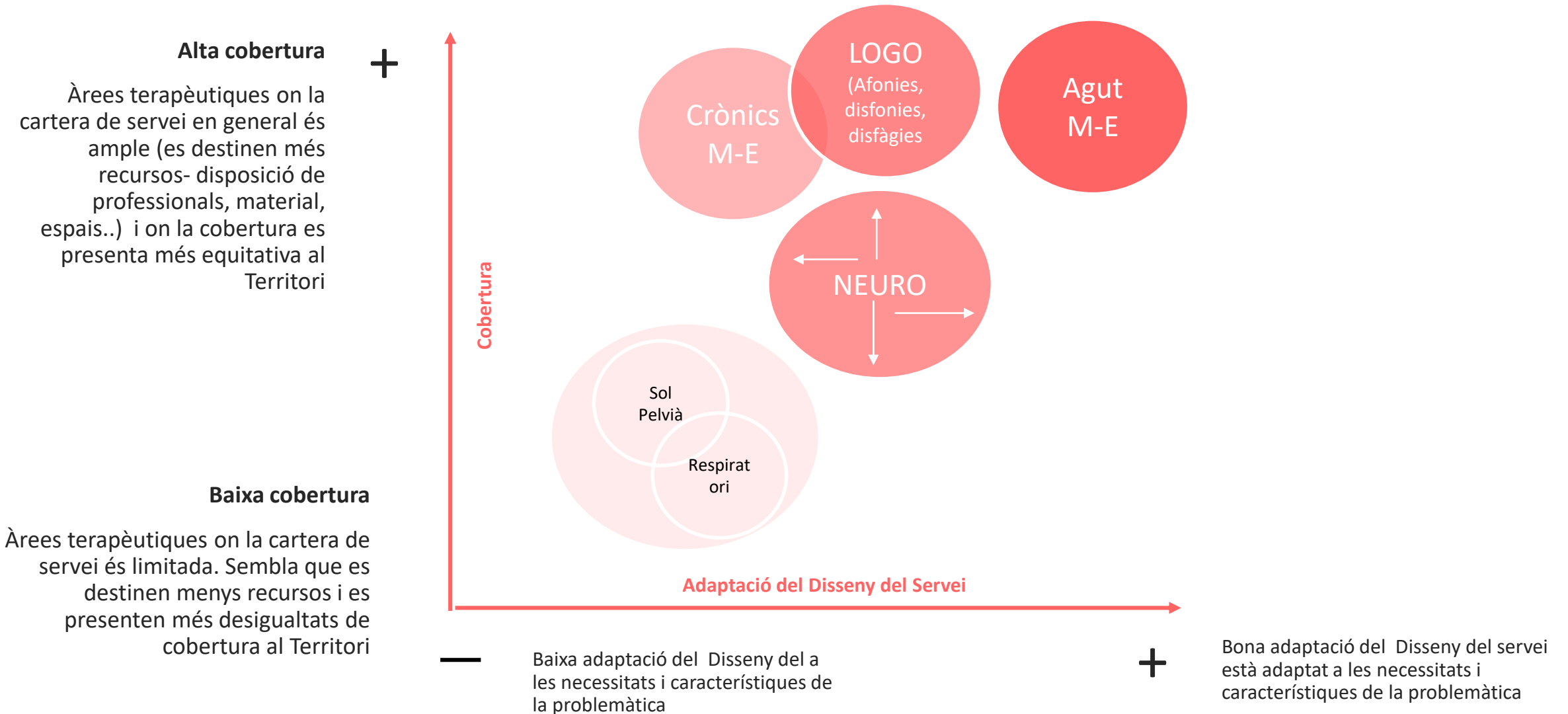
*Prevenció/ manteniment*

Pacient Pluri-assistencial. Si bé no necessàriament ha d'implicar recursos complexes. Poden ser autònoms

Pluri-patològic- Pluri-assistencial. Llarg termini o crònic.  
 Necessitat de coordinació de serveis, inclusió de Serveis Social, Psicòlegs.  
 La figura del cuidador pren rellevància



# S/Àrea Terapèutica



# S/ Fitxa: Músculo-esquelètic

## Característiques de la patologia:

Problemàtica objectiva i mecànica: els resultats de la rehabilitació es fan palesos de manera objectiva.

- Aguts:
  - problemàtica amb cura. Té un inici i un fi.
  - Rellevant de no endarrerir la RHB per no agreujar el problema
- Crònics: Problemàtica a llarg termini o de per vida.

## Necessitats del tractament:

- Tractament mecànic, moviments repetitius
- Sobretot a l'inici de la Rhb es necessiten bastants recursos
- Es necessiten instal·lacions i recursos, la supervisió professional
- Aguts: Tractament finit + solidificació a la post-alta
- Crònics: Implica prevenció, manteniment

Característiques	Aguts	Crònics
<b>Priorització</b>	Alta priorització	Baixa priorització (especialment casos lleus)
<b>Cobertura assistencial</b>	Alta cobertura. Circuit professional està clar. Els metges tenen clara la derivació	Alta cobertura a nivell de servei però no a nivell de prioritat de pacient. Llargues esperes
<b>Característiques del tractament</b>	Físic, ones de calor Necessitat Instal·lacions, recursos, maquinaria, materials Sobretot a l'Inici → necessitat atenció de professionals: Fisios, TO	Depenent de la gravetat del cas es necessiten més o menys recursos Crònics lleus: Tractament autònom. Per perfil de pacient possibilitat de comunitari i grupal
	Tractament Inici- Fi: encaixa amb el perfil agut	Inici-fi: no encaixa amb el perfil crònic
<b>Alta</b>	És un alta "més objectiva". On el pacient és conscient de com es troba i del resultat final	
<b>Post- Alta</b>	Necessitat de un petit procés de solidificació post-alta	Prevenció- Manteniment

Àrea Terapèutica molt ben coberta, sembla una de les àrees principals.  
Si bé el disseny del sistema s'adapta als casos aguts i no als crònics



# S/ Fitxa: Neurològics

## **Característiques de la patologia:**

Pluripatologia, complexa

Ictus: mig / llarg termini

Neurodegeneratives: Crònic – Objectiu preservar capacitats

Implica diversos especialistes i serveis assistencials: Cognitiu, músculo-esquelètic, logopèdia, psicològic..

Pacient: molt limitat i manca d'autonomia

Manca d'autonomia a l'inici de la problemàtica (tots)

Molts poden ser dependents sempre o a llarg Termini

La figura del cuidador té un rol principal

## **Necessitats del tractament:**

- Pluri-assistencial
- Necessitat de coordinació de serveis de rehabilitació i especialistes referents
- En molts casos Serveis Socials poden tenir un paper rellevant
- Terapeuta Ocupacional per treballar autonomia

Pacients pluripatològics amb necessitats pluriassistencials el que comporta la necessitat de coordinació de serveis i professionals.

En molts casos solen ser dependents pel que la figura del cuidador i el treball que orientat a l'autonomia del pacient (TO) i recursos socials (AS) prenen rellevància.

# S/ Fitxa: Neurològics

Característiques	+	-
<b>Priorització</b>	Nivell de priorització Alt. El temps es clau	En el cas que es trigui més de l'esperat es pateix molt des de el pacient/ cuidador ja que des de l'especialista s'indica que el temps es clau
<b>Cobertura assistencial</b>	Bona cobertura assistencial. Son pacients en general ben acollits per el sistema	Dificultat de coordinació dels professionals Manca de Metge referència de Rehabilitació
<b>Característiques del tractament</b>	Pluri-assistencial: El pacient realitza tractament amb diferents especialitats És fàcil veure l'evolució del pacient Tractament incert: No se sap la millora que es pot esperar TO molt rellevant	La manca de coordinació fa que a vegades els serveis no s'optimitzin i es coordinin horaris. En molts casos no té sentit el tractament per sessions Neurodegeneratives: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pot mancar un pla a llarg termini.</li> <li>• Manca figura del psicòleg que acompanyi</li> </ul>
<b>Alta</b>	L'alta el pacient i cuidador sol ser objectiva: recuperació autonomia i certes capacitats del pacient	L'alta no té sentit en les Neurodegeneratives. Se senten abandonats
<b>Post- Alta</b>	Ictus: Poden necessitar treball a llarg termini. Neurodegeneratives necessitat d'enfocar-ho com un crònic pluri-assistencial	

Manca de sentit del tractament per sessions i necessitat de pla de treball pluriassistencial  
La coordinació entre professionals i la figura del MR prenen rellevància

# S/ Fitxa: Logopèdia\*

\* La fitxa està orientada a Disfonies i afonies

## Característiques de la patologia:

3 nivells patològics:

- Lleu: Afonies / disfonies
- Greu: \*\*Pacients neurològics (disfàgies, problemes de parla): Solen tenir cuidadors )

Patologia on el progrés/ cura es tangible

Pacient Jove

## Necessitats del tractament:

- Tractament finit
- Exercicis molt precisos, no sempre fàcils i poc intuïtius
- Ambulatori
- Necessitat d'informació sobre la funció de cada exercici

\*\* Veure fitxa pacient neurològic

Característiques	+	-
Priorització	Depèn el cas. Si bé, no solen haver-hi llargues llistes d'espera	
Cobertura assistencial	Bona cobertura assistencial.	Si bé, Molts centres manca de recursos i tendència a tractament grupal.
Característiques del tractament	Fàcil veure les millores Un cop s'aprenen els exercicis possibilitat e fer-los de manera autònoma	A vegades, manca d'adaptació del tipus de sessió (grupal / individual) a les necessitats del pacient Grupals: Es poden ajuntar pacients en diferent evolució o problemàtiques.
Alta	Alta objectiva: El pacient veu la millora i ha après els exercicis per ser autònom	
Post- Alta	Són pacients que fàcilment deixen de fer els exercicis. La complexitat dels mateixos fa que es necessitin recordatoris. El que pot fer que tornin a entrar al circuit	

# S/ Fitxa: Sol Pelvià

## Abordament de la patologia:

Patologia que implica molta incomoditat per part del pacient

### Cert **Tabú social**

Manca de coneixement del metge referent

**Pacient Jove:** jove post-part o dones que inicien joves

Pacient acostumat a classes grupals (postparts, gimnasos)

En molts casos es una **problemàtica crònica**.

## Necessitats del tractament:

- Corrents` + Hipopresius.
- Hipopresius són exercicis fàcils que permeten abordar-los de manera autònoma
- Hipopresius necessiten de recursos

Pacient Jove, exercicis fàcils que es poden realitzar de manera autònoma i escales de valoració. Problemàtica crònica o a llarg termini

Característiques	+	-
Priorització		Sembla una tendència a baixa priorització. No es dona un caràcter d'urgència
Cobertura assistencial		Baixa cobertura (relacionat amb temps d'espera) i manca de coneixement des de AP de la possibilitat de RHB
Característiques del tractament	Tractament físic és fàcil de realitzar i són exercicis molt autònoms.	Les corrents necessiten d'instal·lació. En molts casos no s'entén per què serveixen
Alta	El grau de pèrdua es valora en escales a l'inici i final del tractament, pel que hi ha una valoració objectiva de l'evolució i ajuda al pacient a orientar-se i motivar-se	
Post- Alta	Necessitat de manteniment a llarg termini o crònic	

# S/ Fitxa: Respiratori

## Característiques de la patologia:

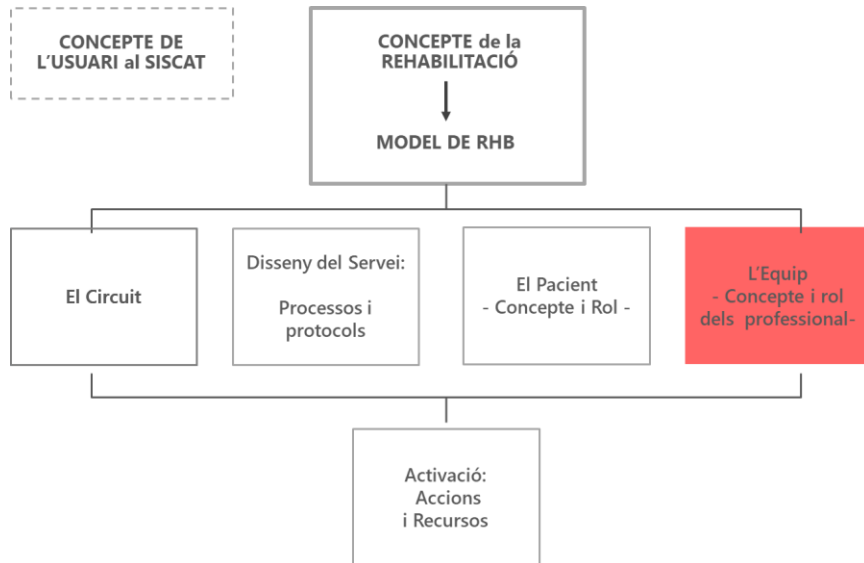
- Problemàtica molt limitant
- El Pacient se sent limitat, es cansa. Poden tenir màquina oxigen
- Dificultat per mesurar l'evolució del tractament
- Problemàtica a llarg termini o crònica

## Necessitats del tractament:

- Implica molts recursos:
  - desplaçament a Domicili o desplaçament amb ambulància a ambulatoris
  - Sol iniciar una Rhb hospitalària + domiciliària
- Exercici físic + respiratori (capacitat pulmonar): no semblen exercicis difícils
- Si bé, depenent els casos, necessita supervisió (gent gran..)
- Pot resultar difícil veure millores des de la rehabilitació.

Pacients limitats en desplaçament per la patologia (cansament, etc) per el que implica molts recursos del sistema. Si bé, els exercicis de rehabilitació resulten senzills.

Característiques	+	-
<b>Priorització</b>	Nivell de priorització alt des de l'Hospital/ especialista. Si bé, els pacients que hem tingut han estat atesos per proveïdors externs i l'espera ha sigut més de l'esperada	
<b>Cobertura assistencial</b>		Baixa cobertura. Proveïdors externs. Número limitat de sessions.
<b>Característiques del tractament</b>	Exercicis físics i de capacitat respiratòria. Un cop apresos els exercicis, són senzills i autònoms	Implica molts recursos assistencials i supervisió per part del professional. Dificultat d'identificar millores a través del tractament
<b>Alta</b>		Número limitat/ insuficient de sessions. El pacient sent que té més trajectòria de recuperació.
<b>Post- Alta</b>	Necessitat de tractament mig / llarg termini o crònic. El pacient se sent abandonat	



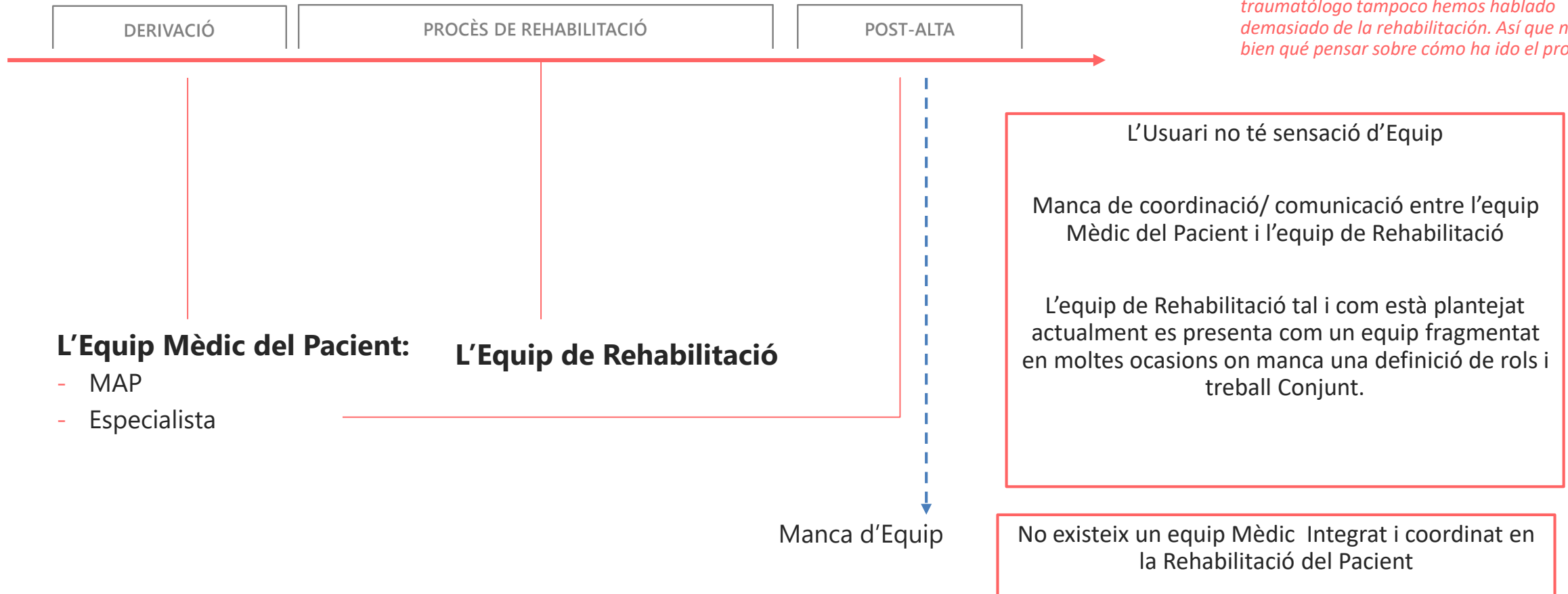
# L'Equip: Concepte i Rol dels Professionals

# S/ L'equip de Professionals

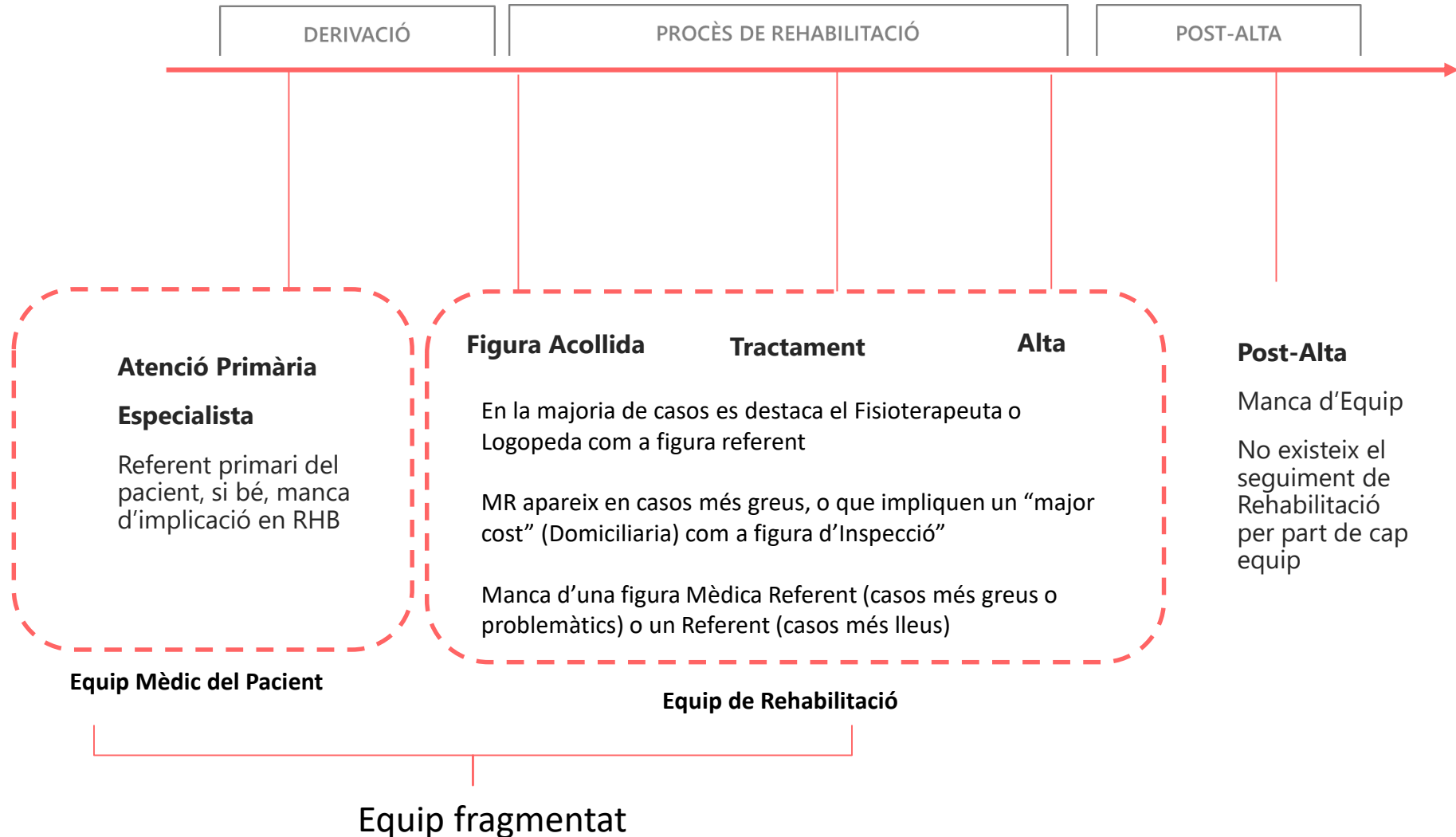


*A mi en ningún momento me dio la sensación que mi medico y el centro de rehabilitación se comuniquen. Me da la sensación que son independientes.*

*Me dieron un informe de Alta en el Centro, que no sé ni si se lo han enviado a mi medico. Y con el traumatólogo tampoco hemos hablado demasiado de la rehabilitación. Así que no sé muy bien qué pensar sobre cómo ha ido el proceso*



# S/ L'equip de Professionals





# S/ L'equip Rehabilitador: Els Rols Professionals



## METGE REHABILITADOR

Rol **Poc definit** al Circuit

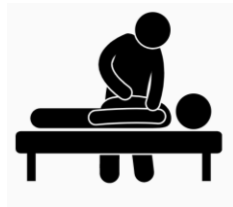
**Desconegut** des de altres especialitats mèdiques

Rol **"instrumentalitzat" / burocràtic**

**Menys integrat** a l'Equip Rehabilitador.

**Menys implicació** amb el pacient

Figura amb **certa frustració**



## FISIOTERAPEUTA

Figura que ha **anat incrementant competències i capacitats**

En certs casos se sent una figura **desaprofitada/ desacreditada**



## TERAPEUTA OCUPACIONAL

Figura **potencial i moderna** en RHB

Visió més **holística del pacient**: Valor de la capacitat i autonomia

Representació **limitada** al S Rehabilitació



## LOGOPEDA

Rol **independent i autònom**

Sembla que és el professional que gestiona internament tot el procés del Pacient

# S/Rols dels Professionals

## METGE REHABILITADOR



<p><b>Paper poc definit al circuit</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Des de professionals de l'equip rehabilitador: Desconeixement de funcions/ rol i no tothom justifica la seva figura</li><li>Des de professionals sanitaris (Especialistes/AP): desconeixement de Rol i Funcions.<ul style="list-style-type: none"><li>Confusió per part de pacients amb el F</li></ul></li></ul>	<p><b>Sensació d'estar poc valorat dins el Sistema Sanitari i a vegades dins equip rehabilitador.</b> </p> <ul style="list-style-type: none"><li>La resta d'especialitats mèdiques no coneixen la seva figura.</li><li>Visió reduccionista: <i>Tot el que es fa a RHB es fisioteràpia</i></li><li>Sovint el dept de rehabilitació es troba fora d'àmbit hospitalari (allunyat de la resta d'especialitats mèdiques)</li></ul>
<p><b>Percepció rol burocràtic més que mèdic</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Peatge d'entrada al Sistema de RHB: <b>Filtratge de casos</b><ul style="list-style-type: none"><li>Demora l'inici del tractament</li></ul></li><li><b>Poc contacte/ contacte fred amb el Pacient</b></li></ul>	<p><b>La seva figura es valora en:</b> </p> <p><b>Casos on es necessita una visió Holística del Pacient i a llarg termini:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Casos Complexes:</b> Pluripatològics / tractament pluridisciplinari</li><li>Casos que es <b>Compliquen</b></li></ul> <p><b>Prescripcions de Tractaments o tècniques intervencionistes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>× Per <b>casos senzills i ja protocol·litzats el MR es considera un tràmit innecessari</b></li></ul>

“  
*En aquests casos que son complexes, que se't compliquen, que no avances, aquí sí que el MR funciona molt bé*  
TO

“  
*És que no ens coneixen ni els nostres col·legues de professió, els altres metges. No saben què fem però lo tant no saben en què els hi podem ajudar*  
MR

”

Es poden sentir frustrats, poc valorats dins el sistema sanitari i dins l'equip de RHB

# S/Rols dels Professionals



## MR: Percepció del seu rol

- **Rol Coordinació Equip RHB:**  
Professionals implicats en el tractament del cas
- **Rol Mèdic:**
  - Diagnòstic, tractament, Alta
  - Prescripcions i tècniques intervencionistes
- **Rol Valoracions de casos**
  - Admissions, altes, baixes

*Nosaltres som els únics que podem tenir una visió de la globalitat del pacient. Y del tractament a llarg termini, del que pot anar necessitant el pacient*

*Vino una persona que me hizo unes preguntas y apuntaba en un papel, però no me miró nada físicamente. Me pareció insuficiente, ¿cómo va a saber cómo estoy si no me hace ninguna inspección?"*

## Equip Rehabilitador: Percepció del rol del MR

Diferents professionals de l'equip RHB senten que tenen prou capacitats i competències per assolir tasques del MR (principalment els F i I)

- Coordinació entre diferents professionals. No necessitat de figura coordinació
- Establir diagnòstics, tractaments i altes



*Jo sincerament és que no entenc quina funció té el Rehabilitador, per mi és una figura que no és necessària.*

## Usuari

- Pocs usuaris identifiquen la figura d'un metge al procés.
- Quan apareix es confon amb el F
- En la majoria de casos, si ha aparegut, no s'identifica
- Es presenta com una figura freda i distant, amb un rol inspector

# S/ Rols dels Professionals



## Fisioterapeuta



- ✓ Figura **Molt ben Valorada**
- ✓ Figura que ha anat avançant i creixent el seu paper en RHB: **credibilitat, competències i capacitats**
- ✓ **Figura amb potencial:** ben preparats, enfoc preventiu i de manteniment
- ✓ En molts casos se senten **autònoms i autosuficients**
- ✓ Tracte proper i coneixement en **profunditat del pacient**



## El F se sent en molts casos una figura desaprofitada i desacreditada

- Sent que té capacitats i competències suficients per fer **DIAGNÒSTICS- TRACTAMENTS i ALTES**
  - Solapament amb MR
  - Considera que es podria accelerar el procés del pacient
- Certa indignació per no tenir accés a histories clíniques dels pacients

## Terapeuta Ocupacional



- ✓ **Figura desconeguda** però amb molt potencial
- ✓ Defineixen molt be el seu rol a RHB i la **seva diferenciació vs. Fisioteràpia**
- ✓ Aproximació **Holística del Pacient:** La seva autonomia i apoderament envers el seu entorn
- ✓ **Figura Moderna:** Més enllà de la discapacitat i malaltia. Enfoc orientat a la capacitat
- ✓ Bona coordinació i relació amb F

El seu desconeixement fa que no rebi massa derivacions directes  
No es troba a tots els serveis de RHB: figura poc estesa.

## Logopeda



### Professional més independent

- Autogestió de l'equip de Logopèdia / Foniatria
- Solen cobrir tot el Circuit del Pacient logopèdic des de la derivació:
  - Valoració – Diagnòstic – Tractament – Alta
- En pacients neurològics poden integrar-se amb l'equip RHB (Fisio, TO, MR)

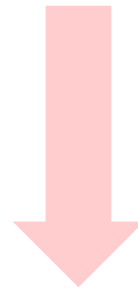
Model de futur

# S/ Model Futur: Grans Objectius

## Cap a un Model **Modern, Actualitzat i Eficient**

---

Des de la renovació del **Marc conceptual actual** de la Salut, el significat de la rehabilitació i l'Individu



### **Sistema Eficient:**

Creació, Repartiment i equilibri de recursos segons les necessitats de cada pacient / àrea terapèutica

Amb l'objectiu de crear un **Model Integrador i democràtic**

Amb la capacitat de donar resposta als diferents usuaris i les seves necessitats poblacionals

# S/ Nou Marc Conceptual: Cap a un marc Actual i Modern

## SISTEMA CENTRAT EN L' USUARI:

Centrar-se en les necessitats de l'usuari  
i en totes les seves dimensions

## LA REHABILITACIÓ COM A PROJECTE

La RHB com un Procés Continu, que suposa  
una implicació i treball en equip dels diferents  
agents.

**ENFOC SALUT:**  
CURA/MALALTÍA - MANTENIMENT / PREVENCIÓ

**DISSENY**  
SISTEMA INTEGRAL I COORDINAT

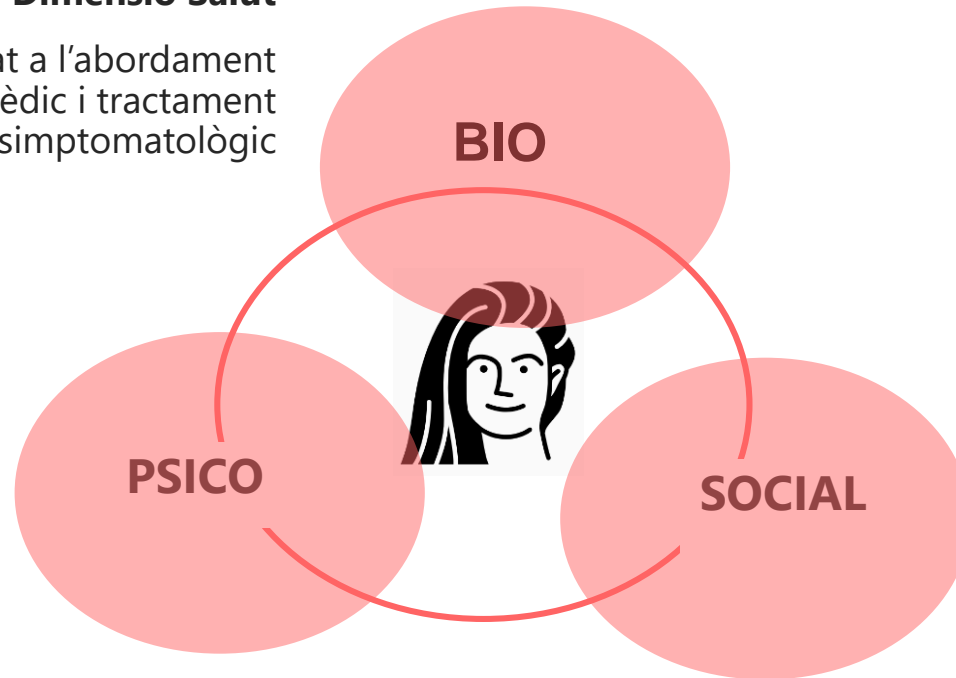
**PACIENT**  
MULTIDIMENSIONAL

Un sistema capaç d'adaptar-se a les necessitats de l'usuari (Centrat en la persona),  
personalitzar el tractament i optimitzar recursos segons aquestes necessitats

# S/ Individu Multidimensional

## Dimensió Salut

Enfocat a l'abordament mèdic i tractament simptomatològic



## Dimensió Emocional i psicològica

Gestió emocional fonamental per l'èxit del tractament i l'adherència del pacient

Casos de major vulnerabilitat: suport psicològic (amputacions, neurodegeneratives..)

## Rellevància de les circumstàncies i entorn del pacient per abordar el servei de rehabilitació.

Dimensió Social (entorn on viu, xarxa de suport, nivell socio-econòmic, )  
Rehabilitació Comunitària

Concepte de l'usuari



Holístic

BIO-PSICO-SOCIAL.

Un abordament holístic de l'usuari implica un servei satisfactori on s'integren les diferents dimensions de l'individu



# S/ La Rehabilitació entesa com un procés Continu.

**ENFOC SALUT:  
CURA/MALALTIA –  
MANTENIMENT / PREVENCIÓ**

La Rehabilitació com un Procés continu, que implica diferents fases:  
Tractament – Manteniment - Prevenió  
Procés que demana una implicació i dedicació per part del Pacient

**Ampliar el Journey de RHB**

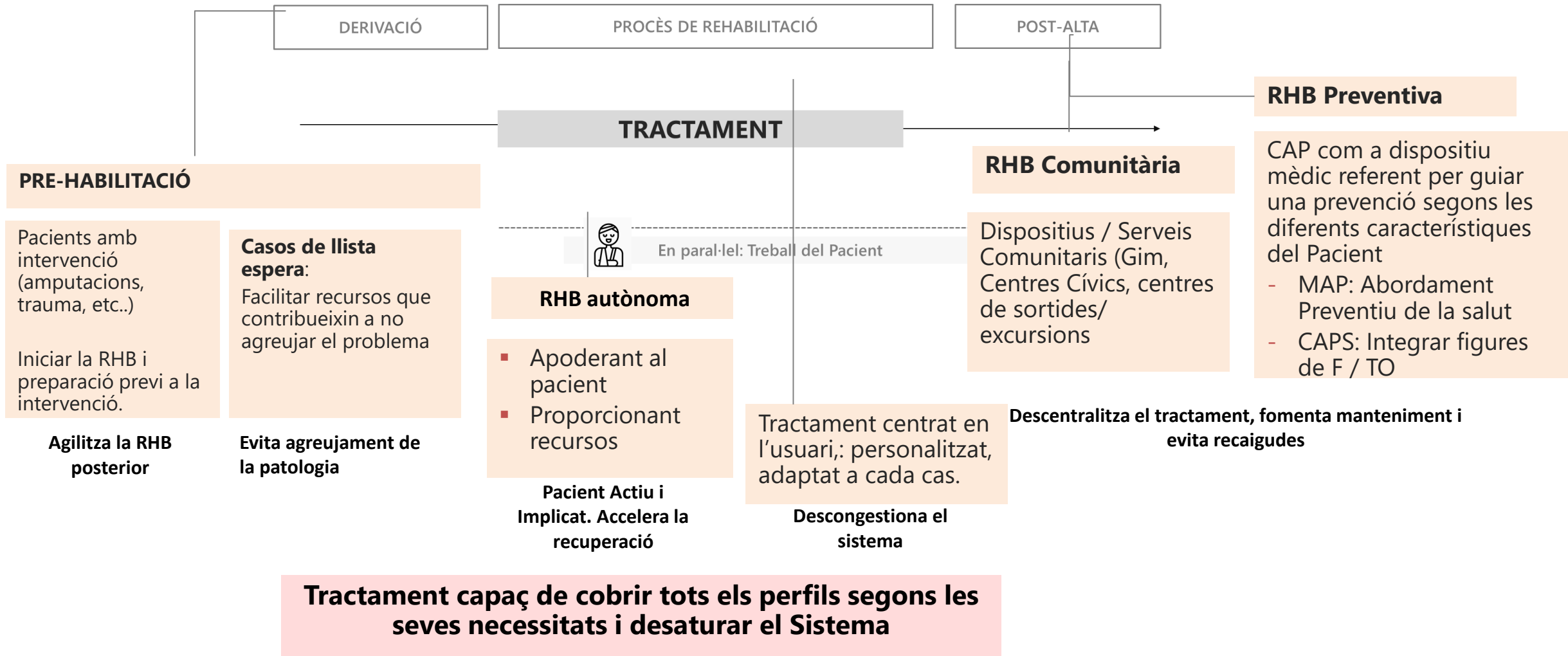
Cobrir tots els Moments pertinents de rehabilitació

**Fomentar un Pacient Actiu.**

Aportant suport i Recursos que l'impliquin en el seu projecte de Rehabilitació

Contribueix a crear un sistema amb cobertura integral, fomenta la eficiència del evitant recaigudes, fomentant l'autonomia i descentralitzant recursos en diferents moments de la rehabilitació

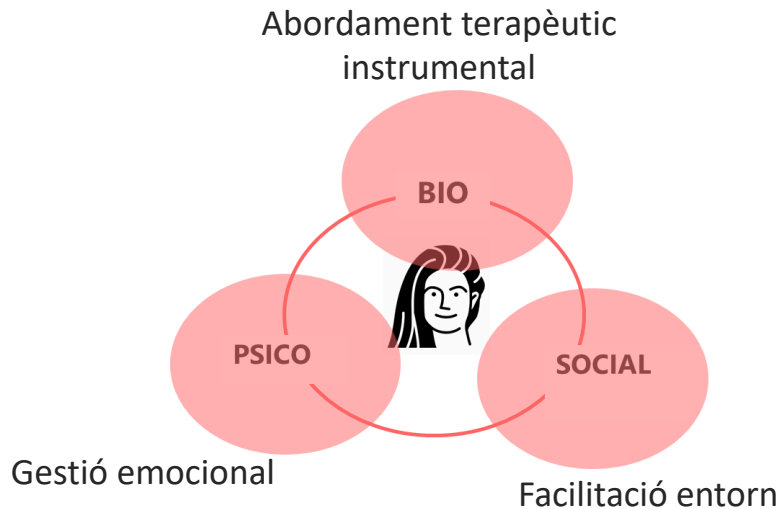
# S/ Ampliar el Journey de la Rehabilitació: Crear “noves Rehabilitacions”



# S/ Rol del Pacient: Fomentar un Pacient Actiu

## Fomentar un Pacient Actiu.

Aportant suport i Recursos que l'impliquin en el seu projecte de Rehabilitació



### Foment d'un Pacient Actiu, Implicat i Apoderat

- ✓ **CONCIENCIACIÓ:** L'èxit de la RHB com a resultat del treball a les sessions, treball individual en paral·lel i post-alta
  - ✓ **RHB COM PROJECTE:** Implicació de ser agent protagonista. Acompanyament i punts de control durant el procés.
- ✓ **INFORMACIÓ:** Informat al llarg de tot el procés
- ✓ **GESTIÓ EMOCIONAL:** Motivació, reforç, implicació, acompanyament
  - ✓ Accessibilitat del Professional / seguiment/ control: Seguiment online, possibilitat consultes, seguiment periòdic presencial
- ✓ **RECURSOS:** Visuals, Apps, vídeos online, Grups online, recursos informatius.
- ✓ **SUPORT SOCIAL (Comunitari, entorn..)**

### Pacient Jove / Independent: GRAN ALIAT

Fomentar l'online i rehabilitació autònoma des de seguiments i acompanyament

Inici del tractament:  
Presencial per aprendre exercicis

Quan el pacient hagi après els exercicis, seguir rehabilitació autònoma amb seguiments periòdics i sessions recordatòries

# S/ Circuit Eficient: Equilibri de recursos segons les necessitats de cada cas

Treballar l'eficiència del Circuit adaptant-lo als requeriments de cada problemàtica i distribuït recursos de manera efectiva:

## Treball autònom/ Independent:

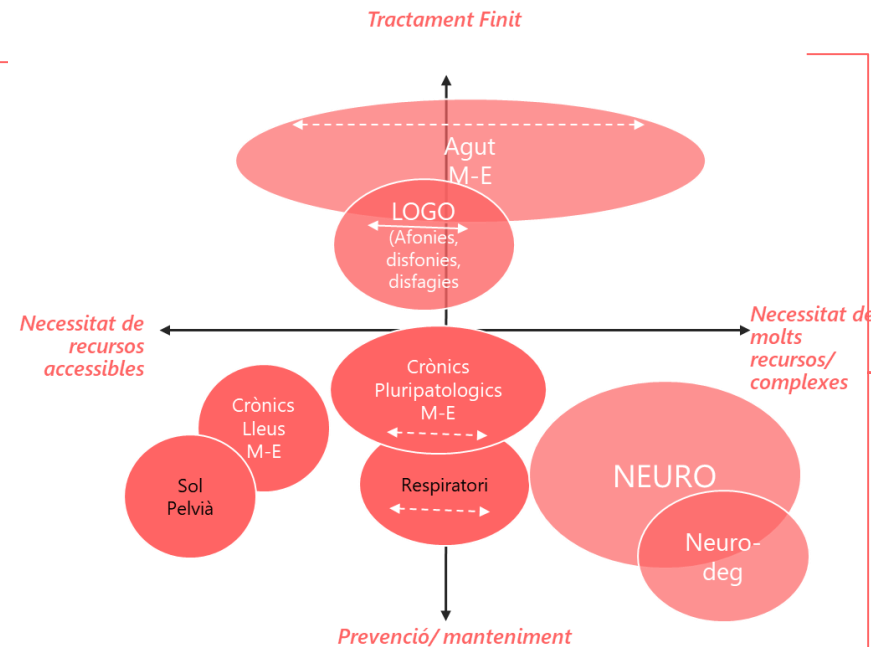
- Els casos / patologies que ho permetin **fomentar el treball autònom** des de casa amb **visites control / seguiment o rehabilitació online. Sense ser alta**

## Treball autònom/ comunitari:

- Tots aquells casos que **no són patologies complexes** (certs crònics, Sol pelvià, logo-afonies/ disfonies-) fomentar el treball en grup en rehabilitació comunitària o des de casa amb **seguiments / visites control**



**Objectiu: Deixar lliure espai / instal·lacions i professionals abordant el tractament des de altres àrees**

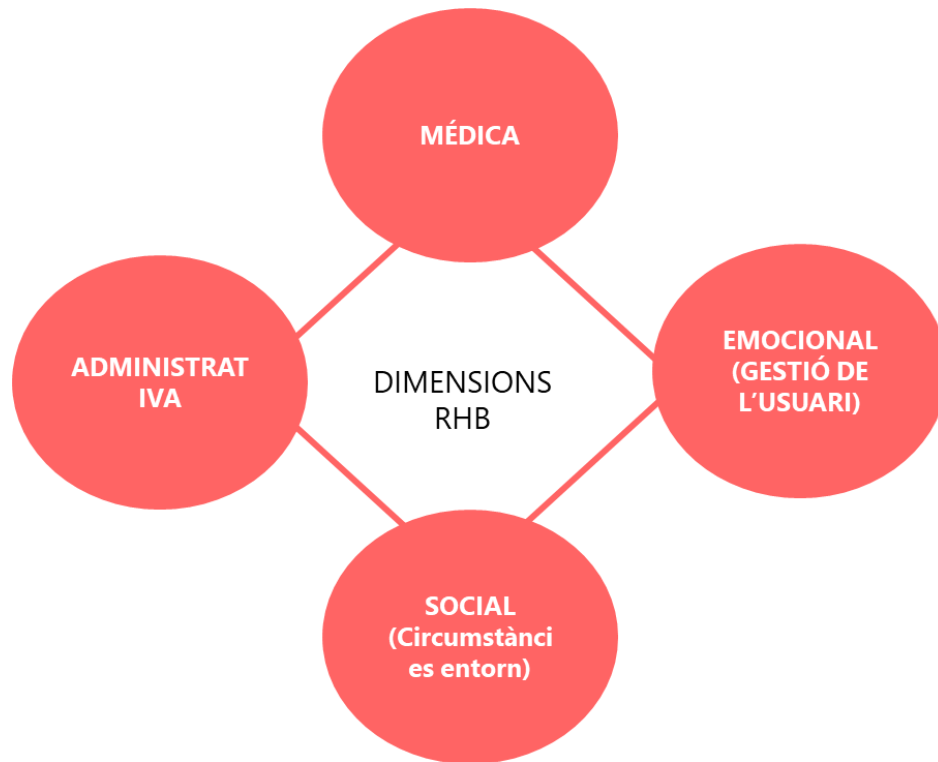


**Destinar recursos per les patologies greus o més dependents del sistema**

- **Aguts** que necessiten assistència per evitar agreujament.
- En el cas de pacients **Neurològics i especialment neurodegeneratius**, es fonamental la coordinació entre professionals i un pla a llarg termini.
  - Rellevància del MR com a coordinador i expert en el procés de rehabilitació a llarg termini.
  - TO com figura per treballar l'autonomia.
  - Recursos colaterals com Psicologia o Assistents socials prenen rellevància.
- **La figura del cuidador** com a figura referent que ha de formar part del Projecte en casos de **Neuro, Gent Gran i en molts casos crònics pluripatològics. Necessitat d'integrar-lo en la rehabilitació.**

# S/A. Model Multidimensional i integral

A. Necessitat de construir un **servei integral** que abordi de manera satisfactòria totes les àrees del servei de manera coordinada



## MODEL MULTIDIMENSIONAL I SERVEI COORDINAT

### A. Servei Integral:

La RHB Implica diferents sistemes que han de construir una experiència satisfactòria

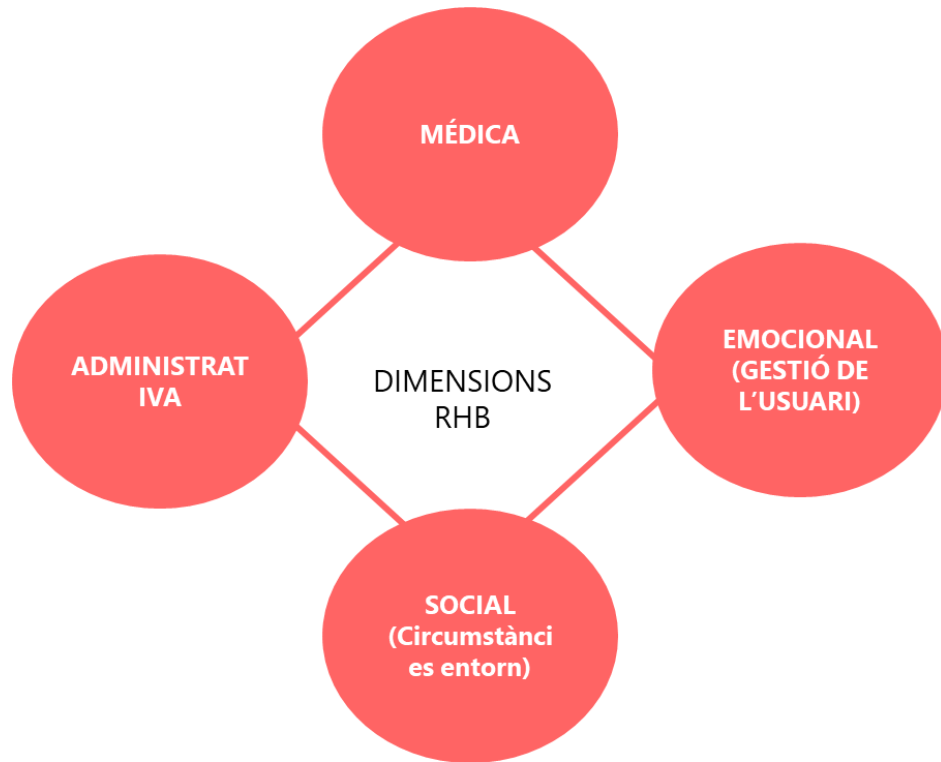
### B. Integració Rehabilitació amb Sistema Sanitari

Evitar fragmentació  
Treball conjunt

### C. Integració Sistema Intern equip de rehabilitació:

Treball conjunt equip de rehabilitació  
Definir i delimitar rols clars

# S/A. Model Multidimensional i integral



## Mèdica

- Ampliar tractament, adaptar el tractament a les necessitats mèdiques del pacient
- Proveir de recursos instrumentals òptims
- Creació d'un Equip de Rehabilitació consistent i coordinat: Implicació i treball conjunt

## Administració centrada en l'usuari:

- Tràmits, horaris, Centres, etc: possibilitat d'adaptar-lo al pacient
- Comunicació o seguiment a les llistes d'espera (sistema d'avisos..)
- Optimitzar les renovacions: Manca d'adaptació a les circumstàncies socials/ personals
- Manca de comunicació amb el pacient (llestes espera..)

## Emocional: Gestió emocional del Pacient

- Aspectes de motivació i acompanyament per fomentar la implicació
- Suport psicològic en casos pluripatològics, patologies degeneratives, amputacions..

## Incloure la Dimensió Social:

- Serveis Socials com Servei adjacent
- Tenir en compte casuístiques socials i adaptar
- Afegir la xarxa comunitària com espai amb un rol en manteniment i prevenció

# S/ Integració del Sistema Rehabilitació amb sistema sanitari

Cap a un sistema Permeable i Integrat amb el Sistema Sanitari

Treball conjunt de l'equip mèdic referent del pacient (especialista/ AP) amb l'equip de rehabilitació

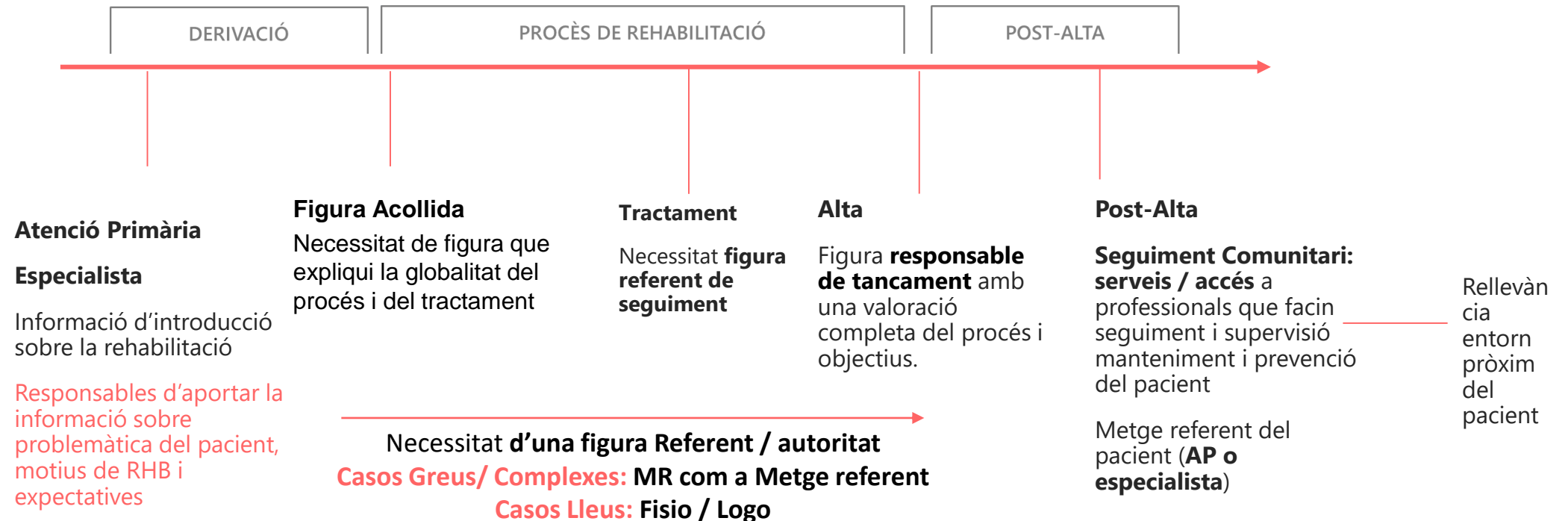
**Protocol·litzar la Comunicació entre Equip Mèdic i Equip Rehabilitació. Especialment en casos complexes.**

**Treballar conjuntament amb el pacient: ESTABLIR PROJECTE COMÚ**

- 1. Protocol·litzar comunicació i Traspàs informació sobre el pacient a la Derivació i Alta**
  - Informes clínics que ajudin a orientar a RHB
  - Derivar un pacient informat sobre patologia i expectatives/ rol de la RHB
  - Accés a la Historia Clínica del Pacient (només els metges Rehabilitadors)
- 2. Alta: Oficialitzar el seguiment de la Rehabilitació - Informes d'alta que s'envien al metge referent**
- 3. Accessibilitat del metge derivador o equip mèdic referent del pacient per part de l'equip de rehabilitació**
  - Establir protocols que minimitzin la fragmentació
- 4. Necessitat d'unificar Protocols**
  - **Alta i Derivació: Escales de Diagnòstic**
  - **Tractament: Unificar patologies amb característiques del tractament**
- 5. Pedagogia al Sistema Sanitari sobre el Sistema de RHB i els perfils professionals**

# S/ L'equip de Professionals

## Equip Integrat i definició de Rols dels Diferents Professionals



Definir rols i protocols professionals que ajudin a que el pacient senti que es fa un abordatge com equip i que existeix una figura mèdica / Referent que porta el control del cas.



# S/ Definició del Equip Rehabilitador

Solidificació de l'equip Rehabilitador, integració d'un treball conjunt i definició de rols

Necessitat d'establir el MR com el metge Referent en el Procés de Rehabilitació en casos més complexos.

MR com a Figura que aporta una visió Global del Pacient i té una visió a curt/mig / Llarg termini del procés i coordina l'equip

- ✓ Reforçar i diferenciar les funcions vs. Altres membres de l'equip Rehabilitador
- ✓ Reforçar i donar a conèixer la seva figura a la resta d'equip Sanitari
- ✓ Credibilitat en Casos Complexos, Pluridisciplinars i a mig/ llarg termini
- ✓ Credibilitat en Tractaments que es cronifiquen o no avancen
- ✓ Prescripcions de fàrmacs, pròtesis i tècniques intervencionistes
- ✓ Connexió amb Metges derivadors



## ROL FUTUR MR

Necessitat de definir bé les funcions, delimitar i Blindar el seu rol



## ROL FUTUR F

Rol amb Potencial dins un nou marc enfocat al Prevenció i manteniment de la Salut

- ✓ **Delimitar funcions** vs MR
- ✓ **Referent en casos protocol-litzats**, casos senzills.
- ✓ Rol en Rehabilitació de **Manteniment Prevenció**
- ✓ Figura a **incorporar a AP**



## ROL FUTUR TO

Rol amb Potencial dins un nou marc enfocat en Prevenció i manteniment de la Salut

- ✓ Visió moderna del pacient: **transcendeix el símptoma**
- ✓ **Salut positiva**: capacitat i apoderament del pacient
- ✓ Necessitat de **Projecció i coneixement**



## ROL FUTUR L

Figura Independent

- ✓ Rellevància de que el pacient tingui referent a processos de logopèdia
- ✓ En els casos de pacients greus (Neurològics..) MR com a Metge Aglutinador.

# Taller de cocreació amb professionals

# S/ Introducció

- A partir dels resultats de la fase d'investigació amb pacients, vam portar a terme un Taller Intern (metodologia Design Thinking) amb professionals involucrats en la preparació del nou pla de Rehabilitació.
- Aquesta sessió es va fer el dia 30 de novembre, amb 16 participants que durant 4 hores van reflexionar sobre punts de millora i, reunits en 4 equips de treball, van aportar idees dirigides a resoldre diferents problemes identificats en la investigació amb pacients.
- A Continuació sintetitzem les idees que els diferents grups de treball van proposar.
- Cal esmentar, que aquestes idees son fruit d'una sessió creativa amb professionals en actiu de diferents àmbits de la rehabilitació, però no estan validades quan a la seva idoneïtat o viabilitat d'implementació al Sistema Català de la Salut.
- la funció d'aquestes idees és entendre de manera pràctica la visió d'aquests professionals, i alhora, servir d'inspiració pel disseny del Pla Motor.





PROPOSTA “A”

**Gestor de casos  
+ Portal telemàtic**

# S/ Proposta "A": Gestor de casos + Portal telemàtic

## PROBLEMES ABORDATS

### EL PERIODE ENTRE LA DERIVACIÓ I L'INICI DE LA REHABILITACIÓ

- La fragmentació del sistema propicia la falta de criteris comuns i la mala coordinació entre el professional derivador i el servei de RHB.
- Retards en l'inici de la rehabilitació que implica un pitjor pronòstic de la millora que podrà assolir el pacient: llistes d'espera llargues, i esperes passives i mal comunicades.

### EL FINAL DE LA REHABILITACIÓ I LA POST-REHABILITACIÓ

- Quan acaba la rehabilitació el pacient queda desconnectat, i sovint amb insatisfacció perquè pensa que podria seguir millorant, però que el sistema l'expulsa
- El professional derivador no pensa en una fase de post-rehabilitació, i augmenten les probabilitats de continues entrades i sortides en el circuit de rehabilitació, que provoquen malbaratament de recursos i baixa eficiència

## PROPOSTA DE SOLUCIONS

### SOLUCIÓ-A: EL/LA GESTOR/A DE CASOS

- Una persona dins de cada servei de RHB, focalitzada en l'experiència global del pacient (visió 360°). Gestiona la comunicació amb el pacient, coordina i enllaça els processos, que segueix el pacient, abans, durant i després de la RHB.

### SOLUCIÓ B: EL PORTAL TELEMÀTIC DEL PACIENT

- Recursos telemàtics per poder establir contacte amb els pacients de manera sistemàtica, oferint-los informació

# S/ Proposta "A": El Gestor de Casos

## PERFIL de la persona GESTORA de CASOS

- Integrada en l'equip de RHB. Evitar que sigui un rol de "temps parcial" per persones que ja estan desenvolupant altres tasques dins de l'equip
- Metge, o fisioterapeuta... Ha de tenir coneixements i competències. Per prendre decisions amb criteris sanitaris

## TASQUES que desenvoluparà

- Servir de ròtula entre Pacient / Derivador / Servei RHB, abans, durant i després de la RHB en sí.
- Difusió i formació del servei de RHB als professionals derivadors: criteris per la derivació. Què sàpiga millor què pot esperar de la RHB, i que no.
- Entendre i apoderar al pacient. Reconduir expectatives per afavorir acceptació de l'objectiu proposat
- Revisa la derivació i fa un triatge: donar urgència d'espera. Informa i organitza l'espera activa

## RECURSOS previstos

- Augmentar recurs humans en el servei de RHB.
- Eines telemàtiques que faciliten la comunicació, informació i formació del pacient.
  - Fer accessible tota aquesta informació a la Meva Salut del pacient.
- Disposar del telèfon i correu electrònic del pacient
- Generar continguts i programes de formacions pels derivadors

# S/ Proposta "A": El portal telemàtic del pacient

## PORTAL TELEMÀTIC : RECURSOS previstos

- Disposar d'eines telemàtiques en el moment que es rep la derivació per una gestió àgil i eficaç: cal poder enviar telemàticament informació
- Accés des de La Meva Salut / plataforma específica per RHB / Us de sms / altres opcions?
- Fer accessible tota aquesta informació a la Meva Salut del pacient
- Disposar del telèfon i correu electrònic del pacient
- Generar continguts i programes de formacions pels derivadors
- Assegurar-se que el pacient té els recursos tecnològics i coneixements necessaris per accedir. En cas contrari, cal disposar d'una alternativa a la mida per evitar la bretxa digital

## PORTAL TELEMÀTIC: TASQUES

### Contactes previs a la primera visita:

- Després de rebre la derivació, enviem ràpidament confirmació de rebuda i temps mig d'espera,
- Educació sanitària per la seva patologia específica. Promoure l'espera activa
- Quan s'acosta la primera visita a RHB enviar informació pràctica. Qui l'atendrà, què ha de portar a la visita

### ALTA i POST-ALTA

- Al donar l'alta, les persones implicades de l'equip de RHB hi pengem exercicis i consells específics
- La persona GESTORA de CASOS, coordina tots aquests processos i s'assegura que el pacient pot accedir-hi
- Permet involucrar a altres professionals fora del servei de RHB: derivadors, treball social... Donant continuïtat dins del Sistema de Salut

# S/ Proposta "A". Gestor de casos + Portal telemàtic



## PROPOSTA DE SOLUCIONS

### EL/LA GESTOR/A DE CASOS

- Una persona dins de cada servei de RHB, focalitzada en l'experiència global del pacient (visió 360°). Gestiona la comunicació amb el pacient, coordina i enllaça els processos, que segueix el pacient, abans, durant i després de la RHB.

### EL PORTAL TELEMÀTIC DEL PACIENT

- Recursos telemàtics per poder establir contacte amb els pacients de manera sistemàtica, oferint-los informació

## BENEFICIS

- El procés s'organitza amb el pacient en el centre, l'apodera i afavoreix el treball continu
- El pacient viu el seu procés des de la derivació de manera coordinada i informada
- Millor triatge i gestió més eficient de la urgència del cas i de les llistes d'espera
- Es posa en marxa l'espera activa que permet començar a treballar en el cas des del primer moment
- Nexes pre-post RHB. Sensibilitza a altres professionals del seu paper en relació a la RHB, facilitant informació rellevant
- Figura ja present en altres àrees del Sistema Català de la Salut amb resultats contrastats i molt positius





PROPOSTA “B”

Gestor visual de tasques  
+ Entrevista doble

# S/ Proposta “B”: Gestor visual de tasques + Entrevista doble

## PROBLEMA ABORDAT

### Falta de comunicació a la fase d'ACOLLIDA

- A pacients hospitalitzats amb dificultats de comunicació / verbalització provoca que hi hagi desconeixement de les seves necessitats tant per part dels familiars i com dels professionals.
- Mecanisme de indefensió apresada: situació d'incertesa i de no entendre la rutina diària, saber a on els van quan els porten a altres àrees de l'hospital... Provoca falta d'implicació i passivitat
- Familiars cuidadors: No poden participar perquè no saben el dia a dia. No saben com poden ajudar al pacient, perquè no coneixen el procés, i/o tenen dubtes davant de l'evolució i el pronòstic del seu familiar

## SOLUCIONS PROPOSADES (complementàries)

### SOLUCIÓ: (àmbit hospitalari)

#### 1. Gestors visuals i de tasques a l'habitació i plafons de comunicació

- Plafons visuals infogràfics (molt fàcilment comprensibles) llocs visibles de l'habitació, amb l'agenda diària del pacient

### SOLUCIÓ: Entrevistes informatives protocol·litzades amb pacient i familiars

- 2 sessions-entrevistes: 1<sup>a</sup> informativa estandaritzada . 2<sup>a</sup> personalitzada i de resposta de dubtes

# S/ Proposta “B”: Gestor visual de tasques + Entrevista doble

## DESCRIPCIÓ: Gestor visual de tasques

- El plafó estaria a les habitacions, sempre al abast del pacient, del personal i de els familiars
- Tothom ha de conèixer aquesta eina del plafó
- En ella trobaran una presentació dels professionals que el tractaran
- Si arriba el familiar a habitació i no està pacient, sap on estarà, què està previst aquell dia
- Es pot aplicar a nivell de planta pel benefici de tothom. Pot ser útil no només amb persones amb problemes de comunicació.
- Pot ajudar a fer present l'objectiu a la setmana. Involucrar-se tothom

## DESCRIPCIÓ: Entrevista i trobada (2 sessions).

- 1<sup>a</sup> estandaritzada d'explicacions, Entrevista ocupacional (anàlisi de rols i dinàmiques)
- 2<sup>a</sup> sessió de diàleg, per resoldre dubtes

## RECURSOS

- Recursos tecnològics i digitals: aplicatius, tablets, mòbils.
- Formació de professionals per protocol·litzar la informació que cal donar
- Material tangible per la comunicació durant l'entrevista

## BENEFICIS

- Apoderar pacients amb problemes específics de comunicació.
- Estada a l'hospital molt més orientada i amb millor comprensió de les activitats en les que s'involucra
- Millor informació i planificació entre professionals i familiars/cuidadors: Tothom té un lloc de referència per saber què s'està fent i trobar como ajudar.



PROPOSTA “C”  
App de Post-alta

# S/ Proposta “C”: App de Post-alta

## PROBLEMES ABORDATS

### PROBLEMA. Fase Post-alta

- A la post-alta, pacient i/o família no saben quin estil de vida podrà tornar a assolir la persona. No coneixen recursos del seu barri / municipi que facilitin la prevenció i la millora després de la RHB.
- El pacient i la família tenen necessitat de mantenir contacte amb el servei de RHB. En cas de nous problemes, no saben a on dirigir-se

## PROPOSTA DE SOLUCIÓ

### SOLUCIÓ. App d'orientació a la Post-alta de la RHB

- App que permet una visió completa de tot el procés de rehabilitació donant a cadascú la informació que li és rellevant: Pacient, Cuidador-acompanyant, Equip de Rehabilitació, Derivador, AP
- Una persona integrada a l'equip de rehabilitació té la tasca específica de fer el seguiment dels pacients, actualitzar informació i canalitzar demandes i peticions

# S/ Proposta "C": App de Post-alta

## SOLUCIÓ. App d'orientació del procés de RHB

- La app servirà perquè l'equip de RHB aconselli exercicis, dietes i aporti informació útil per la prevenció de recaigudes.
- També permetrà que l'usuari identifiqui en el seu entorn activitats adequades en el seu entorn social: al centre cívic, tallers municipals;
- Igualment, les persones responsables d'aquestes activitats (Ajuntament, Casals, gimnasos municipals...), podran trobar informació i connectar amb el sistema de salut per saber com fer les seves activitats més adaptades a la persona en concret.

## • RECURSOS

- Una App/ Eina digital amb informació útil per cadascun dels actors
- Els treballadors socials han de conèixer i implicar-se amb els recursos del barri, municipals, etc.
- La gestió d'aquesta app a partir de:
  - Voluntariat. Banc del Temps
  - Infermera d'enllaç amb AP
- Generar continguts: vídeos, informació sobre de recursos del barri
- Cal formar a totes les persones implicades, que sàpiguen utilitzar aquesta eina digital.

## BENEFICIS

- Millor adaptació a la vida activa... rehabilitació comunitària, es diferent al concepte rehabilitació
- Prevenir entrades innecessàries al sistema que saturen. Permet una millor distribució dels recursos presencials.
- Sinergia amb els recursos socials disponibles des d'altres institucions



PROPOSTA “D”

# Mapa de Serveis Comunitaris

# S/ Proposta “D”: Mapa de Serveis Comunitaris

## PROBLEMA ABORDAT

### PROBLEMA. Fase Post-alta

- A nivell conceptual, el pacient té integrat que el seu procés de rehabilitació acaba quan acaben les sessions.
- A la post-alta l'usuari perd el contacte amb el Servei de Rehabilitació o Sanitari en General
- Això fa que, el pacient se senti desemparat, desatès o frustrat ja que perd el seguiment i control professional i té una manca de recursos per seguir treballant.
- No coneixen recursos del seu barri / població que facilitin la prevenció i la millora després de la RHB.

## PROPOSTA DE SOLUCIÓ

### SOLUCIÓ. Mapa de Serveis Comunitaris accessibles per a Professionals i Pacients

- Catàleg online actualitzat i en format paper on apareguin els diferents recursos del que disposa l'usuari a la seva xarxa comunitària per tal de seguir treballant en el seu procés de rehabilitació.



# S/ Proposta “D”: Mapa de Serveis Comunitaris

## SOLUCIÓ. Mapa de Serveis Comunitaris accessibles per a Professionals i Pacients

- El Recurs es facilitarà des del centre de Rehabilitació.
- És un recurs orientat a professional i pacient:
  - Informa al professional sobre els recursos i permet l'assessorament dels recursos adients al seu pacient.
  - Pacient, facilita informació accessible sobre els diferents recursos dels que disposa.
- El Mapa inclourà els següents recursos:
  - Parcs i rutes urbanes
  - Tallers de Centres Cívics
  - Grups de Suport
  - Activitats socials al Cap. t l'usuari com els professionals de rehabilitació per tal d'informar de
- Des de l'inici del procés, el professional de l'Acollida, conscienciarà al pacient sobre la rellevància de continuar la feina un cop acabada la rehabilitació i se l'informarà de l'existència de recursos comunitaris per tal de seguir el seu procés.
- Al final del procés, se li donarà accés al Mapa de serveis Comunitaris i se li explicaran els recursos útils i adients per continuar treballant la seva problemàtica.
- La decisió de la feina a la post-alta es farà de manera compartida amb el pacient, de manera que aquest pugui prendre decisions i compromisos que afavoreixin la seva responsabilització i implicació.

# S/Proposta “D”: Mapa de Serveis Comunitaris

## RECURSOS

- Es crearan Mapes de serveis comunitaris en funció de zones / Poblacions.
- Format físic: Distribució dels catàlegs
- Format Digital: Web / App de Consulta. I
- Taula de coordinació amb els treballadors socials per poder integrar informació Comunitària (moltes vegades hi ha activitats i aquesta info no arriba a les àrees de salut bàsiques). La informació ha d'arribar a L'ABS perquè els diferents professionals la tinguin a l'abast.

## BENEFICIS

- Usuari és atès al llarg de tot el seu procés de rehabilitació.
- L'usuari entén que el seu procés no finalitza amb les sessions del Servei de Rehabilitació.
- Promoure una rehabilitació activa, apoderada i responsable per part de l'usuari.
- Co-responsabilitzar en el manteniment a través de presa de decisions compartides.
- Control sobre la seva patologia i millora
- Prevenir entrades innecessàries al sistema que saturen. Permet una millor distribució dels recursos presencials.
- Sinergia amb els recursos socials disponibles des d'altres institucions



PROPOSTA “E”

# Ruta Assistencial del Pacient

# S/ Proposta “E”: Ruta Assistencial del Pacient

## PROBLEMA ABORDAT

**PROBLEMA.** El Pacient sent una manca d'informació generalitzada al llarg del seu procés de Rehabilitació. ,

- El pacient i/o família necessiten informació/ comprensió sobre la patologia el procés de Rehabilitació i els recursos dels que disposa.
- En moltes ocasions manca una visió Global del procés, de la seva evolució, del que pot esperar et i dels recursos amb els que compta. Això comporta:
  - Una manca de control, comprensió, apoderament i implicació en el seu propi procés.
  - Manca de gestió d'expectatives i dificulta l'Alta
  - El pacient se sent com un subjecte passiu i externalitza el procés.

## PROPOSTA DE SOLUCIÓ

**SOLUCIÓ.** Elaboració de la Ruta assistencial del Pacient des de l'acollida.

- Des de l'Acollida s'elaborarà una Ruta Assistencial pactada amb el pacient sobre com serà el seu procés de rehabilitació: Definició de les fases, objectius a assolir, criteris d'evolució, expectatives, etc

# S/ Proposta “E”: Ruta Assistencial del Pacient

## SOLUCIÓ. Elaboració de la Ruta assistencial del Pacient

- Des de l’Acollida s’elaborarà una Ruta Assistencial (pactada) amb el pacient sobre com serà el seu procés de rehabilitació. La Ruta comportarà des del treball al servei e Rehabilitació com a la Post-Alta
  - Es facilitarà informació sobre la seva problemàtica, abordatge, evolució i expectatives
  - S’informarà de les diferents fases del procés i es pactaran objectius que s’aniran assolint
  - Es facilitaran recursos dels que disposarà al llarg del procés (incloent la post-alta)
- La Ruta assistencial es comunicarà de manera verbal i visual ( gràfic, díptic, iconografia..)
- El pacient tindrà la visió global de la ruta de manera que:
  - Pacient i professional podran anar accedint a la ruta al llarg del procés per tal de supervisar i revisar objectius, exercicis, etc
  - El Pacient la pot anar consultant
  - Es pot reafirmar la feina assolida en el moment de l’Alta
- Ho realitzarà el professional que realitza l’Acollida
- Pot ser una ruta més o menys estandarditzada en funció de la problemàtica del pacient, si bé el pacient sempre podrà prendre certes decisions (recursos que vol usar, objectius a assolir, etc)

# S/ Proposta “E”: Ruta Assistencial del Pacient

## RECURSOS

- Plantilla de la Ruta assistencial:
  - Ruta assistencial Multidisciplinaria calendaritzada (durades aproximades de cada fase/ treballs)
- Donar suport iconogràfic al pacient ( gràfic, díptic, iconografia..)
  - La Patologia: informació i comprensió sobre que té
  - Mapa de la Ruta assistencial
  - Recursos i eines perquè pugui treballar de manera autònoma. Eines principalment visuals: Plataformes de rehabilitació, links de Youtube.
  - Mapa de recursos Comunitaris
- Protocols de treball estandarditzats dels professionals tant del Derivadors com qui fa l’acollida. Importància de conèixer els recursos que hi ha per zones per tal d’estandarditzar i que tothom pugui implementar i posar al pacient en el procés.

## BENEFICIS

- Apoderament i implicació del Pacient en el seu procés.
- Disminució del grau de dependència del Sistema i Servei de Rehabilitació al llarg del procés i l’Alta.
- Gestió d’expectatives del Pacient, el que facilitarà l’Alta.



PROPOSTA “F”  
Protocol·litzar l’Acollida

# S/ Proposta “F”: Protocol·litzar l’Acollida.

## PROBLEMA ABORDAT

**PROBLEMA.** Manca d'informació suficient a l’Acollida, el que pot generar dificultats al llarg del procés de rehabilitació

- El moment de l’Acollida és un moment clau per Pacient, el seu procés de rehabilitació i el professional ja que té la capacitat de assentar les bases per un abordatge positiu i implicat per part del pacient.
- El Pacient se sent desorientat en el moment de l’Acollida tant a nivell administratiu com a nivell mèdic/terapèutic
  - El pacient no sempre rep de manera estandarditzada informació del funcionament del Centre, normatives, drets i deures de l’usuari, etc. Pel que pot sentir-se perdut.
  - El Pacient no sempre rep informació estandarditzada (completa i necessària) a la 1<sup>a</sup> visita sobre la seva problemàtica i el procés de rehabilitació que seguirà.

## PROPOSTA DE SOLUCIÓ

**SOLUCIÓ.** Protocol·litzar l’Acollida.

- Disseny d’un Customer Journey estandarditzat que permeti protocol·litzar el Moment de l’Acollida entre Centres:
  - Dimensió Administrativa: Definició del procediment i de la informació logística i administrativa que ha de tenir el pacient.
  - Dimensió Medico-terapèutica: Definició del procediment a seguir i informació a donar a la 1<sup>a</sup> Visita.



# S/ Proposta “F”: Protocol·litzar l’Acollida.

## SOLUCIÓ. Protocol·litzar l’Acollida.

**A. Fase Administrativa: Definir les tasques de la persona d’Administració que rep a l’Usuari.**

**B. Fase Medico-terapèutica: Protocol·litzar la 1ª Visita**

**C. Fase Tancament Acollida: Calendari visites i normatives**

**A. Fase Administrativa: Definir les tasques de la persona d’Administració que rep a l’Usuari.**

- Presentar-se
- Validar dades personals
- Confirmar visita i informar sobre el Professional que l’atendrà (nom i perfil professional) en concret.
- Dirigir-lo la sala d’espera, on hi haurà un vídeo corporatiu/explicatiu del servei on està:
  - Informació sobre: què és un servei de Rehabilitació i funcionament bàsic del centre (Visites, drets i deures de l’usuari, el procés de rehabilitació..)
  - Informació sobre l’equip professional: Rellevància de destacar la idea d’un equip multidisciplinari i traslladar la sensació de cohesió i equip.
- Protocol de demora: mantenir informat al pacient si hi ha retràs

# S/ Proposta “F”: Protocol·litzar l’Acollida.

## SOLUCIÓ. Protocol·litzar l’Acollida.

### B. Fase Medico-terapèutica: Protocol·litzar la 1ª Visita

- Abans de rebre el pacient. El professional revisa el cas per tal de conèixer el motiu de visita i poder dirigir-se a l’usuari pel seu nom.
- Millorar els temps de visita
- Anamnesi:
  - Donar temps al pacient per explicar el seu cas
  - Exploració i diagnòstic (aportar seguretat i informació al pacient sobre la seva problemàtica)
- Pactar objectius tractament conjuntament amb el pacient: Conèixer les seves expectatives i ajustar objectius-expectatives
- Prendre la decisió de si fa o no fa tractament:
  - Si no fa en fa: justificar motiu i establir la pauta d’exercicis òptima.
  - Si fa tractament: Protocol·litzar informació que se li .dona al pacient (Tipus tractament, procés de tractament, professionals implicats..)

### C. Fase Tancament Acollida: Calendari visites i normatives

- Un cop surt de la visita, l’ administratiu dona dia i hora per inici tractament (evitar esperar trucada)
- Entregar fulletó informatiu: Normativa del Centre, Equip (indicant perfils professionals). Drets i deures del pacient (puntualitat, avisar si no pot venir, si es falta x dies es dona l’alta..)

# S/ Proposta “F”: Protocol·litzar l’Acollida.

## RECURSOS

- Disseny del Protocol i Formació de tots els Equips dels Serveis de Rehabilitació de Catalunya per tal de seguir els mateix protocol.
- Increment temps 1<sup>a</sup> Visita
- Cada Centre:
  - Realitzar vídeo explicatiu per la sala d’espera sobre el funcionament del Centre i del Servei de Rehabilitació
  - Fulletó amb normativa del Centre

## BENEFICIS

- Estandardització entre centres. Establir uns estàndards de qualitat. Coherència i cohesió dels Serveis de Rehabilitació.
- Assegurar la bona praxis des de diferents agents implicats: Administració, professionals i el propi pacient.
- Apoderament i implicació del Pacient en el seu procés.
- Preparació de l’Alta: Gestió d’expectatives



# CONCLUSIONS TALLER



# S/Conclusions del taller intern



Les idees proposades en el Taller Intern, mostren especial sensibilitat cap a...

1. La informació al pacient com l'eina important sense la que no pot donar-se apoderament ni actituds proactives del pacient). Per això:
  - Donar-li informació
  - Donar-li recursos abans i després de la RHB: formació i activitats motivadores perquè s'apoderi i faci esforç actiu per la seva millora i manteniment
2. Millorar la connexió entre el metge derivador i el servei de RHB,
  - Tant en el traspàs inicial cap a la rehabilitació,
  - Com al final de la mateixa,
  - O, en general, millor coneixement del servei de rehabilitacióperquè el derivador tingui en compte el procés rehabilitador a la vida clínica del pacient.
3. Treballar sobre l'espera inicial (moment fonamental on l'espera passiva és crítica per un pronòstic desfavorable)
  - Informar temps de demora
  - Fomentar l'espera activa, oferint hàbits de vida saludable i accions que ja pot iniciar el pacient des d'un primer moment.
  - Gestionar millor el cribratge dels casos

# S/ Conclusions del taller intern



4. Treballar la Post-Alta com una fase que pertany al procés de Rehabilitació (moment fonamental per seguir acompanyant el pacient, responsabilitzar-lo de la seva recuperació i evitar la saturació del Sistema)
  - Conscienciar al pacient que la rehabilitació segueix post-sessions.
  - Pactar compromisos sobre els recursos i serveis que utilitzarà el pacient.
  - Aportar recursos individuals que aportin autonomia i apoderin al pacient ( vídeos, exercicis, etc) i comunitaris (grups a CC, gimnasos, etc..) que el facin independent del servei de Rehabilitació
  
5. La figura d'un gestor, centrat en la realitat del pacient i que vetlla per:
  - No endarrerir l'acollida, informar i apoderar per començar a treballar abans d'entrar formalment en el procés de RHB.
  - Posteriorment manté una vinculació amb el pacient (online) per afavorir activitat preventiva individual per evitar recaigudes i entrades recurrents als serveis de rehabilitació
  - Afavoreix que la RHB sigui un espai estanc desconnectat de la resta de la vida del pacient
  - Aprofitant recursos ja presents a la comunitat (p.e. Gimnàs o tallers municipals),
  - Utilitzant eines digital per arribar de manera individualitzada al conjunt de pacients

# S/ Conclusions del taller intern



4. Treballar la Post-Alta com una fase que pertany al procés de Rehabilitació (moment fonamental per seguir acompanyant el pacient, responsabilitzar-lo de la seva recuperació i evitar la saturació del Sistema)
  - Conscienciar al pacient que la rehabilitació segueix post-sessions.
  - Pactar compromisos sobre els recursos i serveis que utilitzarà el pacient.
  - Aportar recursos individuals que aportin autonomia i apoderin al pacient ( vídeos, exercicis, etc) i comunitaris (grups a CC, gimnasos, etc..) que el facin independent del servei de Rehabilitació
  
5. La figura d'un gestor, centrat en la realitat del pacient i que vetlla per:
  - No endarrerir l'acollida, informar i apoderar per començar a treballar abans d'entrar formalment en el procés de RHB.
  - Posteriorment manté una vinculació amb el pacient (online) per afavorir activitat preventiva individual per evitar recaigudes i entrades recurrents als serveis de rehabilitació
  - Afavoreix que la RHB sigui un espai estanc desconnectat de la resta de la vida del pacient
  - Aprofitant recursos ja presents a la comunitat (p.e. Gimnàs o tallers municipals),
  - Utilitzant eines digital per arribar de manera individualitzada al conjunt de pacients



# S/ Conclusions del taller intern



6. Oferir al pacient una visió completa del procés de rehabilitació, que inclou també la post-alta i el seu compromís de seguiment: full de ruta, mapa del procés amb materials didàctics (digitals i en paper) que s'adaptin al perfil (nivell tecnològic de cada cas)
7. Millor coneixement i sensibilització dels professionals derivadors, afavorint una visió global dels serveis de RHB, de les seves possibilitats, i de la funció que el derivador ha de jugar a la post-alta
8. Les noves tecnologies com eina de contacte, informació, seguiment i motivació del pacient seran clau en el nou model, sobretot tenint en compte que el perfil jove de pacient és el més preparat digitalment, i alhora està més disposat a apoderar-se de manera activa en la seva rehabilitació.



**Generalitat  
de Catalunya**

**/Salut**

**/Salu**