

## COMISSIÓ D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

PROJECTE 1 : La integració entre sanitat i serveis socials. La necessitat d'una coordinació socio sanitària. Un nou perfil professional: el gestor de casos.

### PARTICIPANTS

ENTITAT	NOM I LLINATGES
Coordinació grup de treball	Sofía Alonso Bigler
Societat Balear de Gerontologia i Geriatria	Enrique Campos Alcaide
Universitat de les Illes Balears	Lydia Sánchez Prieto
Fundació Balear Atenció Dependència	Rosa Perello
Intress	Bàrbara F. Mas Salom
Novaedat	Xisca Oliver
SARQUAVITAE	Antonio Calvo
Col·legi Oficial Psicòlegs	Teresa Jáudenes Gual de Torrella
Col·legi Oficial Metges	Miquel José Oliver Ramon

### OBJECTIU PRINCIPAL:

Les persones majors tenen sobretot necessitats d'atenció sanitària i de serveis socials, per tant és necessari que la coordinació socio sanitària sigui una realitat, tenint en compte el model d'atenció centrada en la persona, cal una atenció integrada d'ambdós sistemes.

### OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Millorar l'atenció a la persona, ja que l'atenció integral ens hauria de garantir que ambdós àmbits valoren a la persona i proposen la millor intervenció, no fem que hagi de passar per tots els possibles serveis (hospital, atenció primària, TS del municipi, TS de dependència...)
- Optimitzar els recursos Si la col·laboració és bona, es poden evitar ingressos hospitalaris de persones que estan en servei residencial innecessari. Es pot fer una aposta important per l'estalvi en la prescripció mèdica, en la despesa de farmàcia. Es poden compartir recursos i informació, fent que s'intervingui millor sobre la persona, compartir la història clínica.
- Acreditar el sistema residencial en qualitat, hem de buscar models de qualitat de referència.
- Estudiar la possibilitat d'incorporar la figura del gestor de casos, que és una persona que valora, avalua i decideix quina és la millor intervenció amb el cas de la persona, i guia aquesta intervenció, no és la persona la que va tocant a les distintes portes, sinó que el gestor de casos, li dissenya el camí a seguir en funció de la situació global de la persona.
- Coordinar des de la part política a la tècnica de forma conjunta salut i serveis socials.
- Revisar models ja existents i que s'han posat en funcionament com per exemple el model

basc.

## CONTEXTUALITZACIÓ DEL PROJECTE:

Per contextualitzar aquesta temàtica, cal tenir en compte quina és la postura d'ambdues parts, la sanitària i la social. S'ha de dir que ha així com hem trobat document de l'àmbit de la salut que reclama la necessitat de coordinació entre el sistema sanitari i el social, no són tants els documents, diguem-ne oficials, on s'hagi reclamat aquesta coordinació de forma tan clara.

A dins la sanitària trobam l'estratègia per a l'abordatge de la cronicitat al sistema nacional de salut (2012), que ens diu, "que les persones amb condicions de salut i limitacions de caràcter crònic són les que troben més dificultats per a accedir i circular a través del sistema, ja que no existeix un adequat ajust entre les seves necessitats i l'atenció que reben, especialment inapropiada l'organització sanitària per al grup de pacients que presenten **pluripatologia, comorbilitat** o es troben en situació d'especial **complexitat**. Són precisament aquests pacients, generalment població de major edat i limitació funcional, els que generen major demanda d'atenció en els diferents àmbits assistencials i utilitzen major nombre de recursos sanitaris i socials. El sistema sanitari no pot oferir solsament un seguiment i unes cures discontinues als pacients amb malalties cròniques, lligats en general a les aguditzacions o descompensacions de les seves patologies. L'abordatge de la cronicitat requereix fomentar el **treball en equips interdisciplinars**, formats pels diferents professionals dels serveis sanitaris i socials implicats en l'atenció a aquests malalts, que garanteixin la **continuïtat de les cures** amb la màxima participació del pacient i del seu entorn. "

En el llibre Blanc de la Coordinació sociosanitària a Espanya, del Ministeri de Sanitat, Política social i Igualtat, a la segona part trobam el que podríem entendre com a contextualització des del sistema social. "El patró epidemiològic ha canviat i continua fent dolo amb idèntica tendència. Substancialment, aquesta consisteix en, per una banda, l'increment constant d'una població cada vegada més envellida i per altre, en l'augment de les taxes de supervivència d'aquells que pateixen malalties cròniques i situacions de dependència, en molts casos amb un alt detriment de l'autonomia persona i la necessitat de cures específiques per a realitzar les activitats de la vida diària (AVD). Es tracta d'un canvi estructura del patró amb conseqüència de tota índole. L'augment exponencial de l'esperança de vida, causa i efecte del nivell de desenvolupament socioeconòmic aconseguit per la nostra societat és un èxit inqüestionable de l'Estat de Benestar, èxit que es deu, de manera molt important en el darrer terç del segle, entre altres factors, a la millora de l'assistència sanitària i a la seva extensió a tota la població.

Aquesta progressió geomètrica ha impedit, emperò, preveure els significatius canvis als que la mateixa està abocada: el sistema social i sanitari no han pogut evolucionar a la mateixa velocitat que els beneficis que la seva creació, manteniment i millora continua han provocat en la societat. L'altra cara de la moneda de dit èxit són les importantíssimes conseqüències sanitàries i socials que tenen els efectes de dits beneficis, als que s'ha de donar una resposta ja que, en l'actualitat, estan generant un alt impacte que dificulta i que qüestiona, inclús, la pròpia sostenibilitat del sistema que els ha generat.

Després de l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre (d'ara en endavant LAPAD) es

reconeix com universal el dret de la ciutadania a la promoció de l'autonomia persona i atenció a les persones en situació de dependència. La promulgació de la LAPAD ha marcat un abans i un després en lo relatiu a la cobertura de les necessitats dels ciutadans. Elevar aquests entorn d'atenció, prevenció i promoció al rang de dret subjectiu garantit, no sols la consolidació d'una intervenció de lo públic davant determinades circumstàncies – ja de per sí lo suficientment revolucionari per al nostre model d'estat com a per a ser destacat- sinó l'oportunitat de que el sistema social adquireixi i perfili la seva intervenció des del rang que, històricament, han reclamat tant els seus professionals com els col·lectius i els grups als que va destinada la seva intervenció. Per tant, la configuració d'aquest dret, que té la seva causa en la necessitat de respondre a una realitat social indiscutible, **ajuda al reequilibri del sistema social amb el sanitari**, clau per la construcció d'un model de coordinació. “

Com es pot desprendre d'ambdós documents, és imprescindible la coordinació entre ambdós àmbits, per poder atendre a aquesta persona major, amb malaltia crònica, diagnòstic de pluripatologia, amb grau de dependència que hem d'atendre de forma conjunta.

A nivell autonòmic trobam molt poca documentació envers l'estratègia de coordinació entre l'àmbit de la salut i el social, però si parléssim directament amb els professionals d'un i altra àmbit tots ens parlarien de la necessitat de coordinació per part de les dues parts, ja que és una reclamació històrica d'ambdós col·lectius.

Com a punt de partida tenim el Pla d'Accions Sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014. Aquest Pla, certament, té un marcat caràcter sanitari, donat que parteix des del Servei de Salut de la Conselleria de Salut i Consum, però marca uns objectius de treball i unes accions, que podríem prendre com a punt de partida.

Al capítol 11, al punt 11.1 millorar la coordinació entre els serveis sanitaris i socials, malgrat sigui a tenir en compte tot, descarem els següents punts:

#### “11.1.2. Objectius :

- Establir circuits i contactes estables i permanents a nivell directiu entre els serveis socials i els sanitaris.
- Avaluar de manera conjunta els recursos sociosanitaris actuals i planificar nous recursos després d'analitzar les necessitats.
- Definir sistemes d'informació compartits.
- Establir el sistema de seguiments i l'avaluació permanent dels circuits.
- Contribuir a millorar la resolució dels casos amb necessitat de serveis socials i sanitaris i donar una resposta coordinada que asseguri als usuaris que obtindran el recurs més adequat a les seves necessitats.
- Analitzar mitjançant l'estudi de casos reals les dificultats de coordinació entre els serveis socials i els sanitaris.
- Fer propostes de millor i d'adequació dels circuits.

- Unificar la documentació necessària i adequada per a la gestió de casos i per a la comunicació entre els serveis.

#### 11.1.3. Accions:

- a) Crear una comissió sociosanitària institucional:
  - La seva finalitat ha de ser vetllar pel desenvolupament correcte del Pla i disposar de la informació necessària per a fer el seguiment i garantir l'assignació adequada de recursos.
  - Aquesta comissió ha de desenvolupar projectes conjunts i definir circuits i competències, i també el contingut de la informació a compartir.
  - En aquesta comissió deu aprovar-ne les iniciatives conjuntes i ha de plantejar-se crear un sistema de control de qualitat dels circuits i de les relacions en el nivell institucional entre els dos sistemes.
- b) Crear una oficina gestora de casos.
  - Aquesta oficina ha de ser un vertader instrument de coordinació i de resolució de casos, té que ser operativa i deu estar formada per professionals experts, amb personal del Servei de Salut i dels Serveis Socials.
  - En aquesta comissió s'ha de valorar i resoldre casos concrets que han presentat dificultats per a la seva resolució usant les vies establertes en l'actualitat. Es pretén que quedin paleses les dificultats que es presenten en la pràctica diària dels serveis socials i sanitaris i aconseguir fer un seguiment adient dels casos en ambdós sistemes.

#### PROPOSTES DE TREBALL:

- Establir un canal d'informació continuu entre serveis socials i sanitat, cal un camí bidireccional.
- S'ha de treballar la voluntariat dels agents, i sobretot dels caps, en l'enteniment entre ambdues realitats. S'ha d'entendre com una estratègia de millora tant en l'eficàcia com en l'eficiència, en l'atenció a les persones, com en la gestió de recursos.
- Nosaltres per la nostra banda hem de definir la nostra cartera de serveis, per tal de tenir una bona carta de presentació a Salut.
- Cal establir les bases per tenir un circuit a on estan les persones = residents i/o pacients, i que estan en ambdós llocs, a Salut i Serveis Socials
  - Gestió de la medicació
  - Compartir història clínica de la persona
  - Compartir la història social
  - Evitar ingressos hospitalaris innecessari. Feina de contenció a les UCE's (Unitats de Curta Estada, Infermeria)
  - Proposar processos i protocols conjunts.
  - Suport en la casuística. Donar suport de forma bidireccional cada un en el que és



expert (Serveis socials, en atenció social i salut en atenció sanitària)

En quant la gestió de casos, varem concloure que fins que la coordinació sociosanitària no sigui una realitat, certament estam molt enforma de poder proposar el treball de la figura del “gestor de casos”, ja que cal una coordinació i una comunicació molt alta.

Proposam treballar en els següents punts, a partir de l'anàlisi anterior :

- Establir les primeres línies de coordinació entre Salut i Serveis Socials.
- Estudiar quins són els punts de confluència entre ambdós àmbits (medicació, interconsultes, casos hospitalitzats amb problemàtica social...)