



L'atenció social en salut des de la proximitat

VII Jornada de Treball Social als
Equips d'Atenció Primària de Salut

Esplugues de Llobregat, 6 de març de 2008
Auditori de Sant Joan de Déu

Col·laboracions especials

Àmbit d'Atenció Primària Costa de Ponent
Ajuntament d'Esplugues de Llobregat
Diputació de Barcelona
Fundació d'Atenció Primària (CAMFIC)
GAES

Agraïments

Asepeyo
Centro Médico Molins
Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya
CRAL Sant Just
Fundació SAR
Grupo Bastón de Oro
Residència La Maresma

VII Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut

L'atenció social en salut des de la proximitat

Generalitat de Catalunya

Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària Costa de Ponent
Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre
Esplugues de Llobregat, 6 de març de 2008

Edició
Tiratge

Institut Català de la Salut
400

Índex

Presentació	5
Comitè Organitzador	6
Comitè Científic	7
Secretaria Tècnica	8
Programa.....	9
Conferència inaugural	11
Dr. Joan Subirats	12
Taula rodona matí:	17
Sr. Isaac Ravetllat.....	18
Sra. Mar Peña.....	19
Sr. Àngel Vidal	33
Taula rodona tarda:	37
Sra. Margarita García	38
Dra. Alícia Casals	45
Comunicacions lliures	48
Aplicació de tècniques de relaxació a domicili per l'equip PADES	49
Intervenció sociosanitària a pacients amb fibromiàlgia.....	51
Percepció de les famílies migrants subsaharianes al maresme sobre les mutilacions genitals femenines.....	53
Coordin@-3: la planificació de la continuïtat assistencial entre treballadors socials de l'hospital d'aguts i l'atenció primària social i de salut	55
Treball Social: un nou model de sistemes d'informació	56
Programa de Promoció de la Salut a la Comunitat: ahir, avui i demà. Una experiència concreta.....	58
Projectes	60
Escola de pares i mares a l'Àrea Bàsica de Salut a la població de Martorell	61
El camí d'una proposta: projecte per treballar l'insomni des d'una ABS.....	63
La posta en marxa del protocol d'ICNO. Intercanvi generacional	64
Intercanvi generacional.....	65
L'especificitat de l'atenció social en els centres d'atenció primària de salut: és el més proper el més llunyà?	67
Diàlegs amb el cos	69
Cap al futur: intervenció del treballador social de salut en el procés d'IT	70
Pòsters	72
Barreres arquitectòniques en l'atenció domiciliària d'una Àrea Bàsica de Salut	73
Recursos sociosanitaris i socials que demanden els pacients de l'ABS La Granja.....	75
Utilització de la unitat de Treball Social de l'ABS La Granja dels pacients que demanden recurs sociosanitari	77
No s'aprecien diferències significatives segons sexe.	78
Història social de PADES. Reflex de la societat actual. Distinció entre el cuidador principal i la persona de referència	79
L'atenció integral en ATDOM, un servei de proximitat.....	81
La sobrecàrrega del cuidador al taller "Cuidem els que cuiden" del barri de la Barceloneta.....	83

La intervenció social en una unitat de geriatría d'aguts	85
La situació social condiciona el reingrés i les revisites en una unitat de geriatría d'aguts?	88
Sóc voluntari, sóc de Sant Martí	91
Metodologia APOC (atenció primària orientada a la comunitat)	93
Salut, camí i companyia	95
Espai gent gran i salut	97
Taller de geriatría i auxiliar de la llar	99
Fibromiàlgia i tècniques de relaxació	101
Qui necessita ajut per a medicació?	103
Grups de suport emocional a persones amb una relació de parella en crisi	105
Suport a la prevenció de la infància en risc	107
Trabajo Social comunitario en atención primaria de salud	109
Supervisión en trabajo social en el ámbito sanitario	111
Infància en risc i seguiment de casos. Una experiència de coordinació	113
Xarxa de grups de cuidadors	115
Gent gran, gent activa, gent sana!	117
El Treball Social a l'atenció primària: un valor afegit	119



Presentació

Avui el nostre col·lectiu té dos motius de satisfacció i de celebració. El primer motiu és que avui iniciem la VII Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut. Tal dia com avui, el dia 6 de març de 1997 es va celebrar la primera jornada a l'Hospitalet de Llobregat. Des de llavors s'ha acumulat molt de treball, molta experiència i moltes ganes d'avançar i aprofundir en la nostra feina. I és precisament tot aquest cúmul de coneixements el que avui incorporem a la VII Jornada, intentant que ens serveixi per dialogar, reflexionar i continuar millorant. El comitè organitzador d'aquestes jornades desitja que avui sigui un dia profitós, positiu i constructiu per a la nostra tasca i que ens ajudi a seguir endavant en el nostre treball a l'atenció primària de salut. És en aquest sentit que hem treballat tots plegats en la preparació d'aquesta jornada. A partir de les experiències anteriors, hem intentat incorporar millores, com és la col·laboració de la CAMFIC i més suport de la nostra institució, tant a nivell econòmic com a nivell professional.

El lema d'aquesta jornada és l'atenció social des de la proximitat. Això té a veure amb el segon motiu de satisfacció d'avui. Celebrem el 25è aniversari de la nostra entrada a l'Institut Català de la Salut, als equips d'atenció primària de salut. Vàrem començar l'any 1983 a Ciutat Badia, amb un pla pilot, abans del decret 84/85, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. En el vídeo "casolà" que després veureu i, que us emportareu gravat amb el resum de la jornada, hi ha un intent d'homenatge, sense fer concessions a la nostàlgia, a tots aquests anys de treball, representats per alguns i algunes dels protagonistes, sense oblidar-nos dels que ja no hi són com la Paca Oliveras, la Balbina Fernández, la Montse Marín i altres.

Pel fet d'estar presents als EAP, els treballadors/res socials hem aprofitat el Treball Social a la ciutadania des d'un entorn més assequible i proper, al primer esglaió de l'atenció sanitària als ciutadans. D'aquesta manera, hem aportat la nostra contribució perquè els serveis socials no siguin uns serveis pensats només per a gent exclosa o desfavorida. El nostre treball a l'atenció primària de salut té el mèrit d'haver ajudat a reforçar, normalitzar i universalitzar els drets socials de la ciutadania, fins a arribar a la situació actual, amb les normatives que els legitimen. Em refereixo a la Llei de Dependència i a la Llei de Serveis Socials. És per això, que creiem que el lema "l'atenció social des de la proximitat" defineix el treball fet pel nostre col·lectiu durant aquest 25 anys.

Cèlia Marcos
Presidenta del Comitè Organitzador

Comitè Organitzador

Cèlia Marcos (Presidenta)
Treballadora social EAP Sant Just

Jordi Riba (Secretari)
Treballador social EAP Esplugues 1 (Can Vidalet)

Lourdes Calvo (Tresorera)
Treballadora social EAP Esplugues 2 (Lluís Millet)

Fina Santos (Enllaç comitè científic)
Treballadora social EAP Cornellà 1 (Martí Julià)

Glòria Pujol
Coordinadora de formació. Comunicació i imatge SAP Baix Llobregat Centre.

Ana M^a Aceituno
Treballadora social EAP Molins de Rei

Sílvia Acosta
Treballadora social EAP Sant Joan Despí 2 (Les Planes)

Victoria Bardají
Treballadora social EAP Vallirana

Encarna Bolaño
Treballadora social EAP El Prat de Llobregat 1 (Ramona Via)

Lourdes Cortés
Treballadora social PADES Cornellà

Maite D'Ambrosio
Treballadora social EAP El Prat de Llobregat 1 (Sant Cosme i Sant Damià)

Toni Gómez
Treballadora social serveis socials d'atenció primària Ajuntament d'Esplugues de Llobregat.

Sílvia Hernández
Treballadora social EAP Cornellà 2 (St. Ildefons)

Isabel Román
Treballadora social EAP St. Feliu de Llobregat 1 (El Pla)

Dulce Ruiz
Treballadora social EAP Cornellà 3 (Gavarra)

Esther Tenorio
Treballadora social EAP Cornellà 2 (St. Ildefons)

Soledad Unión
Treballadora social EAP St. Feliu de Llobregat 1 (El Pla)

Comitè Científic

Fina Santos (Presidenta)
Treballadora social EAP Cornellà 1 (Martí Julià)

Rosa Alegre
Professora de l'Escola Universitària de Treball Social de la Universitat de Barcelona

Pere Barreto
Director EAP Esplugues 2 (Lluís Millet)

Rosa Bonet
Professora de l'Escola Universitària de Treball Social Pere Tarrés

Lluís Camino
Treballador Social CAS Font Santa

Rosa Carrasco
Treballadora Social l'Hospitalet – 1 (Centre)

M Jesús Ceraín
Metgessa EAP Esplugues 1 (Can Vidalet)

Roser Hellín
Infermera EAP Corbera

Pilar Laporta
Treballadora Social EAP Badalona 6 (Llefià)

Maria Llagostera
Responsable de Qualitat i Avaluació Assistencial. SAP Baix Llobregat Centre

Jordi Monedero
Director SAP Baix Llobregat Centre

Lluïsa Morató
Metgessa EAP Sant Just

M Jesús Moreno
Treballadora social INTRESS

Glòria Muniente
EAP Roquetes

Núria Pérez
Infermera EAP Esplugues 2 (Lluís Millet)

José Joaquín Poley
Director de Serveis de l'Àrea a la Persona. Ajuntament d'Esplugues

Clara Pujol
Gerent Hospital de Viladecans

M Antonia Rocabayera
EAP Sant Adrià 1

M Lluïsa Rodríguez
Coordinadora de Processos de Metodologia, Avaluació i Qualitat. SAP Baix
Llobregat Centre

Mónica Rodríguez
Metgessa EAP Vallirana

Marta Sirvent
Infermera EAP Vallirana

Secretaria Tècnica

Susanna Malpartida
SAP Baix Llobregat Centre
Carrer Bellaterra, 41
08940 – Cornellà de Llobregat
Tel. 93 567 14 71

Programa

08:30 **Acollida i lliurament de la documentació**

09:00 **Acte inaugural**

Interpretació musical a càrrec de Piotr Jeczmyk. Músic

09:30 **Conferència Inaugural**

Dr. Joan Subirats

Catedràtic de Ciència Política de la Universitat Autònoma de Barcelona

10:30 **Pausa/Cafè. Visita pòsters**

11:00 **Curtmetratge: Recorregut dels 25 anys del Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut.** Presenta: Lourdes Cortés.

11:30 **Taula rodona: L'atenció social en salut des de la proximitat:**

Situació actual. Moderadora: Dulce Ruiz.

Ponents:

Isaac Ravetllat: Investigador i professor del Departament de Dret Civil de la Universitat de Barcelona

Mar Peña: Treballadora social CAP Rambla Ferran (Lleida)

Àngel Vidal: Director de Processos, Cures i Qualitat de l'Institut Català de la Salut

Torn obert de paraules

13:00 **Comunicacions lliures**

Moderadora: Esther Tenorio

Aplicació de tècniques de relaxació a domicili per l'equip PADES. Olga Ventura

Intervenció sociosanitària a pacients amb fibromiàlgia. Dolores Olmos

Percepció de les famílies migrants subsaharianes al maresme sobre les mutilacions genitals femenines. Juana Moreno

14:00 **Dinar**

15:30 **Taula rodona: Treball Social: noves tecnologies**

Moderador: Jordi Riba.

Ponents:

Margarita Garcia. Treballadora social EAP Mataró 5

Dra. Alícia Casals. Catedràtica d'Arquitectura i Tecnologia de Computadors de la Universitat Politècnica de Catalunya

Ferran Rañé. Actor

17:00 Comunicacions lliures

Moderadora: Toni Gómez

Coordin@-3: la planificació de la continuïtat assistencial entre treballadors socials de l'hospital d'aguts i l'atenció primària social i de salut. Bianca Beltran

Treball Social: un nou model de sistemes d'informació. Íngrit Bartés

Programa de Promoció de la Salut a Comunitat: ahir, avui i demà. Una experiència concreta. Ramona Tigell

18:00 Curmetratge: Éramos pocos. Director: Borja Cobeaga

18:15 Conclusions i lliurament de premis

18:30 Cloenda



Conferència inaugural



Dr. Joan Subirats

Catedràtic de Ciència Política de la Universitat Autònoma de Barcelona

Introducció

Estem a les portes del major canvi en els serveis socials d'aquest país des del restabliment de la democràcia. La posta en marxa de la "Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència" (la mal anomenada "Llei de dependència") implicarà una enorme sacsejada en la manera de funcionar dels serveis socials d'aquest país. El canvi de lògica és evident. A aquest fet s'hi ha d'afegir l'aprovació a Catalunya de la Llei de serveis socials que fixa el camp en el nostre país sobre aquest tema. Fins a ara, disposàvem d'uns serveis socials que, simplificant, estaven més aviat pensats com àmbit especialitzat en el qual les persones amb majors dificultats de supervivència aconseguien, més o menys, sobreviure amb les ajudes previstes per a això en les administracions públiques. El que està en joc ara és que, almenys en l'àmbit de les persones amb problemes d'autonomia, els serveis socials ofereixin prestacions de caire universal, és a dir, per a qualsevol ciutadà. És, sens dubte, un gran canvi i un canvi molt positiu. Encara que no eximeix de riscos i problemes. Alguns d'ells tenen a veure amb el fet que les persones que no tinguin reconeguda la seva ciutadania puguin tenir accés a aquestes prestacions (a l'avantprojecte de serveis socials de la Comunitat del País Basc, es parla com a únic requisit d'estar empadronat). Un altre tema de gran importància és l'abast del sistema de copagament que ve incorporat en la nova Llei i el seu desplegament en un àmbit com el sociosanitari, de perfils imprecisos. I no és tampoc menor, el repte que suposen per als serveis socials i el conjunt de professionals que els personalitzen, el fet que, de la nit al dia, vegin incrementada la població que atenen de manera molt significativa, tant quantitativament com, sobretot, qualitativament.

Evolució dels serveis socials

En els darrers vint-i-cinc anys l'evolució dels serveis socials ha estat significativa. En la presentació del projecte de Llei que va acabar donant lloc a la "Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència", el president de govern, Rodríguez Zapatero va dir: "cuando el constituyente elaboró la Constitución seguramente no tenía en la cabeza los servicios sociales", i va afegir: "la realidad de nuestro país, desgraciadamente, presentaba una escasísima extensión de los servicios sociales". Es va suprimir la referència a la "beneficència", que era de fet el marc en el que estaven situats els serveis socials preconstitucionals. Les Comunitats Autònomes van assumir competències exclusives en serveis socials, entenent-ho com el conjunt de prestacions de tota mena per persones amb migrats recursos econòmics. A partir d'aquí es van anar creant els "serveis socials de base", impulsats per la Generalitat, als nous municipis democràtics. Més tard es van crear una mena "d'oficines d'orientació de benestar social" que, implantades

directament per la Generalitat, varen entrar en una certa competició clientelar a moltes poblacions. L'any 1984 es va publicar el Mapa de Serveis Socials i l'any 1985, la primera Llei de Serveis Socials, que seguint la filosofia del Mapa distingeix entre els serveis socials d'atenció primària i els especialitzats. L'articulació de les competències autonòmiques i locals amb les iniciatives de l'administració central, es va anar fent mitjançant l'anomenat "Plan Concertado". La característica més important de tot aquest període és la manca de garanties jurídiques (i per tant pressupostàries) d'aquest conjunt de prestacions i serveis. Es parlava d'universalisme, però no es va implementar d'aquesta manera. També cal destacar que malgrat la filosofia de les normes semblava portar a la descentralització dels serveis tampoc això va ser realitat de manera clara.

En els darrers anys el model aplicat per CiU s'esgotà en la mesura que la magnitud de les necessitats i demandes socials derivades, no es podien considerar com una mera assistència i gestionar els mecanismes de forma quasi clientelar. Això no obstant, la inèrcia del disseny institucional en les seves dimensions de contingut substantiu per una part i instrumental per l'altra, dificultaren els processos d'innovació. Els primers anys del nou govern tripartit augmenten els recursos per als programes en marxa. En l'anomenat Pacte del Tinell, es comprometeren principis com universalitat, transversalitat, municipalització, reforçament del tercer sector, participació, major finançament o inclusió.

Malgrat tot, l'esforç realitzat a Catalunya en protecció social fins el 2003 mostra que les taxes de despesa i cobertura segueixen estant molt per sota de la mitjana europea. La despesa realitzada pel Departament de Benestar Social indica el grau de prioritat dels serveis socials; la Generalitat redueix la seva despesa del 1994 al 2000 d'un 3,7% al 2,7%; a partir de 2001 inicia una remuntada, però al 2003 encara té un nivell de despesa com l'any 1994, és a dir, un 3,7% del pressupost de la Generalitat.

Quadre 1

Despesa en Protecció	199	200	200	200	200	200	200	200
Unió Europea-15 ⁽¹⁾	28,5	26,9	27,1	27,4	27,7	27,6		
Espanya ⁽¹⁾	22,8	19,7	19,5	19,8	19,9	20,0		
Catalunya ⁽²⁾	20,4	17,5	17,7	17,7	17,9			
Despesa Dept. Benestar Social/ Pressupost Generalitat (%) ⁽³⁾	3,7	2,7	2,8	3,3	3,7	5,1	5,0	5,4
Variació Pressupost Dept. Benestar Social any anterior (%)			3,7	17,9	12,1	37,8	-2,0	8,0
Variació Pressupost Generalitat any anterior (%)			7,3	10,8	8,4	16,4	15,0	11,2

Fonts: (1) Eurostat, (2) Idescat, (3) Pressupostos de la Generalitat de Catalunya

El projecte més ambiciós i estratègic recent a Catalunya ha estat la nova Llei de Serveis Socials. Aquesta llei presenta febleses i forteses. Així, per exemple, els immigrants extracomunitaris (fins i tot els residents legals) no tenen dret d'accés, se'ls atindrà per via d'urgència social (beneficència). Sobre la participació cívica i ciutadana no es supera el disseny burocràtic i consultiu: el Consell General de Serveis Socials, els consells territorials i els consells locals tenen funcions de consulta i capacitat de seguiment, però no de participació en les decisions. Sobre l'aportació financera de la Generalitat es traslladen responsabilitats als ajuntaments (les prestacions d'urgència social). Es mantenen certes ambigüitats sobre el dret universal i el copagament (els motius per justificar l'aportació econòmica dels ciutadans són molt amplis: alimentació, vestit, neteja de la casa, allotjament). Tots ells poden ser sotmesos a l'aportació de la persona usuària. Quant a la cartera de serveis socials es constata una indefinició de les prestacions garantides: la cartera inclou les prestacions garantides exigibles jurídicament, que depenen de dos aspectes bàsics no concretats: a) l'aportació dels beneficiaris al cost de cada servei, b) l'establiment del mòdul social per part de la Generalitat (el que pagaran les administracions).

Però, en canvi, és evident l'esforç realitzat per especificar els drets i deures de beneficiaris i altres agents. Reconeixement subjectiu del dret. Individualització (davant la familiarització) del dret d'accés. Quant als objectius quantitatius és molt positiu que en l'avantprojecte de llei hi apareguin objectius de dotació de personal i taxes de cobertura de serveis. Important procés de participació social. També cal esmentar la possibilitat d'integrar a la Xarxa d'Atenció Pública les entitats d'iniciativa social i les col·laboradores. Possibilitat de millorar la coordinació transversal entre diferents sistemes de benestar.

En els darrers anys s'ha donat un pas envers el desenvolupament de la recomanació del Consell d'Europa sobre l'elaboració de plans d'inclusió social. El Departament impulsà el debat a partir de la publicació, el gener de 2006, d'un document titulat: *"Pla d'acció per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya. Visió, necessitats, conceptes, estratègia. Construïnt la resposta"*. Es tracta d'un document propositiu de treball a partir del qual s'han iniciat actuacions a municipis (Plans Locals d'Inclusió Social).

La Llei 13/2006, de 27 de juliol, de prestacions socials de caràcter econòmic és una peça important de les polítiques reactives del pla de xoc contra la pobresa, ensems que és un exemple de la persistència d'una concepció selectivista (no universal) i de tipus assistencial. La Llei regula una altra transferència monetària més, mitjançant un nou indicador de la línia de pobresa, l'Indicador de la Renda de Suficiència de Catalunya (IRSC)¹ per sota del qual no és possible viure amb dignitat, segons el govern.

¹ L'IRSC és la versió catalana de l'IPREM (Indicador Público de Rentas con Efectos Múltiples) que substitueix des del 2004 al Salari Mínim Interprofessional com a referent d'ingressos per l'accés a beques, habitatge de protecció oficial, ajuts socials,...

La llei de serveis socials de Catalunya insisteix en la participació cívica, en la conveniència de descentralitzar, desconcentrar i territorialitzar cap a vegueries i ajuntaments. Es proposa passar d'una lògica de grups a una lògica de persones i territori, procurant que les demarcacions de salut, educació, etc. coincideixin amb la de serveis socials. S'afirma la voluntat de transversalitat quan es planteja la coordinació amb els serveis educatius, laborals i de salut del mateix territori. I es proclama una voluntat del sistema de coordinar els recursos del sector públic-mercantil-social. En aquest sentit seria convenient deixar clar que els criteris de qualitat que s'utilitzen seran els mateixos, independentment que els serveis, equipaments o prestacions els realitzi l'administració pública o la iniciativa privada, ja sigui social o mercantil.

El projecte mostra un notable esforç racionalitzador (descentralització, territorialització, coordinació). Tanmateix, l'excessiva fragmentació de plans i programes ha sofert un procés d'expansió, com amb la Llei de Prestacions Socials de caràcter econòmic. Però al mateix temps, es constata una voluntat de coordinació, com el futur Pla d'Acció per a la Inclusió i la Cohesió Social a Catalunya, o el programa "ProDep" creat el 2005, i que és un antecedent de l'Agència de promoció a l'autonomia i suport a la dependència, amb actuacions conjuntes del Departament d'Acció Social i Ciutadania i del Departament de Salut. Amb tot, es podria aprofitar l'oportunitat de reestructurar el model cap a un altre que pugui concebre la política de serveis socials amb un caràcter més preventiu i inclusiu, dotant-la de mecanismes d'activació social, abans de caure en l'exclusió social. I també es podria aprofitar l'oportunitat per transformar els serveis socials en autèntics serveis de proximitat i de desenvolupament comunitari.

Canvi d'època i serveis socials

En aquests inicis del segle XXI, destaquen alguns grans vectors de transformació. Predominen més que mai, incerteses i riscos en els recorreguts vitals de les persones. Ja no tenim només un eix de desigualtat essencialment vertical (dalt-baix) i material, sinó que estem en societats més fràgils, amb vincles d'integració social (dintre-fora) molt més vulnerables. Els serveis socials s'enfronten, doncs, als vells problemes de sempre i als nous problemes de la diversitat, que generen major complexitat en el diagnòstic i més dificultats en la recerca de solucions. Les polítiques socials, en els seus diversos components, s'han "pensat" i "produït" de manera poc fraccionable, a partir del supòsit que era necessari respondre a necessitats-demandes tendencialment homogènies. I s'ha tendit a anar acumulant respostes. A cada nova demanda, nous serveis, nous "negociats" administratius, noves especialitzacions professionals. Tot això no va generar excessius problemes, mentre es van mantenir dempeus els forts llaços socials, les dinàmiques socials comunitàries o els grans agregats socials, ja que eren aquests col·lectius els quals acabaven integrant unes prestacions i serveis fortament especialitzats. Avui, a la desintegració social i a les renovades dinàmiques individualitzadores, li segueixen corresponent respostes especialitzades i segmentades, compartiments professionals estancs i responsabilitats polítiques no compartides. El punt clau de les polítiques socials de nova generació, segueix

sent la lluita contra les desigualtats, però reconeixent les diferències, i amb una forta defensa de l'autonomia individual, entesa com situació en la qual no es dona una situació de dominació d'uns sobre uns altres, siguin aquests qui siguin. Aspirem a una forta equitat, valoritzant la diversitat i apostant per que cadascú pugui seguir les seves trajectòries vitals i personals des de la seva autonomia.

Aquest conjunt de canvis condicionen i vénen acompanyats de pressions en els serveis socials. Exemples de tot això són: forta diversificació de persones ateses, envelliment de la població, erosió de les formes de convivència familiars, dificultat d'accés al mercat de treball i a l'emancipació dels joves i, més en general, els efectes de fragilització dels esquemes de protecció social vinculats al mercat de treball. Tot això, comporta una clara sobrecàrrega de treball dels professionals de l'atenció primària, que no se senten acompanyats ni veuen suficientment reconeguda la seva labor, amb el que això genera de sensació de descoratjament i frustració. Convé anar entenent que les polítiques de benestar, en el seu conjunt, s'enfronten a dilemes i han de respondre a situacions individuals i col·lectives la problemàtica de les quals és molt rarament atribuïble en exclusiva a un sol àmbit d'aquestes polítiques. Per tant, és important avançar en perspectives que apuntin clarament al treball en xarxa, i des de perspectives integrals i transversals. Però això ha d'evitar aparèixer com una mena de deriva cap a la desprofesionalització (difuminació de perfils professionals, assumpció de jerarquies implícites o explícites en aquest treball en xarxa,..), i més aviat requereix un procés de reprofesionalització, que permeti participar en aquestes noves perspectives des d'una major clarificació dels perfils propis dels serveis socials i dels seus professionals.

Hem de partir de la hipòtesi que els serveis socials i els seus professionals tenen una especificitat pròpia en relació a altres polítiques i altres professionals. El que identifica als serveis socials és la seva capacitat d'impulsar, des dels seus recursos, el reforçament de la condició de ciutadà, i més concretament de les opcions vitals dels individus, contribuint a la cobertura de les seves necessitats bàsiques, i a la densificació dels vincles i llaços relacionals i comunitaris. Contribuint així, des de la proximitat, a la reducció i superació dels riscos d'exclusió social. Els serveis socials se'ns presenten, doncs, com nòduls centrals i bàsics de la xarxa de benestar en un territori determinat. Els seus professionals han de ser entesos com el valor afegit més important d'aquest nòdul. Són ells qui formen, orienten, canalitzen i donen suport individualment i col·lectivament a persones i comunitats. Perquè això sigui plenament possible, és molt important evitar rigideses, excés de protocols i tràmits, contribuint que on hi ha informació existeixi poder.

Els serveis socials han de formar part del nucli dur dels serveis de benestar en el seu conjunt. I poden ser al mateix temps un nus bàsic de la xarxa d'agents públics, socials, comunitaris i familiars que en un territori determinat assumeixen o poden assumir les responsabilitats compartides sobre el benestar i la cohesió d'aquesta col·lectivitat. En aquest sentit, la nova llei implica sens dubte problemes, però no hi ha dubte que és també una gran oportunitat.

Taula rodona matí:
“L’atenció social en salut des de la
proximitat: Situació actual”



Sr. Isaac Ravetllat

Investigador i professor del Departament de Dret Civil de la
Universitat de Barcelona

S'adjunta arxiu en el pen drive



Sra. Mar Peña

Treballadora social CAP Rambla Ferran (Lleida)

Consideracions del Treball Social sanitari. La proximitat futura depèn de nosaltres

Senyores i senyors, companys i companyes.

He de començar aquesta ponència felicitant, en nom de les companyes de la comissió de Treball Social, a les persones que des dels comitès organitzador i científic han fet possible estar avui aquí compartint les experiències que, des de la practica del Treball Social a l'Atenció Primària de Salut, es presenten en aquesta VII Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut

En aquest espai agraeixo, en nom de les persones que formem les comissions de Treball Social de l'atenció primària i l'hospitalària de L'ICS, perquè des de l'àrea de processos, cures i qualitat, amb el seu director, el Sr. Àngel Vidal, se'ns ha donat l'oportunitat d'expressar la "situació de necessitat" de tot el col·lectiu de treballadors socials de l'ICS, que avui sumem més de 200 professionals.

La comunicació que presento, la desenvolupo entorn a dos temes:

En primer lloc donaré a conèixer el perquè de la comissió de que formo part i els aspectes que hem anat treballant durant aquest últims mesos. I, en segon lloc, intentaré transmetre algunes de les reflexions que al llarg de tot aquest temps ens han anat sorgint en la comissió i parlant amb companys als respectius territoris. Més que una anàlisi exhaustiva i tancada, realitzaré una reflexió en veu alta sobre l'actual praxis i les perspectives de futur per al Treball Social sanitari. Tinc la il·lusió i la convicció que aquestes jornades marcaran un abans i un després en el Treball Social sanitari i, concretament, el Treball Social a l'Atenció Primària de Salut.

COMISSIÓ DE TREBALL SOCIAL DE L'ICS

Antecedents al naixement de la comissió de TS de l'ICS

L any 2006-2007 va ser un any decisiu per als treballadors socials de l'ICS. Decisiu perquè la disconformitat existent en tot el territori envers la direcció i planificació del de Treball Socials sanitari es va fer visible. Els fets que anaven succeint ens va activar com a col·lectiu: el projecte de la llei de serveis socials

(el que es parlava d'adscripció funcional dels treballadors socials de salut als serveis socials), els projectes demostratius PRODEP en els que l'ICS i el Departament de Salut ens exclou, els esdeveniments de Sta. Coloma...i altres de menor ressó, com els reiterats oblits dels professionals del Treball Social en aspectes quotidians de l'organització i l'estructura del Departament de Salut.

Per altra banda, el sistema sanitari, a la vegada que s'oblidava de la nostra existència estava sent molt crític amb el Treball Social. El Treball Social necessitava l'espai per discutir la crítica. Necessitava un espai de planificació i staff científic per definir els processos socials d'interès pel propi sistema sanitari. També per assessorar a l'organització sobre els aspectes i els fenòmens socials en els quals el sistema sanitari participa. I, un aspecte important a no oblidar, per guiar en l'organització del procés assistencial i les intervencions dels seus treballadors socials i per quantificar la rendibilitat de llurs intervencions.

Un altre aspecte latent important, és la gran confusió que els gestors sanitaris tenen sobre la disciplina del Treball Social i les àrees on aquesta professió actua. sense descuidar-nos de la confusió existent entre un sector dels propis treballadors socials.

Tot no es viscut negativament. Hi ha aspectes positius de pes que interaccionen amb aquests esdeveniments exposats: la majoria d'edat del nostre treball ens ha portat ja al reconeixement funcional en els equips de treball i al reconeixement social de la nostra intervenció diferenciada de la que es presta des d'altres sectors dels serveis del benestar (inclosos els serveis socials).

Davant 'aquests esdeveniments, al Juny del 2007, un grup important de treballadors socials de tota Catalunya, reunits a Barcelona, decideix iniciar accions d'entesa amb l'ICS i amb l'organització col·legial. El col·legi per la seva part també va manifestar davant l'ICS les mancances del col·lectiu.

Creació de la comissió de Treball Social de l'ICS

L'ICS, assabentat d'aquests fets, al mes de juliol del 2007, va reunir des de l'àrea de processos, cures i qualitat, als treballadors socials de l'àmbit de l'atenció primària i als de l'atenció hospitalària. Des de la direcció d'aquesta àrea, el Sr. Àngel Vidal va a coordinar les comissions de Treball Social. En tot moment se'ns va expressar la voluntat d'escoltar la situació de necessitat que manifestàvem i la voluntat d'estudiar i resoldre els aspectes que pertanyen a la competència de la pròpia organització.

S'acorda marcar cronograma de treball per arribar a consolidar el que s'estava demanant: un coordinador referent de Treball Social que treballi bidireccionalment amb l'ICS els aspectes socials de la salut i no solament per temes monogràfics tal com s' havia fet fins aquests moments.

Aspectes treballats per la comissió

Des del mes de juliol del 2007 fins a l'actualitat hem mantingut trobades periòdiques amb l'ICS i hem discutit i aportat el criteri social a:

- Les línies d'organització per al Treball Social de l'ICS, amb la necessitat de coordinació als diferents àmbits de Catalunya i una línia única de Treball Social per a tot l'ICS que agrupi el Treball Social de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària.
- L'anàlisi dels projectes PRODEP desenvolupats a Catalunya i atenció a les dependències. Seguiment de l'aplicació i desenvolupament de la llei d'atenció a les dependències. Participació dels professionals de l'ICS en els processos contemplats en la llei (s'ha proposat una comissió de gestors de casos, formada per treballadors socials de l'ICS i infermeria de l'ICS, per a persones dependents amb complexitat sanitària).
- L'anàlisi i valoració de les DPO 2007 per als treballadors socials de l'ICS com a instrument de participació als objectius definits per l'organització.
- Les propostes de millora per les DPO 2008.
- La posta en marxa d'un grup de Treball Social virtual.

Línea de treball per al coordinador referent

Acabaré aquesta part de la meua exposició, expressant la satisfacció que sentim perquè estem vivint una fita històrica, reclamada fa molts anys. La convocatòria i selecció d'un coordinador del Treball Social de l'ICS ha de ser el punt de partida per que l'any 2008 sigui un any de normalització per al Treball Social sanitari.

No serà fàcil. El coordinador-referent es trobarà amb moltes expectatives envers els objectius i funcions a assolir, que vindran de l'organització i que vindran dels mateixos treballadors socials. Tot el TS d'aquest país s'enfronta a reptes i canvis en la manera de treballar i procedir. Els processos de treball hauran de ser definits i l'eficàcia i l'efectivitat d'aquests, avaluada amb instruments de mesura.

Les línies de treball en que ha d'incidir preferentment el coordinador/referent de l'àrea de Treball Social de l'ICS són:

- Desenvolupar els objectius de continguts unificats pels treballadors socials de l'ICS (en les àrees de: atenció directa, coordinació amb els serveis i recursos socials i sociosanitaris de la zona, xarxa social de suport a la salut, promoció de la salut i foment de la participació, investigació i docència).
- Aportar els criteris socials en els programes de salut que l'ICS te iniciats.
- Desenvolupar l'espai de consulta i assessorament per als gestors sanitaris, sobre els aspectes socials de la salut.
- Participar en les comissions i grups de treball de l'ICS, tot garantint la multidisciplinarietat
- Dissenyar els processos de Treball Social per als diferents programes i protocols d'actuació.

- Participar en el disseny d'instruments d'avaluació dels processos de TS.
- Promoure la creació d'un grup per treballar el pla de proposta de coordinació interdepartamental contemplat a la llei de serveis socials.

Per assolir les línies de treball marcades, caldrà fer esforços i desenvolupar també l'organització del Treball Social als territoris. Des dels territoris caldrà la participació de tots els professionals de Treball Social de l'ICS. El futur del Treball Social a Catalunya no arriba sol, cal que tots el confeccionem.

Arribat el dia d'avui, retornant a la satisfacció que els mencionava fa uns moments, respecte la fita històrica que estem a punt de viure, vull comentar, en nom de les companyes de la comissió de la qual formo part, que amb els aspectes treballats, donem per assolits els objectius que ens vam marcar al juny del 2007 en la "reunió de Barcelona".

REFLEXIONS: LA SITUACIÓ ACTUAL DEL TREBALL SOCIAL SANITARI

Una vegada exposats els temes que hem anat treballant des de la comissió i, respecte la segona part d'aquesta ponència, he de dir que "l'atenció social en salut des de la proximitat", el lema d'aquestes jornades, és molt suggerent per reflexionar sobre el que està passat amb l'atenció social en salut.

L'espai de reflexió m'ha portat a un cercle de qüestionaments sobre la disciplina del Treball Social en els serveis de salut, dintre i fora de l'organització sanitària. Aquests qüestionaments, que no són nous ni tampoc exclusius, des de la comissió ens els hem fet a diari, des del territori en els centres de salut i amb els equips. En aquestes reflexions he tingut el privilegi de comptar amb el saber i la ciència que produeix sobre el Treball Social i el Treball Social sanitari, el Sr. Miguel Miranda Aranda.

Es nou això del TS de salut?

El TS com a disciplina o ciència aplicada que no és una invenció d'ara ni tampoc va néixer a l'estat espanyol. Disciplina aplicada perquè neix formant part del projecte global de les ciències socials i vinculada a l'acció, a la reforma social. Segons Greenwood, si el coneixement-pensament social no s'aplica, no és coneixement, es pura especulació. El naixement del Treball Social coincideix amb el naixement de les ciències socials, en la segona meitat del s. XIX i principis del XX. Neix a Estats Units agafant les experiències i coneixements del funcionament de institucions angleses. En l'àmbit sanitari neix també a Nord Amèrica, en la mateixa època, de la mà del Dr. Cabot, l'any 1905, quan contracta la primera treballadora social (Ida Cannon) en el Massachusset General Hospital de Boston, i d'aquí s'anirà estenent per tota Amèrica i Europa. El Dr. Cabot és un metge internista, professor i investigador

de medicina interna i hematologia, format al Harvard Medical School que, treballant al Massachusset General Hospital de Boston, s'adonà que l'eficàcia de la intervenció sanitària era molt reduïda, perquè no tenia en compte els factors socials i culturals dels pacients. Va percebre que els tractaments prescrits no es complien per la situació econòmica dels seus pacients, per les deficiències en els habitatges, per dèficits formatius i culturals, etc. Va considerar que les treballadores socials, dins dels equips, amb estreta col·laboració amb altres professionals de la salut, metges i infermeres, s'encarregaven de tractar i remoure els inconvenients socials i culturals que impediaven els pacients aconseguir millors nivells de salut.

D'aquesta manera el Dr. Cabot realitza dos importants contribucions (al Treball Social i a la sanitat):

Utilitzar el mètode de cas com a forma d'ensenyar (copiat de la manera d'enregistrar i treballar dels treballadors socials).

Incorporar a l'hospital una professió que estava naixent: el Treball Social. Crea l'hospital social service.

Aquest neix amb dos funcions clau per al Treball Social sanitari del futur:

- 1- La investigació dels factors psicosocials, que influeixen sobre la salut i la malaltia, amb la finalitat d'establir funcions preventives i terapèutiques (en aquest moment ja es dóna molt interès a les actituds).
- 2- La intervenció del Treball Social sobre les necessitats i problemes psicosocials, que condicionen la resolució de la malaltia.

A l'estat espanyol el Treball Social Sanitari arriba cap al 1960 als hospitals. Coincideix amb la reorganització de l'estructura sanitària depenent de la seguretat social. Aquí al Treball Social en Salut se li assignen principalment funcions administratives i no s'entra a participar de les dues funcions bàsiques que se li assignen en néixer al 1905.

El treballadors socials dels hospitals, descontents pels esdeveniments, ja van haver de demostrar la seva capacitat professional dintre de l'àmbit de la salut i van contribuir a redefinir el seu rol dins de la salut (coincideix amb el final de la dictadura i l'obertura a l'exterior, la declaració d'Alma-Ata sobre el concepte de salut i de l'Atenció Primària de Salut, i la Llei General de Sanitat del 1986 que fa efectiu el dret universal a la salut).

Des del naixement fins a l'actualitat, el Treball Social que s'ha fet i es fa al nostre país, no te ressò fora de les nostres fronteres.

Si ja hem vist que el TS en salut no és nou què està passant? Què ha passat al nostre país perquè tinguem tanta confusió entorn a la professió del Treball Social? Perquè s'ha arribat a plantejar l'equiparació del Treball Social Sanitari de l'Atenció Primària amb el Treball Social dels SSAP?

En l'Atenció Primària de Salut hem coincidit en el temps i l'espai amb el propi desenvolupament del model d'Atenció Primària de Salut, amb la convivència amb altres professionals de la salut que a la vegada han estat vivint el propi procés de desenvolupament i definició, i també hem coincidit amb el desenvolupament dels serveis socials i d'una infinitat de normativa necessària per atendre situacions estrictament socials.

Seguint l'argumentació d'Amaya Ituarte en els seus articles sobre el treballador social en el camp sanitari, a l'estat espanyol el Treball Social té un desenvolupament dèbil i retardat, en comparació als països del seu entorn. La professió que arriba al nostre país als anys 60 ja entra en crisi als anys 70 influenciada pel moviment de reconceptualització de Sud Amèrica.

Un fet molt important per entendre el perquè de la imatge que ha tingut el Treball Social al voltant de la tramitació de recursos va estar **les III Jornadas Nacionales de AA.SS."Del paternalismo a la identidad profesional."** Pamplona 1977. Els punts clau d'aquestes jornades van ser la reflexió sobre la crisi professional i la defensa d'un règim democràtic que garantís els drets socials per a tots. A les conclusions de les jornades es va cometre l'error de definir l'objecte del Treball Social relacionant les necessitats amb els recursos aplicables. Es defineixen com a marc operatiu els serveis socials.

Malgrat que en anys successius la professió va rectificar aquesta definició desafortunada, aquesta va provocar la confusió que ha arribat als nostres dies, confusió que, a la vegada, ha estat interioritzada i assimilada per alguns companys de professió, de les diferents àrees en que el Treball Social intervé, inclosa la sanitària

Quin és l'objecte del TS Sanitari?

Amb els companys del treball diari, en els centres de salut, tenim en comú una sèrie d'aspectes: les persones per les quals treballem, els usuaris, clients de la sanitat pública, l'espai en el qual treballem, la comunitat en la qual està inclòs el centre de salut, els objectius de salut, els gestors i directors de l'organització sanitària, i tenim com a diferència l'objecte d'intervenció, diferència que és inherent a totes les professions.

Segons **Gordon Hamilton** en el seu llibre sobre "Teoría y práctica del trabajo social de casos", la treballadora social successora de M.Richmond, de la Escuela de Nueva York, model d'intervenció psicosocial diu: "El trabajo social se basa en determinadas premisas, que no pueden ser probadas, pero sin las cuales sus métodos y fines carecerían de significado. Estos axiomas, son por ejemplo: el mejoramiento del hombre es la meta de toda sociedad; a medida que se logran desarrollar los recursos económicos y culturales de un grupo social, el estándar general de vida mejora progresivamente;....La ética que se deriva de estas premisas, y otras similares, conducen a dos ideas fundamentales que colocan al trabajo social entre las profesiones

humanístiques. La primera es que el acontecimiento humano esta constituido por una persona y una situación, o sea, una realidad objetiva y una realidad subjetiva, que tienen entre si una interacción constante. La segunda que el método característico del trabajo social, a fin de alcanzar sus metas, incorpora en sus procesos tanto el conocimiento científico como los valores sociales”.

l respecte el procés psicosocial defineix que “El hombre es un proceso biosocial; “el caso”, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial. Un caso social no está determinado por el tipo de cliente (sea una familia, un niño, un anciano, un adolescente), ni puede determinarse por el tipo de problema (sea una dificultad económica o un problema de conducta). El caso social es un “acontecimiento vivo” que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales en proporciones diversas. Un caso social se compone de factores internos y externos, o sea, relativos al medio ambiente, ...se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre estas experiencias...

No es fácil conocer al ser humano. Las personas son complejas...Si el trabajo social tiene la desventaja de que todas las relaciones humanas son intangibles, invisibles, complejas, y están cargadas de elemento emocional, tiene en cambio la ventaja de que permite a los clientes hablar y enseña al trabajador a escuchar...Cualquier relación verdaderamente útil debe ser *individualizada*”.

El Libro Blanco de Trabajo social, del 2004 defineix: “El Treball Social és la disciplina que té per objecte la intervenció social davant les necessitats socials per a promoure el canvi, la resolució dels problemes en les relacions humanes i l'enfortiment i la llibertat de la societat, per a incrementar el benestar”.

A nivell específic, el Treball Social sanitari, segons The Social Work Dictionary (1991), és la practica del Treball Social que es produeix en hospitals i altres establiments sanitaris amb els objectius de facilitar una bona salut, prevenir la malaltia i ajudar als pacients malalts i a les seves famílies a resoldre els problemes socials i psicològics relacionats amb la malaltia. El Treball Social sanitari tracta també de sensibilitzar la resta del personal sanitari sobre els aspectes socials i psicològics de la malaltia.

Per **Amaya Ituarte** (1993), l'objecte del Treball Social en salut és investigar els factors psicosocials que incideixen en el procés salut-malaltia i el tractament dels problemes psicosocials que apareixen relacionats amb situacions de malaltia, generades pel propi procés de salut –malaltia.

Totes les aportacions i definicions a l'objecte del Treball Social sanitari coincideixen en:

La incidència i importància que els factors psicosocials tenen en el binomi salut-malaltia.

La necessitat de tractar els problemes psicosocials que apareixen en els processos de salut.

La tasca important que el treballador social té en el sistema sanitari i l'exigència bàsica i inseparable per a l'atenció integral de la salut.

La importància, per igual, de la intervenció directa o indirecta que els treballadors socials han d'exercir en el sistema sanitari.

Així, atenent a la base del Treball Social sanitari, els treballadors socials de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària han de vetllar perquè els processos de salut no quedin interromputs per situacions socials i psicosocial generades pel propi procés de salut.

Tenim competència i reconeixement professional ?

Per a Spencer, el pare de la sociologia, el naixement de les professions està íntimament lligat al desenvolupament dels estats moderns industrialitzats, i els professionalistes són persones amb habilitats reals i amb contribució benèfica per a la societat (per millorar la qualitat de vida). Per tant, els professionals són les persones que han invertit el temps necessari per aprendre les habilitats pròpies d'una professió (ni l'advocat té el reconeixement social per fer diagnòstics mèdics, ni el metge per fer dictàmens jurídics).

A totes les professions ens trobem amb professionals "integrals" que saben de tot i que no necessiten de cap altre professional que els aportin elements específics per arribar a emetre dictàmens. Són "integrals" perquè no han invertit el temps necessari per aprendre les habilitats pròpies d'una professió.

Però de les ciències socials sabem, per les professions que tenen el reconeixement per estudiar fenòmens socials (m'estic referint als sociòlegs i antropòlegs) que els professionals "integrals" en la societat d'avui no tenen el reconeixement que ells pensen tenir, comportant baixa confiança en les societats.

Qui té la competència per atendre allò que és social de la salut?

Per estar molt pròxims a allò que en diem "allò que és social" de la salut sembla que els aspectes socials de la salut siguin competència dels treballadors socials i donat que l'àmbit sanitari compta amb treballadors socials propis, hauria d'estar clar que els treballadors socials de salut siguin els competents dels aspectes socials de la salut.

Però, és cert, que en el territori, en els centres de treball, també hi ha pròxims altres professionals que malgrat treballar a l'espai-àrea més sanitari estan interaccionant amb l'espai social, m'estic referint bàsicament als metges de família, al personal d'infermeria i als treballadors socials en general.

A pesar d'aquesta "facilitat de treball" en els aspectes socials de la salut que tenen altres professions, la legitimació jurídica la té el treballador/a social de salut. Dintre del centre de salut és el professional qui realitza els peritatges

socials (informes) i és el competent per valorar i actuar en els problemes socials esdevinguts de les situacions de salut. És l'interlocutor ideal, i de qualitat total, per interactuar amb la resta de les àrees del benestar, ja que des de salut és qui coneix en profunditat la problemàtica de salut i social de l'usuari. El Sistema de Salut, a la vegada, coneix en profunditat el Sistema de Serveis Socials. Per tant, és el professional que permet l'engranatge i la continuïtat assistencial entre els dos sistemes, sense interrupcions, amb una visió continuïsta del tractament social, des del vessant de salut cap al vessant social i a l'inrevés.

Així doncs, la coordinació entre el sistema de salut i la resta de sistemes del benestar, si no és realitzada per un treballador social, encara que sembli innecessari i que sembli que tothom ho pot fer, ens trobarem sobre el terreny que els processos pels quals s'ha esdevingut la coordinació seran incomplets i de molt baixa qualitat. I, en la majoria de vegades, s'acabarà demanant la intervenció del treballador social de salut per complementar tasques inacabades i així arribar a resultats ideals de qualitat.

Es podrà pensar que en no tots els territoris aquesta realitat és la mateixa, i es cert. Depèn de l'organització territorial, la disponibilitat de recursos etc., però el que sí es cert és que la continuïtat del procés de l'usuari, del traspàs sanitari al social, no té tampoc la mateixa qualitat, ni tampoc la mateixa continuïtat amb els problemes corresponents que puguin derivar-se de la posterior despesa sanitària.

El reconeixement professional i la legitimació del Treball Social sanitari no es pot perdre barrejant els sistemes a nivell estructural (sanitari i serveis socials). No es pot dependre funcionalment d'un sistema i orgànicament d'un altre ja que el professional no s'acaba d'integrar en cap dels dos i aquest desarrelament fa perdre potencial d'intervenció i d'actuació i a la vegada reconeixement social.

El reconeixement i la competència del Treball Social sanitari ens ho ha donat, com ja he comentat, la majoria d'edat del nostre treball pràctic, el reconeixement funcional en els equips de treball, el reconeixement social de la nostra intervenció diferenciada de la que es presta des d'altres sectors dels serveis del benestar (inclosos els serveis socials) i a la legitimació jurídica.

Radiografia de l'estat actual de l'especificitat: treballem per la salut i el benestar de les persones.

A l'igual que tota activitat humana, el Treball Social es pot descriure amb els noms i cognoms dels professionals que, dia a dia, converteixen la professió en una realitat quotidiana. Per realitzar una radiografia de l'estat actual de l'especificitat del treballadors socials de l'Atenció Primària de Salut només ens caldria analitzar les dades quantitatives i qualitatives socials que consten a les HCAP, les dades dels registres de les activitats grupals i les dades de les

activitats comunitàries que han estat dissenyades, treballades i liderades o en què ha participat el treballador social.

Actualment, ja comptem amb les dades que per primera vegada es poden extreure dels resultats de les DPO 2007, com a instrument de participació als objectius definits per l'organització. Aquest resultat són el punt de partida per organitzar un procés integrat de Treball Social dins de salut d'acord amb les línies de l'ICS.

En aquesta radiografia seria un gran error quedar-nos solament amb l'opinió de persones alienes a l'entorn professional o de col·legues de professió (per sort pocs) que allunyats de la interacció amb els usuaris fan del Treball Social una professió limitada al món dels serveis socials i centrada amb el treball derivat del que han vingut a anomenar "finestra única", un treball centrat en els recursos.

Però que és la "finestra única"?

He intentat buscar una definició i no l'he trobada més que lligada ja a experiències existents emmarcades en la municipalitat

Les podríem definir, a nivell general, com les unitats a les que la ciutadania pot adreçar-se per sol·licitar informació o tramitar procediments relacionats amb l'administració.

En el cas que ens ocupa, el punt de controvèrsia el tenim en les "finestres úniques" dels serveis socials. Aquí, les "finestres úniques" seran unitats a les que la ciutadania tindrà l'accés unificat a les prestacions socials contemplades des del marc jurídic (Llei de Serv. Socials, Llei de dependència, Llei d'infància...) que bàsicament regula en els sectors d'integració social, protecció de menors, dependència,... Així, doncs, estem referint-nos a un accés unificat als serveis socials, sobre tot a facilitar l'accés al sistema de serveis i prestacions que la ciutadania té per llei.

Serveis Socials d'Atenció Primària-Atenció Primària de Salut. Aquests dos nivells d'atenció configuren el primer nivell d'accés de la ciutadania, dels usuaris, a dos àrees ben diferenciades d'atenció en el sistema del benestar: la sanitat i els serveis socials.

Amb la defensa i implantació de les "finestres úniques" que agrupi tot el Treball Social, dels Serveis Socials d'Atenció Primària i de l'Atenció Primària de Salut, es redueix tota la disciplina científica del Treball Social a una única àrea d'actuació (àrea dels serveis socials). La disciplina del Treball Social no es pot reduir al món dels serveis socials. Fora de les nostres fronteres existeix una estructura ferma i indiscutible de Treball Social sanitari.

Aquí i en tot l'estat, és cert que el sistema públic municipal de serveis socials d'atenció primària és l'àrea on existeix el major nombre de treballadors socials i

aquests són els referents en el sistema dels serveis socials, però, també es cert, que en la resta d'àrees (educació, habitatge, justícia, sanitat,...) és molt important la labor complementària d'allò que és social enfront a altres professions i disciplines que treballem en equips pluridisciplinars.

Per incidir en les necessitats socials i incrementar el benestar de les persones es requereix un Treball Social en totes les àrees i serveis del benestar (serveis socials, sanitat, ensenyament, justícia, ...), àrees que no han estat creades ni inventades avui sinó que tenen el referent històric des de l'inici de la professió.

Els serveis socials no passen el seu millor moment, hi ha riscos, reptes i, a la vegada, estancament.

- Han de començar a treballar per a la universalització d'uns drets, quan no són universals en tot l'estat ja que malgrat les comunitats autònomes han desenvolupat un paper important en la implantació dels serveis socials, es dona la paradoxa que cada comunitat autònoma, cada ajuntament, té normativa distinta, la qual cosa comporta situació d'injustícia perquè es donen per una mateixa situació de necessitat respostes molt diferents. I l'estat no garanteix la igualtat d'oportunitats. La única excepció recent es l'atenció a les dependències derivades de la llei.

- La privatització de serveis, la insuficiència de desenvolupament normatiu comú a tot el territori, l'augment de burocràcia i la sectorització, els serveis oferts no evolucionen. L'excessiu nivell d'exigència per accedir a prestacions, la manca de controls de qualitat i, sobre tot, la insuficiència de personal i la saturació de l'existent són, entre d'altres els aspectes, els que han de treballar per evolucionar.

Analitzant la situació, com a experts en el camp d'allò que és social, no confiem en les propostes de "finestres úniques". El sistema sanitari no disposarà de l'atenció social, i els objectius de salut no contemplaran els aspectes socials de la salut.

Les situacions de necessitat social i psicosocial en que es troben els usuaris i els professionals de la sanitat no seran resoltes des de cap altre lloc que no sigui el sanitari, ni la necessitat social que té el propi sistema sanitari, la pròpia administració de salut, serà resolta des d'un altre sistema.

Què oferim com a TS a la sanitat catalana?

Com a metodologia d'estudi de la competència de mercat dels treballadors socials de salut i de les característiques internes, seria interessant realitzar un anàlisi DAFO amb l'objectiu de determinar els avantatges competitius del nostre col·lectiu.

Anàlisi DAFO	Fortaleses	Debilitats
Anàlisi Interna	<ul style="list-style-type: none"> -Experts en intervenció sicosocial per incidir en objectius de salut. -Experiència en salut contrastada i vàlida a nivell internacional (des de 1905). -Experts en comprensió de les estructures i processos socials, els canvis socials i el comportament humà que incideixen en la salut. -Capacitació jurídica per intervenir en situacions socials de conflicte, exercint la mediació amb individus, grups, organitzacions i comunitats. -Experts en coordinació interdepartamental i transversabilitat -Experts en gestió de casos -Reconeixement funcional en els equips de salut -Experts en conèixer els serveis i recursos socials i sanitaris existents a totes les àrees del benestar i els procediments a seguir per accedir-hi -Es disposa d'espais científics (nacionals i internacionals) per evolucionar en el Treball Social de salut -Suport de les universitats 	<ul style="list-style-type: none"> Invisibilitat de les professions d'ajuda Resistències al canvi (reformulació del TS salut) Problemes de motivació del personal Manquen habilitats de marketing Confusió entre Treball Social sanitari i serveis socials d'atenció primària
	Oportunitats	Amenaces
Anàlisi externa	<ul style="list-style-type: none"> -2008 any per normalitzar TS a l'ICS -Analitzar i reformular el Treball Social sanitari a la sanitat pública catalana. -Inici de l'organització en l'estructura sanitària: creació del coordinador de l'àrea de Treball Social sanitari de l'ICS -Treball DPO: procés integrat de Treball Social dins de salut d'acord amb les línies de l'ICS - Desenvolupar el pla d'intervenció del Treball Social sanitari d'acord amb la missió de l'ICS, integrant-se com a experts al sistema sanitari - 2008 any en que s'inicia el grau universitari de Treball Social 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolupament de polítiques que centralitzin el Treball Social en l'àmbit dels serveis socials Desprofessionalització

Les forteses i les oportunitats per al Treball Social sanitari són moltes, si les treballem, i són poques si no ens replantegem el Treball Social que realitzem. Les professions no són estàtiques, es necessita rehabilitar-les quan ho requereixen els esdeveniments socials.

Per cloure aquesta exposició, voldria comentar que al Treball Social en salut, que va néixer fa 100 anys, li ha arribat el moment de revisió i replantejament. És fonamental entendre els processos, en el desenvolupament de la professió, per saber d'on venim i per planificar a on anem. Ens ha arribat el moment de construir, l'organització ICS ens dona l'oportunitat, ens inclou en l'organització dins l'estructura sanitària. Les perspectives de futur a partir d'ara dependran de tots nosaltres, de com treballem, del tipus de Treball Social sanitari que realitzem i de com fem visible el valor afegit que té la sanitat pública, atenent els aspectes socials de la salut des de la concepció bio-psico-social.

El més important comença ara, amb les reflexions i les crítiques que aquesta exposició els hagi pogut suscitar. Moltes gràcies.

Bibliografia

Canet. M. (1999) "Las unidades de trabajo social sanitario: ejes de conexión entre el sistema de salud y la red de servicios del bienestar social". Quaderns Caps (57,66)

Colom, D. (2003) "De M. Richmond a la globalización. Aportaciones del trabajo social". Revista de trabajo social i salud. Asociación de trabajo social y salud (227, 240)

Diaz, E., Suarez. D, Casero. M. (2004). "Aportación del trabajo social en salud a la calidad del producto sanitario", Revista de trabajo social i salud. Asociación de trabajo social y salud (53,64)

Dingwall, R (2004). Las profesiones i el orden social en una sociedad global. Revista electrónica de Investigación educativa, 6(1).

Fantova, F, (2006). "La coordinación estructural de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales". Revista Agatos (12,22)

Hamilton, G. (1987) "Teoría y Practica del Trabajo social de casos". La prensa Medica Mexicana S.A. (2ª edición)

Ituarte, A (1995)." El papel del trabajador social en el campo sanitario". Revista de trabajo social i salud. Asociación de trabajo social y salud (275,290).

Ituarte A (1994). "El Trabajo Social en salud hoy: retos y estrategias". Documentos de Trabajo Social Volumen 1 (31-52).

Ituarte, A (2003). "Las desigualdades en salud y su impacto para el trabajo social. Marco interpretativo" . Revista de trabajo social i salud. Asociación de trabajo social y salud (69,83)

Miranda, M, (2004). "Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas." Mira Editores.

Miranda, M, (2001). "La TBC, Cabot y el rol asignado al trabajo social en salud". Revista de trabajo social i salud. Asociación de trabajo social y salud (231,267)

Miranda, M, (1997). "M Richmond y Herbert Spencer, y por que M Richmond no era Darwinista". Revista de trabajo social i salud. Asociación de trabajo social y salud (11,25)

Miranda, M, (2000) "Cambio social. Relaciones humanas Nuevas tecnologías. Enfoques para una formación de futuro. Fundamentar el desde donde, el qué y el para qué del trabajo social en salud". Colección de trabajo social hoy. Mira editores.

Miranda, M, (2004). "El compromiso con la ciencia. Conocimiento Y técnica en el trabajo social." Mexico

Documento marco del Rol del Trabajador Social en Atención Primaria de la Salud (2004). Trabajadores sociales de la Atención Primaria de Salud. Comunidad autónoma de Canarias.

Document del col.legi oficial de Treballadors socials de Catalunya sobre el Treball Social sanitari

Carteres de serveis del Treball Social sanitari a l'atenció primaria de salut. ICS



Sr. Àngel Vidal

Director de processos, cures i qualitat de l'ICS

El Treball Social a l'Institut Català de la Salut (ICS)

1. *Antecedents*

Els Treballadors/res Socials ens fan arribar un escrit, datada el dia 21 de juny de 2007, dirigit a la Gerència de l'ICS, on plantegen un seguit de temàtiques relacionades amb el desenvolupament de la seva tasca i ens proposen:

- Creació d'un model d'integració funcional de l'atenció sanitària i social
- L'anàlisi de la situació del Treball Social en l'Atenció Primària
- Proposta d'estructura i organització del Treball Social Sociosanitari en l'organigrama de l'ICS
- Treball Social en l'Atenció Primària de l'ICS i PRODEP
- Establir objectius de millora (DPO 2008)
- Falta de reconeixement del Treball Social i comunicació dins de l'ICS
- Inexistència d'un referent a nivell de coordinació de l'àrea de Treball Social de l'ICS

2. *Diagnòstic de la situació*

D'acord amb la demanda feta pel Director Gerent, s'ha creat una Comissió de Treball Social de l'ICS, amb la finalitat de treballar les propostes realitzades per les treballadores socials, i fer-les arribar al Comitè Executiu de l'ICS per a la seva aprovació. Es constitueix un grup territorial amb representació dels diferents àmbits de Catalunya.

Com a conseqüència, per tal de donar suport i mediació a les treballadores socials, l'Institut Català de la Salut, ha iniciat una línia d'actuacions, duent a terme, a dia d'avui, sis reunions des del mes de juliol, per exposar les seves intencions en quan a les necessitats, i que es resumeixen a continuació:

- L'origen d'aquesta situació és conseqüència de diverses situacions com l'existència de diferents proveïdors de Treball Social a l'atenció primària (els propis de l'ICS i altres professionals que poden ser d'altres entitats).
- No és garanteix l'especificitat de la tasca del Treball Social en Salut.
- Falta de visibilitat d'aquests professionals dins de l'ICS, no existeix la presència d'un referent de coordinació de l'àrea de Treball Social.

Les demandes que fan són:

- Reconeixement extensiu a tota la plantilla de l'ICS com a professió sanitària (no només als Equips d'Atenció Primària).
- Nomenament d'una persona que dirigeixi i coordini les seves actuacions i els serveixi de referent clar.
- Valorar la possibilitat de practicar una atenció interdisciplinària i integral (prevenció i promoció de la salut a tota la comunitat, etc.) utilitzant els recursos adients per fer els serveis més eficients.
- Disposar d'un equip multidisciplinar capacitat per a l'atenció sociosanitària per tal de participar en el desenvolupament dels programes de salut comunitària.
- Contemplar la consolidació de les Unitats de Treball Social com a compartiments independents però no estancs, per tal de facilitar la gestió.
- Millorar el procés d'integració i garantir l'acompanyament en tot el procés de treball.
- Establir mecanismes de coordinació i comunicació amb altres recursos del sistema.

Els compromisos assolits són:

- Crear una figura a nivell de coordinació de l'àrea de Treball Social de l'ICS.
- L'Institut Català de la Salut vol impulsar un nou model organitzatiu territorial, on existeixi una representació de Treball Social.
- Seguir millorant en l'atenció, proximitat a la ciutadania i rentabilitzar la tasca del treballador/a social, disminuir les diferències d'equitat entre poblacions.
- El reconeixement professional dels treballadors/res socials com a professionals dels Equips d'Atenció Primària.
- Elaborar un Model d'Abordatge Sociosanitari Integrat amb intervencions interdepartamentals i transversals adaptades al nou model de descentralització.
- Coordinar les activitats de col·laboració derivades del projecte demostratiu del programa ProdeP.

Establir objectius de millora (DPO 2008):

- Definir les competències específiques dels treballadors/res socials d'atenció primària de l'ICS, en base a equips de salut multidisciplinaris.
- Concreció i reconeixement dels seus objectius.
- Participació activa amb els objectius de les DPO de 2008.
- Acord generalitzat dels problemes de registre de les DPO (sol·licitud d'un manual).
- Desenvolupar objectius de contingut professional: unificant els criteris sobre programes en els que intervingui el treballador/a social, fent propostes d'intervenció en tasques de planificació, tant a nivell de l'ICS, com de forma delegada a nivell de CatSalut i nous protocols d'actuació en aquells programes que haurien d'intervenir els treballadors/res socials.
- Dissenyar instruments d'avaluació que serviran per al futur disseny de la carrera professional i de les DPO.
- Aquelles altres que es derivin de les competències que com a Comissió permanent i legitimada els siguin encomanades.

3. Recomanacions i propostes

Es fan les següents propostes per part de la Direcció de Processos, Qualitat i Cures:

- Continuar treballant transversalment i poder tenir un camp obert a discutir.
- Arran de la petició sobre la manca de coordinació amb el treball en xarxa, proposa d'habilitar un grup de treball a la Intranet.
- Procediments i protocols de coordinació, derivació, intervenció conjunta i d'actuació:
 - Elaborar criteris sobre programes en què intervingui el treballador/a social.
 - Continuar amb la cartera de serveis resolutiva i efectiva adaptada a la realitat del nostre país.
 - Ampliar les línies i guies de treball, organització, funcions i proposta de treball per poder realitzar un cronograma.

- Planificar la creació d'una web com a grup de treball propi d'atenció primària oberta a altres professionals implicats (serveis territorials, entitats, etc) per difondre tota la informació per establir un pla de formació, assessorament i suport per a les professionals.

4. Acords amb el grup de treball

- ✓ Convocatòria interna d'una coordinació de Treball Social.
- ✓ Des de l'ICS es manifesta la voluntat de fer visible la importància del Treball Social al camp sanitari.
- ✓ Compromís en trametre la documentació per decidir unes línies i guies de treball operativa per tal de tenir un manual de registre de les DPO.
- ✓ La DPQC assumirà el compromís de direcció, de fer arribar els acords parlats en les reunions i elevar-les al comitè executiu si cal.
- ✓ Acord generalitzat en formalitzar la Comissió de Treball Social d'Atenció Primària.
- ✓ Es pretén fer realitat la integració de l'atenció primària i l'atenció hospitalària.
- ✓ Establir línies de millora vinculades a la resolució de les necessitats dels pacients i les seves famílies.
- ✓ Situar els sistemes d'informació compartits, col·laboració i treball en xarxa.

Per establir els tràmits previs, cal una coordinació mitjançant la Comissió de Treball Social actual.

Taula rodona tarda: “Treball Social: noves tecnologies”



Sra. Margarita García

Treballadora social EAP Mataró-5

Treball Social i noves tecnologies

“¿Por qué esta magnífica tecnología científica, que ahorra trabajo y nos hace la vida mas fácil, nos aporta tan poca felicidad? La respuesta es ésta, simplemente: porque aún no hemos aprendido a usarla con tino.”

Albert Einstein

Parlar de Treball Social i Noves Tecnologies és parlar de la societat avui i les noves tecnologies. El Treball Social està incorporat cada dia més a la xarxa social i la tecnologia avui esdevé el motor de canvi de la societat. En moments anteriors de la història moderna de la societat occidental els canvis més importants es produïen en relació al producte o als sistemes de producció (aparició dels gremis, aparició del comerç de productes, revolució industrial). El canvi social més vertiginós es produeix en els darrers cinquanta anys i no va relacionat amb la fabricació d'un producte, avui aquest canvi ve propiciat per la creixent facilitat dels nous mitjans digitals per generar, processar, emmagatzemar i transmetre la el valor: la informació.

Aquests canvis modifiquen el nostre entorn des dels àmbits privats: nous entorns de comunicació, de relació, noves formes de comprar, de gestionar els nostres diners, de divertir-nos. I també en els àmbits públics: noves maneres d'aprendre, de treballar, d'entendre el nostre entorn. Aquest canvis tenen lloc a les institucions, a l'empresa i a la família. En l'arrel d'aquesta transformació econòmica, social i cultural, hem de situar les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). D'una banda, la informàtica, que ens permet tractar grans quantitats d'informació amb una extraordinària senzillesa i velocitat i, de l'altra, l'expansió de les xarxes de telecomunicacions, que ens proveeixen dels canals necessaris perquè tota aquesta informació pugui fluir còmodament, han donat lloc als nous mitjans d'informació i comunicació digitals.

Els beneficis que la nova estructuració social i econòmica subjacent a tot l'entramat d'informació i comunicació que afavoreixen les TIC, semblen perfilar. Característiques com la interactivitat i la flexibilitat, inherents a aquest nou entorn, poden significar un estadi més alt de cultura, llibertat, igualtat i democràcia, al mateix temps que ens alliberen de les tasques més mecàniques i banals.

No podem deixar, però, de banda els interrogants que la incorporació de tots aquests elements tecnològics al quotidià, planteja. És realment la tecnologia una eina per reduir les diferències socials o per al contrari les agreuja? De quina manera pot, un excés d'informació, posar en perill el nostre dret a la intimitat? Com es dilueix l'essència del missatge per aquest excés informatiu? Fins a quin punt les infraestructures de comunicacions estan en mans d'organitzacions monopolistes? Cal estar vigilants i atents al usos que es facin d'aquest nou entorn digital. I en el nostre cas, com a agents socials, també caldrà prendre una actitud proactiva al respecte.

És evident que els nous sistemes de producció i competitivitat propis de la nova economia de la informació global, demanen nous processos de socialització dels individus. Nous processos que els capacitin en l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació com a recurs per a la seva formació, informació i comunicació, cosa que millorarà en molts casos les condicions de qualitat de vida de certs col·lectius més necessitats. Els agents socials en la societat de la informació ens enfrontem a aquest repte. És responsabilitat nostra estar molt alerta i preparar-nos per prendre part activa en el canvi que ja s'està produint i del qual s'ha de despendre un nou model de societat democràtica i solidària per a tothom al voltant de les tecnologies de la informació i la comunicació².

Parlant d'un entorn més proper i més concret, l'aplicació de les noves tecnologies de la informació i comunicació en la nostra pràctica diària és una realitat ja avui però sobretot una aposta per al futur més immediat. La irrupció de les TIC en el nostre fer diari ha canviat la nostra forma de treballar. Sobre de cada taula de treball hi ha un ordinador, les notes queden apuntades a les agendes electròniques, el mitjà de comunicació més freqüent és el correu electrònic, l'accés a la bibliografia es fa per *on-line*. Mirant enrere es fa difícil pensar en la coordinació amb altres serveis i xarxes només comptant amb el telèfon, no existia el correu electrònic, els documents viatjaven com a mínim dos dies per valisa o correu ordinari, la notícia de publicació de les convocatòries d'ajuts i l'accés al contingut de normes i lleis s'obtenia després de diversos viatges a biblioteques o serveis documentals.

Però si hi ha un element que ha afectat directament en el fer de cada dia, ha estat la utilització de la història clínica informatitzada (e-CAP, en el nostre cas). Per als que no el coneixen, el presento a través de la seva entrada a Wikipèdia que el defineix així: *"e-CAP és el nom amb que es coneix el programa informàtic d'Història Clínica d'Atenció Primària utilitzat a Catalunya per l'Institut Català de la Salut, que és el major proveïdor d'aquests serveis a la comunitat autònoma"*

L'e-CAP té defensors i detractors, l'objectiu d'avui no és ni defensar-lo ni criticar-lo, sinó fer-ne una anàlisi objectiva que doni al programa, com a eina, elements de millora i creixement. Em centraré bàsicament en el mòdul específic

² Pla d'Estudis de la Diplomatura en Treball Social, assignatura Noves Tecnologies Aplicades a la educació. Universitat Ramon Llull

de Treball Social i en aquells elements d'ús més habitual per part dels treballadors socials. Es tracta d'un mòdul que contempla tres aspectes bàsics: valoració social, diagnòstic social, intervencions.

La part del mòdul que entenem com a *Valoració social*, que recull dades referents a la situació sociofamiliar, la situació econòmica, la situació laboral i la situació de l'habitatge. Aquests apartats intenten sistematitzar aspectes bàsics del que seria la valoració social en un moment determinat de la història de l'usuari, revalorables tantes vegades com sigui necessari. Els ítem utilitzats provenen de les diferents fitxes i fulls de valoració social que existien quan funcionàvem amb suport paper.

El mòdul també permet emetre un *Diagnòstic social*, formulant problemes socials importats de la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) que és la mateixa font de la resta de problemes de salut que recull l'e-CAP. El registre d'aquests diagnòstics suposa incorporar al full de condicionants i problemes de l'usuari, comú per a tots els professionals, els problemes socials. En el moment de la seva confecció, i per facilitar la traducció de problemes socials a problemes de salut es van agrupar les possibles situacions a valorar en grans grups (agrupadors primaris) que alhora contenien els problemes socials més utilitzats en Atenció Primària de Salut (agrupadors secundaris), assignant a cadascun d'aquests problemes tots els diagnòstics del catàleg CIM que poguessin ser compatibles. Si bé aquesta acció ens apropa molt més als problemes de salut i a un llenguatge sanitari de la nostra intervenció, també és cert que dificulta poder realitzar un registre més detallat de la situació, havent de recórrer als comentaris subjectius al peu de cada problema.

Lligats i relacionats amb cada problema de salut hi ha les *Intervencions*, o activitats en llenguatge e-CAP, que són aquells registres que permeten sistematitzar el que seria la intervenció en sí realitzada en cada moment en relació a cada problema. Totes elles estan codificades i permeten realitzar una explotació del nostre tipus de treball des del nostre mateix terminal. Per a realitzar el recull d'aquestes intervencions també es va importar la classificació que existia amb anterioritat en els diferents registres sobre paper: assessorament i orientació, informació, treball individual, treball familiar, derivació, coordinació, tipus de tràmit,... Dins de l'e-CAP existeixen altres activitats d'ús força freqüent i que cal tenir presents: l'activitat Valoració Social representa una activitat codificada per si mateixa, així com l'aplicació de les diferents escales de valoració, especialment en el cas de l'Atenció Domiciliària. Menció apart mereix l'apartat reservat al genograma, és ben cert que es tracta d'una aplicació molt millorable per les dificultats en l'aplicació, la complexitat en el disseny de l'arbre familiar i les limitacions en situacions familiars complexes. Es tracta de tota manera d'un aspecte a treballar conjuntament amb altres col·lectius com infermeria.

Cal tenir present que el mòdul actual presenta deficiències i que caldria establir els mecanismes per poder transmetre als responsables de l'aplicatiu les

millores a incorporar en les versions modificades que es van incorporant. Des d'aquí m'aventuro a proposar quatre aspectes bàsics a millorar:
Apartats de la *valoració social*. Bé per problemes de definició en el moment de dissenyar l'aplicatiu bé pels canvis apareguts en els darrers temps pel que fa a pensions, prestacions i ajuts del sistema públic.

Situació sociofamiliar - Grau de relació. El desplegable que valora el grau de relació amb el nucli de convivència no contempla totes les opcions possibles en tipus de relació. L'aplicatiu ordena alfabèticament aquesta classificació essent més fàcil el registre si l'ordre la classificació és realitza segons la qualitat de la relació.

Situació sociofamiliar - Persona de referència. Com en el cas anterior el desplegable d'aquest apartat no permet recollir totes les possibilitats (alguna bastant freqüent) de vincle familiar entre persona de referència i usuari. De la mateixa manera l'ordre utilitzat és l'alfabètic en lloc del de parentiu que resultaria més eficient.

Caldria revisar, també altres aspectes de la valoració, especialment el de *Situació econòmica* per els canvis que s'han produït el els darrers temps en els paràmetres de classificació de la situació econòmica i la necessitat de diferenciar entre la situació econòmica de l'usuari i la de la seva unitat de convivència.

Registre de les *activitats* Les activitats o intervencions del treballador social es registren des de l'apartat diagnòstic social, cal relacionar-les sempre amb un problema de salut, amb la qual cosa és imprescindible designar a aquella persona un problema de salut de la classificació social (o diagnòstic social). En aquest apartat faig tres propostes:

Millorar el sistema de registre de les activitats donat que sempre se'n registra més d'una i cal entrar-les de forma individual, havent de passar per tres pantalles per a cada activitat.

Proposta: Sistema *check-box* amb una opció de guardar, un cop s'han marcat totes les activitats realitzades en aquell moment.

Hi ha dues activitats contemplades com a activitats independents que necessàriament haurien d'estar relacionades. Per una banda existeix *Tipus de tràmit* on s'especifiquen els tràmits realitzats i per una altra banda existeix l'activitat *Estat de les tramitacions* on es recull en quina part del procés es troba aquell tràmit (en realitat és un seguiment de la primera activitat).

Proposta: Quan es reculli un *Tipus de tràmit* hauria de poder recollir-se al costat l'estat en que es troba aquest tràmit (resolt, pendent de resolució, en curs o en estudi)

Cal revisar els tràmits que recull l'aplicació actual: eliminar aquelles prestacions o ajuts que ja no existeixen i incloure totes les noves prestacions que s'ofereixen a l'actualitat

Problemes de salut. Com deia anteriorment, és necessari per tal de poder recollir les activitats/intervencions de Treball Social que al menys existeixi un diagnòstic social. A l'actualitat només es poden assignar com a problema social els Z, de forma que hi ha problemes importants i en els que treballem sovint que no ens permet categoritzar. De la mateixa manera, apareixen dins el diagnòstic social problemes no socials que comencen amb Z (de Z93 a Z98. implantacions de dispositius marcapassos, trasplantament d'òrgans o teixits, al·lèrgies medicamentoses, etc.) Dels problemes de salut que no és possible assignar des de la valoració social i per tant relacionar amb les activitats jo destacaria:

Demències: actualment les classifiquem com "Altres trastorns mentals o del comportament".

Maltractaments: Cal registrar-lo com a "Conflicte entre els cònjuges" quan seria òptim registrar-lo com a T74-"Síndrome del maltractament"

Mutilació genital femenina: Només és possible registrar les situacions de risc (Z62.9-"Problema no especificat amb la criança del nen") i no el cas en que s'hagi produït la escissió S38.2-"Amputació traumàtica dels òrgans genitals externs".

Tots els codis Z74 estan relacionats amb Atenció Domiciliària ATDOM i la majoria d'ells fan referència a problemes de persones amb dependència (no sempre subsidiaris d'atenció domiciliària). Seria possible desvincular les extensions del problema Z74 (.0,.1,.2,.3,.8,.9) de el codi ATDOM i que aquest quedés recollit únicament amb el Z74 en genèric.

Inclusió de formularis socials dins la documentació de l'e-CAP. Incloure aquella documentació d'ús més freqüent i vincular-la a algunes dades registrades dins de la valoració social de l'e-CAP:

Informe social de l'ICS

Informe de situació de risc de l'ICS

Informe mesures cautelars de l'ICS

Informe d'aspectes socials del Departament d'Acció Social

Informe d'aspectes de salut del Departament d'Acció Social

Per finalitzar podríem resumir que, per les seves característiques, l'e-CAP ens obliga a:

Una major responsabilitat en el registre. En tant que no permet modificacions un cop s'han desat determinats registres, i en aquells en que es pot realitzar rectificacions, sempre queda empremta per qüestions de seguretat.

Un esforç de sistematització. Venim d'un sistema de registre narratiu i subjectiu, i ara ens veiem sotmesos a la limitació que imposa un registre d'opcions tancades.

Ser més curosos en la relació assistencial. L'atenció a la pantalla mai ha d'anar en detriment del temps, espai i actitud que requereix l'entrevista.

L'e-CAP ofereix als professionals:

Parlar un llenguatge comú. La unificació del sistema de classificació de problemes amb el dels sanitaris ens permet integrar les dificultats socials en els problemes de salut i desterrar diagnòstics tan discutibles com la *sociopatia*. També suposa unificar en tot el territori la classificació de problemes similars que fins al moment eren recollits de formes diverses.

Accés a una història clínica única, comuna als diferents professionals de l'equip però també a professionals d'altres centres.

L'explotació de dades referents a activitats i problemes de salut de la nostra població de referència que permeten intervencions planificades en determinats col·lectius.

Afavoreix el *continuum* assistencial, facilitant la relació amb altres serveis i permet la coordinació de les intervencions entre nivells i en el territori.

Pels aspectes millorables que presenta, necessita:

Ser més àgil. Comparat amb altres programes similars es tracta d'un programa que exigeix al professional un registre carregós i sovint duplicat de la mateixa informació.

Actualitzacions freqüents. Les polítiques socials són molt canviats en els darrers temps i la cartera del serveis socials varia amb molta velocitat i, per tant, exigeix que l'eina de registre estigui actualitzada i al dia amb les noves ofertes.

Ens trobem en un entorn dinàmic, quan s'imprimeix un canvi no hi ha possibilitats de retorn a la situació anterior, ja no hi ha marxa enrere i no ens queda més que millorar i en tot cas afiançar la situació actual. Ja sabem que la versió sobre la que estem parlant avui no serà amb la que treballarem d'aquí a pocs mesos. Tot apunta que les noves vies de creixement van cap a un aplicatiu que si no és comú, permeti compartir la informació entre la xarxa d'Atenció Primària i la Xarxa Hospitalària, alguns ja hem sentit a parlar del SAT. No podem garantir quin serà el nom i els cognoms de l'eina que utilitzarem en el futur, e-CAP versió 20.0, SAT, però si podem dir quines característiques tindrà. Ens connectarà a tots els serveis d'atenció primària, especialitzada i hospitalària, garantirà l'accés a la informació clínica a tots els professionals que intervenim, permetrà també el traspàs de dades interinstitucionalment evitant la multiplicitat de registres, i sobretot, serà tan senzill que ens permetrà retornar la mirada als ulls que ens miren des de l'altre costat de la taula que en el fons és l'essència del nostre treball.



Dra. Alícia Casals

Catedràtica de la Universitat Politècnica de Catalunya
Investigadora del Grup de Recerca en Robòtica Intel·ligent i Sistemes
Cap de la línia de Recerca en Robòtica i imatge Mèdica a l'Institut de
Bioenginyeria de Catalunya

Noves tecnologies per a l'assistència a les persones

En un moment o altre de la vida tots necessitem d'assistència. A part de l'assistència mèdica necessària en cas de malalties, és necessària l'assistència social quan es pateix de disminucions físiques, psíquiques o sensorials, ja siguin derivats de malalties, d'accidents o de la vellesa.

En front a una necessitat d'assistència, sens dubte la sensació general és que necessitem alguna persona que ens aporti l'ajut que necessitem, però també és cert, que la necessitat continuada d'assistència crea una dependència no fàcil de portar, ni per la persona cuidadora ni per la pròpia persona cuidada. És en aquest punt on la tecnologia pot complementar l'assistència personal.

La tecnologia i la robòtica han demostrat ser mitjans efectius per aportar autonomia a persones amb certes limitacions, tant a la vida diària com en el lloc de treball. En el camp de la discapacitat els reptes de la robòtica són enormes, però encara hi ha grans dificultats per desenvolupar equips que siguin prou ben acceptats pels potencials usuaris. Tot i que la robòtica ha assolit resultats considerables en molts camps d'aplicació, encara estem lluny d'haver aconseguit robots assistencials o sistemes robòtics que hagin estat acceptats i siguin utilitzats de forma habitual per un gran nombre d'usuaris amb necessitats especials. Les causes de la limitada aplicació d'aquesta tecnologia en el món de l'assistència a les persones en front del seu ús en àrees on està molt més consolidada, com en la indústria o el sector de serveis, són múltiples. Per una banda hi ha les dificultats tecnològiques de les màquines treballant amb i per a les persones, en front a les màquines treballant en un entorn predeterminat com és per exemple, un procés de producció; d'altre, l'acceptació de la persona a ser atesa per una màquina, que la pugui entendre i utilitzar eficientment i que si senti be.

Els ajuts tecnològics de la robòtica en el camp assistencial comprèn elements de tipus molt divers com:

- Tecnificació d'elements d'ús habituals (bastó, cadira de rodes, caminadors...)
- Adaptació de l'entorn (domòtica, automatismes...)
- Elements prostètics
- Robots assistencials

- Animals domèstics robòtics

I aquests elements veuen la seva aplicació en l'augment de l'autonomia, ja sigui pel suport i ajut directa com per a la companyia que un enginy, adequadament concebut pot aportar a persones amb necessitat d'assistència però també de companyia.

Amb l'envelliment de la població i la forma de vida de la nostra societat és cada vegada més necessari poder comptar amb l'ajut de la tecnologia per cobrir les necessitats assistencials de les persones amb cert grau de dependència.

El plantejament que cal fer però també en front de la introducció de la tecnologia és fins on volem que arribi per tal de suplir l'assistència de persones. Cal plantejar el perill de deshumanitzar l'assistència per assolir l'equilibri desitjable assistència personal - assistència tecnològica.

És evident que la tecnologia és totalment desitjable en casos on l'assistència requereix un esforç físic excessiu pel cuidador, com haver de suportar el pes d'una persona, per exemple per aixecar-la, tombar-la del llit, etc.; fet que comporta danys físics a l'assistent; com en les situacions d'una assistència continua, com passar els fulls d'un llibre per a que una persona tetraplègica pugui llegir, o altres tasques de suport que envaeixen la intimitat de la persona necessitada o la seva autoestima per manca d'autonomia.

La tecnologia, actualment, ofereix un gran nombre de possibilitats, més o menys explotades per diferents raons, que van des del suport de les institucions a aquests tipus d'ajut fins al nivell d'acceptació de l'usuari final per qüestions de facilitat d'ús, fiabilitat, seguretat, eficiència i fins i tot l'agradabilitat del seu ús, o grau de satisfacció personal.

Alguns equips actuals per a l'assistència robòtica a les persones són: les mans prostètiques, fig. 1; els robots assistencials específics, fig. 2; els robots de companyia, fig. 3; el robot domèstic multi ús, fig. 4; o el robot d'ús terapèutic, fig. 5; entre d'altres.

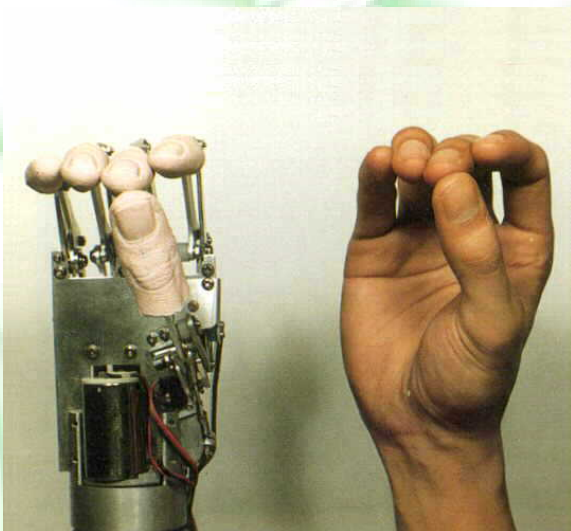


Fig. 1 Mà prostèsica



Fig. 2 Robot assistencial per donar de menjar



Fig. 3 Robot de companyia



Fig. 4 Robot multifuncional d'ús domèstic



Fig. 5 Robot d'ús terapèutic i social

Comunicacions lliures



Aplicació de tècniques de relaxació a domicili per l'equip PADES

Olga Ventura Matz
Montserrat Calafell Riba
Mariona Pedret Gómez

Introducció

L'equip PADES (programa d'atenció domiciliària, equip de suport) atén a pacients pal·liatius en el seu domicili, com a suport als professionals d'atenció primària.

L'objectiu és el control de símptomes, facilitant mesures de confort i el suport emocional del pacient i família i, quan és possible, ajudar a morir a casa.

L'equip PADES aplica la relaxació a pacients i cuidadors des del 2006, mitjançant una infermera de l'equip formada en aquesta tècnica.

L'eina aplicada és la Sofronització simple basada en la disminució guiada del nivell d'activació dels músculs amb ajuda d'una respiració serena. Cada exercici té una durada d'uns 30 minuts.

Objectiu

Valorar la utilitat de la tècnica per relaxar i reduir l'ansietat.

Mètode

A la sessió clínica setmanal es decideix quins pacients poden ser beneficiaris de la tècnica. S'aplica de manera simultània al pacient i cuidador.

Els demanem que valorin el seu grau d'ansietat abans i després de la relaxació mitjançant l'ESAS (escala numèrica visual on: 0= bon control i 10= mal control).

Fem un estudi retrospectiu dels fulls de registre de tot l'any 2007.

Resultats

La infermera de l'equip formada en relaxació té assignada una població de cobertura de 88.332 habitants a les poblacions d'Esplugues de Llobregat i Cornellà de Llobregat. Durant l'any 2007 va atendre a domicili a 145 pacients pal·liatius per control de símptomes. Es va oferir la tècnica a 17 pacients (12%) els quals presentaven ansietat però amb un bon control de la resta de símptomes.

Es va aplicar la tècnica a 17 pacients i 14 cuidadors.

Abans de la relaxació presentaven un grau d'ansietat moderat-alt (ESAS entre 4 i 10) el 71% del pacients i el 93% dels cuidadors. Després de la tècnica els havia disminuït l'ansietat a un grau lleu (ESAS entre 0 i 3) al 94% dels pacients i al 93% dels cuidadors.

El 100% de pacients i cuidadors van manifestar que la relaxació els alleugeria les tensions musculars, augmentava el seu confort i experimentaven moments de benestar.

Conclusions

La relaxació és una teràpia alternativa que disminueix el grau d'ansietat i millora el confort tant dels pacients com dels cuidadors.

Aquesta tècnica permet la participació familiar i compartir amb el pacient emocions positives: pau, tranquil·litat, calma, serenitat, benestar, esperança...

Afavoreix la comunicació i la relació pacient-cuidador-equip.

És una tècnica de fàcil aplicació i acceptació. És un mètode econòmic.

Ens caldria més professionals a l'equip per que la infermera formada en tècniques de relaxació tingués més disponibilitat per augmentar el nombre de pacients beneficiaris de la relaxació.

Paraules clau: Relaxació, domicili, pal·liatiu.



Intervenció sociosanitària a pacients amb fibromiàlgia

M. Dolors Olmos Pagès
M José de Miguel Peláez
Núria Pereira Berdullas
Remei Moreno Granada
Montserrat Montoliu José
Montserrat Pérez Zamora

Introducció

La Fibromiàlgia és un problema de salut que condiciona tant físicament com a nivell psicosocial a aquells que la pateixen.

Al 2007 es posa en marxa el Pla d'Atenció a la Fibromiàlgia del Departament de Salut de Catalunya, sent escollida la nostra ABS com un dels 12 centres pilots.

Des del nostre centre vàrem establir un circuit d'atenció multidisciplinar integrat per 1 treballadora social, 1 metgessa i 1 infermera. Dins del pla terapèutic dissenyat, la tasca de la TS va ser la d'avaluar el grau de suport familiar que tenien els pacients i els seus coneixement sobre els recursos existents a la comunitat.

Objectius

- Valoració de l'existència de disfunció familiar en persones afectades de FM.
- Donar suport als pacients afectats de fibromiàlgia i disfunció familiar.
- Potenciar l'accés als recursos de suport existents en la comunitat: associació d'afectats de FM del municipi, informació i orientació sobre el reconeixement del grau de disminució de disminució.

Material i mètode

Disseny: Descriptiu transversal.

Àmbit: ABS zona urbana.

Subjectes: Tots els pacients amb diagnòstic de FM del nostre centre.

Variables d'estudi: Valoració de la disfunció familiar (Test d'Agbar familiar), valoració del grau de coneixement dels recursos existents en la comunitat (associació d'afectats de FM, ajudes/reconeixement del grau de disminució).

Intervenció: Durant 6 mesos, de maig a novembre de 2007, totes les persones afectades de FM del centre van ser citades per l'equip de professionals referents de fibromiàlgia. Tot desplegant el rol del professional de Treball Social recollit en el "Nou model d'atenció a la fibromiàlgia" del Departament de Salut, 2006, la TS del centre va avaluar: el grau de disfunció familiar (Test d'Agbar) i la necessitat de suport i diàleg intrafamiliar, va donar suport emocional i reforç tot potenciant autoestima, va orientar sobre els recursos existents a la

comunitat (activitats culturals, de lleure, esportives, etc.), i els va informar sobre la tramitació de recursos (laborals, socials, jurídics, etc.).

Resultats

Del total de 75 pacients diagnosticats de FM van ser visitats per la TS 64; 61 dones i 3 homes. 49 (77%) no tenien cap disfunció familiar, 11 (17%) tenien una disfunció lleu i 4 (6%) una disfunció greu. 57 no coneixien l'associació i 46 no havien sol·licitat el reconeixement de disminució.

Conclusions

Encara que no hem trobat cap estudi que ho corrobori, existeix el tòpic que les persones amb fibromiàlgia tenen problemàtiques familiars complexes. El resultat d'aquest estudi trenca amb aquesta idea.

El 89% dels pacients valorats no coneixien l'associació de fibromiàlgia. El 71% no tenien sol·licitat el reconeixement de disminució. La tasca de la TS, dins de l'equip, ha garantit el suport emocional i la informació sobre ajudes i recursos de la comunitat als pacients que són candidats a beneficiar-se.



Percepció de les famílies migrants subsaharianes al maresme sobre les mutilacions genitals femenines

Juana Moreno Navarro
Luz Terán del Egado
Marisol Fernández del Río
M José Castany Fàbregas
Laura Muñoz Ortiz
Adriana Kaplan Marcusan

Introducció

La recent arribada al nostre país de famílies de l'Àfrica subsahariana ens apropa a realitats culturals diferents que evidencien l'existència de pràctiques tradicionals perjudicials per a la salut de les dones i les nenes.

Objectiu

Intentar una aproximació al posicionament de les famílies davant de les intervencions preventives per evitar aquestes pràctiques.

Material i mètodes

Disseny: Estudi descriptiu transversal. Àmbit d'estudi: ABS de la comarca del Maresme.

Subjectes: Homes i dones subsaharians assignats als centres.

Mesurament: Enquesta/entrevista realitzada per un professional sanitari o mediatadora. Es recollia informació sobre dades demogràfiques, conseqüències per a la salut, coneixement de la legislació espanyola sobre les mutilacions genitals femenines (MGF), posicionament davant de les intervencions preventives i acceptació d'una alternativa al ritual.

Resultats

Es van realitzar 185 enquestes en les que un 30% eren homes i un 70% dones amb una edat mitjana de 32 anys. Majoritàriament d'ètnia mandinga (37%) i procedents de Gàmbia (40%). El 91% afirma que en el seu país es practica la MGF. El 81% de les dones de la seva família i el 63% dels homes estan d'acord amb aquesta pràctica. El 90% saben que es fa per tradició i el 51% creuen que no genera problemes de salut. El 80% saben que les nostres lleis prohibeixen les MGF. El 58% creuen que s'acceptaria una cerimònia ritual alternativa sense MGF.

Conclusions

La MGF continua sent una pràctica freqüent entre les famílies africanes que viuen al nostre país i creuen que no genera problemes de salut. Coneixen les lleis i les seves conseqüències i estarien disposats a acceptar una cerimònia ritual sense MGF, iniciació sense mutilació.

Paraules clau: Mutilacions genitals femenines, famílies subsaharianes, atenció primària.



Coordin@-3: la planificació de la continuïtat assistencial entre treballadors socials de l'hospital d'aguts i l'atenció primària social i de salut

Mònica Andreu Aranda
Bianca Beltran Bartés

Introducció

La UTS de l'Hospital Dos de Maig (HDM) atén població de diversos districtes de Barcelona ciutat i del Baix Llobregat (BLL). Per aquest motiu treballa amb diversos centres de Serveis Socials (CSS) i Àrees Bàsiques de Salut (ABS).

Objectiu

Establir un protocol formal de coordinació i derivació àgil amb els TS referents de CSS i/o ABS.

Mètode

Anàlisi mitjançant matriu DAFO del procediment de coordinació i derivació, destacant que:

Desconeixem les funcions i els límits de cada institució (imaginar d'expectatives)

Fem escassa difusió de la nostra missió i el nostre funcionament

Tenim horaris d'atenció diferents i dificultats d'accessibilitat per a la comunicació telefònica

Tendim a fer derivacions verbals en detriment dels informes socials

Parlem llenguatges diferents: sanitari versus social

Dubtem del criteri del col·lega

Existeixen sistemes rígids d'intervenció

Resultats

S'han establert accions de millora pel 2008 que poden impactar en les barreres i debilitats de la coordinació i derivació:

La promoció de la UTS HDM

La formalització del protocol de coordinació i derivació via correu electrònic amb CSS i ABS de referència més habituals

El progressiu coneixement dels CSS i ABS de la zona del BLL (nou Hospital Comarcal del BLL)

Conclusions

Per oferir una qualitat òptima als nostres clients hem de garantir la comunicació entre els professionals, aprofitant les noves tecnologies, evitant derivacions infructuoses, revisant el nostre model d'intervenció i convidant a d'altres a treballar en aliança estratègica.

Paraules clau: Coordinació, derivació i continuïtat assistencial.

Treball Social: un nou model de sistemes d'informació

Íngrit Bartés
Sònia Gómez
José Luis Muñido
Cristina Parra
Núria Pitarch

Introducció

L'Organització Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla gestiona 2 Hospitals d'aguts (Vendrell i Tarragona), 1 Hospital Lleuger (Consultes Externes, Rehabilitació, Diagnòstic per la Imatge, Àrea Quirúrgica), 6 Àrees Bàsiques de Salut (ABS Baix Penedès Interior, ABS Vendrell, ABS Calafell, ABS Torredembarra, ABS Vilaseca, ABS Llevant), 1 Centre Sociosanitari, 1 Residència Social, 2 escoles bressol, 2 centres de dia, un centre de treball especial (treball protegit), 1 Bugaderia, Hostaleria i Manteniment.

L'empresa posa en marxa a l'any 2004 un software informàtic amb l'objectiu de tenir una HISTORIA CLINICA INTEGRAL, INTEGRADA I TRANSVERSAL.

Aprofitant aquest suport informàtic, els treballadors socials dels diferents recursos sanitaris inicien un projecte de protocolització informatitzada del Treball Social en xarxa

Objectius

- 1.- Crear un model de suport informàtic social estàndard i connectat en xarxa per a tota l'àrea d'influència de salut que gestiona l'organització.
- 2.- Integrar la intervenció del treballador social a la història clínica informatitzada del pacient
- 3.- Accés bidireccional entre el professional assistencial i el treballador social en la informació integral del pacient.
- 4.- Accés a la informació integral del pacient des de l'interconnexió de tots els centres gestionats per l'organització (àrees bàsiques de salut, residències, centres de dia, centres sociosanitaris).
- 5.- Facilitar l'obtenció d'informació sanitària i social relativa al pacient de forma immediata per a una millora en l'atenció, coordinació i derivació.
- 6.- Evitar la duplictat d'informació en l'anamnesi del pacient.

Metodologia

Recopilació bibliogràfica

Sessions de treball amb professionals informàtics

Reunions de treball de l'equip de treballadors socials de l'organització

Elaboració de les variables que formen part de la protocolització de la intervenció del Treball Social en la gestió de casos

Estudi de les escales de valoració social validades, a utilitzar pels professionals del Treball Social

Resultats

Programa informàtic social integrat a la història clínica informatitzada del pacient, connectat en xarxa, transversal, immediat i àgil.

Conclusions

Amb la implementació del programa en xarxa, el treballador social obté informació sociosanitària a temps real, de les gestiones, actuacions, intervencions que altres professionals de l'organització hagin pogut realitzar amb un pacient, consultant el seguiment, informe social, nombre de visites, motius de consulta. Informació sempre accessible des de tots aquells nivells assistencials que hagi utilitzat l'usuari (atenció primària, urgències, atenció especialitzada i sociosanitària) compartint-la amb la resta de l'equip assistencial que atén al pacient, obtenint amb això una HISTORIA CLINICA INTEGRAL, i seguint els nous criteris de l'EFQM, el model d'acreditació de Catalunya.



Programa de Promoció de la Salut a la Comunitat: ahir, avui i demà. Una experiència concreta

Ramona Tigell Gironés
Ana Donado Asensio
Agustina Cardona Márquez
M José Castellar Salinas
Mercè Forti Carbonell
Núria Sarrà Manetes

Justificació

El paradigma imperant en els serveis de salut és la fragmentació dels serveis sanitaris en unitats competitives de producció, resituant al ciutadà no com un agent participatiu actiu en la producció de la salut, sinó com un consumidor/client. El Treball Social, responnent a la seva missió intrínseca, ha de cercar metodologies innovadores d'intervenció que facilitin noves aliances amb la comunitat per tal de fomentar l'autonomia social.

Objectiu

Analitzar l'evolució d'un programa de Promoció de la Salut a la Comunitat d'una ABS (1994-2007).

Materials i mètodes

Disseny: estudi descriptiu retrospectiu

Àmbit d'estudi: ABS semiurbana

Subjectes: població de 17.000 habitants

Intervencions: s'estructura l'anàlisi en períodes i fases, dintre del procés d'implantació del programa. S'analitza el paradigma que sosté les metodologies d'intervenció en cada període. Es descriu els projectes desenvolupats en funció dels diferents nivells i nuclis d'intervenció ordenant les activitats seguint una classificació sistematitzada. S'analitza el procés dinàmic del programa entès com un continuum al llarg del temps. Finalment s'aporta noves oportunitats de futur.

Resultats: Es determinen dos períodes, de 1994 al 2002 i de 2003 al 2007. En el primer període es diferencien tres fases: **1.-** Apropament sociològic a la comunitat i consolidació de la xarxa relacional intracomunitària. **2.-** Desplegament de 7 projectes desglossats en 105 activitats ordenades en funció de la seva tipologia i presentades a la comunitat com a guia de serveis. El total de 393 intervencions engloben macroactivitats de curta durada i amplia cobertura poblacional i micoractivitats que s'allarguen en el temps i reduïbles a petits grups. **3.-** Es dona continuïtat, reforç i cobertura a noves necessitats amb la creació de dos nous projectes on s'introdueixen dinamitzacions comunitàries i més implicació per part de tots els professionals de l'EAP.

El segon període es caracteritza per la prioritització de les activitats d'educació per a la salut amb taller dintre del centre i fora, en el context escolar, amb el protagonisme dels professional d'infermeria, aplicant-se metodologies d'intervenció consensuades institucionalment.

Paper del treballador social en el segon període del programa de promoció de la salut comunitària: Es crea una escissió en el treball interdisciplinar del període anterior, on la centralitat estava ubicada en el Treball Social, iniciant-se aleshores i fins a l'actualitat un programa amb intervencions parcel·lades corporativament, on cada col·lectiu realitza activitats grupals i comunitàries de forma independent, perdent-se tota la metodologia de programació global anterior (planificació, avaluació i nova planificació). L'únic vincle entre Infermeria i Treball Social es concreta en les derivacions de casuístiques individualitzades detectades per infermeria en la seva tasca d'agents de salut a l'escola.

Conclusions

Una tasca minuciosa d'apropament a la comunitat i la consolidació dels vincles comunicacionals amb la xarxa comunitària és necessari per tal de poder incidir de forma continuada i resolutiva en la cultura sanitària d'una població. Aquest tipus d'intervencions corre el risc, no obstant, d'esdevenir experiències localistes si no s'integren a unes estructures programàtiques més àmplies. Alhora però, els programes institucionals on no existeixin enfoc estructurats i integrats de la salut, s'allunya de la necessària participació activa de la comunitat. L'equilibri entre els dos paradigmes ha d'obrir nous horitzons d'intervenció comunitària en la Promoció de la Salut.



Projectes



Escola de pares i mares a l'Àrea Bàsica de Salut a la població de Martorell

Carme Rovira i Aler
Isabel Vidal Morist
Yolanda Rico García
Eufemia López Herrero
Sílvia Ruiz Fernández
Marien Fuertes Martínez

Justificació

Des de l'ABS de Martorell i dintre de la consulta del nen sa, observem les angoixes, pors, i actituds disfuncionals que provoquen, molt sovint, l'educació i responsabilitat dels pares vers els seus fills/es.

És per aquest motiu que us volem oferir un espai als pares de nens de 0 a 6 anys on puguin compartir les seves experiències i dubtes, conjuntament amb els professionals que estan atenent els seus nens.

No hi ha una sola manera d'educar, cuidar i actuar. Hi ha tantes maneres com pares i fills.

Objectius

1. Donar coneixements bàsics de diferents temes.
 - pautes d'higiene
 - pautes d'alimentació als nens
 - la son
 - el nen malalt: cures, administració de medicaments
 - prevenció d'accidents
2. Crear un espai d'intercanvi i reflexió amb els pares
3. Orientar els pares en la identificació dels seus dubtes i preocupacions.
4. Disminuir la demanda de visites pediàtriques per qüestions més d'actituds que de patologia.

Metodologia i material

Disseny: Grup d'intervenció en la promoció de la salut dels nens, a través dels pares.

Àmbit d'estudi: pares de nens de 0-6 anys. Màxim 10 parelles.

Intervencions:

6 sessions bimensuals, d'una hora i mitja de durada.

Recursos humans:

Diplomats d'infermeria
Treballador social.

Recursos materials: CAP de Martorell.

S'informarà d'aquesta activitat a través de la Xarxa d'infància.

Resultats i conclusions

Avaluació qualitativa (grau de satisfacció) al final de cada sessió.

S'esperen aconseguir els objectius prèviament descrits.

Paraules clau: promoció de la salut, atenció primària de salut, família.



El camí d'una proposta: projecte per treballar l'insomni des d'una ABS

Remei Moreno Granada
M Dolors Olmos Pagès
Victòria Mir Labalsa
Elena Fernández Valdivieso
Antonio Andrades Corrales

Introducció

Treball Social i Infermeria treballen des de perspectives comunes orientades a la capacitat dels usuaris. Aquesta aliança hauria de permetre anar consolidant propostes efectives d'intervenció grupal i comunitària en salut.

Sovint, la treballadora social (TS) atén situacions d'estrès psicosocial que generen problemes de salut. Un d'aquests problemes de salut que detecta de forma habitual és l'**insomni**. La TS, per canalitzar el tractament d'aquest problema va realitzar la proposta a l'equip de portar a terme un projecte de detecció i abordatge de l'insomni crònic no orgànic (ICNO).

Objectius

- Conèixer el registre de diagnòstics d'insomni: estudi descriptiu del registre d'insomni crònic no orgànic a l'ABS. (Hipòtesi: infradiagnòstic).
- Conèixer l'interès i les inquietuds dels professionals referent a aquest problema de salut, mitjançant una enquesta.
- Elaborar un protocol multidisciplinar d'actuació sobre el maneig de l'ICNO a l'ABS.
- Realitzar grups psicoeducatius d'higiene de la son adreçat als usuaris diagnosticats, d'ICNO.

Intervenció - Pla de Treball: Cronograma

Març de 2008: Estudi descriptiu del registre d'insomni crònic no orgànic.

Abril de 2008: Enquestes a professionals de tot el SAP.

Maig de 2008: Presentació del projecte a l'equip.

Presentació i aprovació del protocol per part de l'equip.

Juny de 2008: Realització de tallers d'higiene de la son.

Cerca activa de pacients des de les consultes del personal sanitari, Medicina (M), Infermeria (DI) i TS.

Enquesta als professionals del SAP per conèixer el grau d'interès dels professionals. Seguidament es presentarà el projecte a l'equip i caldrà aprovar el protocol d'actuació. Es farà detecció i captació activa de pacients des de les consultes de M, DI i TS, per realitzar inicialment un abordatge mitjançant educació sanitària individual per part dels professionals DI i, posteriorment,

amb els pacients candidats planificar tallers d'educació sanitària **d'Higiene de la son**. Els tallers d'hora i mitja de durada seran d'un dia a la setmana, durant quatre setmanes.

Avaluació

Estudi descriptiu abans de la posta en marxa del projecte i als 6 mesos després, del nombre de pacients diagnosticats d'insomni (comprovar infradiagnòstic).

Resultats de l'enquesta realitzada als professionals.

Enquesta de satisfacció dels usuaris assistents als tallers.

Estudi descriptiu abans - després de l'efectivitat de la intervenció del taller mitjançant test adients.

La posta en marxa del protocol d'ICNO.



Intercanvi generacional

Javier Bonet Amela
Pietat Espín Cifuentes
Trinidad López Carrique
Isabel Siles Porras
Esther Suades Sabaté
Míriam García Sala

Justificació

Avui dia trobem moltes persones grans que tenen un cert nivell de dependència que els permet viure dins la pròpia llar sols o bé acompanyats amb familiars, però que passen moltes hores sols, podent patir ocasionals sentiments de tristesa i aïllament (per exemple: una persona cega).

Objectius

La idea principal del projecte és que els avis que passen moltes hores sols puguin gaudir de la companyia dels joves durant una estona. Per altra banda els joves podran compartir estones amb la gent gran del poble i aprendre de la seva experiència i al mateix temps treballar el respecte i la comprensió cap a altres generacions.

- Que les diferents entitats del poble puguin treballar de forma conjunta i coordinada amb un objectiu comú
- Millorar l'estada de la gent gran a la pròpia llar
- Evitar l'aïllament que pateixen les persones que estan moltes hores soles
- Donar suport als cuidadors

Els beneficiaris del projecte seran persones escollides per l'equip multidisciplinari del CAP Sallent i se'ls proposarà la seva inclusió en el projecte.

Activitats que s'ofereixen als beneficiaris

- Passejades
- Lectura de llibres, revistes...
- Converses
- Companyia
- ...

No es duren a terme activitats que siguin responsabilitat directa de la família com acompanyaments al metges, compres, administrar medicació....

Resultats esperats

A l'inici del projecte es voldrien com a mínim aconseguir 5 parelles i poc a poc anar ampliant el nombre, tenint en compte el nombre i la disponibilitat dels voluntaris, i el nombre de candidats que compleixen els requisits.

Paraules clau: respecte, soledat, joves-avis



L'especificitat de l'atenció social en els centres d'atenció primària de salut: és el més proper el més llunyà?

Valentín Calvo Rojas
Anna M. Ramell Gutiérrez

Justificació

Malgrat la magnitud, tant per quantitat de persones i grau de patiment, com dels recursos destinats a persones dependents i els seus cuidadors, les dades respecte a l'associació entre tipus d'intervenció social (en el marc de l'atenció primària de salut) i utilització de recursos sociosanitaris son escasses al nostre país. Aquest projecte de recerca ubicat en l'àmbit del cost-benefici té com objectiu comparar la despesa sanitària de persones cuidadores en funció del tipus de intervenció social (de casos o comunitària).

Metodologia

La mostra: 300 persones cuidadores de pacients inclosos al programa d'atenció domiciliària, subdividida en dos subgrups. El grup control (sense intervenció comunitària) s'establirà mitjançant aparellament amb l'altre, en funció de les variables sexe, edat i cansament del cuidador (segons el Zarit). Prendrem com a criteri de resultat "el consum assistencial/ independització".

Documentació de la intervenció:

- Historia Clínica Informatitzada. Programa informàtic E-CAP. S'utilitzarà per identificar les dades de les variables socio-demogràfiques i els indicadors d'utilització de recursos.
- ZARIT: escala que mesura la sobrecàrrega del cuidador.
- Model de carta per a la convocatòria de reunions per a la mostra amb intervenció comunitària.

En les anàlisis estadístiques s'aplicarà el paquet de programes SPSS versió 11.0.

Resultats esperats

Malgrat no totes les comparacions arribin a tenir significació estadística, creiem que podrem afirmar que la intervenció comunitària dirigida a la xarxa social informal permetrà tolerar i elaborar conflictes, sense derivar l'angoixa en forma de demanda professionalitzada, reduint l'impacte sobre el cost sanitari general

Conclusions

Conclourem que la proximitat entesa com a moltes visites/dia, amb moltes intervencions (Treball Social de casos des del model biomèdic) més que acostar-nos ens allunya; de tant pròxims que estem no podem veure què ens

diferència (les formes de satisfer necessitats son múltiples) i què ens és específic

Paraules clau: especificitat, treball comunitari, espai social contenidor.



Diàlegs amb el cos

M. Mercè Rico Busquets
Fausta Benavente Hernández

Introducció

Sovint des dels espais del Treball Social ens relacionem amb situacions d'esgotament, de desànim i de patiment. En la freqüentació de visites que es plantegen a les consultes dels EAP no és estrany trobar una figura femenina que fa de referent i punt de suport a d'altres membres de la família. Gairebé sempre són dones sotmeses a importants factors estressants, de diferents tipus, que assumeixen el rol de cuidador, moltes vegades sense ser conscients del que això implica.

Objectius

Facilitar l'experimentació de sensacions de benestar físic i psíquic en contraposició al patiment i desànim.

Reduir la hiperfreqüentació a les consultes al CAP.

Metodologia

Dones entre 50 i 70 anys que a les consultes manifesten trastorns d'ansietat, depressió lleu i que en el darrer any han estat visitades en el CAP més de 12 vegades. Es descarten patologies psiquiàtriques.

Intervenció: Taller grupal de 12 sessions de dues hores de durada, utilitzant tècniques de relaxació i expressió corporal.

Mesures de resultats:

Freqüentació: nombre de visites sis mesos abans de la intervenció i sis mesos després de la intervenció.

Test de Goldberg abans de la intervenció i posterior a la intervenció.

Enquesta de salut percebuda abans i després del taller.

Resultats

Donat que és un projecte que s'està duent a terme, encara no es disposa de resultats. S'espera una millora de l'auto-percepció de la salut i el descens de les visites a les consultes.

Cap al futur: intervenció del treballador social de salut en el procés d'IT

Carme Castells
Antoni Calvet
Anna Castells
Roser Durano
Anna Granja

Introducció

La IT es caracteritza per una pèrdua transitòria de la capacitat de desenvolupar aquelles funcions i/o tasques pròpies del lloc de treball i que és deguda a una malaltia comuna o professional o bé a un accident en la qual el treballador ha de rebre assistència sanitària de la Seguretat Social.

Des de l'Atenció Primària de Salut, es dona aquesta assistència sanitària al pacient i se li emeten els corresponents comunicats d'IT.

El concepte de malaltia ha anat evolucionant des de l'accepció merament patològica cap a altres aspectes psicològics i socials que poden derivar-se d'una situació d'IT i que, a més del pacient, poden repercutir de manera negativa en la seva família i entorn immediat. Això fa necessària la intervenció, a més del metge de família, d'un altre professional de l'Equip d'Atenció Primària de Salut: el treballador social (TS).

Dins de l'àmbit Alt Pirineu i Aran, volem iniciar una exploració de quina podria ser l'aportació del TS de salut en el procés d'IT. Plantegem aquesta exploració en dues fases: una primera de coneixement i anàlisi de la situació real de les IT de les nostres comarques (patologies que les ocasionen) i la seva relació amb les característiques específiques de les nostres comarques (geogràfiques, climatològiques, sociolaborals,...) i una segona fase, en la qual elaborarem, en funció dels resultats obtinguts, un programa d'intervenció protocolaritzat.

Àmbit d'Estudi

Àmbit Alt Pirineu i Aran: ABS Pallars Sobirà, ABS La Seu d'Urgell, ABS Pobla de Segur, ABS Alta Ribagorça i ABS Tremp.

Objectius

Conèixer les patologies que ocasionen IT en les nostres comarques, la seva relació amb l'entorn immediat i temporalitat de les mateixes.

Millorar la qualitat d'atenció assistencial i resolució en el procés d'IT. Amb la intervenció del Diplomant en Treball Social, es podria millorar la qualitat assistencial, en quant a una intervenció en el procés de rehabilitació del malalt (p.e.: intervenció en malalts afectats de fibromiàlgia, depressions, malalties mentals, etc.) amb l'objectiu d'aconseguir amb el tractament una milloria més ràpida, o bé si no hi ha possibilitats de rehabilitació orientar a d'altres opcions més definitives (invalidesa permanent, etc...)

Intervencions

Estudi de les IT dins de l'àmbit.

Elaboració d'un programa d'intervenció en el procés d'IT.

Subjectes

Pacients en procés d'IT

Temporalitat

1a. Fase: maig 2008 - desembre 2008

2a. Fase: elaboració del programa: gener 2009 - desembre 2009 i elaboració de protocols i implantació: gener 2010 - desembre 2010

Conclusions

Tenint en compte que es tracta de conclusions esperades, ja que és un estudi que està preparant-se i en base a les patologies que apareixeran es podrà clarificar molt més la intervenció del Treballador/a Social.

La intervenció del TS, en principi estaria orientada en les IT de llarga durada.

- En la primera fase: finalitzar l'estudi en els períodes acordats, i obtenir un coneixement sobre les IT de l'àmbit que ens permeti plantejar el programa d'intervenció eficaç i realista en el context de les nostres comarques.

- En la segona fase: establir protocols d'actuació en IT que millorin la qualitat assistencial a dos nivells: en el procés de rehabilitació, i en l'orientació i assessorament al finalitzar el procés (en aquells casos que passin a Invalidesa Permanent).

La intervenció del Treballador/a Social s'orientaria bàsicament en la rehabilitació, fent ús dels seus coneixements en aspectes psicosocials: valorant la situació en totes les seves dimensions (individual, social i familiar), fent una intervenció psicosociosanitària (utilitzant tècniques com la RET, treball individual i familiar) complementant el tractament mèdic i/o d'altres especialistes que intervinguin amb la pacient. En els casos en què a criteri mèdic es vegi que no és possible una rehabilitació, la treballadora social pot fer una orientació cap a opcions més definitives, i d'aquesta manera agilitzar el procés d'IT.

Paraules clau: Treball Social Salut, IT

Pòsters



Barreres arquitectòniques en l'atenció domiciliària d'una Àrea Bàsica de Salut

Carme Rovira i Aler
Raquel Mateo Cubero
Teresa Badia i Farré
Pilar Oriol Toron
Carmen Jiménez Jiménez
Sonia Granado Corzo

Objectius

Identificar les barreres arquitectòniques del domicili dels pacients ATDOM i la via pública que impossibiliten l'atenció al CAP.

Material i mètodes

Tipus d'estudi: Descriptiu, transversal.

Àmbit i subjectes de l'estudi: Pacients inclosos en el programa ATDOM de l'ABS 2006.

Variables a estudi:

Sociodemogràfiques: edat, sexe, estat civil, convivents, cuidador, residència, ubicació del domicili, propietat de l'habitatge.

Motius d'inclusió en el programa

Mesures en l'estat de salut: índex Charlson, índex Barthel.

Malalties prevalents: cardiovasculars, osteoarticulars, neurològiques, altres.

Barreres arquitectòniques externes: pendants, paviments, rampes...

Barreres arquitectòniques internes: esglaons, desnivells...

Informació: enquesta al pacient i/ o cuidador. Dades obtingudes per història clínica (e-Cap).

Resultats

Pacients ATDOM 154. (N: 58) (1ª fase)

Dades sociodemogràfiques: Dones 72,4%; mitjana edat 84,47 DE $\pm 9,8$; estat civil: viudo/a 58,6%, casat 36,2%; viu acompanyat 93,1%; conviu amb fill/a un 50% i amb cònjuge/ parella el 32,8%; ubicació habitatge: centre urbà 70,7%; en pis/edifici 81%; en règim propietat 70,7%

Motiu inclusió ATDOM: malaltia crònica 46%; problemes accessibilitat 24,1%; deteriorament cognitiu 12,1%; Terminals 3,4%

Estat de salut: índex Charlson 7,14 DE $\pm 2,106$, comorbiditat alta 100%; índex Barthel: dependència moderada-greu 25,9% i total 8,6%

Malalties prevalents: osteoarticular: 91,4%; Cardiovascular: 62,1%; neurològica: 50%; malalties per pacient: 3,84 DE $\pm 1,361$; motius subjectius: no desplaçament: morbiditat: 79,3%; accessibilitat: 10,3%; Manca

d'acompanyament: 3,4%; barreres arquitectòniques externes: sí 82,8%
barreres arquitectòniques internes: sí: 31%.

BAE (itinerari des del seu domicili fins al CAP) 82,8% dels pacients tenien alguna BAE com a ítems més significatius (rampes:63%, paviments tous i lliscants 51,7%, pendents 22,4%)

BAI (dins del seu domicili) un 70,7% tenen alguna barrera arquitectònica interna. Presència de esglaons o desnivells un 31%.

Conclusions

Els problemes d'accessibilitat són un motiu important d'inclusió en ATDOM.

Existeix un elevat nombre de barreres arquitectòniques externes-internes que dificulten el desplaçament al centre.

Tot i que hi ha un 24% de pacients inclosos en el programa ATDOM per problemes d'accessibilitat. En la interpretació dels nostres resultats, és va analitzar si havia una correlació entre BAE i index de Barthel (grau de dependència del malalt) i una correlació de BAE i Index de Chalson (Grau de co-morbilitat) i no va sortir significatiu, això vol dir que no hi havia diferència entre l'estat de salut dels pacients relacionat amb les BAE. També es va fer aquesta mateixa valoració amb les BAI i tampoc va sortir significatiu, no estava relacionat l'estat de salut de la persona amb les BAI.

Segons això, amb el grau de desenvolupament que tenim l'estudi en l'actualitat, l'estat de salut no influeix en les BAE i BAI del pacient, que això sigui el problema que dificulti l'accessibilitat en el CAP, pendent d'estudi.

El que si que es pot dir, és que els resultats no són concloents perquè s'ha passat l'entrevista a un 25% dels pacients ATDOM.

Paraules clau: Atenció Domiciliària, Barreres arquitectòniques, Atenció Primària de Salut



Recursos socio-sanitaris i socials que demanen els pacients de l'ABS La Granja

Cristina Gil Bargalló
M Luisa Barrera Uriarte
Empar Valdivieso López
M. Puy Muniain Díaz de Cerio

Introducció

L'envelliment de la població i el canvi de model familiar afloren necessitats de cura i recursos pel pacient i cuidador.

Objectiu

Analitzar la relació entre la demanda de recurs socio-sanitari dels pacients de l'ABS La Granja i la petició d'altres recursos socials.

Metodologia

Estudi transversal descriptiu. Període d'estudi: gener 2006 - maig 2007. Variables estudiades: nº hcap, sexe, edat, demanda recursos socials, tràmit residencial, tipus de petició (HDA, descans familiar, convalescència, llarga estada, cures pal·liatives).

Mostra, N= 51 pacients.

Resultats

Pacients que van fer demanda d'altres recursos: 62,75%, d'aquests el 56,25% homes.

Recursos demandats:

* Recurs residencial: 40,62%

61,54% dones, demandant: 25% llarga estada, 37,5% descans familiar, 37,5% convalescència.

38,46% homes, demandant un 40% convalescència, 20% llarga estada, 20% cures pal·liatives, 20% HDA.

*SAD: 31,25%

70% homes, demandant 71,43% convalescència, 14,29% llarga estada, 14,29% descans familiar.

Dones 30%, van demandar convalescència.

*Recurs/Prestació econòmica: 21,88%

85,71% homes, demandant: 50% convalescència, 33,33% descans, 16,67% HDA.

* Recurs socio-sanitari: 6,25% (totes dones, demandant descans familiar)

Conclusions

Més d'un 60% dels pacients que van demandar recurs socio sanitari també van demandar algun altre recurs social.

Existeix relació entre els ingressos per convalsència i descans familiar amb els principals recursos demandats (recurs residencial i servei d'ajuda a domicili)

Dels pacients que van fer demanda de recurs residencial un 61,54% van iniciar realment els tràmits, la majoria homes.

Dels pacients estudiats un 18,75% van fer demanda de més d'un recurs durant el període, en un 83,33% dels casos van alternar el recurs descans familiar i convalsència.



Utilització de la unitat de Treball Social de l'ABS La Granja dels pacients que demanden recurs socio sanitari

Cristina Gil Bargalló
M Luisa Barrera Uriarte
Empar Valdivieso López
M. Puy Muniain Díaz de Cerio

Introducció

El recurs socio sanitari temporal es fa necessari en molts casos d'urgència no resolutives en el domicili, és important la proximitat amb pacient i cuidador i la coordinació amb equip sanitari.

Objectiu

Conèixer com han utilitzat la Unitat de Treball Social de l'ABS La Granja els pacients que van fer demanda de recurs socio sanitari un any abans de la petició.

Metodologia

Estudi descriptiu, retrospectiu. Període d'estudi: gener 2006 - maig 2007. Variables estudiades: n^o hcap, sexe, n^o visites de Treball Social a consulta i a domicili, tipologia de demanda.

Mostra N= 35 pacients.

Resultats

Visites consulta: 85,71% entre 1-4 visites

14,29% entre 5-9 visites

domicili: 25,71% entre 1-4 visites

51,43% homes, de les seves peticions es van fer en un 83,33% dels casos entre 1-4 visites a consulta i en un 16,67% entre 5-9. Visita a domicili en un 44,44% dels casos.

Les dones van ser vistes a consulta en un 88,24% entre 1-4 visites i un 11,76% entre 5-9. Visites al domicili 5,88%.

Conclusions

Totes les peticions tenen contacte directe amb la Unitat de Treball Social de l'ABS, el nombre de visites és variable segons la tipologia de demanda i la urgència.

Per a tots els professionals la proximitat amb el pacient esdevé prioritària per tal de detectar i preveure situacions d'urgència on pren importància la coordinació amb el metge i infermera per la valoració del pacient, sobretot al domicili.

No s'aprecien diferències significatives segons sexe.



Història social de PADES. Reflex de la societat actual. Distinció entre el cuidador principal i la persona de referència

Magda Tura Poma
Natalia Marín Sarabia
Isabel Márquez Aguado
Anna Freixes Planes
Montse Gomis Claret
Dolors Molina Pérez

Introducció

Les treballadores socials de PADES (ICASS) han construït un model de valoració social exhaustiu que recull elements significatius per a l'abordatge integral de malalt/família/cuidador a l'actualitat:

- diferenciar entre atencions que procura el cuidador principal (qui és el que realitza els cuidados directes al malalt), i la persona de referència (interlocutora amb els professionals i els serveis i que pot o no ser també cuidadora principal).
- l'anàlisi de la percepció de la situació de malaltia per part del pacient i de la família.
- valoració de les habilitats socials per gestionar el lleure.
- detecció dels assumptes pendents i de les estratègies d'abordatge dels mateixos.
- exploració dels aspectes espirituals i del sentit transcendent de la vida.

Justificació

Els canvis socials modifiquen els rols domèstics i l'aprofundiment en l'atenció a la complexitat han fet anacròniques documentacions prèvies. Per l'especificitat del Treball Social en cures pal·liatives cal una revisió i actualització dels instruments de valoració.

Objectius

Generals:

- Conèixer més i millor per intervenir eficaçment.
- Unificació d'informació per realitzar estudis, protocols.

Específics:

- Conèixer què fa el cuidador principal i qui pren les decisions, anomenat "persona de referència".
- Registrar metòdicament els assumptes pendents i aspectes espirituals.

Mètode

Reunions bimensuals l'any 2007 per elaborar la història social a partir d'altres instruments de valoració i l'experiència professional. Assaig del maneig de la documentació durant l'últim trimestre del 2007. Propostes de millora i confirmació del document (desembre 2007).

Resultats

Hem creat una documentació que recull la realitat sociofamiliar d'avui. L'any 2008 s'aplicarà.

Conclusions

S'apropa a la realitat de l'atenció a domicili amb la diferenciació dels conceptes cuidador principal i persona de referència.

Paraules Clau: Valoració social. Domicili. Cuidador. Referent.



L'atenció integral en ATDOM, un servei de proximitat

Susanna Torres Belmonte
Isabel Carretero Huertas
Valentí Aragunde Miguens
Malena Carpallo Nieto

Justificació

L'ATDOM dona assistència al domicili dels pacients amb problemes de salut i que no poden desplaçar-se al CAP
TS hauria de realitzar una valoració de caràcter preventiu dels ATDOM?

Objectius

Valorar la visita domiciliària social anual a demanda vs la realitzada per programa (1 visita anual a tots els pacients) avaluem si facilita l'accés als recursos socio-sanitaris.

Metodologia

Àmbit d'estudi: Estudi comparatiu entre l'EAP Rosselló, que realitza les visites domiciliàries a demanda, i l'EAP Casanova que realitza les visites domiciliàries per programa.

Població diana: Pacients inclosos en ATDOM dels EAP Rosselló i Casanova

Període d'estudi: de l'1 de gener al 31 de desembre de 2007.

Intervencions: visita de primera valoració als pacients nous i visita de seguiment anual, Casanova i Rosselló visita domiciliària a demanda.

Reunions interdisciplinàries anuals per actualitzar valoració i pla d'acció, Casanova i Rosselló.

Resultats

Casanova: visites atdom 410/410 pacients atdom; 41 presenten risc social, 70 viuen sols, 250 disposen d'algun recurs, 120 s'ha tramitat recurs social. 290 visites no han requerit intervenció social o no han volgut tramitar els recursos oferts.

Rosselló: visites atdom 144/402 pacients en atdom; 18 presenten risc social, 35 viuen sols, 79 disposen d'algun recurs, 60 s'ha tramitat recurs.

Conclusions

No hi ha una diferència important entre els dos equips com per plantejar-se la visita sistemàtica. El recurs arriba abans perquè amb la família s'ha treballat per anticipar-se al problema.

En base a això es planteja una nova línia de treball, fer la visita segons uns criteris:

Problemàtica social segons Gijón

Cuidador amb sobre càrrega segons Zarit

Pacient demenciat que viu sol amb o sense suport

Pacient amb dependència severa, segons Barthel, que viu sol amb o sense suport

Pacient que precisa ingrés en centre sociosanitari

Criteri personal sanitari

A demanda del pacient i/o família



La sobrecàrrega del cuidador al taller “Cuidem els que cuiden” del barri de la Barceloneta

E. Sánchez
I. Pineda
E. Hernández
M. E. Piola
C. Izard
A. M. Cervera

Objectius

1. Descriure els perfils del cuidador (CU) i de la persona cuidada (PC).
2. Analitzar la sobrecàrrega del CU.

Mètode

Estudi retrospectiu del taller realitzat al 2007 al Centre Cívic de la Barceloneta. La població assignada és de 15315 persones. La població adscrita és de 16.714 persones.

Dades del CU: edat, sexe, estat civil, situació laboral, relació amb la PC, dedicació diària i temps que el cuidava. Dades de la PC: edat, sexe, estat civil, nucli convivència, barreres arquitectòniques (BBAA), contacte previ amb Serveis Socials (SS), CAP, o altres institucions (AI), recursos socials o sanitaris concedits o en tràmit, estat funcional (l'índex de Barthel (IB)), estat cognitiu i risc social (Escala Social de Gijón abreujada (ESGA)). Objectiu número 2: Escala de Sobrecàrrega de Zarit.

Resultats

- N: 7 casos.

- CU:100% dones, edat mitja 61 anys. 71% casades i 29% solteres. 57% jubilades. Relació amb la PC: 43% cònjuge i 57% filla, dedicant 16 h/d amb un promig de 5 anys d'atenció.

- PC: 57% homes i 43% dones, edat mitja 83 anys. 57% casats i 43% vidus. Convivència: 57% amb cònjuge i 43% amb filla. 71% tenia BBAA. 71% contacte previ amb el CAP, SS o AI. 57% disposava de Telealarma i 43% tenia tramitada la sol·licitud d'ajuda econòmica per a les persones dependents.100% amb deteriorament cognitiu, l'IB 44, ESGA 7.

- Preguntes:

1. “Sent por pel futur que li espera al seu familiar?” 86% va respondre “Freqüentment”.
2. “Es sent incòmode per convidar amics a casa a causa del seu familiar?” 86% va respondre “mai”.
3. “Sent que el seu familiar depèn de vostè?” 71% va respondre “gairebé sempre”.

Conclusions

1. La majoria dels cuidadors eren dones i filles del pacient i en domicilis amb barreres arquitectòniques.
2. Existia contacte previ amb SS, CAP o AI en un elevat percentatge.
3. Els cuidadors continuaven tenint relacions socials malgrat que les persones cuidades eren dependents i amb deteriorament cognitiu.

Paraules clau: cuidador, persona cuidada i sobrecàrrega.



La intervenció social en una unitat de geriatria d'aguts

Ingrid Pineda
Miguel Ángel Márquez
M Isabel Martínez
Marisa Garreta
Olga Sabartes
Antón M. Cervera

Objectius

1. Descriure els aspectes socials dels pacients ingressats en una Unitat de geriatria d'aguts (UGA).
2. Analitzar els factors que condicionen la intervenció de Treball Social i el destí a l'alta.

Material i mètode

Es realitza l'estudi retrospectiu de l'activitat d'una UGA durant l'any 2006. S'inclouen aquells pacients que provenen de domicili i que a l'alta no van requerir ser derivats a un centre sociosanitari. Es recull: el sexe, la edat, la situació funcional prèvia i a l'alta hospitalària mitjançant l'índex de Barthel i l'índex de Lawton, la situació cognitiva mitjançant el Test de Pfeiffer, el risc social amb l'Escala de Gijón abreujada, el nucli de convivència, el cuidador, la intervenció de Treball Social i el destí a l'alta.

Es realitza l'anàlisi estadístic de les variables que condicionen la intervenció de Treball Social i l'ingrés a residència.

Resultats

S'estudien 503 pacients, dels quals el 65.8% eren dones i el 34.2% homes. L'edat mitjana dels pacients ingressats és 84.8 anys.

S'analitza la situació funcional prèvia mitjançant l'índex de Barthel (55.9) i l'índex de Lawton (1.5). Mitjançant el Test de Pfeiffer observem que la situació cognitiva és de 5.2 errors. L'índex de Barthel a l'alta hospitalària va ser de 37.3. Tenint en compte el nucli de convivència es pot observar que conviuen amb els fills (42.7%), amb la parella (29.8%), amb altres familiars (6.4%), amb altres persones (2%) i que viuen sols (19.1%) dels casos.

El cuidador principal va ser: cònjuge (20.7%), altres familiars (50.3%), cuidador professional (19.5%) i no disposen de cuidador (9.5%) dels casos.

Mitjançant l'Escala de Gijón Abreujada analitzem el risc social, la seva estratificació va mostrar risc social baix en el 18.3% dels pacients, intermedi en el 48.2% i elevat en el 33.5% dels casos.

La treballadora social va intervenir en el 41.7% dels pacients ingressats a la UGA, oferint informació (55.7%), coordinant-se amb els serveis socials

d'atenció primària, amb l'Àrea Bàsica de Salut o amb altres institucions (33.3%), realitzant gestions (5.7%) i en el 5.2% dels casos va ser necessari tramitar el Servei d'Atenció d'Urgència a la Velleja (SAUV).

No es va trobar relació estadísticament significativa entre la intervenció per part de Treball Social amb l'edat, l'índex de Barthel previ i l'índex de Lawton.

En canvi amb el risc social, el nucli de convivència, amb el cuidador, amb el Test de Pfeiffer i l'índex de Barthel a l'alta hospitalària els resultats obtinguts van ser:

- Treball Social intervé en el 13.9% dels casos detectats com risc social baix, en el 33.9% dels casos amb risc social intermedi i en el 69.6% dels casos d'elevat risc social ($p < 0.0001$).
- En funció del nucli de convivència Treball Social intervé en el 38% dels pacients que viuen en parella, en el 33.5% dels que viuen amb els fills, en el 40.6% dels que viuen amb altres familiars, en el 50% dels que conviuen amb altres persones i en el 65.6% dels que viuen sols ($p < 0.0001$).
- En funció del cuidador Treball Social intervé: cònjuge (37.5%), altres familiars (37.9%), cuidador professional (45.9%) i no cuidador (62.5%) ($p = 0.009$).
- Relacionant la puntuació del Test de Pfeiffer amb els casos d'intervenció el resultat va ser: intervenció per part de Treball Social en els pacients amb 6.1 errors davant la no intervenció en els casos de 4.6 errors. ($p = 0.0002$)
- Relacionant la intervenció de Treball Social amb l'índex de Barthel a l'alta el resultat va ser: intervenció per part de Treball Social en els pacients amb l'índex de Barthel a l'alta de 33.7 davant la no intervenció en els casos d'Índex de Barthel de 40. ($p = 0.01$).

El tipus d'intervenció per part de Treball Social va presentar diferències estadísticament significatives en funció del cuidador ($p = 0.0001$): els que són cuidats per la parella: oferint informació (66.6%), coordinació amb els serveis socials d'atenció primària, amb l'Àrea Bàsica de Salut o amb altres institucions (28.2%), realitzant gestions (2.6%), SAUV (2.6%). Els que són cuidats per altre familiar: oferint informació (63.5%), coordinació amb serveis socials d'atenció primària, amb l'Àrea bàsica de salut o amb altres institucions (29.2%), realitzant gestions (3.1%), SAUV (4.2%). Els que són cuidats per cuidador professional: informació (46.6%), coordinació amb serveis socials d'atenció primària, amb l'Àrea Bàsica de Salut o amb altres institucions (46.7%), realitzant gestions (6.7%), SAUV (0%) i els que no disposen de cuidador: oferint informació (30%), coordinació amb serveis socials d'atenció primària, amb l'Àrea bàsica de salut o amb altres institucions (33.3%), realitzant gestions (16.7%), SAUV (20%).

El destí a l'alta hospitalària dels pacients ingressats a la UGA va ser: retorn al domicili, tenint en compte que si provenen d'una residència es considera aquesta com el seu domicili habitual (89.7%) i ingrés a residència (10.3%).

No es va trobar relació estadísticament significativa entre l'ingrés a residència amb l'edat, l'índex de Barthel previ, l'índex de Lawton i el nucli de convivència.

En canvi amb el risc social, amb el cuidador, amb el Test de Pfeiffer i l'índex de Barthel a l'alta hospitalària els resultats obtinguts van ser:

- Van ingressar a residència el 1.2% dels casos detectats amb risc social baix, el 5.7% dels casos de risc intermedi i el 22.2% dels casos d'elevat risc social. ($p < 0.0001$)
- En funció del cuidador ingressen a residència: cònjuge (7.7%), altres familiars (8.3%), cuidador professional (13.3%) i no cuidador (20.8%) ($p 0.03$).
- Relacionant l'ingrés a residència amb la puntuació del Test de Pfeiffer el resultat va ser: ingrés a residència els casos amb 7.3 errors davant el no ingrés a residència dels casos amb 5 errors. ($p 0.0004$).
- Relacionant l'ingrés a residència amb l'índex de Barthel a l'alta el resultat va ser: ingrés a residència els casos amb Índex de Barthel de 26.4 davant el no ingrés a residència dels casos amb Índex de Barthel de 38.7. ($p 0.003$).

Conclusions

1. La intervenció de Treball Social en una UGA és necessària donat el risc social dels pacients ingressats.
2. El risc social, la situació cognitiva, la situació funcional, el nucli de convivència i el cuidador principal prediuen la intervenció de Treball Social.
3. El tipus d'intervenció de Treball Social ve determinat en funció del cuidador principal del pacient.
4. El risc social, la situació cognitiva, la situació funcional i el cuidador principal prediuen el destí a l'alta del pacient.

Paraules clau: unitat geriàtrica d'aguts, risc social, destí.



La situació social condiona el reingrés i les revisites en una unitat de geriatria d'aguts?

Ingrid Pineda
Miguel Ángel Márquez
Maria Pi-Figueras
Marta Arellano
Juan Gutiérrez
Antón M. Cervera

Objectiu

Analitzar la relació entre l'índex de reingressos i l'índex de revisites en una unitat de geriatria d'aguts (UGA) i la situació social.

Mètode

Es realitza l'estudi retrospectiu de l'activitat d'una UGA durant l'any 2006. S'inclouen aquells pacients que provenen de domicili i que a l'alta no van requerir ser derivats a un centre sociosanitari.

Es defineix el reingrés com l'ingrés hospitalari anterior als tres mesos post-alta de la UGA.

Es defineix la revisita com la visita al Servei d'Urgències anterior als tres mesos post-alta de la UGA i que no va motivar ingrés hospitalari.

Es recull: el risc social mesurat per l'Escala de Gijón Abreujada, el nucli de convivència, el cuidador principal, la intervenció de Treball Social, el destí a l'alta, l'índex de reingressos al mes i als tres mesos i l'índex de revisites al mes i als tres mesos.

Resultats

S'estudien 503 pacients. Mitjançant l'Escala de Gijón Abreujada analitzem el risc social, la seva estratificació va mostrar risc social baix en el 18.3% dels pacients, intermedi en el 48.2% i elevat en el 33.5% dels casos.

Tenint en compte el nucli de convivència es pot observar que conviuen amb els fills (42.7%), amb la parella (29.8%), amb altres familiars (6.4%), amb altres persones (2%) i que viuen sols (19.1%) dels casos.

El cuidador principal va ser: cònjuge (20.7%), altres familiars (50.3%), cuidador professional (19.5%) i no disposen de cuidador (9.5%) dels casos.

La treballadora social va intervenir en el 41.7% dels pacients ingressats a la UGA, oferint informació (55.7%), coordinant-se amb els serveis socials d'atenció primària, amb l'Àrea Bàsica de Salut o amb altres institucions (33.3%), realitzant gestions (5.7%) i en el 5.2% dels casos va ser necessari tramitar el Servei d'Atenció d'Urgència a la Velleja (SAUV).

El destí a l'alta hospitalària dels pacients ingressats a la UGA va ser: retorn al domicili, tenint en compte que si provenen d'una residència es considera aquesta com el seu domicili habitual (89.7%) i ingrés a residència (10.3%).

L'índex de reingressos al mes va ser de 17.5% i als 3 mesos 31%.

L'índex de revisites al mes va ser de 12.8% i als tres mesos de 21%.

L'índex de reingressos al mes i als tres mesos no va presentar relació estadísticament significativa amb el risc social, amb el nucli de convivència, amb el cuidador principal, amb la intervenció de Treball Social ni amb el tipus d'intervenció.

En canvi sí va haver relació estadísticament significativa amb el destí a l'alta hospitalària: l'índex de reingressos al mes va ser: pacients que ingressen a residència 7% i pacients que retornen al domicili 18.6% (p0.04) i l'índex de reingressos als tres mesos va ser: pacients que ingressen a residència: 15.4% i pacients que retornen al domicili 32.8% (p0.01).

Aquesta relació augmentava a l'analitzar únicament el grup d'elevat risc social: l'índex de reingressos al mes va ser: pacients que ingressen a residència 5.7% i els que retornen al domicili 26% (p0.009) i l'índex de reingressos als tres mesos va ser: pacients que ingressen a residència 8.6% i pacients que retornen al domicili 26% (p0.009).

L'índex de revisites als tres mesos no va presentar relació estadísticament significativa amb el risc social, amb la intervenció de Treball Social ni amb el tipus d'intervenció.

En canvi sí va presentar diferències significatives amb el nucli de convivència, amb el cuidador principal i amb el destí a l'alta hospitalària.

Així, podem observar que relacionant l'índex de revisites als tres mesos amb el nucli de convivència els resultats són: pacients que conviuen amb els fills (26.2%), amb el cònjuge (23.1%), pacients que viuen sols (15.7%), amb altres familiars (4%) i que viuen amb altres persones (0%) (p0.04).

Relacionant l'índex de revisites als tres mesos amb el cuidador principal els resultats són: els pacients que són cuidats per la parella (24.4%), per altres familiars (26.2%), no disposen de cuidador (10.3%) i els que són cuidats per un cuidador professional (11.4%) (p0.02).

Relacionant l'índex de revisites als tres mesos amb el destí a l'alta observem que acudeixen al Servei d'Urgències el 9.1% dels pacients que van ingressar a l'alta de l'hospital en una residència davant del 22.8% dels pacients que van retornar al seu domicili. (p0.03).

Conclusions

1. La intervenció de Treball Social, encara que millori la situació social, no evita reingressos a l'alta d'una UGA.
2. La situació social no influeix en el reingrés a l'alta d'una UGA, el que desestima la creença generalitzada que la persona gran reingressa freqüentment per problemàtica social.
3. Els pacients que viuen o són cuidats per la seva parella o pels fills presenten major nombre de revisites sense reingrés que els pacients que viuen sols sense cuidador o són cuidats per cuidadors professionals, el que probablement indica un major grau d'inseguretat i sobrecàrrega

del cuidador familiar, fet que motiva assistències a urgències innecessàries.

4. L'únic recurs social que evita revisites i reingressos a l'alta d'una UGA és l'ingrés en una residència, principalment en els pacients d'elevat risc social.

Paraules clau: unitat geriàtrica d'aguts, reingressos, revisites.



Sóc voluntari, sóc de Sant Martí

Petra Bonilla
Raquel Paz
M.J. González Moneo
Oscar Carretero
Emilia de la Riva

Introducció

El projecte neix com a servei a la comunitat. És el fruit de la relació amb persones dependents i les seves famílies.

Pretén involucrar el barri i especialment les persones grans en l'atenció integral dels malalts amb demència i les seves famílies a través de la formació d'un voluntariat, la creació d'un taller de psicoestimulació per als malalts i un grup d'ajut i suport pels seus cuidadors, lligats al Centre de Salut.

Objectiu

Promoure un grup de voluntaris al barri que faci suport al taller de psicoestimulació cognitiva destinat als malalts amb demència, creat paral·lelament al grup de cuidadors del CAP Sant Martí.

Material i mètodes

Els subjectes són les persones grans assignades al CAP Sant Martí (8.000 al 2006), malalts amb demència (375), entitats del barri (90) i professionals del CAP.

Les intervencions han estat; difusió en radio, premsa, cartells, i xerrades a la comunitat i entitats socials del barri.

Realització del curs de voluntariat social.

Avaluació mitjançant grup focal gravat previ consentiment informat i analitzat amb el programa ATLAS-TI. Grup focal: 8 cuidadors, participants dels grups de suport i informació de cuidadors.

-El grup focal va ser realitzat mitjançant un qüestionari semiobert en una reunió amb un moderador i dos observadors.

-El grup es va desenvolupar fins trobar informació redundant.

-Enregistraments orals previ consentiment informat.

-Es va fer transcripció literal de la sessió i es van analitzar amb l'ajut del programa ATLAS-TI

Resultats

Entitats col·laboradores 5, voluntaris que realitzen la formació de voluntariat social 15, cuidadors que participen en el grup de suport 15, malalts amb

demència moderada que realitzen el taller de psicoestimulació 7, i voluntaris que donen suport en el taller 4.

Els cuidadors expressen com a desavantatges: veure persones que estan en pitjors condicions que el seu familiar.

Els avantatges son:

- El grup és una forma de relació
- S'aprèn a escoltar els altres
- S'assoleix més consciència que el familiar té la malaltia
- S'aprenen coneixements de persones i famílies en la mateixa situació.

Conclusions

Els resultats han estat òptims, s'ha aconseguit sensibilització de la comunitat, apropament del Centre de Salut a la comunitat i realització d'una activitat gratificant per als cuidadors i malalts amb demència.

Un dels punts forts del treball –no sempre senzill- ha sigut el treball en equip de professionals diversos (metges, treballadors socials, infermers, administratius) amb una gran dosi d'entusiasme per portar a terme el projecte.

L'objectiu de crear un voluntariat ens ha permès enfortir relacions amb el teixit associatiu del barri i la regidoria, participant en la mostra d'entitats del barri.

D'altre banda, els resultats en xifres semblen petits. Dels 12 participants en el curs de formació de voluntariat, tres es van oferir a continuar al final del curs com a voluntaris. Això ens va fer plantejar-nos la possibilitat de fer un voluntariat "protegit", i es va crear el taller de psicoestimulació perquè malalts i voluntaris es trobessin en un entorn cuidat pel grup de demències. En el camp de salut, les xifres tant qualitatives (grup focal) com quantitatives (test de Zarit) apunten la utilitat dels grups de cuidadors en el maneig complex de la demència.

No oblidem que sense el suport de Caixa Sabadell, segurament aquest projecte no hagués estat possible.

Paraules clau: voluntaris, cuidadors, demència



Metodologia APOC (atenció primària orientada a la comunitat)

Isabel Muntaner Gomis
Rosa de la Iglesia Rodríguez
Ana M. Roig Campo
Rosa Casademont Ferrer
M. Antònia Ollero Torres
Carne Colomer Marcet

Introducció

APOC és una metodologia que integra l'atenció clínica individual amb l'atenció a la comunitat. Sovint és criticada per la seva dificultat d'aplicació en l'atenció primària.

Al CAP Carmel vàrem decidir utilitzar aquesta metodologia per aproximar-nos als problemes de salut més importants de la nostra comunitat

Metodologia

APOC és un procés que consisteix en: definició i caracterització de la comunitat, priorització, diagnòstic comunitari, intervenció i avaluació. Per iniciar el procés, es va crear dins l'EAP una comissió interdisciplinària (metges, infermeria, administratius, pediatria, treballadora social). En moltes parts del procés van estar integrats grups estables del barri i professionals d'altres serveis i entitats.

Resultats

En el 2004, conjuntament amb representants de la comunitat, vàrem prioritzar: l'obesitat infantil com a problema principal.

A primers del 2005 es va fer un diagnòstic selectiu amb una mostra de nens de 6 a 9 anys. Els principals resultats de l'estudi mostren:

- prevalença de sobrepès i obesitat de 21,7 %.
- 58,7% estil de vida sedentària
- 47,6% nutrició inadequada.

L'objectiu del programa es basa en prevenir i promocionar hàbits d'alimentació saludable i exercici físic en la població infantil i juvenil.

S'han fet nombroses activitats en consulta i comunitàries vinculades al projecte de barri.

El nom del projecte es "Promoció d'hàbits saludables i exercici físic en la població infantil i juvenil" barri del Carmel. L'inici va ser l'any 2004 amb la priorització del problema: obesitat infantil, juntament amb grups representants de la comunitat posteriorment. A principis del 2005, es va fer un treball de diagnòstic de situació a partir dels nens atesos al CAP i es va elaborar el programa d'intervencions.

Les activitats relacionades amb aquest programa han estat:

- a nivell individual: en consultes de pediatria i metge de família amb recomanacions tan a nens/joves com a pares.
- a escoles: tallers d'alimentació saludable adreçats als pares, tallers per els nens amb dramatitzacions i realitzacions de vídeo
- comunitari: "setmana de la salut al carrer" 2006, "cursa popular" 2007, publicació de receptari saludable, activitats escola/cap salut/mercat.

Pendent avaluació per any 2008.

Conclusions

És possible dur a terme un projecte d'APOC en un CAP amb unes condicions: l'acord de tot l'equip, reorganització del treball clínic/individual diari, i el compromís de diversos professionals, entitats, serveis de la comunitat.

Paraules clau: Metodologia APOC



Salut, camí i companyia

M. Pilar Sáez Macías
M. Carme Mas Cardete
Marta Vicente Gutiérrez
Anna M. Roig Campo
Manuela Bao Valencia
Lidia Chaguaceda

Introducció

Arran de les demandes explicitades i de necessitats identificades en les persones grans pels professionals d'infermeria del Centre d'Atenció Primària (CAP) "El Carmel" i des de les institucions i entitats implicades en el "Projecte interinstitucional d'atenció Social a la vellesa" es proposa organitzar una activitat que reforci els hàbits saludables.

Objectius

Millorar la salut física i mental de la gent gran mitjançant:
La integració de l'exercici físic com a activitat regular
La promoció de la salut al carrer
El foment de les relacions humanes

Població diana

Persones grans capaces de caminar una hora en un circuit de dificultat moderada.

Metodologia

Activitat comunitària promoguda des del CAP consistent en una caminada (tots els dijous no festius de 10 a 11h), lloc d'inici i fi a la Plaça de la Palmera. És un grup obert conduït per un tècnic motivat que també estimula la relació entre participants. El ritme de la caminada s'adequa al més lent. Mensualment, personal del CAP participa fent educació per a la salut.

Resultats

El nombre de caminades es de 42. La mitjana de participants a cada caminada es de 25. El nombre de xerrades d'educació per a la salut, 6 i el nombre de circuits realitzats 24. Realitzada avaluació i memòria del curs.

Conclusions

Considerem que els objectius estan assolits, però cal mantenir en el temps aquesta activitat i alhora integrar les noves demandes fetes pels participants: sortides de llarga durada, més xerrades d'educació per a la salut.

Es una activitat que continua fent-se actualment i sense interrupció des dels seus inicis i amb gran satisfacció de les persones grans del barri que hi participen i dels professionals implicats en els projecte (treballadora social, infermera i adm. atenció al usuari del CAP Carmel, treballadora social i treballadora familiar del Centre de Serveis Socials d'Atenció Primària del Carmel).

Malgrat és un grup obert, s'ha constituït com un grup estable de gent gran al barri i que participa activament en altres activitats comunitàries.

Per el curs 2007-2008 a part de les caminades setmanals estan previstes algunes sortides especials a altres parcs pròxims i també estan programades les sessions bimensuals sobre hàbits saludables: primers auxilis, relaxació, alimentació saludable, farmaciola, onada de calor, et.

L'avaluació es realitza per període de "curs escolar"

Paraules Clau: Salut, Camí, Companyia



Espai gent gran i salut

Montserrat Agramunt Perelló
Mercè Arias Rejón
Gloria Muniente Pérez de Tudela
Jaime Poch Enguidanos
Natalia Roses Mustasell
Emma Solís Loozano

Introducció

Al programa de salut comunitària "*A Roquetes fem salut*", la Comissió de Salut proposa crear un espai estable per parlar de salut en el nou Casal d'Avis.

Objectius

Promoure la participació i el debat sobre temes de salut que interessin a la gent gran.

Crear un espai de trobada mensual al Casal d'Avis per fer promoció de la salut i prevenció.

Material i mètode

Disseny: Descripció de les etapes del procés (març/2006 a juny/2007)

Àmbit: Àrea bàsica de salut (ABS) urbana

Subjectes: Persones grans de la zona (usuaris o no del Casal d'Avis)

Intervenció: L'Espai s'inicia el 30 de març de 2006, amb un Taller participatiu per conèixer de primera mà quins són els temes de salut d'interès. Participen més de 20 persones grans.

Amb periodicitat mensual, últim dijous, a les 17h, al Casal d'Avis hi ha un espai d'una hora per parlar dels temes de salut triats.

La coordinació i dinamització la fa la treballadora social (TS) de l'EAP conjuntament amb la dinamitzadora del Casal, i qui faci el taller.

Resultats

Promig participants: 15 persones, la majoria dones, entre 65 i 85 anys.

16 temes proposats i 11 tractats, tots tallers participatius.

Fets per: la infermeria, la metgessa i la TS de l'EAP, la TS de serveis socials i els monitors contractats pel Casal.

Conclusions

Procés participatiu per conèixer quins temes de salut interessin a les persones grans. Espai estable de trobada al nou Casal per parlar-ne. Projecte consolidat

del programa de salut comunitària. Àmplia participació dels professionals EAP. Aprofitament recursos. Treball en xarxa.

Paraules clau: Promoció, salut, participació.



Taller de geriatría i auxiliar de la llar

Rosalía Santaesmas Masana
Jordi Casals Fransí
Rosa Tosquella Babiloni
Rosa Paisano Haro
Mercedes Fernández
Laura Vázquez Palmer

Introducció

Des de la Conferència d'Alma-Ata l'any 1978 i en les successives Conferències Internacionals sobre Promoció de la Salut de la Organització Mundial de la Salut, s'insisteix en la importància de la reorientació dels serveis sanitaris cap a la promoció de la salut, reforçant l'acció comunitària i el desenvolupament de les aptituds personals dels ciutadans. La demanda de realitzar aquest taller sorgeix del Grup de Voluntariat de les Parròquies Sant Antoni i Santa Gemma, del districte V de l'Hospitalet de Llobregat, concretament del barri de Pubilla Cases.

Objectius

Formar les participants en diferents aspectes relacionats amb les cures bàsiques de les persones grans, amb l'objectiu de poder incorporar-se al món laboral

Material i mètodes

A QUI VA DIRIGIT: dones immigrants; NOMBRE DE PARTICIPANTS: 52 dones (total 4 edicions); QUI FA L'ACCIÓ FORMATIVA: metges i infermeres de l'ABS Pubilla Cases; ON ES FA L'ACCIÓ FORMATIVA: Parròquia Sant Antoni i Santa Gemma;

El taller s'ha estructurat en 10 sessions teòrico-pràctiques de 90 minuts de durada, el contingut de les quals ha estat: Higiene, Dormir, Respirar, Eliminació, Institucionalització, Mobilitat, Evitar els perills, Comunicació, Creences, Sexualitat, Patologies, Primers auxilis

AVALUACIÓ: qüestionari de satisfacció + qüestionari de coneixements al final del mòdul

Resultats

Total participants: 52;

Resultats de la prova de coneixements: (es va calcular la nota en base 10)
17.7% nota:10, 53% nota: 9.3, 17.6% nota: 8.75, 11.7% nota: 8.1

Resultats de l'enquesta de satisfacció:

Li ha agradat aquesta sessió? 20% bastant, 80% molt

Ha entès bé el que s'ha parlat? 21% bastant, 79% molt

Li serà d'utilitat en la seva vida diària? 43% bastant, 67% molt

La durada de la xerrada ha estat suficient? 100% si

L'horari és adequat? 100% sí

Com valora al professor/professora? 100% bé

Quins altres temes li agradaria que vinguéssim a explicar-li? Patologies i els seus tractaments

Conclusions

Bona coordinació entre la Parròquia i els professionals de l'ABS.

L'enquesta de satisfacció ens indica que el grau d'utilitat en la vida diària de les participants al taller és d'un 70% aproximadament.

La dificultat de l'idioma pot haver estat l'element que més ha distorsionat el taller, tant a l'hora de les classes com pel que fa a la realització d'una prova escrita.

Paraules clau: cuidador informal, activitat comunitària, dones immigrants



Fibromiàlgia i tècniques de relaxació

Núria Pereria Berdullas
M José de Miguel Peláez
Lidia Orteu Domínguez
Remei Moreno Granada
M. Dolors Olmos Pagès
Montserrat Pérez Zamora

Introducció

La fibromiàlgia és un problema de salut que afecta essencialment a dones de mitjana edat que veuen condicionada la seva vida tant a nivell físic com psicosocial.

Al 2006 es posa en marxa el pla d'atenció a la fibromiàlgia del Departament de Salut de Catalunya, sent escollida la nostra ABS com un dels 60 centres pilots. Des del nostre centre vàrem establir un circuit d'atenció multidisciplinar, per aquest col·lectiu, integrat per una treballadora social, una metgessa i una infermera. Dins del pla terapèutic dissenyat es va elaborar un programa d'educació en tècniques de relaxació.

Objectius

- Promoure conductes generadores de salut.
- Potenciar l'autocura mitjançant tècniques de relaxació.
- Avaluar si la intervenció realitzada té efectes positius sobre els pacients.

Material i Mètode

Disseny: Estudi quasi experimental, abans i després.

Àmbit: ABS zona urbana.

Subjectes: Total de pacients diagnosticats de fibromiàlgia del nostre centre.

Criteris d'inclusió: persones diagnosticades de fibromiàlgia que van acceptar participar en grups de tècniques de relaxació.

Mesures: valoració del Qüestionari d'Impacte de la Fibromiàlgia (FIQ), valoració de satisfacció sobre la intervenció i valoració de la continuïtat en la pràctica de les tècniques de relaxació.

Intervenció: Vàrem seleccionar a l'atzar 10 pacients per formar el grup. El pla terapèutic d'educació en relaxació es va realitzar en 5 sessions setmanals de 90 minuts. Cinc mesos abans i un cop finalitzada la intervenció es va passar als assistents el FIQ. En la darrera sessió es va passar una enquesta de satisfacció i un mes després dels tallers es va contactar telefònicament per objectivar la continuïtat en la pràctica de les tècniques.

Resultats

Els resultats del FIQ: només 4 han millorat post-intervenció.

De l'enquesta de satisfacció recollim que el 90% està molt satisfet i un 10% bastant satisfet. El 70 % troba que el nombre de sessions és insuficient.

Pel que fa a la continuïtat en la pràctica de tècniques de relaxació: 3 pacients continuen practicant-les pel seu compte, 1 pacient va a un centre on es realitza relaxació, la resta només reprèn esporàdicament la pràctica de les tècniques apreses.

Conclusions

Els resultats del test FIQ no objectiven millora en l'estat dels pacients tot i que la percepció post-intervenció per part d'aquests és molt positiva. Els participants manifesten, no obstant, que un augment en la continuïtat i nombre de sessions milloraria el seu aprenentatge. Per tant, seria interessant replantejar la reorganització del temps si volem ser més eficaços alhora d'obtenir millors resultats en les conductes generadores de salut.



Qui necessita ajut per a medicació?

Gemma Solanes Bacardit
Ester Santasusana Ramos
Josep Lardín Meler

Justificació

Des de la consulta de la treballadora social de l'ABS arriben demandes per ajuts de medicació per part dels usuaris amb dificultats econòmiques adreçats per la resta de professionals sanitaris. El fet de contar amb el recurs de l'associació Humanitària Dr. Josep Trueta, ha permès poder donar resposta a aquests dins el mateix servei de l'ABS.

Objectius

Conèixer el conjunt d'usuaris que s'han beneficiat de l'ajut de medicació.
Assegurar el compliment del tractament terapèutic

Material i mètodes

És tracta d'un *estudi descriptiu*, de les dades recollides des del 1999 al 2006. Els *subjectes* de l'estudi són els usuaris de l'ABS Manresa-4 atesos per la treballadora social del centre, derivats per la resta de professionals sanitaris de l'ABS.

Mesurament: s'estudien les variables que es recullen en el full de derivació a l'associació Humanitària Dr. Josep Trueta que fan referència a l'edat, sexe, motiu de la demanda, diagnòstic mèdic i descripció de la medicació que se sol·licita.

Resultats

Durant els 7 anys s'han atès 48 persones, les quals han fet des d'1 fins a 7 sol·licituds de petició de medicaments. Les *dones* representen el 54'2% de les demandes molt igualades amb els homes que són el 45'8%. Per *edats* tant en el sexe masculí com femení predominen el grup de 41 a 60 anys, que és un 54'2% seguit del de 21 a 40 anys, el 30'2%, el de 61 anys i més són l'11'6% i la resta són el grup de població més jove de fins a 20 anys, un 4%. *El motiu de la demanda* gira al voltant de la valoració de la situació econòmica, així trobem quatre grups: no tenir ingressos propis: 35'4%; ingressos insuficients: 37'5%; pendents de la resolució de la invalidesa: 16'6%; pensions socials (PIRMI): 10'5%. En relació als *diagnòstics mèdics* que presenten els beneficiaris de l'ajut de medicaments, els principals són: un 22'9% trastorn d'ansietat i depressió, un 12'5% presenten HTA, el 10'41% han patit un IAM, un 8'3% presenten una anèmia i un 6'2%, tenen per igual diabetis, artritis reumàtica i neoplàsia.

Conclusions

Durant tot aquest període de temps 'han pogut donar resposta a la necessitat de medicaments a les persones malaltes que tenien dificultats econòmiques. Aquests ajut s'ha pogut gestionar directament des del centre de salut i pels seus professionals. La sol·licitud la fa la treballadora social conjuntament amb el seu metge de capçalera i els medicaments li són proporcionats en el mateix centre, pels professionals que ja coneix. Al mateix temps s'assegura el compliment dels tractaments farmacològics prescrits.

Aquest recurs s'ha valorat molt positivament tant pels usuaris com pels professionals. És necessari seguir comptant amb ell.

PARAULES CLAU: medicació, accés



Grups de suport emocional a persones amb una relació de parella en crisi

Carlota Cruzate Muñoz
Yasmin Sabaté
Lidia Sallas

Justificació

Els professionals del Centre de Serveis Socials de Garcilaso i la Treballadora social del CAP de la Sagrera han detectat que hi ha un percentatge elevat d'usuaris dels respectius serveis que presenten una simptomatologia depressiva, d'angoixa, de malestars difusos, etc. I que un cop s'inicia una exploració més profunda es constata que existeix una relació de la parella amb conflictes emergents, i en alguns casos ja han arribat al punt de plantejar el trencament de la relació de parella. Aquest sector de població acaba sent atès per diversos professionals del camp sanitari i/o de serveis social (metges de capçalera, psiquiatra de primària, psicòloga de serveis socials, treballadors socials, infermeres...) aquest grup de pacients, a més del suport mèdic dels professionals de capçalera o dels especialistes en salut mental, podrien beneficiar-se individualment dels efectes terapèutics del grup de suport.

Es dissenya el projecte conjuntament amb la psicòloga dels serveis socials municipals de Sant Andreu Lidia Sallas i la Psicòloga Yasmin Sabaté, a finals de l'any 2005.

Objectius

Oferir un espai de trobada, de suport emocional, amb la finalitat de poder compartir la situació de fragilitat de la relació de parella amb persones amb situacions similars, promovent un canvi d'actituds.

1. Obtenir elements de reflexió per objectivar la problemàtica i fer una aprenentatge per poder assumir la situació.
2. Ajudar a diferenciar si s'està en un procés de crisi de parella o de trencament de la relació.
3. Promoure l'aprenentatge d'habilitats per la resolució dels conflictes en la parella. Facilitar la presa de decisions
4. Replantejament de la vida futura (a curt i llarg termini)
 - 4.1. Nivell relacional
 - 4.2. En l'organització de la quotidianeïtat

Resultats

Qualitatius:

Assistència, puntualitat i compromís: Una assistència mitjana de 8/9 persones per sessió d'un total de 10.

Participació: Segons variables 1 molt, 2 moderada, 3 poc. La participació està entre el nivell 2 al 3.

Grau de satisfacció: A partir de la classificació de les paraules recollides en els feedbacks de l'observadora i diferenciades com a negatives i positives, aquestes últimes comencen a aparèixer de manera recurrent a partir de la sessió 9 d'un total de 17 i es mantenen fins al final del grup.

Quantitatius:

Avaluació de la freqüència en què són utilitzades 4 estratègies d'afrontament davant de situacions conflictives: assertiva, agressiva, submissa i agressiva-passiva

Es passa un test pre (abans) de començar grup, post grup (en acabar) i als 6 mesos de finalitzar el grup per avaluar el procés de les diferents estratègies:

Assertiva: és l'estratègia comunicativa més utilitzada es consolida i augmenta en les persones del grup que ja la tenien com a habilitat de comunicació.

Agressiva: puja de valors en detriment de les actituds submissa i agressiva passiva. les persones Submises canvien d'estratègia i s'enfronten als problemes d'una manera més directa i coactiva. Tenen més capacitat de reacció i de defensa.

Agressiva-passiva: també experimenta una davallada com a estratègia comunicativa, que es confirma i es manté en els temps.

Avaluació

Aplicació d'un qüestionari. ASPA (qüestionari d'asserció en la parella)

Es passa qüestionari pre i post (als 6 mesos d'haver finalitzat el grup).

Conclusions

S'han produït canvis en les estratègies comunicatives dels participants del grups en positiu.

S'han constituït com a GAM.

I la coconducció amb un altre professional ha estat una experiència personal i professional excepcional.

Paraules clau: parella, crisi, conflicte

Suport a la prevenció de la infància en risc

Mònica Anguela Batlle
Aurèlia Moreno Castillo
Dolors Palacín Benaiges
Joana Borràs Ferrer

Justificació

La ciutat de Reus té una xarxa acreditada d'atenció als maltractaments infantils. Malgrat que formen part d'aquesta xarxa, un grup de professionals del SAP de Reus s'ha organitzat per oferir als companys de les consultes de pediatria un suport per la detecció, seguiment i si cal intervenció en xarxa de la infància en risc de patir negligències.

Aquest grup de professionals compten amb la incondicional col·laboració d'una pediatra emèrita molt vinculada a tots els nivells assistencials de la ciutat per la seva veterania i reconeixement com a pediatra d'EAP.

Objectius

- Detectar i prevenir les possibles negligències dels infants en situació de risc.
- Oferir suport i cooperació interdisciplinària a les UBA de pediatria i d'altres professionals de la xarxa que atenen infància en risc.
- Potenciar el treball interdisciplinari en xarxa.

Material i mètodes

Totes del demandes s'insereixen com a visita programada professional a l'agenda de les treballadores socials.

170 nens registrats des de febrer 2006 fins desembre 2007 dels quals 33 són immigrants: 66 nens i 73 nenes, d'edat compreses entre 0-17 anys, mitjana d'edat 5,4. Els demandants de suport són: EAIA 62 nens, pediatres de zona 55 nens, infermeres pediàtriques 22 nens, EBASP 4 nens, hospital de referència 26 nens, CAC 1 nen. Les problemàtiques detectades són: famílies disfuncionals 170 (totes), negligències 16, sospita d'abús sexual 5, bulling i problemes de relació a l'escola 4, sospita de maltractaments 12, violència domèstica (pares) 3, toxicomanies 1, incompliment terapèutic 8, absentisme escolar 3. Les accions que s'han efectuat: coordinació i/o derivació a la xarxa de serveis socials 101 nens, seguiment de salut quadrimestral amb EAIA dels nens continguts en el medi 62 nens, coordinació amb la OME (oficina Municipal d'Escolarització 7 nens, visites a domicili 5 nens.

Conclusions

- Bona acceptació per part dels professionals de les UBA de pediatria.

- Bona acceptació per part de la xarxa (Serveis Social d'Atenció Primària, EAIA, Educació, CEDIAP, CSMIJ, etc.).
- Metodologia de treball molt enriquidora.
- Suport i reconeixement per part de l'equip directiu del SAP.
- Ens cal aprofundir sobre els mètodes d'abordatge familiar per intervenció amb les famílies disfuncionals.
- Reconeixement i valoració per part de les UBA de pediatria de les tasques pròpies del TS de l'ABS en l'atenció de la infància en risc.

Paraules clau: xarxa, negligències, infància.



Trabajo Social comunitario en atención primaria de salud

Sandra Aguilar Margalejo
Raquel Alonso Segura
Sílvia Simó i Castelló
M. Ángeles Martínez Meca
Pilar Gracia López

Introducción

Exposición de las principales actividades comunitarias de 4 Áreas Básicas de Salud, por los profesionales de Trabajo Social. Utilizando el Área Básica de Salud (ABS) como servicio más próximo a la población del barrio: el Trabajo Social proporciona información sobre temas sociales a la población referente, da a conocer el perfil del Trabajador/a Social en el ámbito sanitario, facilita elementos de reflexión a la población del barrio de la actualidad social, etc. Canalizándolo a través del trabajo comunitario, o el trabajo con grupos.

Justificación

Realización de actividades comunitarias desde la Atención Primaria de Salud.

Objetivos

Integrar el Área Básica de Salud (ABS) como servicio más próximo a la población del barrio.

Fomentar el Trabajo Social Comunitario en la Atención Primaria.

Proporcionar información sobre temas sociales a la población referente de las ABS.

Dar a conocer el perfil del Trabajador/a Social en el ámbito sanitario.

Facilitar elementos de reflexión a la población del barrio de la actualidad social desde el ámbito del Trabajador/a Social de salud.

Metodología

Elaboración de artículos sobre temas sociales de interés para la población de referencia de las cuatro ABS y participación en el Comité Editorial de la revista *Salut al Barri*.

Participación en Programa de radio semanal de temas sociosanitario, colaborando en algún espacio dedicado a alguna temática social.

Creación de grupos terapéuticos.

Creación de grupos de formación.

Creación de grupos de ayuda mutua.

Colaboración/coordinación de profesionales de otros ámbitos en proyectos comunitarios.

Resultados

Número de revistas publicadas.

Número de participaciones en Ràdio Hospitalet.

Número de grupos creados.

Temas sociales tratados en los diferentes números de la revista.

Devolución de opiniones, comentarios y sugerencias de la población adscrita a las ABS.

Devolución de opiniones, comentarios y sugerencias de los profesionales internos y externos.

Conclusiones

Se ha conseguido garantizar un artículo permanente sobre temas sociales en la publicación de la revista *Salut al Barri* (trimestral).

Se han creado grupos: "Cuidar al cuidador", "Taller de Memoria"...

Se han creado grupos formativos: "Taller de Resolución de Conflictos", "Taller de Estrés y Ansiedad", "Nutrición"...

Se ha elaborado y presentado un tríptico de "Actividades de ocio".

Se ha fomentado un mayor conocimiento de temas sociales por la población.

Se ha fomentado la toma de conciencia de la realidad social del barrio.

Se ha conseguido una mayor presencia de artículos sociales en revistas de salud.

Se ha fomentado una mayor presencia del ABS como servicio y de sus profesionales en la vida diaria del barrio.

Palabras clave: Trabajo Social comunitario.



Supervisión en trabajo social en el ámbito sanitario

Raquel Alonso Segura
Sandra Aguilar Margalejo
Sílvia Simó i Castelló
M. Ángeles Martínez Meca
Mónica Andreu Aranda
Bianca Beltràn Bartès

Introducción

Presentamos un modelo de formación continuada dirigido por un técnico experimentado con la finalidad de revisar el quehacer profesional y revisar la metodología de la intervención social.

Justificación

La supervisión es un modelo de formación continuada dirigido por un técnico experimentado con la finalidad de revisar el quehacer profesional.

Objetivos

Conseguir un modelo de formación continuada.

Revisar nuestro quehacer profesional.

Aceptar los límites de los profesionales (personales, organizativos, institucionales, políticos...).

Reflexionar sobre el impacto emocional del trabajo asistencial.

Propiciar el desarrollo y apoyo del "yo" profesional.

Integrar diferentes conocimientos teóricos a las tareas prácticas.

Adquirir conocimientos teóricos y prácticos que permitan evaluar y autoevaluarse.

Metodología

Presentación de un caso práctico por una de las Trabajadoras Sociales para realizar un análisis grupal, conducido por la supervisora experta. Sesiones de 2 h. 1 vez al mes.

Resultados

Número de sesiones al año.

Temas tratados en el espacio.

Nivel de participación de los miembros de la supervisión.

Nivel de asistencia de los miembros al espacio de supervisión.

Conclusiones

Se ha conseguido reflexionar y analizar los casos prácticos desde perspectivas diferentes.

Se ha conseguido revisar la metodología de la intervención social.

Se ha conseguido un perfil de Trabajador Social como agentes de denuncia.

Se ha fomentado la visión de utilidad terapéutica del espacio.

Se ha establecido el hábito de reflexión.

Parabras clave: Modelo de formación, quehacer profesional, ayuda.



Infància en risc i seguiment de casos. Una experiència de coordinació

Fina Santos González
Susana Hurtado
Marta Laspalas
Isabel Febles
Purificación Iniesta
Margarita Cebrián

Introducció

L'existència de casos d'infància i família en risc social en el nostre àmbit i la necessitat de bescanviar informació entre els professionals de serveis socials dels barris que componen la nostra ABS (ABS Martí Julià – Cornellà de Llobregat) i els professionals de pediatria i Treball Social de l'ABS, ens va fer pensar en reunir-nos periòdicament per unificar criteris d'intervenció amb aquestes famílies.

Les reunions de coordinació de professionals van permetre conèixer-nos personalment amb l'objectiu que la comunicació pogués ser àgil, ràpida, còmoda i fluïda; això ha permès intervenir amb els infants de forma més adient, sobre tot amb la petita infància, però també en la infància i adolescència.

Les reunions van ser bimensuals, durant tot l'any 2007, prèvia convocatòria del dia més adient per la trobada de tots els professionals., sempre en l'ABS de Salut. En el seu desenvolupament, exposaven els casos a comentar i consensuàvem l'estratègia d'intervenció, tant social com sanitària.

Justificació

Existència d'infants i les seves famílies amb necessitats socials i sanitàries diferents de la resta la població, que requereix d'especial dedicació per parts dels professionals tant sanitaris com socials i la necessitat de fer un seguiment coordinat de les mateixes.

Objectiu

Millorar la intervenció sanitària i social de les famílies en risc dintre d'un marc de prevenció.

Metodologia

Reunions de coordinació bimensuals, en les quals posem en comú la informació i a la vegada es planteja la nova actuació.

Resultats

En el decurs de l'any 2007, s'ha intervingut conjuntament amb 21 famílies, amb algunes d'elles s'ha intervingut amb dos o més fills.

Classificació de les famílies amb qui s'ha intervingut:

Conductes de risc, accidents domèstics

Sospita d'abús sexual dintre l'àmbit familiar

Toxicopatologia

Seguiment DGAIA

Pares amb disminució o patologies de salut mental

Nens de 0 a 1 any sense seguiment de programa de nen sa

Les HCAP i les histories socials ens han donat tota la informació necessària per l'abordatge de les mateixes, així com les institucions i recursos amb els que hem treballat (CSM, CSMIJ, Estimulació precoç, EAIA, DGAIA, Hospitals, ONCE, Escoles EAP,...)

Conclusions

Per la complexitat de l'abordatge d'aquestes famílies la intervenció ha de ser multidisciplinària i en reunió de coordinació per a prendre les decisions més adients. En les reunions de coordinació hem participat totes les infermeres pediàtriques, els pediatres i la treballadora social de l'ABS. Dels equips de serveis socials, les educadores socials, les treballadores familiars i les treballadores socials, de tots el barris que componen la nostra ABS.

Les reunions de coordinació han estat un element de suport professional i de millora de la qualitat, per tant l'establiment com a una eina vàlida de treball tant a nivell social com sanitari i un element de qualitat i consens en la intervenció amb els nens, per la qual cosa es consolida la seva continuïtat.

Paraules clau: Coordinació, informació, infància en risc.



Xarxa de grups de cuidadors

Xabier Ballesteros
Imma Fernández-Díaz
Mercè Gil
Sònia Asensio
Joana Chinchilla
Lydia Minguell

Introducció

El projecte té com a propòsit donar suport als cuidadors de persones depenents, mitjançant el treball grupal.

Respon al repte social i sanitari que comporta l'envelliment de la població i la sobrecàrrega dels cuidadors.

És promogut conjuntament per tres equips d'atenció primària (salut, serveis socials, caritas) de la zona.

Objectius

- Donar suport a cuidadors que es troben en situació vulnerable.
- Millorar els canals de comunicació entre els serveis socials i sanitaris, possibilitant el treball en xarxa i oferint un projecte comú.

Material i mètodes

Destinataris: Cuidadors que tenen al seu càrrec persones amb dependències.

Tipus d'intervencions:

Grups de suport: Fem servir la metodologia dels grups de suport social caracteritzada per l'ajuda que es proporcionen els membres de forma recíproca i igualitària.

Grup de continuïtat: Adreçat a persones que hagin participat als grups anteriors.

Els grups són dinamitzats per un equip interdisciplinari (treballadores socials, infermeres, psicòloga) i mixt (professionals dels diferents serveis).

Resultats

- Des del 2003 han participat prop de 90 persones a 7 grups de suport; 26 al de continuïtat.
- Respecte els cuidadors: adquisició de nous recursos personals, millora de la situació emocional, i accés a nous recursos.
- Millor coordinació entre els serveis implicats en el projecte.

Conclusions

- La intervenció grupal i interdisciplinar millora els resultats en l'atenció als cuidadors.
- El projecte comporta beneficis en la coordinació entre serveis.
- Els grups són complementaris a altres ofertes (tallers, jornades...). Els cuidadors continuen necessitant el suport personal dels companys i dels professionals.

Paraules clau: Xarxa, cuidadors, suport.



Gent gran, gent activa, gent sana!

Agnès Mateo Murcia
Gemma Barba Plana
Marta Fuertes Deus

Introducció

L'envelliment de la població als països occidentals i en particular a la societat catalana és una realitat actual i una tendència que s'accentuarà en els pròxims anys.

El municipi d'Esplugues de Llobregat compta amb una ampla experiència en el camp de l'animació sociocultural de la Gent Gran, ja que des de l'any 1992 s'està duent a terme un programa d'animació.

El programa de dinamització sociocultural es defineix com un conjunt d'activitats dirigides a dinamitzar el col·lectiu de la gent gran en els àmbits cultural, físic, lúdic i de promoció de la salut.

Objectius

L'objectiu del programa d'activitats és millorar la qualitat de vida de la Gent Gran, tot transformant les actituds passives davant la vida en dinàmiques actives, així com també donar noves vies i recursos per entendre la vellesa com una etapa creativa i satisfactòria d'integració amb els altres i de reconeixement personal.

Els objectius generals del Programa d'Animació Sociocultural son:

Afavorir els vincles de relació en els segments de població de gent gran.

Potenciar el moviment associatiu en el sector de la gent gran i desvetllar els seus centres d'interès, garantint la participació i la iniciativa individual o grupal de les Persones Grans de la col·lectivitat.

Oferir a les Persones Grans espais d'esbarjo, relació, formació, manteniment físic i promoció de la salut.

Metodologia

Per aconseguir aquests objectius es realitzen dos tipus d'activitats:

Activitats periòdiques: Són aquelles de caire permanent amb grups de persones que setmanalment assisteixen a classe durant un període de nou mesos. Les trobem dins de l'Aula Cultural (taller de memòria, informàtica, cultura general, literatura, teatre, consell de la gent gran,...) i l'Aula d'Activitat Física.

Activitats puntuals: Són aquelles activitats amb possibilitat de participació d'un nombre més important de població i d'una durada limitada, i s'inclouen dins l'Aula Recreativa (taller autoestima, Festa de nadal i Carnestoltes, Setmana de la Gent Gran, xerrades) i l'Aula de Relació Intergeneracional.

Resultats

El programa d'animació sociocultural ha mostrat durant el temps de la seva implantació uns resultats evidents:

Resultats quantitativs: Des de l'any en que es va iniciar el programa (1992) s'ha produït un increment de participació del 403,14 %.

L'any 1992 van haver 1210 participants i al 2007 van participar 4878 persones.

A més a més, s'ha anat incrementant l'oferta de diferents tallers i activitats. Per exemple: es va començar amb 6 grups d'activitat física i en aquests moments hi ha 15 grups; en el 2002 es va iniciar un grup de memòria i actualment es realitzen 5.

Resultats qualitativs: Un cop a l'any es realitza una enquesta de satisfacció amb l'objectiu de mesurar l'índex de satisfacció d'una mostra dels participants del programa.

Conclusions

Els enquestats donen una qualificació global del programa de 9 punts.

El programa d'animació sociocultural està coordinat pel Departament d'Atenció Social de l'Ajuntament. Pel desplegament del programa hi participen de forma activa agents interns (Serveis Socials Salut pública, esports, cultura, entre d'altres) i agents externs de l'Ajuntament (Esport 3, Diputació de Barcelona, Consell Comarcal del Baix Llobregat, Àrees Bàsiques de Salut, entre d'altres).

Considerem que promoure que les persones decideixin sobre els temes que els preocupen i els motiven, potenciant la seva autonomia personal, la creativitat i la participació, és fer una tasca de promoció de la salut.

Paraules claus: Gent Gran, Promoció de la Salut, Foment de la Participació



El Treball Social a l'atenció primària: un valor afegit

Pilar Porcel Omar
Maite Mellado Caballero

Introducció

Analitzant la realitat que arrenca del passat immediat però amb l'experiència, objectivitat i perspectiva suficient ens adonem que només hi ha un escull, fàcilment superable, per millorar la qualitat de vida dels ciutadans amb problemes de salut, més o menys greus. Creure amb l'eficàcia del Treball Social.

Després de més de vint anys d'inici de la reforma de l'atenció primària a Catalunya i una vegada finalitzada la mateixa ens ha permès fer-ne una valoració quantitativa però també qualitativa de l'aportació del treball social en aquest àmbit.

Els treballadors socials s'incorporen de ple en els equips d'atenció primària com un membre més de l'equip, participen en les sessions clíniques, utilitzen la mateixa història clínica a la qual registren la situació del ciutadà en qüestió i informen, si es dona el cas, d'aquelles situacions de vulnerabilitat que cal tenir present a l'hora de marcar pautes terapèutiques.

La incorporació del Treball Social a l'estructura de l'atenció primària de salut afegeix qualitat a la vida de la població perquè:

- Permet viure des de dintre els problemes de salut i a la vegada facilita als professionals sanitaris una millor comprensió de les condicions personals, familiars i de l'entorn.
- Es constata un insuficient coneixement de les capacitats i habilitats dels treballadors socials per exercir dintre de l'àmbit sanitari subvalorant que amb la seva aportació tècnica i metodològica es podria millorar la qualitat de vida dels ciutadans i la relació entre els professionals de l'ABS.

Justificació. El present treball pretén treure a la llum tot allò que es perd sense la intervenció directa, planificada i incident dels treballadors socials, des de la interdisciplinarietat en el marc de l'estructura sanitària actual i a Catalunya permet fer una ullada tant vist des de la teoria com de l'experiència dels professionals implicats.

Pretén, també, descobrir quines són les noves problemàtiques sociosanitàries, quins reptes demana la societat catalana dels segles XXI i quines són les respostes possibles, aquelles que generen la pràctica ja que en teoria hi ha solucions per tot.

Objectius. Analitzar el què fan i el què podrien fer els treballadors socials en l'atenció primària i quin són els inconvenients per a poder realitzar la seva feina amb la millor eficàcia possible.

Conclusions. Els treballadors socials consultats porten entre 1 i 19 anys fent aquesta feina i si l'experiència és un grau, la seva opinió té un valor més que acceptable. Manifesten:

Activitats que es fan actualment	Activitats que es podrien fer
Assistència individual i familiar Coordinació entre institucions, recursos i serveis socials tant públics com privats Participen en projectes comunitaris Gestió per a la reutilització de material i ajuts tècnics i ortopèdics Tasques de recerca Suport a cuidadors de malalts a domicili Atenció domiciliària	Participar més activament en el treballs de recerca que es duen a terme dintre l'ABS Iniciar treballs amb grups de malalts Mes treball comunitari i participatiu amb les institucions vives del territori (associacions de veïns, escola, etc.) Millorar la comunicació i la relació amb els hospitals de referència Més treball preventiu Pot fer de mediador entre alguna decisió mèdica i la realitat familiar del malalt Pot i ha de participar en els Comitès de Bioètica

Paraules clau: Valor afegit

