

Salut+Social. Model d'atenció integrada del pacient

Ester Gavaldà¹, Clàudia Curto¹, Jordi Baucells², Manel Zaera², Xavier Melich³, Mercè Príncep³, Núria Brunet¹, Begoña Tomàs¹, Susanna Lleti¹, Paula Germán³, Gemma Batlle¹

¹EAP Amposta. Institut Català de la Salut; ²Direcció de Sistemes d'Informació - Gerència Territorial Terres de l'Ebre. Tortosa; ³Àrea de Serveis Socials. Ajuntament d'Amposta.

Resum

A la ciutat d'Amposta el mes juny de 2014 es va iniciar una experiència innovadora que permet realitzar un adequat seguiment sanitari i social dels pacients. Es tracta d'un projecte de coordinació amb l'ajuda de l'aplicació informàtica Salut+Social, creada per establir una ràpida i fluïda comunicació entre el centre d'assistència primària (CAP) i els serveis socials (SS) de l'Ajuntament d'Amposta.

Aquest projecte neix a partir de la inquietud comú per part dels professionals d'atenció primària del CAP Amposta i els SS municipals de la mateixa ciutat per tal de donar una atenció integrada, eficient i de qualitat als pacients amb necessitats d'atenció sanitària i social complexes: pacients crònics complexos (PCC), malaltia crònica avançada (MACA), atenció domiciliària (ATDOM), pacients amb grau de dependència 2 i 3 o amb serveis d'ajuda a domicili.

Una reflexió entorn a l'aposta per l'atenció integrada a la ciutat d'Amposta

Els Serveis Socials Bàsics i el Centre d'Atenció Primària de Salut de la ciutat d'Amposta atenen 21.197 habitants per tal de promoure la salut i el benestar dels ciutadans. Tots dos serveis de benestar, salut i social, creuen en la integració i treball conjunts dels dos sistemes per les diferents raons que a continuació s'exposen:

La integració facilita l'atenció al pacient

El concepte d'integració de serveis facilita l'atenció al pacient des d'una visió global. Creiem que avui en dia no té sentit que els dos sistemes d'atenció treballin de manera paral·lela o separada ja que han de confluir en una intervenció integral de la realitat del pacient/usuari/ciudadà.

Les persones i l'organització són clau

La posada en marxa d'un treball conjunt ha suposat un reuulsu per a les organitzacions. Ha estat una empenta a la necessitat i ganes d'establir mecanismes de treball, comunicació i coordinació entre els professionals sanitaris i socials que per diferents motius i circumstàncies no tiraven endavant. La feina conjunta ha donat lloc a la consolidació i permanència del concepte d'innovació en el dia a dia del treball professional i s'ha convertit en un element de millora contínua. La motivació dels individus i dels equips és constant i permanent. És per això que al llarg del temps han sorgit les iniciatives següents:

- En un primer moment s'engegà un cicle de xerrades dels professionals dels serveis socials (treballadors socials, educadors socials i psicòleg municipal al CAP d'Amposta) per tal d'aprofundir en el coneixement mutu i en les funcions professionals que porten a terme. Es pretenia, i es va aconseguir, un major coneixement per part dels professionals sanitaris de la tasca dels professionals dels serveis socials al municipi.

- Arran d'una reorganització del programa ATDOM a la ciutat d'Amposta (on un equip de dues infermeres van assumir tots els usuaris del programa ATDOM), es constatà la necessitat de coordinar les actuacions amb el servei a domicili que ofereix l'Ajuntament d'Amposta. Fent una anàlisi més profunda de les dificultats de comunicació s'implantà la figura d'un metge referent per al tractament dels casos que tenen un component més social.

- En l'àmbit dels serveis socials es va reforçar el paper dels tècnics de dependència i de serveis domiciliaris com a referents de la coordinació amb l'àmbit de salut. Es constatà la necessitat d'establir rigor i metodologia tècnica en aquesta relació i va sorgir una iniciativa de caire tecnològic, però que ha tingut un impacte que va més enllà: ens referim a l'eina que hem desenvolupat des de la Unitat de Sistemes d'Informació de la Gerència Territorial de l'ICS a les Terres de l'Ebre, anomenada Salut+Social.

- Salut+Social: és un projecte que permet implantar un sistema de comunicació àgil, fluid i amb garanties, entre els serveis de salut i els socials, que era inexistent al territori. També introdueix els conceptes de mètode, rigor, registre i avaluació de la informació entre tots dos sistemes de benestar. Aquesta eina tecnològica, a més a

Correspondència: Jordi Baucells Lluís
Direcció d'Atenció Primària de les Terres de l'Ebre
Gerència Territorial de les Terres de l'Ebre
Institut Català de la Salut
C/ Esplanetes, 44-58
43500 Tortosa
Tel. 977 519 309
Adreça electrònica: jbaucells.ebre.ics@gencat.cat

més, ha potenciat la creació d'un primer nivell conjunt de treball entre els serveis socials i de salut a escala local, on una comissió es reuneix amb caràcter mensual per coordinar, entre altres aspectes, el programa ATDOM i el Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) Social. S'aborden casos comuns per als serveis i es discuteixen estratègies d'intervenció. Aquesta comissió està formada en aquests moments per tècnics de serveis socials municipals (el de serveis domiciliaris i el de dependència), infermeres del programa ATDOM, la treballadora social de l'Hospital Comarcal d'Amposta, la directora i el metge referent per a casos socials de l'EAP Amposta, la infermera enllaç gestora de casos entre l'EAP Amposta i l'Hospital Comarcal i la gestora de casos de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

- Taula de Treball de Gent Gran i Dependència, d'àmbit municipal, creada a partir de la taula participativa del mateix nom del Consell Municipal de Serveis Socials. És una eina de planificació i discussió a escala més global, sense entrar en el detall dels casos. S'hi analitza la realitat local, s'hi fan propostes conjuntes entre els serveis socials i de salut i s'hi discuteixen situacions i necessitats d'intervenció. En aquests moments estan representats els serveis socials bàsics, l'atenció primària de salut, salut mental i altres serveis d'atenció especialitzada tant sanitària com social.

- Integració dels professionals socials, en concret els tècnics de dependència i serveis domiciliaris municipals: estaran un dia a la setmana (presència física) al CAP de Salut d'Amposta per tal d'enfortir la coordinació i el treball amb els professionals sanitaris.

- Consolidació de la relació i treball amb la Fundació de Serveis Socials del Montsià (FUSSMONT). La FUSSMONT és una fundació municipal que gestiona el centre de dia de malalties neurodegeneratives, la residència d'avis i el centre de dia per a gent gran d'Amposta. A més, fa la provisió dels principals serveis domiciliaris: àpats a domicili, servei d'ajuda domiciliària i transport adaptat municipal, que respon a les necessitats dels centres de dia.

- Desenvolupament d'actuacions de promoció i prevenció de salut de manera conjunta entre serveis socials i salut: Amposta Fem Salut, Pla de Prevenció de Drogodependències i xerrades i tallers diversos en serveis i equipaments municipals i educatius.

- Programa de Prevenció de Cronicitat i Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS): aplicació al municipi i desenvolupament en l'àmbit local de manera coordinada amb l'Administració autonòmica.

- Abordatge de les demències. A causa que en el nostre àmbit sanitari les demències són un problema de salut prioritari, amb un gran impacte familiar i social i que genera un gran consum de recursos sanitaris, socials i econòmics, el nostre principal objectiu consisteix a elaborar un procés

d'atenció integral a les demències que ens permeti oferir una atenció sanitària de qualitat a aquest grup de pacients i les seves famílies. Aquesta gestió ens permetrà visualitzar, analitzar i millorar els fluxos de treball oferint una visió integral de l'assistència a les demències, que ens permetrà atendre les necessitats sociosanitàries del pacient i de les seves famílies.

Aquesta filosofia de treball conjunt i atenció integrada entre el vessant social i el sanitari va més enllà i busca abordar altres aspectes com la introducció del concepte d'avaluació i mesura d'impacte de les intervencions professionals en la realitat del dia a dia i l'optimització i estalvi de recursos, prenent consciència del seu cost i efectivitat.

Un altre dels nostres objectius és donar resposta a la necessitat d'oferir una atenció sanitària en igualtat de condicions per a tots els pacients a fi d'aconseguir una atenció de qualitat integral i la disminució en la variabilitat de la pràctica clínica garantint l'eficiència, efectivitat i qualitat del servei, per aconseguir així una millor gestió dels recursos disponibles.

Pretenem crear un procés de gestió comuna entre els diferents nivells assistencials evitant la dispersió de proves i visites mèdiques i les peregrinacions dels pacients per diferents serveis assistencials, per poder obtenir una millor gestió dels recursos i oferir així als pacients un diagnòstic i tractament ràpid ja que aquest influeix en l'evolució de la malaltia. Això es pot aconseguir mitjançant la creació d'un circuit de diagnòstic i seguiment clar i comú per a tots els pacients, familiars i professionals que proporcioni una visió integral d'aquesta patologia i una atenció sanitària de qualitat (Figura 1).

Objectius específics

- Crear un procés específic integral d'atenció a les demències.

- Facilitar la coordinació entre atenció primària, especialitzada i sociosanitària.

- Afavorir un diagnòstic precoç.

- Citar la visita amb la treballadora social de forma precoç després del diagnòstic.

- Iniciar els tràmits administratius clars i àgils.

- Informar els pacients i els seus familiars.

- Millorar els resultats de salut i benestar dels usuaris.

- Contribuir a la sostenibilitat de l'actual sistema de salut i benestar, garantint la utilització més adequada dels recursos disponibles.

- Assegurar una resposta personalitzada i adaptada a les necessitats assistencials de les persones en situació de complexitat social i sanitària, que millori la qualitat de l'atenció i permeti una major coresponsabilitat i apoderament de les persones.

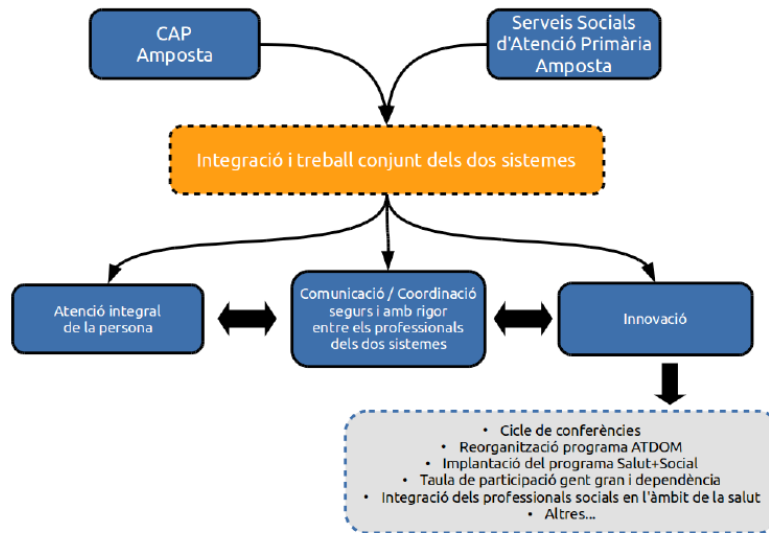


FIGURA 1. Atenció integrada a Amposta

– Potenciar l'autonomia de les persones i de les seves famílies.

Metodologia de treball

Seguint les línies de treball exposades anteriorment, des dels serveis socials municipals i des del CAP d'Amposta es decideix posar en marxa aquest projecte de la manera següent: s'acorda en diverses reunions entre professionals d'ambdós serveis que per portar a terme el projecte d'una manera conjunta, entre d'altres aspectes, cal introduir la figura del treballador social de l'àrea bàsica de l'atenció primària al CAP, ja que és aquest professional, i no un altre, qui coneix juntament amb els professionals sanitaris la realitat d'aquesta malaltia i d'aquells casos socio-sanitaris complexos i el que posteriorment oferirà la cartera de recursos socials municipals envers l'atenció i la cura tant del malalt i/o de la persona amb problemàtica social com de la seva família.

Per tant podríem parlar de dos vessants del professional social al CAP: detecció i treball conjunt en demències i/o deteriorament cognitiu i treball conjunt de casos socio-sanitaris complexos.

Un cop per setmana, concretament els divendres, un/a treballador/a social de l'Àrea Bàsica de Serveis Socials romandrà al CAP; aquests professionals són tant referent de la dependència com referent dels serveis d'atenció domiciliària

Per què aquests professionals i no uns altres? Perquè són els professionals que estableixen plans d'intervenció individuals després d'una primera valoració pels professionals de primera acollida.

Treball conjunt en demències

El fet de concretar el divendres és per poder coincidir amb el neuròleg del CAP, per tal de poder fer un treball coordinat amb la persona que presenta una demència.

La treballadora social, a part de donar suport al neuròleg en aquelles qüestions de caire més social, també oferirà ajuda al malalt i al seu entorn més proper: informació i assessorament en ajuts i recursos, derivació als serveis socials bàsics, informació sobre la Llei de la dependència, lliurament de la documentació per fer els tràmits oportuns, visites a domicili conjuntes amb els referents de salut i altres que es puguin requerir.

Treball conjunt de casos socio-sanitaris complexos

El treball conjunt, en aquest cas, consistirà en una coordinació i treball en equip entre el professional social i el/la metge/essa de referència i/o infermer/a de la persona, de forma recíproca, amb l'objectiu d'establir un pla d'intervenció conjunt davant de casos complexos que unilateralment no es puguin treballar.

Quins casos s'hi engloben?: casos derivats pels metges de referència o pels infermers/eres, casos derivats pels serveis socials bàsics, casos provinents del programa Salut+Social i altres casos que puguin ser valorats pels equips.

Aquest pla de treball conjunt portarà un seguiment, un intercanvi d'informació entre professionals, per tal d'avaluar les coordinacions i el treball fet amb l'usuari/pacient i, si escau, un tancament del cas (Figura 2).

Aplicació informàtica Salut+Social

Es va desenvolupar una aplicació informàtica que pretenia els següents objectius:

– Millorar l'assistència als usuaris PCC i MACA mitjançant la coordinació de tots els professionals implicats (infermeria, atenció domiciliària i assistència social).

– Facilitar la compartició de la informació dels usuaris PCC i MACA entre els diferents proveïdors que els atenen, tot gestionant qui hi pot accedir i com.

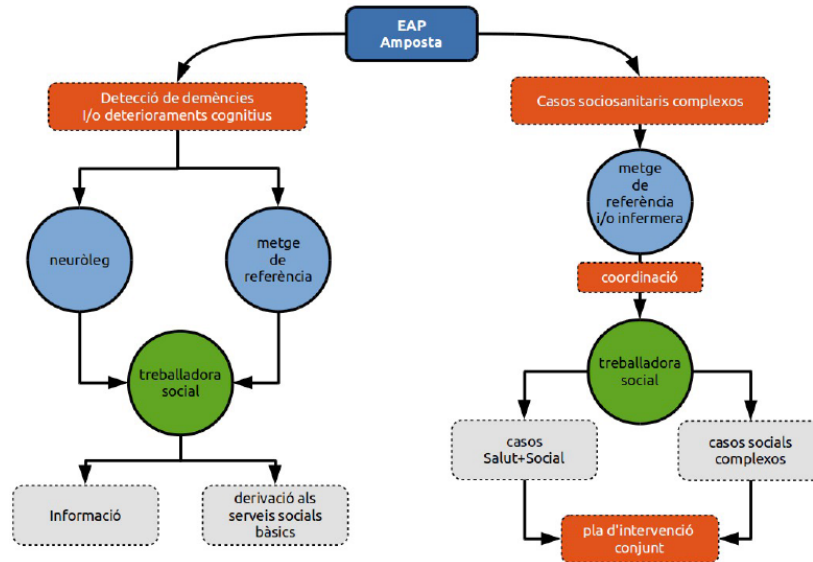


FIGURA 2. Pla de treball a l'EAP Amposta en casos de demència o deteriorament cognitiu i en casos socio-sanitaris complexos

- Evitar duplicitats d'informació entre la tasca dels assistents socials (ajuntaments) i els professionals sanitaris (l'Institut Català de la Salut [ICS]).

Aquesta aplicació es va crear amb 8 perfils d'usuaris diferents, segons el rol dins del procés: referent salut (metge/essa / infermer/a ICS), referent de serveis socials, infermer/a, metge/essa, pediatre/a, treballador/a social, educador/a social i infermer/a d'enllaç.

Funcionalitats i procés

Aquest sistema funciona de la manera següent:

- Un professional dona d'alta un usuari a l'aplicació; cada professional pot gestionar usuaris d'un o més centres.
- Un cop donat d'alta l'usuari, es comunica automàticament als professionals mitjançant una notificació.
- L'alta d'usuaris la poden fer referents i usuaris de serveis socials.
- Un professional pot consultar la llista d'usuaris registrats. Es pot filtrar la llista per nom, cognoms, CIP, estat, complexitat (PCC, MACA) i atenent a si té atenció domiciliària o no. De cada usuari es registra la complexitat, si té ATDOM, si té demència, si té malaltia neurodegenerativa, el grau de dependència, si té teleassistència, si té SAD, si va a un centre de dia, si té una solitud no volguda i el nom del ciutadador i treballador social assignat. A part, es carreguen automàticament de la història clínica informatitzada d'atenció primària les dades bàsiques, si és èxitus, si té ATDOM, si té demència i si té malaltia neurodegenerativa.

- Qualsevol professional pot afegir un moviment a l'usuari. El moviment és un comentari que fa el professional després de veure l'usuari. El professional pot sol·licitar una resposta (un altre moviment) dels altres professionals. El moviment es notifica a la resta d'usuaris.

- Qualsevol professional pot consultar l'històric de moviments d'un usuari.

- Un professional pot donar de baixa un usuari, sigui per èxitus o per un altre motiu. La baixa es notifica als usuaris.

- L'àrea de notificacions permet accedir als missatges que rep el professional generats per les accions dins de les fitxes dels usuaris o bé per missatges directes rebuts. També permet consultar qui ha llegit els missatges generats per un determinat professional.

- Els referents de l'ICS i els referents dels serveis socials poden consultar els moviments pendents de resposta.

- Els referents de l'ICS poden consultar les persones que a l'ECAP tenen un problema de salut d'atenció domiciliària i que no consten a l'aplicació.

- Els referents dels serveis socials poden assignar usuaris a professionals, de manera que un professional veurà per defecte només els usuaris assignats. Això es pot configurar per a cada centre.

- Tots els professionals poden enviar missatges directes relacionats amb un usuari a la seva UAB, UI, als usuaris d'un o més perfils de l'aplicació o a adreces electròniques introduïdes manualment. Els missatges són notificacions internes, si són adreçats a usuaris de l'aplicació, o correus electrònics, en cas contrari.