

La planificació de l'alta sanitària

Dolors Colom Masfret

PID_00206298

Índex

Introducció	5
1. De la planificació de l'alta hospitalària a la planificació de l'alta sanitària: evolució del concepte	7
2. Definicions de la planificació de l'alta	9
2.1. Professionals integrants del Programa de la planificació de l'alta	10
3. El Programa de la planificació de l'alta sanitària en l'actualitat	11
3.1. La justificació de la implementació del Programa de la planificació de l'alta	14
4. Objectius del Programa de la planificació de l'alta	16
4.1. Objectiu general	16
4.2. Objectius específics	16
4.3. Criteris de risc	17
4.3.1. Criteris de risc social	17
4.3.2. Criteris de risc clínic	18
4.4. Les fases generals del procediment del Programa de la planificació de l'alta	19
4.5. Dimensions que aborda el servei de treball social dins el Programa de la planificació de l'alta	22
4.6. Resultats esperats del Programa de la planificació de l'alta	24
4.7. Cercle viciós d'algunes altes hospitalàries	24
5. Consideracions generals sobre l'aplicació del programa d'alta	27
Resum	29
Bibliografia	31

Introducció

Introducció a la planificació de l'alta als hospitals d'aguts

D'on ve la persona que acaba d'ingressar a l'hospital? Hi pot tornar quan ja no hagi d'estar ingressada? Sabem que, a més de la malaltia, cada vegada més, les circumstàncies socials de les persones ingressades, pertanyin al grup etari a què pertanyin, condicionen la convalescència i la tornada a casa. La convivència, les relacions familiars, l'autonomia personal, el caràcter i la manera de veure i enfocar la seva malaltia, la manera d'interpretar el seu futur, etc., influeixen en el fet que l'alta mèdica, a l'hora de fer-la, es pugui concretar sense riscos socials afegits.

Si el malalt és un, els diferents professionals i àmbits d'atenció no poden continuar disgregats i, per tant, calen fórmules assistencials recolzades en instruments de treball que reforcin l'atenció proactiva i interdisciplinària per a donar resposta a les necessitats.

Des de fa anys, un dels grans reptes del sistema sanitari és el bon ús dels seus recursos, per definició, molt cars. Això té una sola interpretació: ajustar els recursos humans, tecnològics, intel·lectuals a les necessitats biopsicosocials de les persones. Es tracta d'emular d'alguna manera el conegut *just a temps* (*just in time*) de la indústria automobilística japonesa, aplicat a la capacitat de resposta del sistema sanitari i, en molts casos, del de serveis socials.

Cada vegada més, sobretot des que l'any 2007 va començar aquesta crisi que podem qualificar de sistèmica i que va molt més allà de l'àmbit econòmic, la comunitat professional i política té consciència que els sistemes sanitari i social han de conjuminar els seus mitjans en benefici de la persona i de la seva família. La complexitat de la majoria dels casos socials, ho hem vist, relaciona variables de diversa índole que hem de conèixer i interpretar per a avançar-nos a possibles necessitats diagnòstiques, les que emeten els professionals amb un estudi previ del cas. Si els problemes socials i psicosocials dels qui estan ingressats en hospitals d'aguts són els que dificulten en gran manera que puguin tornar a casa, sembla palès que aquests problemes s'han d'identificar tan aviat com es pugui. Malgrat això, el més important, i que de vegades s'oblida, és que s'han de contextualitzar en l'univers de la persona. Al llarg d'aquest curs veurem que dels problemes per si mateixos, sense contextualitzar, als treballadors socials sanitaris ens en donen molt poca informació. Com va assenyalar Gordon Hamilton, ens centrem en els factors. Per a Hamilton, el treball social, i afegim-hi el sanitari, recolza en els factors. Per a aquesta autora, els fets són donats, són inalterables perquè s'han produït; els factors, en canvi, són faedors. Alguns dels exemples de fets són els problemes econòmics, la pèrdua de feina per addiccions, el diagnòstic d'un càncer d'esòfag, la mala relació amb

Referència bibliogràfica

B. Creech (1994). *The Five Pillars of TQM*. Nova York: Penguin Group.

Lectura recomanada

G. Hamilton (1923). "Progress in social case work. Some changes in social case work". A: *National Conference on Social Welfare* (pàg. 334-337).

els fills o el fet de viure sol després d'una greu intervenció de pulmó. Això, però, i tots els fets que puguem definir, ho hem d'estudiar i d'interpretar sobre els factors que els bressolen i els seus punts forts. Per exemple, una situació de malaltia degenerativa no és la mateixa cosa amb una família que assumeix la prestació d'ajuda que amb una família que no l'assumeix. Els fets poden ser els mateixos, però quan canvien els factors, el desenllaç segueix altres camins de tractament social sanitari. Això és el que fa cada persona única, perquè els factors que l'envolten ho són, i és sobre aquests factors que es construeix el pont de la reinserció.

Es parla sovint de les estades hospitalàries consumides per raons no mèdiques per problema social. El Programa de la planificació de l'alta soluciona aquesta ineficàcia i ineficiència que comporta no abordar la realitat de la persona des del moment en què es produeix el primer contacte o ingrés al sistema sanitari.

Les estades hospitalàries consumides per raons no mèdiques són un dels problemes principals a què han de fer front cada dia els hospitals d'aguts, però aquesta realitat no es pot afrontar de manera que perjudiqui les persones, que queden desvinculades de la cadena assistencial per falta de capacitat d'aquesta cadena mateixa.

1. De la planificació de l'alta hospitalària a la planificació de l'alta sanitària: evolució del concepte

Els conceptes i els coneixements evolucionen, sobretot aquells que estan vinculats a l'organització de procediments i processos del sistema sanitari. Així s'ha esdevingut aquests últims temps amb el concepte de *planificació de l'alta*. D'entrada, durant molts anys, associat a l'alta hospitalària, les noves fórmules del sistema sanitari inclouen programes de caràcter ambulatori i domiciliari i cirurgies sense ingrés, alhora que es redueixen els dies d'hospitalització i s'incrementa la rotació; el concepte evoluciona de tal manera que l'atenció especialitzada i l'atenció primària queden integrades d'una manera fefaent. El text que hi ha tot seguit reposa en el treball social sanitari (atenció primària i atenció especialitzada) com un conjunt de teories i com aquestes teories es transformen dins els establiments en pràctiques beneficioses per a les persones (atenció del cas social) i per a la comunitat (recerca aplicada i propostes).

Sense renunciar als ideals filosòfics que van contribuir a la fundació de la disciplina del treball social sanitari, s'emfatitza en la generació de coneixement modern per a prestar servei a un sistema sanitari modern que assumeix per principi el model biopsicosocial. En el treball social sanitari diem que es dona un denominador comú: la malaltia, l'element present en tots els casos que es tracten, en si mateixa, la seva sola presència, provoca desajustos socials. El grau d'intensitat d'aquests desajustos, la gravetat que tenen i la complexitat per a resoldre'ls o orientar-los varien entre les persones ateses, com ho fa la necessitat, o no, d'ajuda professional.

El desajust social que provoca la malaltia aguda o crònica, però, és innegable, cosa que no s'esdevé en altres àmbits, com ara educació, justícia o empresa. Partint d'aquest desajust impossible d'evitar, sorgeix la nova fórmula en què el treball social sanitari exerceix un paper primordial: "la integració funcional de l'atenció primària i l'atenció especialitzada assumint un únic procediment que vincula els professionals de tots dos àmbits". El programa de la planificació de l'alta sanitària, recolzat en un sistema d'informació adequat, permet de conèixer la incidència i magnitud de les ruptures i, alhora, combinar-la amb les necessitats posteriors de tractament social sanitari que es distribueix entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària i, de vegades, amb el suport dels serveis socials.

Així, en el títol del mòdul introduïm un matís nou. El canvi del que fins ara era l'enunciat clàssic, "Programa de la planificació de l'alta hospitalària", pel de "Programa de la planificació de l'alta sanitària".

El canvi d'*alta hospitalària* per *alta sanitària* es va presentar per primera vegada en les Jornades del Siposo 2008 i obeeix a la mateixa evolució del sistema sanitari pel que fa a l'organització funcional.

La "planificació de l'alta hospitalària" indica que la persona deixa l'hospital, però no el sistema sanitari. La "planificació de l'alta sanitària" apunta aquest moment en què la persona ja ha resolt el procés clínic actual i no requereix atenció o supervisió mèdica.

Com venim assenyalant, cada vegada és més freqüent que el tractament o la intervenció social sanitària començada en hospitalització tingui continuïtat en una altra àrea –per dir-ne una, les consultes externes– o un altre àmbit –l'atenció primària. Hi ha molts casos que també arriben a l'hospital seguint un tractament o una intervenció social sanitària dissenyat des de l'atenció primària sanitària. Així, les persones, fins i tot havent rebut l'alta hospitalària, continuen sota la tutela d'un servei de treball social sanitari que pot tenir treballadors socials adscrits a les diferents àrees. Convé assenyalar, malgrat això, que un dels moments més crítics és quan es deixa l'hospital.

Paral·lelament, el text recolza en l'existència d'un servei de treball social sanitari consolidat, configurat i organitzat a manera d'un servei central, com és el cas del servei de laboratori, de radiologia o d'altres que atenen tot l'establiment o complex sanitari.

L'hospitalització com a concepte es divideix en tres parts: l'admissió, l'estada i l'alta. Tant des del punt de vista assistencial com organitzatiu, en cadascuna de les parts es convoquen activitats particulars que afecten la següent. Per això, en els procediments d'ingrés que apliquem, hem de distingir els elements propis associats a cada moment. De la mateixa manera, les disciplines que hi estan implicades, a més del treball social, especialment medicina i infermeria, necessitaran allò que en cada tram es requerirà de la seva funció. Aquest exercici d'introspecció avalua el "com" s'atenen les persones, amb quin procediment i a partir de quins processos, per a veure si es pot reformular cercant la màxima efectivitat. Tot això no sorgeix espontàniament. Per exemple, si sabem que hi ha persones que quan reben la notícia de l'alta hospitalària expressen dificultats que ja hi eren des del primer dia d'ingrés, per què no hem de cercar una fórmula que permeti d'accedir a aquesta informació sensible de la persona tan aviat com es pugui amb l'objectiu de prevenir aquesta situació?

La planificació dels procediments en general reposa en la racionalitat, amb la mirada fixada a fer que l'organització resultant no vulneri l'aplicació dels coneixements.

Referència bibliogràfica

D. Colom (2009). "Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales". A: *Políticas Sociales en Europa*. Barcelona: Hacer.

2. Definicions de la planificació de l'alta

En la *Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, Bridget Penhale explica la planificació de l'alta de la manera següent:

"La planificació de l'alta des de l'hospital és el procés pel qual les persones deixen l'hospital després d'un període de cures d'ingrés i tornen a la vida en comunitat, que tant pot ser la casa mateixa de la persona, com una prestació d'allotjament, com una residència per a cures d'infermeria. La necessitat de planificar l'alta per a una transició que tingui bon èxit i que l'individu pugui tornar a la seva comunitat concerneix una àmplia gamma de clients de serveis, incloent-hi gent gran, adulta, amb dificultats en l'aprenentatge i tothom que tingui problemes mentals. El pla s'ha de basar en les necessitats de l'individu i, en particular, en les necessitats de serveis, assistència o equipaments una vegada se n'hagi anat de l'hospital. S'ha de proveir d'això la persona quan deixa l'hospital, o després en un temps curt".

B. Penhale

Una de les definicions més completes és la de l'American Hospital Association, que defineix el Programa de la planificació de l'alta de la manera següent:

"Un procediment centralitzat, coordinat i interdisciplinari, en el qual els membres de l'equip de salut col·laboren amb els malalts i les seves famílies, anticipant-se a les necessitats d'aquests després de l'hospitalització, desenvolupant un pla que els ajudarà a guanyar independència i a mantenir els beneficis guanyats durant l'estada a l'hospital".

American Hospital Association (1972). *Derechos y deberes de los enfermos*. Chicago.

Vegem altres definicions del programa:

"La planificació de l'alta és un element necessari en el pla de tractament de cada malalt. És el focus principal del departament de serveis socials de l'hospital. El procés comprèn l'estudi sociosanitari (*cribratge*), l'assessorament i el pla de seguiment".

GWU Medical Center (1984, març, vol. VI, núm. 6).

"La identificació prematura dels problemes socials és essencial; així, els malalts i les seves famílies, com que tenen una perspectiva real de l'hospitalització, des del principi poden participar més bé en els plans d'alta".

S. Butcher (1984). Directora del Departament de Serveis Socials del George Washington University Medical Center (Washington).

"La planificació de l'alta és on les cures mèdiques estan en interfase amb la qualitat de vida. És on la cura humana necessita integrar-se amb les capacitats tècniques. És on les institucions han de validar la seva missió i raó de ser".

G. Field (1978). "The anatomy of discharge planning". *Social Work in Health Care* (vol. IV).

"El proceso de la planificación del alta es uno de los componentes de la filosofía de atención a los enfermos de los centros médicos, al mismo tiempo que refleja sus derechos. Esta filosofía da al enfermo el derecho de recibir unos cuidados personales y comprensivos a la vez que se le trata como un individuo. Esto no implica solamente los problemas inmediatos sino también sus consecuencias, facilitándole la continuidad del tratamiento".

American Hospital Association (1972). *Derechos y deberes de los enfermos*. Chicago.

Referència bibliogràfica

B. Penhale (2009). "Discharge planning". A: M. Davies. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work* (pàg. 94). Oxford (Regne Unit): Blackwell Publishing.

"Les activitats de la planificació de l'alta han de començar al més aviat possible dins el període d'estada hospitalària dels malalts. L'assessorament de les necessitats dels pacients a la planificació de l'alta ha de reflectir una comprensió del diagnòstic, el pronòstic i la capacitat del pacient i la seva família per a participar en el pla. El pla de l'alta del pacient ha d'estar dissenyat per a facilitar a ell i a la seva família un funcionament òptim".

US Department of Health Education and Welfare. *Professional Standards Review Office*. PSRO Manual.

"El càlcul i l'efectivitat en el procés de planificació de l'alta és un factor important per a determinar quan tornarà a casa seva el pacient. Això serà quan no hagi de necessitar cures d'un àmbit hospitalari".

H. Thomson (1973). "Discharge planning: assisting patients with post hospitalization plans". *Journal of the American Hospital Association*.

"El component crucial en el Programa de planificació de l'alta és la coordinació i la centralització de les cures envers la identificació de les necessitats posthospitalàries del malalt i dels recursos i finançament necessaris per a cobrir-les".

R. Kulys (1970). "Discharge planning". *Journal of the American Hospital Association*.

"Les persones no són problemes d'alta; tenen problemes d'alta. La planificació de l'alta és on les cures mèdiques s'encreuen amb la qualitat de vida. On les necessitats humanes d'atenció xoquen o s'uneixen amb les possibilitats tècniques".

G. Field (1978). "The anatomy of discharge planning". *Social Work in Health Care* (vol. IV).

"L'equip de planificació d'altres, generalment, està compost pel pacient i la seva família, el metge, la infermera encarregada directament de les atencions al pacient, el treballador social i representants de tots els departaments que facilitaran els serveis directes".

F. William; B. Jessee; J. Doyle (1984). "Discharge planning: using audit to identify areas that need improvement". *Quality Review Bulletin*.

2.1. Professionals integrants del Programa de la planificació de l'alta

El Programa de la planificació de l'alta és interdisciplinari. En aquesta interdisciplinarietat és on resideix la seva fortalesa i posterior efectivitat, ja que pren les tres perspectives essencials, això és, la mèdica, la d'infermeria i la de treball social sanitari. Aquesta darrera perspectiva és la que, en l'actualitat, comporta un canvi més radical en la intervenció dins els paràmetres del programa, ja que implica la intervenció sistemàtica d'aquest professional quan es posa en relleu l'existència dels criteris dits *de risc*.

La intervenció sistemàtica del treballador social sanitari comporta un autèntic canvi de paradigma, ja que la responsabilitat en la detecció dels problemes o dificultats recau primer de tot sobre els treballadors socials sanitaris, que s'ajuden de la identificació de criteris de risc social i sanitari en la persona.

3. El Programa de la planificació de l'alta sanitària en l'actualitat

Els principis filosòfics i assistencials mantenen el centre de gravetat en la persona i la seva família, el seu entorn i els seus suports, i també en les seves dificultats, les seves pors i els seus trastorns més íntims. Al llarg d'aquests anys, dins de moltes experiències, s'han revelat grans fortaleses i oportunitats, relacionades totes amb la recerca, la planificació de serveis i l'optimització dels mitjans disponibles.

Taula 9. Pilars de la planificació de l'alta sanitària

Recerca	Permet el seguiment del procediment general i el sistema d'informació homogeni aplicat que, per senzill que sigui, sempre comporta una gran base de dades.
Planificació	La planificació de serveis recolza en els resultats, en temps real, que afloren en la recerca que es va fent.
Optimització	És l'efecte secundari natural que es dona en reorganitzar els moments frontissa (encadenament de tasques entre professionals) de la planificació.
Proposta	Recolza en els resultats, en l'avaluació dels beneficis sobre el benestar dels malalts.
Prevenició	Es dona de manera natural perquè s'avança a les dificultats. Un dels aspectes que té és la prevenició individual i un altre és la creació de programes preventius pensant en l'alta.

La brevetat progressiva de tots els processos clínics a l'hospital requereix i justifica un nou ordre en l'organització de l'assistència emfatitzant programes de suport, tant en la detecció com en la qualitat de la convalescència. Dos dels punts crítics són l'**admissió** i l'**alta** cap a l'atenció primària, però l'alta definitiva des de l'atenció primària també és un punt crític perquè la persona deixa definitivament el sistema. Ja no hi ha seguiment fins a una nova admissió. I quan es produeix aquesta admissió, l'alta torna a ser solament qüestió de dies. Per això, encara que siguin moments diferents, cal veure'ls, alhora, trenats.

La planificació de l'alta des dels primers dies de l'ingrés si es considera l'evolució dels malalts implica, per als professionals de l'hospital, la valoració del servei que presten i la consciència que els beneficis aportats al malalt es poden perdre quan torna a casa seva, si no s'implica adequadament l'atenció primària. L'atenció primària és la garantia de la continuïtat. La gestió centrada en el client es materialitza amb aquest tipus de programes que il·luminen les circumstàncies particulars del malalt i el seu entorn, en el seu ambient, i es consideren dins la prestació sanitària.

Tot plegat s'acaba, d'una banda, combinant els coneixements de totes les disciplines que conviuen sense perdre el seu rol i, de l'altra, creant una estructura organitzativa que ho possibiliti. Preneu nota que es parla de l'organització de

l'estructura i no pas dels coneixements en si mateixos que pertanyen a la disciplina. L'organització, en aquest cas, està al servei dels coneixements perquè puguin arribar al malalt que els necessita per a recuperar-se. Com es facilita que aquests coneixements arribin als qui estan ingressats, a la seva família? I com es garanteix que no es perden els beneficis que els han aportat?

En el moment de l'ingrés, la fase d'admissió arrossega tantes vivències i preocupacions de tota índole per al malalt mateix i, sobretot, per a la família, que no se sol pensar en l'alta. Tampoc no és el primer dia el moment indicat, estratègicament parlant, per a esmentar l'alta però sí que, amb la informació disponible, el malalt es pot considerar de risc o no. En els casos determinats com de risc, a partir del segon o tercer dia s'ha de començar la primera part del procediment de la planificació de l'alta hospitalària: l'obtenció de més informació psicosocial. Assumint la hipòtesi que l'ingrés hospitalari està associat a l'alta hospitalària, s'atribueix també la necessitat que en el període d'admissió, quan s'arroguen les primeres dades (administratives i clíniques), es comença a planificar aquesta alta. La planificació és més o menys llarga i més o menys complexa segons cada cas, però davant determinats casos complexos i que *a priori* se sap que implicaran necessàriament l'atenció primària, s'ha d'establir simultàniament el primer contacte amb el treballador social sanitari del centre de salut.

Des de l'hospital s'han de començar tan aviat com es pugui els estudis diagnòstics socials sanitaris sense que això impliqui donar l'alta abans d'hora. Aquesta idea és una falsa associació que, de vegades, es dona i és important d'aclarir-la per a afavorir la participació de la persona. Sobretot amb vista als malalts i les famílies, és primordial de deixar clar que l'objectiu és que l'alta sigui efectiva quan medicament ja no es requereixi estar-se a l'hospital, no abans.

La notícia de l'alta presenta moltes cares i, si bé, en general, la tornada a casa és una bona notícia, en alguns casos¹ ho és a mitges i en d'altres es viu clarament com una mala notícia. La pitjor notícia. Per tant, amb tots aquests elements sembla lògic d'incorporar a l'organització assistencial la gestió de l'alta, que implica simultàniament l'atenció especialitzada i l'atenció primària.

⁽¹⁾Cada hospital pot investigar com es distribueix aquesta variable en la seva població.

Per a parlar d'una activitat científica, en comptes d'una activitat comuna, s'ha de basar en un procediment interdisciplinari que permeti, partint del diagnòstic sanitari, sobretot del pronòstic i davant la presència d'alguns indicadors de risc social i sanitari, d'avançar-se als possibles inconvenients deguts a problemes socials o a dificultats que ja bateguen en el moment de l'ingrés.

El Programa de la planificació de l'alta respon tant a les necessitats de les persones com a les necessitats d'optimització dels recursos sanitaris. Aquest és el gran potencial que té. En paral·lel, es plasma la responsabilitat dels professionals, que, per la seva experiència i basats en recerques prèvies, coneixen possibles seqüències de necessitats de suport, les quals s'han d'estudiar sempre i verificar periòdicament. Aquest fet d'avançar-se no és un exercici d'elucubració

o d'opinió, sinó que es tracta de desplegar escenaris probables presos de les dades que hi ha en cada servei de treball social sanitari i d'altres que es consideri que fa falta d'obtenir.

La limitació del temps d'ingrés provoca que tot es doni molt de pressa, i si bé els professionals hi estan habituats, els malalts, la majoria de les famílies, no. Tot resulta precipitat i, de vegades, inconnex. Això justifica una estratègia interdisciplinària que permeti de guanyar eficàcia sense perdre eficiència. La reducció del temps d'ingrés és palès quan s'analitzen les estadístiques dels darrers anys.

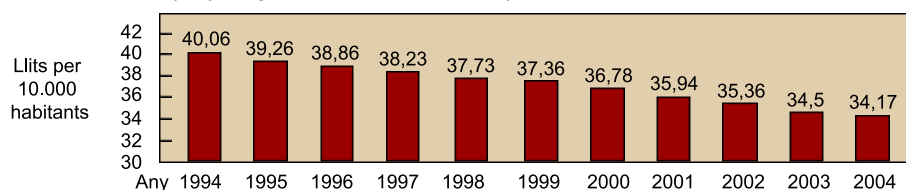
Les taules i els gràfics que hi ha tot seguit, fins i tot essent una breu pinzellada de la nova realitat, mostren l'evolució de tots dos indicadors de 1994 a 2004 en el cas del descens de llits operatius d'hospitals i de 1994 a 2003 en el cas de la rotació.

Taula 10. Llits a Espanya segons l'activitat assistencial per 10.000 habitants

Any	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	40,06	39,26	38,86	38,23	37,73	37,36	36,78	35,94	35,36	34,50	34,17

Font: INE. Indicadors socials (2006)

Gràfic 3. Llits a Espanya segons l'activitat assistencial per 10.000 habitants



Font: INE. Indicadors socials (2006)

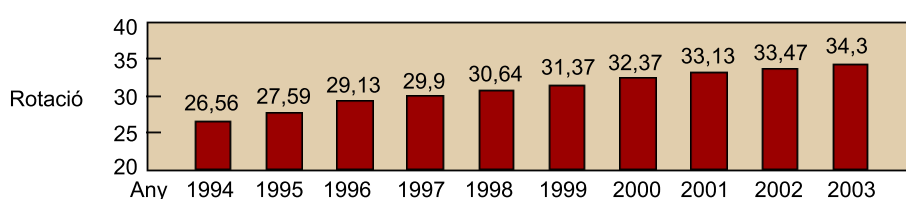
La tendència decreixent és més que palesa. En deu anys gairebé s'ha reduït en sis punts el nombre de llits hospitalaris, mentre que la població a Espanya augmenta cada any. Es redueixen els llits i augmenta la rotació. Això justifica engagar programes de caràcter social que reforcin les xarxes familiars i personals de les persones ateses.

Taula 11. Índex de rotació

Any	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	26,56	27,59	29,13	29,90	30,64	31,37	32,37	33,13	33,47	34,30

Font: INE. Indicadors socials (2006)

Gràfic 4. Índex de rotació



Font: INE. Indicadors socials (2006)

Aquesta realitat contrastada mostra la clara evolució i tendència en el dia a dia. Tot això indueix l'hospital especialment, malgrat que també afecta l'atenció primària, a fer grans canvis en la singular dinàmica assistencial dels diferents processos.

El Programa de la planificació de l'alta sanitària és un dels procediments més significatius dins el servei de treball social sanitari. És aplicable a tres tipologies d'ingressos:

- els ingressos per urgències,
- els ingressos programats, i
- els ingressos de cirurgies ambulatòries.

Els dos darrers permeten que l'alta es planifiqui abans de l'ingrés, i faciliten així totes les gestions necessàries per quan la persona torni a casa.

3.1. La justificació de la implementació del Programa de la planificació de l'alta

Algunes de les preguntes inevitables són aquestes: per què volem aplicar un programa de la planificació de l'alta?, disposem d'informació quantitativa que justifiqui engegar el programa?, disposem d'informació qualitativa?, quins són els indicadors actuals de l'hospital pel que fa a les altes hospitalàries? En general, en la majoria dels hospitals es donen dues circumstàncies relacionades amb les persones ateses i dos supòsits relacionats amb els professionals, si bé en cada cas cal atribuir-hi la magnitud concreta.

Precisió en quantificar

Quan es diu que hi ha moltes persones, "quantas" es vol dir?; quan es diu que falten places residencials, "quantas" es vol dir?; etc. Aquesta precisió permet d'argumentar en nombres absoluts una part de la necessitat, la que concerneix l'establiment, però és una necessitat quantificada i no marcada per l'ambigüitat.

Les dues circumstàncies són les següents:

- "Quan el facultatiu responsable els informa de l'alta, el malalt o la seva família exposen una sèrie de dificultats personals. De vegades, fins i tot el malalt es nega a anar-se'n o és la família la que s'oposa a l'alta hospitalària". Es pot dir que sorgeixen problemes socials palesos que, sovint, fan anul·lar l'alta o endarrerir-la.
- "Quan el facultatiu informa de l'alta la persona i la seva família, no es produeix cap reacció adversa, s'assumeix i es torna a casa, amb una sèrie de dificultats psicosocials inadvertides pels professionals i que, a més, la persona o la seva família no reconeixen com un problema que els afectarà en la recuperació, en la convalescència". En aquest cas es pot dir que es tracta

de problemes d'alta desapercebuts però que també hi eren en el moment de l'admissió.

La resposta per a prevenir aquestes dues circumstàncies la tenim en el procediment del Programa de la planificació de l'alta, que de les vint-i-quatre a setanta-dues hores de produir-se l'ingrés aplica un cribratge (*screening*) per a descartar la presència real de problemes socials. Aquest cribratge el fa el servei de treball social sanitari, i la població diana són totes les persones ingressades que compleixen algun dels indicadors de risc social i de risc clínic. Del resultat se n'informa l'equip sanitari i se'n deixa constància en la història clínica; es tracta d'informació útil per a la seva pròpia intervenció sanitària. Aquesta informació preliminar és de gran ajuda per als professionals sanitaris, ja que els permet de potenciar els aspectes d'educació sanitària i comunicació amb el malalt i la família considerant el seu context particular.

Quant als supòsits, també es donen dos clàssics:

- Es produeix una descoordinació entre serveis interns o externs per a completar proves diagnòstiques, i això retarda l'alta. Aquest retard no és atribuïble als problemes socials, fins i tot havent-n'hi. Llavors és procedent d'afirmar que l'estada inadequada no és sinònim de problemes socials d'alta, si bé aquests problemes poden provocar el consum inadequat d'estades.
- El sistema públic o privat no té capacitat per a satisfer les necessitats de les persones ateses a l'hospital una vegada donades d'alta. S'assenyala el terme *satisfacció de necessitats* i no pas *satisfacció de la demanda*, ja que el treball social sanitari treballa partint de necessitats diagnosticades, encara que la porta d'entrada sigui la demanda expressada per la persona o la seva família. S'atenen les demandes, però es cobreixen les necessitats.

L'AEP

El protocol d'avaluació d'idoneïtat (*appropriateness evaluation protocol*, AEP) és un instrument que permet d'identificar els motius de la inadequació de l'estada hospitalària.

Tot plegat s'ha de concretar a partir d'una anàlisi descriptiva complementada amb una anàlisi estadística i un estudi de tendències. Hem de saber la magnitud dels dèficits estructurals externs al sistema sanitari que interfereixen en l'ús òptim de l'hospital: les places dels serveis externs de suport (atenció domiciliària, residències, centres sociosanitaris, etc.), els recursos humans, les tipologies de suport més necessàries, etc., que afecten el seu funcionament. Cal donar, a més de valors qualitius, valors quantitius a les carències del sistema de serveis. En aquest sentit, el Programa de la planificació de l'alta és una eina potent de suport a la gestió per a anar concretant magnituds i influència.

4. Objectius del Programa de la planificació de l'alta

4.1. Objectiu general

Es consideren dos àmbits:

- El de les **persones i els seus familiars**: identificar dins les vint-i-quatre i setanta-dues hores després de produir-se l'hospitalització les persones amb necessitats d'ajuda professional per a gestionar el suport postalta necessari i garantir així la continuïtat assistencial en un ambient sa i benèfic. Investigar i proposar accions de prevenció secundària per a mantenir la salut de la comunitat que l'hospital atén.
- El de l'**hospital** com a establiment emplaçat en una àrea sanitària: avaluar periòdicament l'adequació dels programes i serveis relacionats directament amb el suport a l'alta dels malalts i a les necessitats reals d'aquests malalts i proposar recursos partint de l'evolució de la professió.

4.2. Objectius específics

- Conèixer la població ingressada cada dia amb criteris de risc social i risc clínic.
- Identificar des dels primers dies de l'ingrés, mitjançant un cribratge, les dificultats del client o de la seva família que impediran de tornar a casa o en dificultaran la recuperació.
- Diagnosticar la realitat i les circumstàncies psicosocials de la persona, de la seva família i del seu entorn per a prevenir que la malaltia els desequilibri la vida de manera abrupta.
- Planificar i cercar plegats (persones i professionals) les solucions o les alternatives dins les indicacions terapèutiques.
- Garantir la continuïtat de l'assistència en el servei o programa comunitari que la persona necessita.
- Saber les llacunes que trenquen la continuïtat assistencial.

- Donar suport a les persones i les seves famílies en la gestió total de la tornada a casa, alleugerir-los la vivència i mantenir els beneficis de l'hospitalització.
- Gestionar tots els equips requerits per a facilitar l'autonomia.
- Minimitzar el risc de readmissió per falta de suport postalta.
- Facilitar la disponibilitat dels recursos hospitalaris a altres pacients.
- Evitar les estades no mèdiques i el mal ús de l'hospital.
- Incrementar la rotació de l'hospital dins la seva funció social en les àrees amb més població de risc.
- Retroalimentar l'organització hospitalària, en particular, i el sistema sanitari, en general, amb l'anàlisi de la informació que es va generant.
- Investigar els fets i els factors de la planificació de l'alta per a generar coneixement aplicable en la pràctica diària.
- Avaluar l'eficàcia i l'efectivitat del Programa sobre els indicadors de l'hospital i altres de generals de la regió.
- Altres objectius que es vagin perfilant.

El Programa de la planificació de l'alta no s'ha de confondre amb els programes de la continuïtat assistencial ni s'hi ha de limitar. La continuïtat assistencial, com queda reflectit, és un dels objectius de programa. Aquesta limitació seria un reduccionisme.

4.3. Criteris de risc

En el mòdul anterior hem vist la definició donada per l'Organització Mundial de la Salut de *risc*. També hem vist que el fet que es doni un criteri de risc no vol dir que hi hagi un problema per força. Sempre contextualitzarem aquest criteri i l'estudiarem d'acord amb la vivència i l'entorn de la persona.

4.3.1. Criteris de risc social

Tot seguit descriurem els criteris socials que amb tota probabilitat ajuden a identificar la majoria dels clients de risc en una primera fase.

- Tenir més de setanta-cinc anys.
- Tenir més de setanta anys i viure sol o amb una parella d'edat semblant.
- Tenir més de setanta anys i tenir també una malaltia crònica.
- Tenir setanta anys i haver ingressat abans.

- Tenir més de setanta anys i ingressar per caiguda o fractura.
- Tenir més de setanta anys i haver estat donat d'alta dins els quinze dies anteriors a l'ingrés actual.
- Ingressar a conseqüència d'un accident vascular cerebral.
- Tenir una malaltia terminal.
- Tenir una malaltia mental.
- Patir de toxicomania.
- Haver tingut un politraumatisme.
- Tenir lesions amb indicis de violència.

4.3.2. Criteris de risc clínic

Hi ha criteris clínics que, per la transcendència i afectació que tenen en l'àmbit social, quan són presents requereixen un primer estudi social sanitari. Aquests criteris, que són l'acumulació dels emprats en hospitals en què s'han fet cursos sobre el Programa de la planificació de l'alta, són els següents:

- Accident vascular cerebral.
- Addiccions.
- Amputacions.
- Ceguesa.
- Cirrosi hepàtica.
- Colostomia.
- Coma.
- Demència senil.
- Deshidratació.
- Diabetis *mellitus*.
- Diàlisi.
- Disminució greu de la visió.
- Dolor permanent.
- Malaltia cardíaca.
- Malaltia infectivocontagiosa.
- Malaltia mental.
- Malaltia neurològica.
- Malaltia oncològica avançada.
- Malaltia terminal.
- Malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- Escares de decúbit.
- Fractura de fèmur.
- Infecció urinària.
- Insuficiències: cardíaca, renal, respiratòria.
- Lesió medul·lar.
- Paraplegia, tetraplegia, hemiplegia.
- Politraumatisme.
- Cremada d'alt grau.
- Reumatisme.
- Sordesa.

- Traqueotomia.

4.4. Les fases generals del procediment del Programa de la planificació de l'alta

Les fases següents són aplicables en qualsevol servei, si bé cadascun les ha de corroborar i completar amb quatre respostes: per a què serveix la fase en concret, on s'executa, quan s'executa considerant el temps d'atenció i qui n'és el responsable.

1) Fase d'estudi:

a) Primer cribratge de treball social sanitari:

- Identificar cada dia els qui han estat ingressats o atesos amb els criteris de risc definits.
- Classificar-los segons els criteris següents:
 - Primera visita.
 - Visites anteriors en el servei de treball social sanitari (tant atenció primària com atenció especialitzada). S'ha de cercar la història de treball social sanitari.
- Distribució dels casos segons com estigui organitzat el servei de treball social sanitari: per serveis mèdics, per especialitats mèdiques, per àrees, per zones de residència, etc.

b) Segon cribratge de treball social sanitari:

- Conèixer el diagnòstic mèdic d'ingrés o de la visita ambulatoria i, quan sigui possible, el pronòstic.
- Si el diagnòstic mèdic o l'estat general no ho contraindiquen, s'ha de fer el segon cribratge de treball social sanitari entre les vint-i-quatre i setanta-dues hores després de la identificació.
 - En atenció primària ha de ser un contacte telefònic.
 - En atenció especialitzada ha de ser una visita personalitzada.

c) Després del segon cribratge de treball social sanitari, s'han de separar les poblacions segons l'alta social, un possible problema social, un problema social.

d) S'ha de deixar constància del resultat del cribratge en la història clínica:

- Alta de treball social sanitari.
- Seguiment de treball social sanitari per a fer-ne un estudi.

e) En els casos de seguiment, el treballador social sanitari ha de programar la primera entrevista amb la persona per a començar la recollida inicial d'informació i mirar d'emetre un prediagnòstic social sanitari.

- En atenció primària es deixa a criteri del treballador social sanitari si aquesta entrevista s'ha de fer dins una visita domiciliària.
- En atenció especialitzada pot ser que s'estimi oportú dins l'establiment.

f) S'han de demanar a la persona els permisos i consentiments oportuns per a gestionar el cas amb agents externs i la mateixa família que aquesta persona identifiqui com a cuidador principal.

g) Obtinguts els permisos, s'ha de contactar a títol d'informació amb el servei de treball social sanitari de l'altre àmbit d'atenció, que per la mateixa evolució del cas s'hi veurà implicat.

h) S'han d'identificar i d'estudiar els serveis i suports disponibles en la comunitat de la persona que la puguin ajudar.

i) S'han de mantenir les entrevistes necessàries per a aclarir la situació, la vivència i els camins de suport. S'ha de convidar la persona a parlar de les pors que té respecte al futur.

2) Fase diagnòstica:

a) Consultades les fonts necessàries i aplicades les tècniques diagnòstiques corresponents, s'ha d'establir un primer diagnòstic social sanitari. S'ha d'elaborar una primera síntesi diagnòstica, que és la que es comunica a la resta de professionals mèdics i d'infermeria i s'escriu en la història clínica.

b) Diagnòstic social sanitari:

- Amb el primer diagnòstic social sanitari o prediagnòstic s'han de definir les línies del pla de tractament, i també els processos que es començaran per a prestar els serveis necessaris. Això s'ha de fer sempre amb l'acord i la participació de la persona.
- S'han de distingir els processos que afecten la persona dels que afecten la família.
- Per als processos de tractament s'ha de seguir la proposta de Hamilton.

Dimensions de l'acció (Gordon Hamilton)

Hamilton estableix tres dimensions de l'acció:

1) Tractament directe: dimensió psíquica i emocional. S'ha de fer rebaixar l'ansietat. S'han de suggerir ajudes externes, formals i informals.

2) Gestió de l'entorn: s'ha de mantenir contacte amb les persones de suport i també s'ha de gestionar l'ansietat.

3) Administració i gestió dels suports formals: dimensió de serveis. Gestió dels serveis formals que garanteixen l'atenció al malalt.

c) La comunicació sobre l'evolució del cas i dels suports a la resta de l'equip manté la doble direcció, això és, els canvis en el diagnòstic mèdic que poden alterar el pronòstic o els canvis en el diagnòstic social sanitari, de manera que es modifica el procés i el tractament social. Per això és tan important de mantenir canals estables de comunicació.

3) Fase de processos de tractament:

a) Els processos socials sanitaris assenyalen solament el servei que es prestarà i la tipologia de suport, una part de la qual condueix a triar qui es materialitzarà en servei.

b) Això implica la tria d'una entitat enfront d'una altra.

c) És una fase crítica que la persona o la seva família pot viure com a invasiva perquè es materialitza l'acció.

d) S'assignen responsabilitats. Els membres del nucli familiar o els tutors participen en les decisions que es van prenent i fan les gestions corresponents per a obtenir el servei o programa.

e) Participen en les sessions conjuntes de suport psicosocial.

f) S'estableixen els "acords" amb la persona i la seva família.

g) Cada professional ha de contactar tan aviat com pugui amb els responsables de concretar els processos en serveis de tractament.

h) Sessió de seguiment de la vivència i l'eficiència en les gestions. S'han d'observar els rols familiars i el seu reajustament a la nova realitat.

i) S'ha de mantenir informat el treballador social sanitari que segueix el cas.

j) S'ha de fer una derivació activa, això és, tancar la data de visita de continuïtat i el traspàs dels processos de tractament començats o en curs.

k) S'han d'elaborar els informes d'alta: de medicina, d'infermeria, de treball social sanitari i, si correspon, d'altres disciplines.

l) Trucada postalta de seguiment.

4) Processos de gestió de la informació i avaluació de resultats:

- a) Registre electrònic de la informació en el sistema d'informació.
- b) Avaluació periòdica dels resultats i de les anàlisis de les tendències.
- c) Propostes de reorganització interna i de serveis externs.

4.5. Dimensions que aborda el servei de treball social dins el Programa de la planificació de l'alta

Si bé el servei de treball social sanitari a l'hospital té altres competències, la major part estan orientades a aquest moment en què la persona ha de tornar a casa. Així, ha d'estudiar les dimensions següents:

- **Com explica la malaltia, la persona:** quin és el seu relat, com es projecta al futur o si, per contra, no té projectes.
- **La situació familiar del client:** amb qui viu, amb qui viurà, qualitat percebuda de la relació, confiança als seus, etc.
- **Les possibilitats pròpies del client per a seguir les indicacions terapèutiques:** autonomia funcional, autonomia percebuda, autonomia instrumental, consciència de necessitat, capacitat per a acceptar ajuda externa, etc.
- **Les possibilitats de la família o la xarxa informal per a garantir la continuïtat de l'assistència al domicili:** ja no es tracta tant de la voluntat, o no, de la família per a prestar l'atenció, com de les possibilitats de què disposa, les habilitats i, molt important també, els moments del dia en què pot atendre el familiar. La situació econòmica actual fa que si hi ha una feina costarà molt de deixar-la per a garantir aquesta atenció.
- **Atencions biopsicosocials que haurà de necessitar després de l'alta:** el pla detallat de cures és imprescindible, quines són les necessitats professionals, qui ha de prestar l'ajuda, si ho pot fer la família o no, etc.
- **Les possibilitats que ofereix l'habitatge per a fer les cures o tenir les atencions:** higiene, espai, serveis, barreres arquitectòniques, ventilació, humitat, calefacció, etc.
- **Els sentiments del malalt respecte a la seva malaltia:** què en pensa, què li n'han dit, què espera del tractament, si parla de la mort, de la discapacitat, com en parla, etc.

- **Els sentiments de la família respecte a la malaltia del familiar:** què expressa la família? Afecte, culpabilitat, menyspreu, sobreprotecció, negació, esperança o desesperança, desapercepció o aprensíó, etc.
- **Les possibilitats de l'entorn comunitari receptor de la persona donada d'alta:** on viu? Entorn rural, entorn urbà, disposa de serveis públics, grau de col·lapse dels programes i serveis socials, etc.
- **Capacitats pròpies per a desplaçar-se amb autonomia:** accés a l'atenció primària, desenvolupament de l'atenció primària, disponibilitat dels professionals, etc.
- **Desajustos en el nucli familiar provocats per la nova situació:** dificultats que poden sorgir amb els nens, amb un altre familiar, riscos per a la família i per al malalt, etc.
- **Demandes de suport:** com esperen resoldre la seva situació el client o la família. Quina tipologia de suports externs predomina. És important de diferenciar tots dos grups d'expectatives, acceptant *a priori* que sovint entre client i família no hi ha una coincidència total.
- **Què esperen la persona i la família de nosaltres:** hem de saber quines expectatives tenen pel que fa a l'ajuda que puguin rebre de part nostra, amb la nostra intervenció. S'ajusten a la realitat, aquestes expectatives?
- **Capacitat de resposta dels serveis comunitaris:** fins a quin punt els serveis de primària o comunitaris estan preparats per a rebre el malalt.

El Programa de la planificació de l'alta evita que el desencadenant de la intervenció del servei de treball social de l'hospital sigui la negativa de la família, o del malalt mateix, a tornar a casa quan el metge els comunica l'alta. En aquest cas, la demanda d'intervenció, malgrat els anys transcorreguts assenyalant que és una mala pràctica, continua responent al fet que sigui el treballador social sanitari qui gestioni aquesta sortida de l'hospital més de manera administrativa que de manera gestionada. Això vol dir que l'alta mèdica s'ha de transformar en alta hospitalària (que la persona se'n vagi de l'hospital) i sense que s'estudiï, es diagnòstiqui i s'elabori un pla de treball social sanitari que assegurï les condicions més adequades per a aquesta tornada a casa, la qual, després d'una hospitalització, imprimeix unes necessitats que s'han d'estudiar durant l'ingrés i no pas esperar al darrer moment a cop de recurs o servei social.

Això deixa de ser un servei centrat en el client. La planificació de l'alta no es dóna mai en aquests termes, que fins i tot èticament són inacceptables.

4.6. Resultats esperats del Programa de la planificació de l'alta

Sempre centrats en la població de risc i atesa dins el Programa de la planificació de l'alta, els resultats generals esperats són els següents:

- Millorar la percepció respecte a l'assistència rebuda. La persona se sent el centre de l'atenció.
- Incrementar la solució de processos mèdics i socials sanitaris.
- Implicar el malalt i la seva família en el pla d'alta des del principi.
- Disminuir l'estrès que pot generar la notícia de l'alta amb poc temps.
- Reduir l'estada mitjana de la població sobre la qual s'intervé.
- Disminuir les llistes d'espera de la població sobre la qual s'intervé.
- Evitar reingressos per un problema social o reduir-ne la freqüència.
- Identificar els cercles viciosos en la gestió de casos i actuar-hi a sobre.
- Millorar la gestió de la demanda de suport, reduint-la.
- Identificar les llacunes assistencials que afecten la població atesa.
- Obtenir informació bàsica per a promoure serveis de suport postalta.
- Rendibilitzar la feina de cada dia per a millorar els dèficits de l'atenció.
- Facilitar l'accés a programes de cirurgies ambulatories.
- Millorar la gestió de les circumstàncies psicosocials que envolten l'alta.

4.7. Cercle viciós d'algunes altes hospitalàries

Centrats en el moment de l'alta sense que l'establiment tingui un programa específic, s'ha de destacar que hi ha uns punts crítics que es van repetint amb el pas dels anys sense que s'esmenin. Alguns d'aquests punts són els següents:

- El malalt va ingressar a l'hospital per una malaltia aguda o per a una intervenció programada, però no es va considerar l'àmbit psicosocial.
- Tota l'estructura hospitalària es va orientar a tractar el problema mèdic i es van descurar, per falta de demanda de la persona o per desconeixement dels efectes que comporta en l'àmbit social la malaltia, els possibles problemes psicosocials.
- Es va informar la persona i la seva família de l'alta, però no es va gestionar. No és la mateixa cosa donar l'alta que gestionar-la havent abordat totes les dimensions sanitàries i socials que comporta.
- Davant la notícia de l'alta, la persona o la seva família diuen que hi ha dificultats que impedeixen de tornar a casa la data prevista.
- En general, els problemes són aliens a la malaltia, formen part de la vida i de les circumstàncies particulars del malalt o de la seva família i, també en general, hi són abans de l'ingrés. De vegades, durant l'ingrés, s'agreugen. En alguns casos és el mateix ingrés el que les genera.

- L'hospital, la major part de les vegades amb una llarga llista d'espera, necessita els llits per a ingressar altres malalts. L'ocupació inadequada d'un llit hospitalari és un problema d'equitat perquè es priva, per raons no mèdiques, l'assistència a altres malalts. Alhora, però, no es pot deixar una persona convalescent sense assegurar-se que té algú que la cuida.
- El malalt i la seva família se senten sovint abandonats o pressionats per la rapidesa amb què es produeix l'alta i la poca consideració envers les seves necessitats per a assumir la continuïtat.
- Si la persona torna a casa sense haver planificat l'alta en tots els àmbits, no solament l'assistencial sanitari, entra en risc; cada cas és diferent, però amb molta probabilitat tornarà a ingressar a l'hospital.
- Llavors, amb el reingrés torna a començar el cicle de recuperació i atenció sanitària, que repetirà els mateixos errors fins que torni a arribar l'alta. Els problemes psicosocials es continuen descurant.

Així es reinicia el procés assistencial amb repetició de proves diagnòstiques, exploracions complementàries, plans terapèutics, etc. Aquest procés és un cercle viciós que solament es pot tallar amb accions concretes després d'haver fet el diagnòstic social sanitari corresponent. Hi intervenen molts professionals i es repeteixen innecessàriament moltes sol·licituds. Això reforça la necessitat que hi ha d'haver un model d'intervenció proactiu i un sistema d'informació centralitzat i actualitzat amb dades sanitàries i socials i també les referides als suports externs coberts i pendents de cobrir.

El fet que les persones sàpiguen que tard o d'hora tornaran a casa, si no hi ha causes luctuoses que ho impedeixin, justifica la preparació d'aquesta tornada des dels primers dies de l'ingrés. La major part de les tècniques que fan servir els treballadors socials sanitaris ajuden el malalt i la seva família a valorar subjectivament i objectivament el que comportarà l'alta i la posterior tornada a casa. I també des del principi de l'ingrés s'han de tractar els aspectes de suport social preveient el tipus d'ajuda, formal o informal, requerida. S'ha d'emfatitzar el suport social perquè és el que permet, quan el malalt és fora de l'hospital, que es dugui a terme el suport sanitari i és el que condiciona la tipologia d'ajuda final, sia al domicili, o en un establiment diürn, o en un establiment d'ingrés.

Atesa la transcendència que en els últims anys ha adquirit per a la persona aquest particular moment de tornar a casa, els professionals de l'hospital s'han d'assegurar dels punts següents:

- El malalt té capacitats pròpies per a seguir les indicacions terapèutiques.
- El pacient té un entorn estable i favorable que li dóna suport i el cuida.

- La realitat del malalt no posa en risc l'equilibri del seu entorn.
- El pacient té assegurada la continuïtat de l'assistència dels altres serveis d'atenció sanitària i, si cal, atenció social o sociosanitària.
- L'alta no comporta riscos per a la persona ni per al seu entorn.

La capacitat de resposta dels serveis externs influeix en l'organització interna de l'hospital, realitat que cal mesurar i avaluar periòdicament.

5. Consideracions generals sobre l'aplicació del programa d'alta

Una vegada s'ha aprovat d'engegar un programa de la planificació de l'alta, hem de seguir uns passos que ens ajudaran a posar-lo en marxa.

- Hem de definir els indicadors de risc sanitari i social que activaran el circuit de planificació d'alta o hem de verificar els clàssics acceptats internacionalment i que hem assenyalat en pàgines anteriors.
- Hem de sistematitzar la metodologia d'intervenció proactiva, basada en les persones, i ens hem d'avançar a les dificultats en comptes d'esperar que sorgeixin els problemes i els malalts assumeixin la consciència d'això.
- Hem d'identificar objectivament –amb criteris– els clients tributaris de ser atesos dins el programa d'alta i hem de programar el cribratge entre les vint-i-quatre i les setanta-dues hores depenent dels serveis mèdics. Per exemple, les cirurgies requereixen més estona per a aquest cribratge perquè la persona al cap de vint-i-quatre hores és al preoperatori i al cap de quaranta-vuit és a la sala d'operacions o al postoperatori. El cribratge facilita la primera tria. Això no vol dir que els clients que no compleixen cap indicador no puguin ser atesos dins el programa d'alta, encara que en aquest cas, normalment per raons de recursos humans disponibles, és seguint el mètode clàssic de "demanda d'intervenció".
- Hem d'adequar el sistema d'informació al mètode nou, incloent-hi els camps socials necessaris per a permetre la recerca posterior de variables.
- Hem d'establir els canals de coordinació –assumint la teoria de la coordinació assenyalada per Halmilton, per la qual s'indica que per a parlar de coordinació hem de garantir que des del principi tots els professionals implicats són presents en les diferents fases de procediment o protocol. Podem assenyalar les coordinacions següents:
 - Intrahospitalària: la resolució del problema o conjunt de problemes requereix la participació de tots els professionals des del principi. Per això és imprescindible d'establir mecanismes de coordinació i comunicació interna incloent en aquest grup el client i la seva família. No es pot fer res a esquena del client o sense que hi participi.
 - Extrahospitalària: amb la coordinació interna no n'hi ha prou perquè les necessitats d'atenció del client aniran més enllà de les purament hospitalàries i dels professionals directament responsables d'atendre'l mentre està ingressat. Per això també cal establir mecanismes de co-

municació amb l'atenció primària o la sociosanitària de la zona, que s'encarregaran de fer el seguiment corresponent.

- Hem d'establir canals de derivació amb els altres àmbits.
- Hem de mantenir actualitzat l'arxiu electrònic. La informació i l'anàlisi en temps real d'aquesta informació, al segle XXI, representa per als treballadors socials sanitaris un potent instrument de millora de l'organització.
- Hem d'assegurar la devolució de la informació tractada i analitzada als serveis de la comunitat perquè ells també són una part activa en tots els serveis. L'objectiu d'obtenir informació no és emmagatzemar-la sinó explotar-la i interpretar-la.
- Hem d'avaluar periòdicament –per determinar– les tendències de les diferents dimensions.
- Hem de facilitar la formació continuada als professionals responsables d'aplicar el programa en primera línia, a fi que vagin perfeccionant les intervencions i guanyin experiència en el tracte i la identificació de les realitats emergents.
- Hem de ser una organització que aprèn i ensenya.

Resum

El crèdit presenta el marc teòric del treball social sanitari dins els establiments sanitaris. Justifica la seva presència prenent com a punt de partida els desajustos psicosocials que provoca la malaltia en els malalts i les seves famílies i acceptant els beneficis que aporta al pacient el suport psicosocial quan està sotmès a aquesta pressió.

També mostra l'aplicació pràctica del treball social sanitari dins els establiments del sistema nacional de salut partint de les prestacions recollides en la cartera de serveis.

Com a disciplina, el treball social sanitari s'ajusta a la pràctica als cànons que regeixen en el mètode científic, i per això també hem presentat la teoria dels procediments i processos des de la perspectiva del treball social.

Finalment, pel fet de ser un dels procediments més importants a la pràctica, ens hem endinsat en els aspectes teòrics del Programa de la planificació de l'alta sanitària, centrat abans en l'alta hospitalària però que els canvis en l'organització del sistema conviden a pensar més en termes d'alta sanitària i no pas hospitalària.

Bibliografia

American Hospital Association (1972). *Derechos y deberes de los enfermos*. Chicago.

Butcher, S. (1984). Directora del Departament de Serveis Socials del George Washington University Medical Center (Washington).

Field, G. (1978). "The anatomy of discharge planning". *Social Work in Health Care* (vol. IV).

GWU Medical Center (vol. VI, núm. 6).

Kulys, R. (1970). "Discharge planning". *Journal of the American Hospital Association*.

US Department of Health Education and Welfare. *Professional Standards Review Office*. PSRO Manual.

Thomson, H. (1973). "Discharge planning: assisting patients with post hospitalization plans". *Journal of the American Hospital Association*.

William, F.; Jessee, B.; Doyle, J. (1984). "Discharge planning: using audit to identify areas that need improvement". *Quality Review Bulletin*.

