

LA2, PE2.5

PROPOSTES D'ACCIÓ PER A UN MODEL COL-LABORATIU ENTRE SERVEIS SANITARIS I SERVEIS SOCIALS BÀSICS

Versió 1.1. Agost de 2012

SUMARI

1. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL.....	3
2. PROPOSTES D'ACCIÓ.....	5
1. Definir un model de treball col·laboratiu de base local en el territori.....	5
2. Introduir en el Contracte Programa del Departament Salut i del Departament de Benestar Social i Família, alguns objectius e indicadors comuns, per al proper exercici 2013.....	6
3. Promoure la “finestra única”.....	6
4. Incentivar prestacions en forma de serveis.....	6
5. La història clínica compartida (HCCC) ha d'incorporar alguna informació social d'interès comú:.....	6
6. Possibilitar l'accés a la història clínica compartida per part de Serveis Socials	7
7. Identificar els territoris on realitzar les proves del model col·laboratiu:	7
8. Proposta de constituir una oficina d'integració per a la planificació de serveis	7
9. Autors	8

1. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL

Els serveis socials bàsics (SSB) constitueixen la via d'entrada per resoldre les necessitats i els problemes socials dels ciutadans de Catalunya, d'acord amb la Llei 12/2007, de serveis socials, article 3 (Finalitat dels serveis socials), punt 2: «Són necessitats socials, als efectes del que estableix l'apartat, les que repercuteixen en l'autonomia personal i el suport a la dependència, en una millor qualitat de vida personal, familiar i de grup, en les relacions interpersonals i socials i en el benestar de la col·lectivitat. Les necessitats personals bàsiques són les pròpies de la subsistència i la qualitat de vida de cada persona.»

D'acord amb el que s'expressa en aquesta llei, és evident que molts dels aspectes relatius a les necessitats socials descrits en aquesta definició legal són comuns, amb situacions que es donen en el sistema de salut pel que fa a la qualitat de vida, l'autonomia i la dependència.

Seguint el factor de salut present en els SSB, en una anàlisi de les dades del RUDEL 2010 (Registre Unificat dels Ens Locals) es detecta que, dels problemes atesos pels SSB i informats al DBiF, el 24% comporten aspectes de salut i, més en concret, estan relacionats amb patologies cròniques. És en aquest marc que cal promoure estratègies conjuntes de treball entre tots dos sistemes per poder abordar els problemes comuns detectats.

Un altre fet important que cal que els SSB tinguin en compte és l'aplicació de la Llei de la promoció de l'autonomia personal i atenció de persones en situació de dependència. Hi ha un nombre elevat de persones la situació de dependència de les quals ha estat reconeguda pels serveis de valoració en conveni amb el Departament de Benestar Social i Família.

Una vegada reconeguda aquesta situació, els serveis socials municipals duen a terme el pla d'atenció individualitzat (PIA). Per tant, això també afecta a les tasques encomanades als SSB.

En el passat hi ha hagut experiències de realització conjunta del pla individualitzat d'atenció integrada (PIAI) per part dels serveis sanitaris i socials locals en el territori. En els últims anys aquestes experiències han estat poc desenvolupades i concentrades en els projectes de Vilanova i la Geltrú i de Centelles i altres en el camp específic de la salut mental (7 projectes pilot ProDep-SM).

Un altre factor que cal tenir en compte en la relació entre el Departament de Salut i els SSB és el fet que fins ara els serveis socials i els serveis sanitaris no han pogut compartir informació rellevant d'interès comú en un entorn electrònic.

Les xarxes d'informació sanitàries i socials no estan interconnectades ni són interoperables. Hi ha hagut alguna experiència aïllada de consulta eCAP per part d'algun servei social municipal, en què poden accedir a la història clínica els serveis socials, però no disposem d'un model suficientment clar que determini aquest conjunt mínim de dades que haurien de ser compartides per tots dos àmbits assistencials.

Un fet cabdal és la necessitat d'establir entorns de missatgeria segura entre els serveis sanitaris i socials, de la mateixa manera que s'està proposant des de l'àmbit sanitari la integració clínica entre els entorns de l'atenció primària i l'hospitalària.

Cal afegir que, en aquests moments, el Departament de Benestar Social i Família està revisant els sistemes d'informació que hi ha actualment en els diferents municipis i comarques. Per tant, s'haurien de tenir en compte també les necessitats d'interoperabilitat de l'aplicació que finalment es recomani.

Una altra àrea que ha estat identificada com de màxim interès, en qualitat d'element de canvi, la brinda l'oportunitat d'alinejar els contractes programa establerts entre el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família. És a dir, veure quins objectius es poden compartir si finalment s'estableix un model col·laboratiu conjunt entre els SSB i els serveis sanitaris.

En aquests moments, el Departament de Salut està identificant objectius i indicadors comuns transversals, que s'incorporaran en el procés de contractació segmentat per línies assistencials. Tenim l'oportunitat d'introduir aquesta visió transversal en les respectives contractacions i identificar algun objectiu comú que pugui estar vinculat a un model d'incentivació en els contractes programa.

En el cas del Departament de Benestar Social i Família, enguany s'ha treballat en la reformulació de la fitxa 1 del contracte programa, afegint-hi nous elements d'avaluació. Caldrà tenir present la relació conjunta de treball entre els àmbits dels serveis socials bàsics i dels serveis sanitaris a l'hora d'avaluar el contingut de futurs contractes programa.

El treball conjunt entre tots dos departaments ha d'establir sinergies basades en elements de millora en la prestació de serveis com, per exemple, la incorporació d'objectius estratègics en el contracte, fins i tot amb indicadors transversals i comuns en diferents àmbits assistencials; l'increment de contactes telefònics com a modalitat substitutòria de la visita presencial; el disseny i la implementació de models de formació per als cuidadors; la formació conjunta dels professionals dels SSB i dels serveis sanitaris, etc.

2. PROPOSTES D'ACCIÓ

1. Els serveis socials bàsics de Catalunya són prestats, actualment, per part de 104 àrees bàsiques. Per tant, són competència local i es fa necessari definir un model de treball col·laboratiu de base local en el territori. Per això cal revisar la planificació territorial dels serveis que no són coincidents. Cal afegir que això afecta també el treball en les situacions d'atenció de la dependència i de la cronicitat, especialment en cas de multimorbiditat. S'ha de dissenyar i implementar a escala territorial local una proposta de model de relació i treball conjunt que afecti les àrees bàsiques de serveis socials i les seves anàlogues de salut. Per tant, visualitzarem des del grup de treball experiències de bones pràctiques per poder definir en un primer moment les línies d'actuació comunes entre tots dos sistemes per a un futur model col·laboratiu. S'hauran d'establir àrees d'interès prioritari de treball en aquest model: dependència, tant en grau III com en grau II (amb un vessant més preventiu); gent gran amb programes d'atenció domiciliària; infància en risc; salut mental, etc.

En relació amb la gestió i el seguiment de recursos i serveis també es poden iniciar o establir acords a escala local per poder oferir en casos específics un servei d'ajut a domicili (SAD) temporal o d'atenció domiciliària (ATDOM) per part de Salut, tenint en compte que els serveis d'atenció a domicili formen part de la cartera de serveis socials bàsics, que depèn de l'ens local prestatari.

L'activació d'aquest servei hauria de ser molt àgil i hauria de ser gestionada en el procés de planificació de l'alta hospitalària per tal de garantir un temps de resposta i d'acceptació del SAD/ATDOM més ràpid, tenint en compte sempre criteris de disponibilitat dels recursos per part dels ens locals i dels EAP corresponents. Així mateix, cal tenir en compte que l'ATDOM de Salut està planificada per endavant mitjançant el programa PRE-ALT i la infermeria d'enllaç.

Per tant, pel que fa al SAD/ATDOM –tot i que són complementaris– cal observar possibles àmbits on se solapin; alhora, cal una coordinació rigorosa entre sistemes i una cura extrema per tal de no envair competències d'un sistema o un altre.

Amb aquests grups de població es pot pensar a fer diagnòstics sociosanitaris compartits i establir plans d'actuació consensuats. La proposta seria identificar un professional referent per a cada persona/família, un interlocutor identificat, que aplegui la visió aportada pels serveis socials i sanitaris. Seran els professionals els que es coordinaran en comptes d'adreçar les persones d'un servei a un altre.

En una primera fase, i en aquest context delimitat, les valoracions tècniques efectuades pels professionals dels dos àmbits seran reconegudes com a vàlides per a qualsevol dels dos sistemes. És a dir, el diagnòstic i la proposta d'actuació efectuats per un professional de serveis socials no necessitaran validació per part dels professionals socials del sistema de salut i el mateix succeirà a la inversa. Aquest reconeixement recíproc pot ser de fàcil implementació en relació amb el seguiment i les propostes de revisió social i sanitària dels PIAI.

També en entorns de més coordinació es poden ampliar papers administratius en la programació en agendes de serveis socials d'AP/EAP.

2. Introduir en el contracte programa establert entre el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família alguns objectius i indicadors comuns per al proper exercici 2013. Per exemple:

a) Nombre de persones a qui s'ha de fer un PIAI. Aquest indicador s'ajustaria concretant un nombre mínim de persones que s'ha d'incloure durant l'any d'avaluació en funció de la població del municipi o la comarca. Fins i tot es podria calcular una proporció mínima de persones que cal incloure en aquestes sessions de discussió i de treball col·laboratiu en funció de la capacitat operativa del territori. Tal com s'ha comentat en el punt anterior, aquest model d'atenció es podria estendre a un conjunt de població d'interès prioritari.

b) Nombre mínim de sessions de coordinació entre UBASP i EAP.

c) Incorporació de l'accés als sistemes d'informació sanitari per part dels serveis socials (per exemple, la HCCC) i accés als sistemes d'informació social per part dels serveis sanitaris.

3. Promoure la «finestra única».

Cal tenir present la realitat específica dels territoris en què hi ha professionals de treball social en els equips d'atenció primària de salut i adaptar-hi les propostes.

S'hauria d'incorporar funcionalment al treball social sanitari que opera en molts dels nostres centres de salut i, mitjançant la delegació de competències, avançar cap a un escenari de «finestra única». Es treballarà en models de millora de coordinació i simplificació de circuits de derivació entre serveis; així mateix es podrà delegar la prescripció de recursos des de serveis socials al treball social sanitari.

4. Incentivar prestacions en forma de serveis.

Cal facilitar que els serveis assignats en aplicació de la LAPAD no siguin tan exclusius en prestació econòmica. Així mateix, cal incentivar que la prestació sigui en serveis (actualment quasi un 90% és prestació econòmica, que no sempre es vincula a l'atenció de la persona dependent).

També cal plantejar el seguiment dels PIA actuals un cop assignats els recursos, ja que si no es desvirtua la prestació assignada.

5. La història clínica compartida (HCCC) ha d'incorporar informació social d'interès comú:

a) Resolució i tipificació del «grau i nivell dependència»: cal incorporar el grau, la resolució administrativa i el dictamen del SEVAD.

b) Identificació i registre a la HCCC de l'estat de situació de «tramitació» i «resolució» favorable del servei específic: servei d'ajut a domicili (SAD), teleassistència, menjars a domicili, etc.

c) Informes de serveis socials i informes jurídics d'interès comú. Els professionals de salut haurien de tenir informació, en temps real, en relació amb el suport social que rep la persona.

6. Fer possible l'accés a la història clínica compartida per part dels serveis socials, perquè aquests puguin accedir a la informació clínica rellevant (amb la consulta jurídica prèvia pertinent). Cal definir quins són els aspectes rellevants de salut per als serveis socials i a l'inversa. En cas que no fos necessari l'accés a tota la informació d'HC3, es podria disposar d'un filtre que facilités només l'accés a aquella informació clínica rellevant relativa a l'entorn de treball col·laboratiu. S'articularen els mecanismes de seguretat (protecció de la confidencialitat) i convenis de «bona pràctica» i ús de les dades per dur a terme aquest procés. Es faran experiències demostratives d'accés a la HCCC per part dels serveis socials. Seria desitjable que en el futur, amb el desenvolupament de la història social electrònica d'elecció, s'incorpori en un entorn d'història clínica i social compartida la informació que sigui d'interès comú per a tots dos àmbits de serveis, de manera que sigui fàcilment accessible per part de cada estació de treball.

Es planteja iniciar a curt termini alguna experiència demostrativa a escala territorial en què es puguin incorporar aquestes línies d'avenç comunes i de manera simultània.

7. Identificar els territoris per fer les proves del model col·laboratiu: s'identificarà un conjunt de territoris on hi hagi lideratges locals per dur a terme aquest projecte. S'encarregaria als responsables de salut i de serveis socials dels territoris afectats elaborar un pla funcional. Membres dels serveis centrals del Departament de Benestar Social i Família i del PPAC del Departament de Salut participaran en la coordinació d'aquests plans funcionals; així mateix, duran a terme un seguiment del disseny i la implantació.

8. En relació amb la cronicitat i les situacions de dependència, es proposaria constituir una oficina d'integració per a la planificació de serveis, que coordinaria les actuacions dels diversos departaments implicats, amb les funcions següents:

- Elaborar les directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que cal desenvolupar per garantir l'atenció integral entre tots els serveis d'atenció a la persona en situació de cronicitat i/o dependència.
- Definir els àmbits de planificació específics per a poblacions especials (salut mental, discapacitat intel·lectual, persones grans amb necessitats sociosanitàries complexes, població infantil, entre altres) així com els serveis sanitaris i socials implicats i el sistema de coordinació que calgui definir o establir entre aquests.
- Coordinar amb els òrgans competents dels departaments implicats el desplegament i la implantació dels diversos programes i actuacions.

Membres del grup de treball:

Roger Brufau. Departament de Benestar Social i Família

Rosa Carrasco. Institut Català de la Salut

Joan Carles Contel. PPAC, Departament de Salut

Montse Doménech. Serveis Socials de l'Alt Penedès

Angelica Millan. Serveis Socials de Castelldefels

Ana Quintanilla. Col·legi d'Infermeria de Lleida

Monserrat Pareja. Unió Catalana d'Hospitals

Montse Puigdollers. Regió sanitària de Barcelona

Josep Ramos. Pla director de salut mental

Arantxa Rodríguez. Serveis Socials de Vilanova i la Geltrú

Ino Sánchez. Departament de Benestar Social i Família