

INTEROPERABILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOCIOSANITARIOS

IMPLANTACIÓN DEL RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT (RAI),
en su versión **INTERRAI – CONTACT ASSESSMENT** (InterRAI-CA)

Presentación del instrumento y despliegue

19 de junio de 2015

CONTENIDOS

1. Antecedentes

2. Marco estratégico

3. InterRAI-CA

4. Objetivos del despliegue

5. Agentes implicados

6. Planificación

1. Antecedentes

- El proyecto InterRAI-CA “Interoperabilidad de los sistemas de información sociosanitarios”, lo desarrolla Elena Elozegi, en el marco de las ayudas a proyectos de investigación en el ámbito sociosanitario de Etorbizi del **año 2011**.
- El objetivo del proyecto de investigación se centra en identificar y validar un instrumento que permitiera establecer un **lenguaje común** entre los ámbitos social y sanitario y facilitara a los profesionales realizar una **valoración conjunta** de las personas con necesidades sociosanitarias (colectivos diana).
- Tras valorar diferentes herramientas operativas en el contexto europeo, se opta por **InterRAI-CA**, cuya presentación y conclusiones se hicieron en el **año 2014** y que mediante un piloto con profesionales de ambos ámbitos asistenciales (social y sanitario), demuestra ser una alternativa potente, eficaz y efectiva para la obtención de **productos sociosanitarios compartidos**.
- Actualmente, se está definiendo el **despliegue** del instrumento InterRAI-CA en diferentes organizaciones de servicios de la CAPV con un alcance interinstitucional y multidisciplinar (**año 2015 – 2016**).

CONTENIDOS

1. Antecedentes

2. Marco estratégico

3. InterRAI-CA

4. Objetivos del despliegue

5. Agentes implicados

6. Planificación

2. Marco estratégico

- Las **Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria** adoptadas por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria en 2013, sientan las bases para la construcción de un **lenguaje común** para los y las profesionales del ámbito social y sanitario, al aludir en la **Línea 2**, a la necesidad de *“implantar un sistema de información y comunicación sociosanitario”*.

- El instrumento común de valoración InterRAI-CA es proyecto estratégico ya que:

- Permite **compartir información asistencial y planes de cuidados** entre los profesionales de ambos ámbitos, contribuyendo a establecer un lenguaje común con el que estructurar y articular el espacio sociosanitario.

- Se presenta como **embrión de la Historia Sociosanitaria**, puesto que se prevé, que la historia se nutra de información obtenida a través de un instrumento consensuado para su uso en ambos sistemas, sea cual sea el TTHH y nivel asistencial desde el que se accede a los recursos (InterRAI-CA).

- **Favorece la interoperabilidad** entre los sistemas social y sanitario, ya que se prevé incluir el instrumento en las herramientas corporativas Osabide Global, en salud y Gizarte.net y plataformas forales y municipales, en sociales.

2. Marco estratégico

- Por otra parte, la construcción de un **lenguaje común**, en tanto que objetivo estratégico, se ve reforzado por su inclusión en los respectivos planes sectoriales de salud y de servicios sociales.
 - **Plan de Salud de Euskadi (2013-2020)** entre las acciones dirigidas a mejorar la atención sociosanitaria que se le presta a la población mayor, el desarrollo y la implantación de la Historia Sociosanitaria, así como de un **instrumento multidisciplinar y multisectorial de valoración geriátrica integral**.
 - **Líneas Estratégicas y Planes de Acción 2013-2016 de Osakidetza**, se plantea el objetivo de ofrecer una respuesta integrada a nuevos retos como el de la vejez, la cronicidad y la dependencia. Para ello, la puesta en funcionamiento del modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas exigirá la **utilización de instrumentos comunes de valoración**.
 - **Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV** señala como prioritaria, el trabajo interdisciplinar y la **valoración conjunta de necesidades y cuidados sociales y sanitarios bien articulados** (Gobierno Vasco, 2011). Dentro de los objetivos estratégicos del espacio sociosanitario, se plantea la elaboración de **instrumentos y protocolos conjuntos** de colaboración sociosanitaria.

CONTENIDOS

1. Contexto

2. Marco estratégico

3. InterRAI-CA

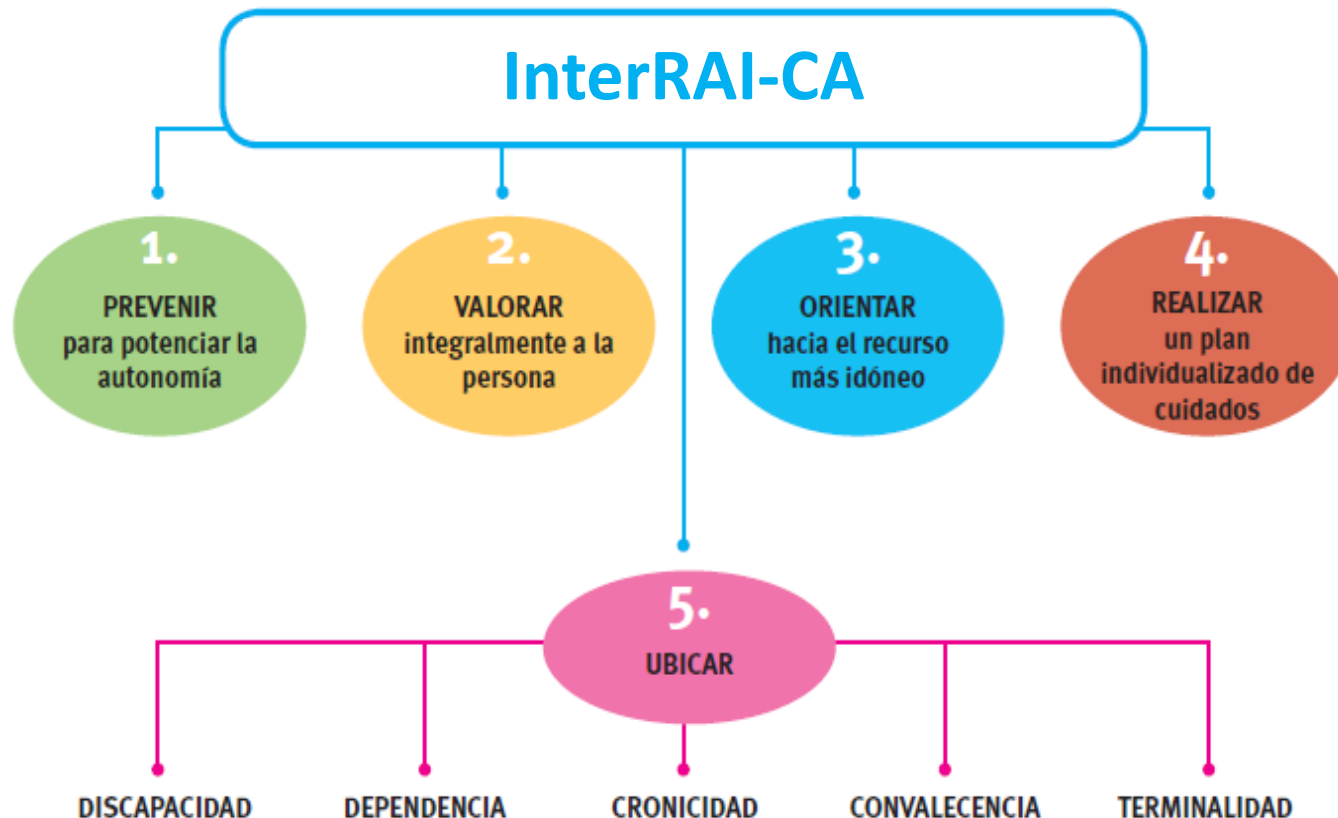
4. Objetivos

5. Agentes implicados

6. Planificación

3. InterRAI-CA: ¿qué es y qué permite?

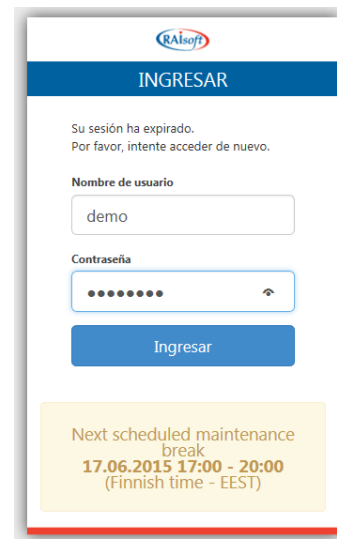
- Permite **valorar integralmente** a la persona, realizar un diagnóstico de su situación y elaborar **plan de cuidados** conjunto. Tras la pasación del cuestionario, el algoritmo resultante permite además, orientar a la persona hacia el recurso más idóneo y ubicarle según su grado de discapacidad, dependencia, convalecencia, etc. de cara a prevenir situaciones de riesgo y potenciar la autonomía.



3. InterRAI-CA

- El instrumento permite también realizar un **seguimiento continuado** de la persona, más allá de la evaluación de contacto inicial.

EJEMPLO ILUSTRATIVO



NRIC
Género Masculino
Fecha de nacimiento 18-08-1934
Edad 80

Editar la información básica
Comparar evaluaciones
Mostrar otros casos
Grupos
Mover persona
Eliminar caso
Editar caso

A1, Organización 1 (19-02-2014 - Activo)

Resumen Evaluaciones Planes de atención

✓ Resumen de escalas

Evaluaciones

Fecha de evaluación	Evaluación
19-02-2014	CA - Módulo del servicio de urgencia

Escalas

Nombre	Valor
Índice de autonomía personal (Eval. del servicio de urgencia) (SRI)	1 - No autónomo 0 1
Algoritmo de servicios urgentes (Eval. del servicio de urgencia) (SUA)	2 - 2 0 4



Soporte:

Oy Raisoft Ltd | Tel. 0207 789 567 | Int. +358 207 789 567 | Vaasantie 6, FI-67100 Kokkola | Finland | info@raisoft.com

Soporte Raisoft :

www.raisoft.com/en/support

3. InterRAI-CA: ¿a quién se dirige?

■ La aplicación del instrumento se dirige a los **colectivos diana** de las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria; es decir, personas con los siguientes perfiles o características:

- Personas mayores en situación de dependencia,
- Personas con discapacidad,
- Personas con enfermedades somáticas crónicas o invalidantes,
- Personas con enfermedades terminales,
- Personas convalecientes de enfermedades (alta hospitalaria sin autonomía para el autocuidado),
- Población potencial en riesgo sociosanitario.



CONTENIDOS

1. Contexto

2. Marco estratégico

3. InterRAI-CA

4. Objetivos

5. Agentes implicados

6. Planificación

4. Objetivos

Objetivos del despliegue

- El InterRAI-CA se ha presentado como **proyecto interinstitucional** al Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria con el objetivo de proponerlo como:
 - Columna vertebral de un futuro proyecto de **Historia Sociosanitaria**, en base su capacidad para **obtener información sociosanitaria común y contrastada** y la elaboración conjunta de **planes individualizados** adaptados.
- Procurar la formación de formadores para facilitar su implantación.
- Estimular la creación de Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria en base al desarrollo de protocolos de coordinación que utilicen el InterRAI-CA.
- Evaluar el comportamiento del InterRAI-CA en la práctica real e introducir las correcciones necesarias para su implementación en el contexto sociosanitario vasco.
- Favorecer la interoperabilidad con la presencia de herramientas comunes en el contexto sanitario (Centros de salud y urgencias de Hospitales) y social (Servicios sociales de base).

CONTENIDOS

1. Contexto

2. Marco estratégico

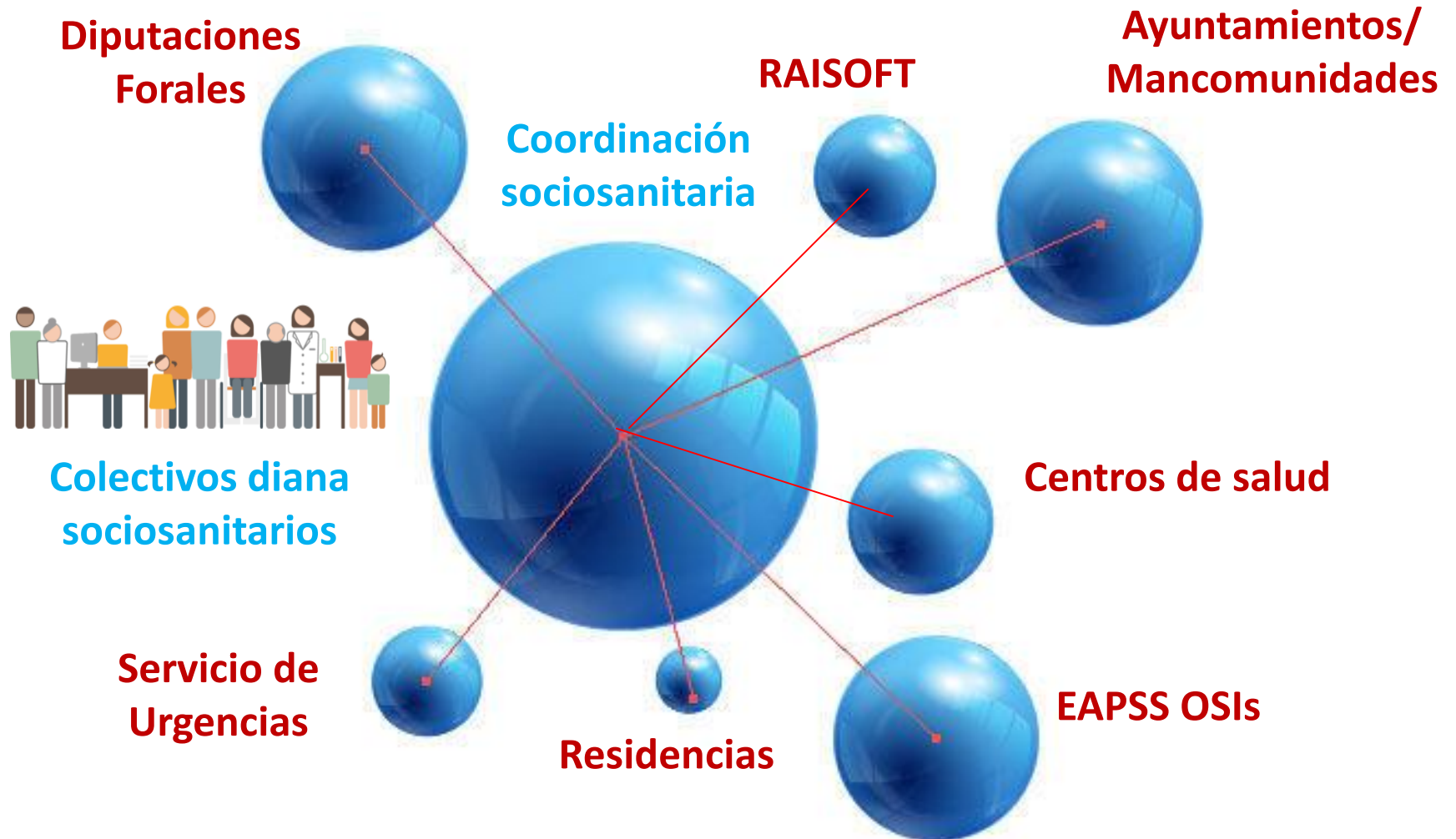
3. InterRAI-CA

4. Objetivos

5. Agentes implicados

6. Planificación

5. Agentes implicados



CONTENIDOS

1. Contexto

2. Marco estratégico

3. InterRAI-CA

4. Objetivos

5. Agentes implicados

6. Planificación

6. Planificación

Datos del despliegue

- Adquisición de **70 licencias** InterRAI-CA
- Formación online para un grupo reducido de formadores (en torno a 5)
- **Reporte de informes** periódicos de usabilidad/desempeño de usuarios (núm. de conexiones, núm. de casos gestionados...etc.); de periodicidad **mensual**
- **3 licencias de administrador**
- **Acceso a todos los módulos disponibles** (domicilio/hospitales y emergencias)
- **Soporte técnico** para resolución de incidencias de cada usuario/a (en castellano)
- Duración de las licencias **1 año**

6. Planificación

Procedimiento

- Las licencias son **unipersonales**.
- La licencia de uso RAI se aplicará cuando el profesional correspondiente **detecte la presencia de un caso de características sociosanitarias**, preferentemente en el colectivo de **personas mayores** en domicilio o en residencia, en situación de dependencia.
- El resultado de la evaluación será **contrastado sistemáticamente** con el equipo de atención primaria sociosanitaria, mediante la remisión por correo, con copia a médico, enfermera y trabajadora social referentes, del resultado correspondiente que comprenderá el **diagnóstico sociosanitario y un primer plan individualizado** a fijar posteriormente en la reunión del equipo.
- Los **resultado** del RAI, independientemente del profesional que los realice, se asumen como **diagnóstico y orientación sociosanitaria** del caso.

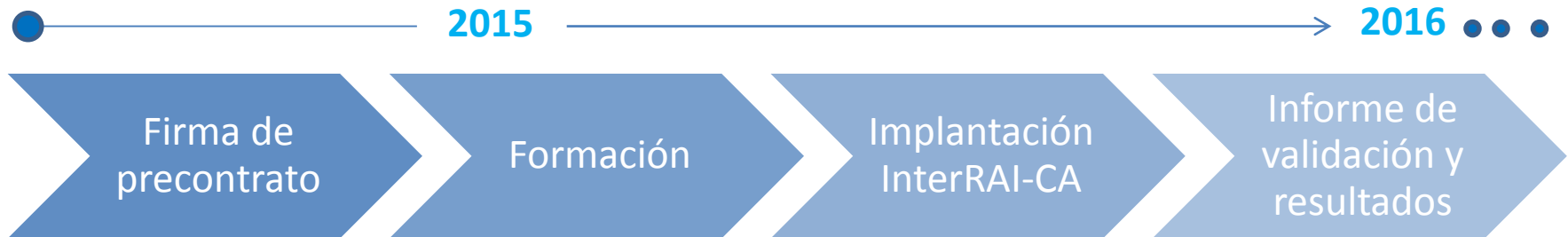
6. Planificación

Distribución y alcance geográfico

- 3 Diputaciones Forales
- 11 OSIs y Comarca Araba/HUA:
 - 30 centros de salud de los tres TTHH
 - 31 ayuntamientos de los tres TTHH
 - 6 Servicios de urgencias de Osakidetza

70
licencias

6. Planificación



Junio 2015

- Preparar contrato
- Firma del precontrato
- Gestión de licencias



Julio 2015

- Identificar agentes
- Planificar formaciones
- Elaborar materiales formativos



Septiembre 15

- Firma del contrato
- Realizar formaciones
- Utilización por parte de profesionales (usuarios/as)
- Soporte técnico



Diciembre 16

- Realizar informe de validación y resultados
- Elaborar guía de implantación InterRAI-CA
- Difusión y despliegue al conjunto de la CAPV



Mejoras correctivas, soporte técnico e informes de seguimiento



Eskerrik asko
Muchas gracias