
L'elevada derivació socio sanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada, vista des del Treball Social Sanitari

Treball Final de Màster Treball Social Sanitari

Autor /a: Aida Garcia i Parellada
Tutor/a: Jose Maria Mesquida Gonzalez
Director/a: Dolors Colom Masfret

Segon semestre curs 2019 - 2020



Aquesta obra està sota una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.es>)

 Copyright

Reservats tots els drets. Està prohibida la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, incloent la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

Agraïments

Amb aquestes quatre línies inicials vull donar les gràcies al meu tutor del Treball Final de Màster, per la seva comprensió, per les seves indicacions i pels ànims que m'ha transmès durant tota l'execució d'aquest treball, en aquesta època tant complicada.

Un agraïment als treballadors socials sanitaris que m'han ajudat en l'execució d'aquest, i un agraïment extens a tots els professionals que han hagut de plantar cara a la pandèmia de la Covid19.

I, finalment, vull agrair a la meua família el temps que han permès que els hi "robés" per poder dur a terme aquest projecte i pels ànims que m'han donat durant els dos anys d'aquesta aventura; sobretot als meus dos fills:

la vida no serà fàcil, però procureu recordar sempre que no esteu sols

Índex

Resum	5
Abstract	5
1.Introducció	6
2.Objectius.....	12
3.Metodologia	13
3.1 Disseny i tipus d'estudi.....	14
3.2 Població i mostra	15
3.3 Sistema de recollida de dades	16
3.3.1 Qüestionari Treballadors Socials Sanitaris d'Hospital.....	17
3.3.2 Qüestionari Treballadors Socials Centres Socio sanitàris	18
3.4 Cronograma	19
3.5 Consideracions ètiques	20
4.Resultats.....	21
4.1 Resultats qüestionari Treballadors Socials Hospital	21
4.2 Resultats qüestionari Treballadors Socials Centres Socio sanitàris	26
5.Discussió	29
6.Conclusions	35
7.Bibliografia.....	38
8.Annexes.....	42

Resum

Amb la realització d'aquest treball es pretén saber si son **identificades les necessitats i els riscos psicosocials** del col·lectiu de persones majors de 80 anys que pateixen una soledat "no volguda" i han estat intervinguts quirúrgicament (d'ara en endavant IQ). La recuperació post cirurgia pot allargar-se i son traslladats en centres socio sanitaris, però, és a raó d'aquesta soledat aquest trasllat? Influeix l'estat anímic en la recuperació física? Com perceben aquestes persones l'ingrés i el posterior trasllat? La resposta a aquestes qüestions ens ajudarà a conèixer les necessitats i els riscos psicosocials que pateix aquest grup i com influeixen en la seva posterior recuperació.

Aquest treball pretén fer la recerca de les dades d'una manera objectiva per poder entendre millor les necessitats i mancances d'aquest grup i, així, en l'exercici de la meva professió, poder atendre de manera més adequada les seves demandes, entenent quines necessitats precisen cobrir i quins riscos han d'evitar i/o pal·liar.

Paraules clau

Recerca necessitats riscos soledat socio sanitari

Abstract

The purpose of this work is find out **if the psychosocial needs and risks** of the collective of people over age of 80 who suffer from "unwanted" loneliness and have undergone surgery **have been identified**. Post-surgery recovery can be lengthened and they are transferred to health care centers, but why is this transfer so lonely? Does mood affect physical recovery? How do these people perceive income and subsequent relocation? Answering these questions will help us to understand the psychosocial needs and risks of this group and how they influence their recovery.

This work aims to do the research of the data in an objective way to better understand the needs and shortcomings of this group and in the exercise of my profession, to be able to better meet their demands, understanding what needs need to be covered and what risks should be avoided and / or mitigated.

Key words

Research needs risks solitude health care center

1. Introducció

Al segle XXI, l'**envelliment de la població** és una evidència. A Catalunya, a data d'1 de gener del 2019, segons l'*Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)*(1), hi havia 7.619.494 *habitants*; d'aquests, 1.438.968 son persones de 65 anys o més, és a dir, en edat no productiva, aquesta xifra representa un 18,9% de tota la població (xifra confrontada amb el 20,60% que representen els menors de 19 anys). Un 6% de la població de Catalunya, són persones majors de 80 anys.

Si connectem aquest envelliment amb el nivell de vida i estrès dels membres productius de la societat (*un estudi de l'Institut Nacional d'Estadística –INE- de l'any 2008 demostra que l'estrès laboral afecta a Espanya a més del 40% dels assalariats (2)*), ens trobem amb **gent gran que es troba molt sola**, ja que, els seus fills o persones properes, no hi van tant com ells voldrien a causa d'aquest estrès. *La soledat es una condició de **malestar emocional** que sorgeix quan una persona se sent incompresa o rebutjada per altres o no té companyia per fer activitats desitjades, tant físiques com intel·lectuals, o per aconseguir intimitat emocional. L'experiència de soledat es la **sensació de no tenir l'afecte necessari desitjat**, i això produeix patiment, desolació, insatisfacció, angoixa, etc. (3).*

L'augment de l'edat, alhora, acostuma a comportar un empitjorament de la salut, així com comorbiditat de malalties cròniques de tipus hipertensió, diabetis mellitus de tipus II o malalties coronàries (4). Si a aquesta pèrdua de salut hi afegim una intervenció quirúrgica (d'ara en endavant IQ) ens trobem amb persones grans, soles, amb un mal estat de salut que, cada vegada ocuparan més places hospitalàries. La tendència actual (observació pròpia) és derivar, un cop donades d'alta, a aquestes persones a un centre socio sanitari per a poder realitzar una recuperació adequada, però, és sempre justificable mèdicament aquesta recuperació en un centre socio sanitari, o la derivació en molts casos ve provocada per la soledat que pateix l'individu? La depressió que pot provocar aquesta soledat (malaltia mental en molts casos no diagnosticada en aquestes edats o, tractada des de fa molts anys a través del metge de capçalera sense derivació psiquiàtrica) és un factor influent en la recuperació? Es tenen en compte les necessitats d'aquests pacients a l'hora de fer la derivació?. La resposta a aquestes qüestions pot ajudar a entendre millor a aquest col·lectiu i a poder resoldre la seva situació **alliberant** així **espai socio sanitari** o, si més no, **reduint el temps d'ingrés** a aquests centres.

José Carlos Bermejo, ja va apuntar, l'any 1994, que no és el mateix estar sol que sentir-se sol. Segons l'autor, *sentir-se sol és quelcom complex, ja que es pot experimentar, fins i tot, estan acompanyat. En aquest sentit, la soledat és una experiència subjectiva que es produeix quan no estem satisfets o quan les nostres relacions no són suficient o no són com esperariem que fossin* (5).

És important destacar la subjectivitat de la percepció de la soledat, així, dues persones amb les mateixes característiques i amb les mateixes relacions socials i familiars poden sentir-se de maneres oposades pel que fa a l'acompanyament vital que perceben. En aquest aspecte, Joan Domènech Abella, *relaciona la soledat de les persones grans amb la depressió. L'autor explica que la soledat està més fortament associada a la depressió quan està vinculada a la mida de la xarxa social que quan ho està a l'estat civil o a la manca de parella sentimental* (6). Així que torna a parlar de la subjectivitat del fenomen de la soledat, el fet de sentir-se sol i estar sol diferenciats: un home acabat d'enviudar pot no sentir-se sol si es sent acompanyat de la seva xarxa sociofamiliar.

De fet, la **pèrdua**, és un sentiment amb el que les persones grans es van topant; Clara Gomis explora la *multiplicitat i concentració de les pèrdues i els dols en la gent gran: parla d'una primera pèrdua que es produeix amb la jubilació (pèrdua del rol de treballador), una segona pèrdua és la sensorial, ja que les forces físiques i la capacitat d'adaptació minven; la tercera pèrdua son les relacions afectives i socials i, per últim, parla del dol idiosincràtic, de les dificultats i pèrdues que acompanyen la vida de cada persona* (7).

En aquest punt, podem parlar de la **qualitat de vida**, l'OMS la defineix com la *percepció de l'individu de la seva posició en la vida, en el context de la cultura i sistemes de valors on viu i en relació amb els seu objectius, expectatives, estàndards i preocupacions* (8). Ricardo Moragas diu que *l'envelliment amb qualitat de vida s'aconsegueix si es coneixen les bases biològiques, psíquiques i socials actants en cada individu* (9). En resum, la qualitat de vida és quelcom que perseguim els individus per tal d'assolir la plenitud del nostre estat físic, psicològic i social: trobar-nos bé tant física com mentalment i tenir la xarxa social i familiar desitjada. Així, en la mesura que ens fem grans, i anem afrontant pèrdues, perdem plenitud del nostre estat físic (pèrdua sensorial), del nostre estat social (pèrdua del rol del treballador, pèrdua de relacions afectives i socials) i del nostre estat psicològic (el dol idiosincràtic).

La soledat no està confrontada amb aquesta qualitat de vida, si no el com vivim aquesta soledat, si desitgem o no estar sols. Rubio Herrera explica que *el terme soledat té connotacions multidimensionals, degut a que pot produir-se per desig exprés de la persona gran, que prefereix estar sola a la relació que té amb la seva família; pot produir-se a causa de l'estigma de la pròpia vellesa com a etapa improductiva i sense valor; pot produir-se per l'aïllament que provoca viure en una gran ciutat; per motius psicològics (Síndrome de Diògenes o auto abandó); o per motius de salut, que generen dependència i discapacitat i por de sortir del propi domicili* (10).

Com mesurem, però, aquesta soledat? Aquest sentiment? Existeixen escales que poden mesurar la soledat tals com:

- escala UCLA: *una de les escales més utilitzades per la mesura global del sentiment de soledat. Composada de dos factors: "intimitat amb els altres" i "sociabilitat". Una de les versions més fetes servir és la 3: una escala de 20 ítems amb una puntuació cada un de fins a 4 punts* (10).
- Escala SESLA: *escala de Soledad Emocional i Social per Adults, un instrument dissenyat per avaluar en adults l'experiència subjectiva de la soledat en tres aspectes: soledat social, familiar i romàntica o de parella. És una escala curta i fàcil de respondre i que avalua la soledat no com un estat unitari (sentir-se més o menys sols), si no tenint en compte els diferents aspectes que integren la sensació de soledat : social i emocional. Consta de 20 ítems i està composta de dos factors: intimitat amb els altres i sociabilitat* (11).
- Escala ESTE: *instrument desenvolupat expressament per avaluar principalment les mancances existents en el suport social del subjecte (persones grans), així com el sentiment que aquestes mancances poden provocar-li. Consta de 34 ítems que abasten diferents aspectes del concepte soledat, com la tinència d'amistats, els sentiments de pertinença a una família o l'amor per el cònjuge.* (10)

L'ús d'escales de mesura de la soledat percebuda, ens ajuda com a professionals a entendre els sentiment de soledat de cada individu. Però, si una persona més gran de 80 anys que pateix una IQ és derivat a un centre socio sanitari, se li passen escales per mesurar la soledat? Per mesurar-ne la vulnerabilitat, potser? O les capacitats que té la persona? Es fa ús d'aquest tipus d'escales en els centres socio sanitaris a l'ingrés d'un pacient per poder entendre millor la realitat d'aquest? Totes aquestes qüestions es plantejaran a diferents professionals dels serveis socio sanitaris, per entendre que és el que avaluen quan ingressa un pacient major de 80 anys derivat d'hospitalització i si tenen en compte la soledat o no a l'hora de calcular el temps d'estada. Dolors Colom diu que ***l'atenció socio sanitària estudia, diagnostica i atén les persones amb necessitats d'atencions perllongades o indefinides i que, a més de sofrir***

problemes derivats d'una malaltia crònica, degenerativa i/o invalidant, són persones que presenten problemes psicosocials i socials. L'atenció sociosanitària, per la seva naturalesa, presta una assistència especialitzada més duradora que l'atenció sanitària en aguts (12). És a dir, el Treballador Social Sanitari del centre sociosanitari ha de diagnosticar d'una manera acurada i precisa les necessitats dels pacients que ingressen en el seu centre, detectant, així, els riscos i mancances que tenen, i, elaborant un pla de treball adequat per recolzar al pacient a reduir el seus riscos.

Dolors Colom, també explica com funcionen les **Unitats Funcionals d'Ingrés als Centres Sociosanitaris**: una d'aquestes Unitats és la **Unitat de Convalescència** que atén persones procedents, bàsicament, d'un Hospital d'aguts que han sofert una pèrdua important de les seves capacitats però tenen possibilitats clares de recuperació.

També hi ha, entre d'altres, les Unitats de Llarga Estada que faciliten les atencions intermèdies o intensives a persones que no poden estar a casa seva i tampoc necessiten la sofisticació dels hospitals d'aguts (12). A priori, els nostres objecte d'estudi haurien d'ingressar en una d'aquestes dues unitats esmentades: pèrdua important d'alguna de les capacitats (IQ) però amb possibilitats de recuperació i/o persones que no poden ser a casa seva mentre duri aquesta recuperació.

Quan un pacient accedeix a un centre sociosanitari, el treballador social sanitari ha de conèixer totes les circumstàncies i vivències que acompanyen a aquest accés: temps d'espera, suports que rep la persona mentre espera, ansietat de la persona afectada i de la seva família per no poder tenir-ne cura... (12). El Treballador social sanitari ha de tenir present tots aquest aspectes a l'hora de rebre un pacient amb alta hospitalària, i, a l'hora, també ha de tenir present que el pacient porta una motxilla prèvia degut a l'estància hospitalària: uns prejudicis creats a partir de l'atenció rebuda al centre hospitalari i de la percepció que ell ha patit d'aquesta atenció rebuda. Aquests aspectes seran molt rellevants a l'hora de formular un pla de treball adequat a la recuperació de cada usuari del centre.

Recordem, però, que els pacients objecte d'estudi, són derivats des d'hospitalització on han patit una IQ, així, també, hem de plantejar als professionals hospitalaris les consideracions que tenen en compte a l'hora d'optar per una alta amb derivació sociosanitària en aquests tipus de pacients. Com funciona la derivació sociosanitària per part de l'Hospital? Es tenen en compte els desitjos o sentiments dels pacients? Es té en compte l'opinió dels treballadors socials sanitaris a l'hora de fer aquesta derivació?

Segons Dolors Colom *els treballadors socials sanitaris hospitalaris realitzen l'estudi, el diagnòstic i el tractament social sanitari de les persones ateses en alguna de les àrees clíniques de l'establiment que sofreixen dificultats sobrevingudes arran de la malaltia o que, estant presents amb anterioritat, la malaltia amplifica, i que no poden resoldre, totalment o parcialment per seus propis mitjans. Els equips de treball social sanitari hospitalari consideren les xarxes socials més properes a les persones que atenen perquè la malaltia no sigui motiu de pèrdua de la qualitat de vida, de discriminació o de marginació social* (13).

Algunes de les responsabilitats, segons Dolors Colom, de les Unitats de Treball Social Sanitari d'un Hospital són:

- **elaborar la cartera de serveis i el catàleg de prestacions** de la Unitat d'acord amb la Llei de Cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, conforme a la demografia i epidemiologia de l'hospital
- **assumir la funció de recerca psicosocial** dins de l'Hospital com una competència habitual i, convertir el treball de camp diari en la font de dades sobre la qual promoure nous programes i recursos.
- **evitar la confusió entre les opinions i hipòtesis** (fruit de les sospites) **dels diagnòstics institucionals i/o comunitaris** (obtinguts d'acord amb el mètode científic)
- **desenvolupar protocols del treball social sanitari hospitalari en paral·lel als protocols dels equips mèdics per assegurar una atenció integral professional**
- **conscienciar els equips d'altres col·lectius professionals de la importància de considerar els aspectes psicosocials de les persones ateses**
- **aconseguir que els equips sanitaris considerin el diagnòstic social sanitari com a part del seu pla terapèutic** (13).

En aquest últim punt hi trobem una de les claus del nostre estudi: es té en compte el diagnòstic social sanitari elaborat pel treballador social sanitari hospitalari a l'hora de derivar a un pacient a un servei sociosanitari? I, aquest treballador social sanitari hospitalari, té en compte la soledat no desitjada a l'hora d'elaborar aquest diagnòstic social sanitari?

El Treball Social Sanitari hospitalari ha de tenir una consideració molt important per part dels seus companys a l'hora de tractar les altes hospitalàries ja que és el professional que té les capacitats idònies per detectar les necessitats i els riscos psicosocials dels pacients: té les eines per valorar la soledat de les persones majors de 80 anys i les seves demandes explícites i implícites.

El propòsit del present Treball Final de Màster (a partir d'ara TFM), és demostrar que els majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ són derivats amb més freqüència que la resta (menys vulnerables) a un centre socio sanitari per fer la recuperació.

Per comprovar aquesta hipòtesis es pretenen assolir tres objectius (explicats amb deteniment en el següent apartat):

- investigar si es diagnostiquen les necessitats psicosocials dels majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ
- cercar la identificació dels riscos psicosocials dels majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ
- comparar els temps d'estada socio sanitària dels pacients majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ dels pacients majors de 80 anys que han patit una IQ i no es troben sols

Per dur a terme l'estudi es farà ús d'una metodologia de treball de recerca, acotant aquesta a professionals del Treball Social Sanitari que respondran les qüestions formulades sobre el perfil d'usuaris que atenen.

2. Objectius

Per demostrar la hipòtesis formulada, que els majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ són derivats amb més freqüència que la resta (menys vulnerables) a un centre socio sanitari per fer la recuperació, m'he marcat 3 objectius generals, dels que, a cadascun d'ells, en deriven dos objectius específics.

1. Investigar si es diagnostiquen les necessitats psicosocials dels majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ
 - 1.1 Indagar si es recullen les necessitats específiques d'aquest col·lectiu, i si, aquestes, es classifiquen segons algun tipus de criteri (separant les necessitats, per exemple, per àmbits: familiars, salut física, salut psíquica, econòmiques...)
 - 1.2 Analitzar les dades obtingudes per mitjà de taules estadístiques
2. Cercar la identificació dels riscos psicosocials dels majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ
 - 2.1 Saber si es compilen els riscos específics detectats pels professionals dels centres i si es separen per àmbits
 - 2.2 Analitzar les dades obtingudes per mitjà de taules estadístiques
3. Comparar els temps d'estada socio sanitària dels pacients majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ dels pacients majors de 80 anys que han patit una IQ i no es troben sols
 - 3.1 Recollir dades de temporalitat en les estades socio sanitàries dels dos col·lectius
 - 3.2 Analitzar les dades obtingudes per mitjà de taules estadístiques

3. Metodologia

El present treball s'ha hagut de repensar en diverses ocasions; l'actualitat que estem vivint no ha pogut mantenir-se aliena i s'ha hagut de redirigir i repensar el com fer aquest treball varies vegades.

Actualment, primer semestre de l'any 2020, ens trobem en plena pandèmia de la COVID-19, *malaltia fortament contagiosa que, com a símptomes més comuns té tos seca, febre i cansament. En alguns pacients pot presentar dolors, congestió nasal, mal de coll o diarrea. Aquests símptomes poden ser lleus, però, una de cada 5 persones que contrau la Covid-19 desenvolupa una malaltia greu i pateix dificultat respiratòria. Les persones grans i les que pateixen malaltia cròniques com la hipertensió arterial, problemes cardíacs o pulmonar, diabetis o càncer tenen més probabilitats de desenvolupar una malalta greu (14).* I, aquest perfil de població és **l'objecte d'estudi** del present treball: persones majors de 80 anys amb pèrdua de salut, que, en la majoria de casos pateixen comorbiditat de malalties cròniques i han patit una IQ amb estada hospitalària i derivació posterior a centres socio sanitaris (Hospitals, Centres socio sanitaris i residències de gent gran són punt calents de contagi de la Covid-19).

Així que, consultant-ho amb el meu tutor de treball final de màster, es va escollir si, canviàvem el tipus de treball i en formulàvem un de revisió de tota la informació sobre la temàtica publicada fins avui dia, o canviàvem els informants d'aquest treball de recerca. Vaig triar la última opció, el canvi d'informants. Per això, el dirigiré a escoltar l'opinió dels Treballadors Socials Sanitaris tant de centres hospitalaris com de centres socio sanitaris, aquests seran els informants de present treball que, continuarà mantenint com a objecte d'estudi a les persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han de ser IQ i derivats posteriorment a un centre socio sanitari.

Aquests professionals, però, també es troben exposats, en temps de Covid-19, a un alt volum de feina i a una alta demanda de serveis (i a primera línia del focus infecció), per això, he creat dos qüestionaris, a través d'una plataforma on-line: un dirigit a professionals de centres hospitalaris i l'altre a professionals de centres socio sanitaris, que són curts de respondre i àgils; no es tracta de saturar als companys si no de que les dades que obtenim d'ells, poques i precises, ens ajudin a la recerca de les causes de l'elevada derivació socio sanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada.

3.1 Disseny i tipus d'estudi

Aquesta obra pretén ser un estudi de recerca d'una realitat observada, això vol dir que, en ell, miraré de fer una anàlisi d'una determinada realitat de la que n'he extret una hipòtesis *que els majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ són derivats amb més freqüència que la resta (menys vulnerables) a un centre sociosanitari per fer la recuperació*, i, a través dels diferents apartats del treball, s'interpretarà la realitat copsada per donar com a vàlida o no la hipòtesis esmentada.

La investigació escollida és la de les *causes de l'elevada derivació sociosanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada*, el perquè de la tria d'aquest estudi el trobem en la meva tasca professional diària: de fa més de deu anys sóc coordinadora del Servei de Teleassistència Domiciliària ofert per la Diputació de Barcelona a la comarca de l'Anoia (comarca d'on sóc i on visc); dins de les meves tasques diàries, probablement la feina més important és la de realitzar visites domiciliàries a la majoria dels usuaris del servei, ja per a la realització de noves altes (recollida de dades, realització d'un informe inicial...) com per fer-ne un seguiment (revisió de les dades, observació dels canvis viscuts...).

En aquestes visites, durant el llarg d'aquesta dècada, m'he fixat que, en els casos de les persones majors de 80 anys (perfil del 90% dels usuaris del Servei Local de Teleassistència) que han patit una IQ d'urgència, els qui reclamen més de l'atenció del servei (ja sigui en trucades al centre d'atenció, com oralment explicant-ho als diferents professionals que els visitem) per motius de soledat (soledat percebuda per ells, en molts casos la xarxa social hi és present varis cops als dia, però no de la manera que els hi agradaria) són aquells que acaben derivats als centres sociosanitaris un cop pateixen la IQ.

En el present Treball Final de Màster pretenc fer la recerca de la realitat d'aquesta afirmació: és real aquesta derivació més freqüent dels qui se senten sols o, per contra, és una percepció personal causada per algun tipus de perjudici?

Qui millor per resoldre aquestes qüestions que els meus homòlegs dels centres hospitalaris i dels centres sociosanitaris? Els treballadors socials sanitaris qui s'ocupen en part de les derivacions dels Hospitals als centres sociosanitaris i de les admissions d'aquests pacients a aquests centres. Per això he elaborat dos qüestionaris diferents (un per cada perfil de treballador social sanitari: el qui treballa en un Hospital i el qui treballa en un centre sociosanitari) que es troben en l'annex d'aquest treball.

El treball farà una **recerca de tipus quantitativa**, pretenc copsar la realitat d'una manera objectiva i quantificar, a través d'estadística descriptiva bàsica, l'abast d'aquesta realitat. Es

recolliran les respostes obtingudes dels dos qüestionaris i s'analitzaran a través d'elements gràfics que ajudin a entendre els resultats obtinguts.

Els doctors Hernandez Sampieri, Fernández Collado i Baptista Lucio expliquen que *un enfocament quantitatiu pretén d'una manera intencionada acotar la informació; diuen que la naturalesa d'aquest tipus d'estudi no canvia per les nostres observacions i busca l'objectivitat. També expliquen que la interacció entre l'investigador i el fenomen a investigar ha de ser neutral, distanciada, llunyana, sense involucrar-se (15). Aquest és el format d'estudi que ens interessa, no podem involucrar-nos ja que el que volem és conèixer la realitat de les persones grans que pateixen soledat no desitjada i pateixen una IQ; no es pretén intervenir en la seva situació, si no fer un retrat objectiu de la situació que viuen per, si fes falta, i en una etapa posterior a l'estudi, elaborar un pla d'intervenció ajustat a la realitat.*

Rumen Manolov també parla d'aquesta objectivitat: explica que *l'enfocament quantitatiu d'una investigació permet obtenir un coneixement objectiu vàlid per la major quantitat de persones possibles, permet generalitzar l'estudi al realitzar-lo des d'una perspectiva forana* (16), sense intervencionisme, el retrat de la realitat.

3.2 Població i mostra

La **població objecte de l'estudi** són les persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i pateixen una IQ que fa que acabin realitzant part de la recuperació en un centre socio sanitari. Com ja he explicat, l'objecte d'aquest estudi no és accessible en aquests moments a causa de la pandèmia de la Covid-19 ja que són el grup de risc més vulnerable a la malaltia. Així que fem ús d'altres **informants**: els **professionals del treball social sanitari** que cursen (o ho fan en part) la derivació dels Hospitals als centres socio sanitaris i els qui reben als pacients en els seus centres.

3.3 Sistema de recollida de dades

Per poder recollir les dades desitjades, d'una manera eficient, ràpida i còmode, he fet servir la tècnica dels **qüestionaris** a través de la xarxa d'Internet (**online**); concretament, a través de l'aplicació *Drive* del servei de correu electrònic *Gmail*, que m'ha permès treballar i enviar els qüestionaris des del mateix correu electrònic de la Universitat Oberta de Catalunya. El fet de fer-ho online, m'ha permès enviar els qüestionaris a diferents Hospitals i Centres Sociosanitaris de tot el territori català, i rebre'n les respostes tant bon punt cada un dels participants ha completat el qüestionari.

Alba Sanabria opina que *les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) van canviar la forma amb la que ens relacionem i interactuem en tots els àmbits de la nostra vida, les maneres convencionals d'interacció del teixit social modifiquen la forma en la que adquirim el coneixement, un exemple clar és l'aportació de les TIC a la investigació* (17). Aprofitem les TIC per interactuar d'una forma més ràpida i precisa amb els professionals que necessitem per al nostre estudi; també val a dir que és una forma més freda d'interactuar però, aquesta fredor, alhora, ajuda a **l'objectivitat** que pretenem.

Aquest canvi d'interaccions i relacions que les TIC han aportat a la investigació *ha resolt, segons Arbeláez Gómez, problemes propis de la gestió personal del temps o de la gestió de la investigació en sí mateixa. Tot i així, existeix el risc de confondre el mitjà amb la finalitat, és a dir, d'arribar a pensar que les eines que ofereixen les TIC a l'investigador son una fita en si mateixes i no un mitjà per resoldre situacions pròpies del procés d'investigació* (18). Els qüestionaris elaborats a través d'una plataforma de la xarxa TIC han de servir per obtenir un resultat i, aquests, han de ser interpretats posteriorment, no ens podem quedar en les solucions en sí, hem de traduir què volen dir i quin és el significat que aporten a la recerca realitzada.

He elaborat dos qüestionaris diferents per a poder realitzar la recerca, un dirigit a Treballadors Socials Sanitaris Hospitalaris i l'altre a Treballadors Socials Sanitaris de Centres Sociosanitaris, i he fet arribar el qüestionari pertinent a diferents Hospitals i centres Sociosanitaris de Catalunya, a l'atenció dels Treballadors Socials Sanitaris d'aquests i, explicant que totes les respostes serien anònimes i confidencials; així, al principi dels dos qüestionaris, els professionals hi han pogut llegir:

“El present qüestionari ajudarà a la realització del Treball Final del Màster en Treball Social Sanitari de la UOC, que pretén investigar les causes de l'elevada derivació sociosanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada. Omplir aquest qüestionari li costarà menys de cinc minuts; la seva participació és anònima i confidencial. Moltes gràcies per la seva col·laboració.”

No ens interessa per l'estudi quin Hospital valora abans la derivació a Sociosanitari, o quin Centre Sociosanitari passa més escales per detectar la soledat no desitjada. El que ens interessa és el percentatge total de les respostes a nivell de territori, per això les respostes són anònimes.

3.3.1 Qüestionari Treballadors Socials Sanitaris d'Hospital

Per elaborar l'estudi, s'ha formulat als Treballadors Socials Sanitaris Hospitalaris una bateria de preguntes; recordem que és un estudi que pretén ser objectiu, per tant, en algunes de les preguntes plantejades, s'han introduït les possibles respostes desitjades per a poder resoldre l'estudi.

El que pretenem investigar, en la part de la recerca dirigida als professionals homòlegs dels centres hospitalaris, és si es detecten el 100% dels casos de soledat no desitjada i d'altres problemàtiques i necessitats de tipus psicosocial dels pacients diana; això ha de ser possible si el Treballador Social Sanitari Hospitalari valora el 100% dels casos de persones majors de 80 anys que reben una IQ d'urgències. Però, en la realitat hospitalària, quan es tarda a valorar socialment un cas? Sabem que les primeres 48 hores són bàsiques per a la nostra professió però: hi ha prou temps i recursos per poder fer aquesta primera visita dins d'aquest marge?

El diagnòstic social sanitari és el factor diferencial del Treball Social Sanitari. És la seva senya en contraposició a d'altres intervencions d'ajuda i altres àrees del Treball Social en general. La seva denominació pertany en exclusiva al camp professional del Treball Social Sanitari (19), així que, saber si sempre s'elabora aquest diagnòstic social sanitari ens permetrà saber en quin valor posem (i posen els altres professionals sanitaris) la nostra professió, així com conèixer si aquest es fa de manera concreta; Colom Masfret explica que un dels punts crítics que desvirtuen el diagnòstic social sanitari, és la generalització de les descripcions (19). Saber si s'especifiquen amb claredat els riscos i potencialitats dels pacients, per tal de detectar, en cas de que n'hi hagi, les dificultats psicosocials, ens permetrà saber el grau de professionalització del Treball Social Sanitari i el grau de allunyament de la idea de que som uns “gestors de recursos”.

Un punt clau del nostre estudi té a veure amb la soledat no desitjada, es té en compte aquest sentiment en els Hospitals? Si és així, és sempre o tan sols quan hi ha indicadors (recordem que els Treballadors Socials Sanitaris tenen la formació adequada per poder detectar aquests indicadors, i preguntem en el qüestionari quines eines utilitzen els diferents professionals per detectar aquesta soledat no volguda).

Un altre aspecte fonamental del nostre estudi és saber si el sentiment de soledat del pacient (tot i no estar realment sol) es té en compte en cas de valorar una derivació a un Centre Socio sanitari; i si és que sí, volem conèixer si aquest sentiment rep atenció sempre o tan sols si s'han detectat riscos i necessitats a l'hora d'elaborar el diagnòstic social sanitari. A més a més és bàsic per la nostra recerca parlar del dret a decidir en aquesta qüestió del pacient: se'l té en present a l'hora de valorar una possible derivació?

El Treballador Social Sanitari compta amb la preparació i formació per poder opinar objectivament sobre les derivacions a Centres Especialitzats, però la creença generalitzada és que no tots els professionals sanitaris tenen en compte aquestes opinions. Quant de certa és aquesta creença? S'escolta la opinió dels Treballadors Socials Sanitaris?

3.3.2 Qüestionari Treballadors Socials Centres Socio sanitaris

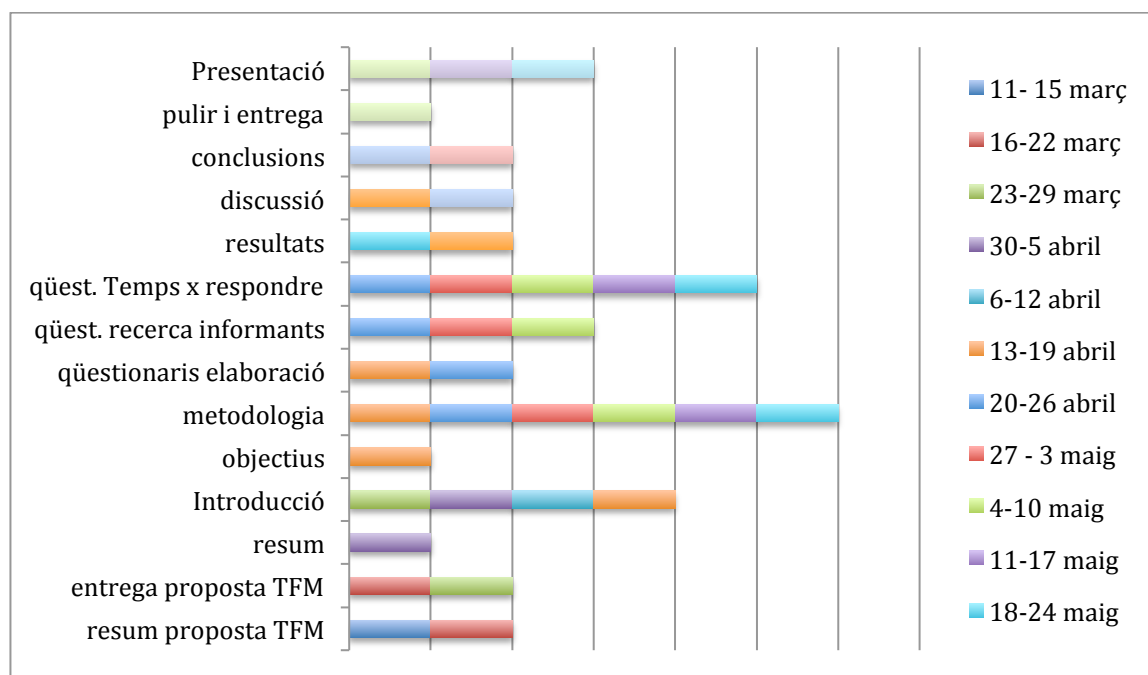
Per elaborar la recerca, s'han formulat als Treballadors Socials Sanitaris de Centres Socio sanitaris un llistat de qüestions. Dos objectius d'aquest estudi tracten d'investigar si es diagnostiquen les necessitats i riscos psicosocials dels majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ, així que, a través d'una bateria de preguntes, pretenem conèixer si sempre que reben una derivació hospitalària el pacient aporta un Diagnòstic Social Sanitari; recordem que és l'eina clau del Treball Social Sanitari, l'aportació d'aquest ajuda a contextualitzar al pacient i l'evita d'haver de tornar a exposar les seves demandes primerenques. Quan un professional rep la derivació d'un pacient amb un Diagnòstic Social Sanitari realitzat, aquest l'ajuda a recollir les fortaleces del malalt que l'han d'ajudar en el seu procés de curació.

Amb aquesta recerca, també pretenem comparar el temps d'estada socio sanitària, és més llarg en casos en que la persona major de 80 anys que pateix una IQ pateix, a més a més, una soledat no volguda? Aquest és el punt clau i inicial que em va portar a formular el present estudi; els professionals del Treball Social Sanitari que exerceixen en Centres Socio sanitaris tenen també la percepció de que els usuaris qui pateixen una soledat no desitjada acaben allargant la seva estada socio sanitària?

Per finalitzar el qüestionari, altre cop es formula l'interrogant de si és valora per part dels altres professionals sanitaris la opinió dels Treballadors Socials Sanitaris, aquest cop, de Centres Sociosanitaris, per saber si en aquests centres se'ls té més en compte o no que en els Hospitals; si la nostra professió a arrelat més en un àmbit que en l'altre.

3.4 Cronograma

Un cronograma és un document que conté un diagrama del pla de treball que es vol fer. Per a realitzar-lo s'han d'enumerar per escrit les tasques que es necessiten dur a terme i assignar a cadascuna d'elles el temps real que, d'acord amb les circumstàncies, es necessita per a complir-les. El cronograma es coneix també com a agenda de treball perquè és la **programació de les activitats que es duren a terme tant per a completar la investigació sencera, com per a realitzar satisfactòriament cada etapa del projecte d'acord amb els terminis que s'han fixat** (20).



En el cronograma podem observar en què s'ha invertit més temps en la producció de l'estudi (clarament, en elaborar la metodologia) i, a través dels diferents colors, podem veure quines setmanes s'han invertit en dur a terme cadascuna de les activitats (la introducció es va fer entre les setmanes que comprenen del 23 de març al 19 d'abril o es va invertir tres setmanes en la recerca de possibles informants).

3.5 Consideracions ètiques

Per a realitzar el present estudi no s'ha fet ús de dades personals ni institucionals; recordem que, abans de realitzar els diferents qüestionaris (que s'han fet arribar a més de 20 Hospitals de Catalunya i a una altre vintena de Centres Socio sanitària de tot el territori) els treballadors socials sanitària que anaven a completar-lo hi podien llegir:

*“El present qüestionari ajudarà a la realització del Treball Final del Màster en Treball Social Sanitari de la UOC, que pretén investigar les causes de l'elevada derivació socio sanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada. Omplir aquest qüestionari li costarà menys de cinc minuts; **la seva participació és anònima i confidencial**. Moltes gràcies per la seva col·laboració.”*

No és rellevant quins son els Hospitals a qui s'ha enviat els Qüestionaris, com tampoc és rellevant especificar quins treballadors Socials Sanitari de Centres Socio sanitària han respost, l'important és que s'ha fet ús d'una mostra dels informants que es precisaven per a fer la recerca i que s'han obtingut resultats.

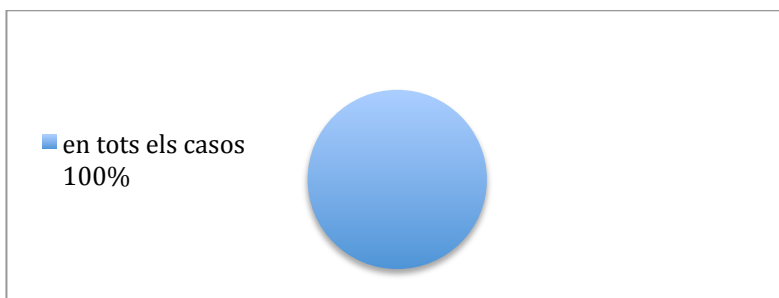
4. Resultats

A continuació es presenten els resultats obtinguts a través dels qüestionaris *online* fets a diferents professionals del Treball Social Sociosanitari; en aquests resultats, podem observar que algunes possibles respostes a les preguntes (especificades a l'annex del treball) no tenen representació ja que cap dels participants les ha marcat.

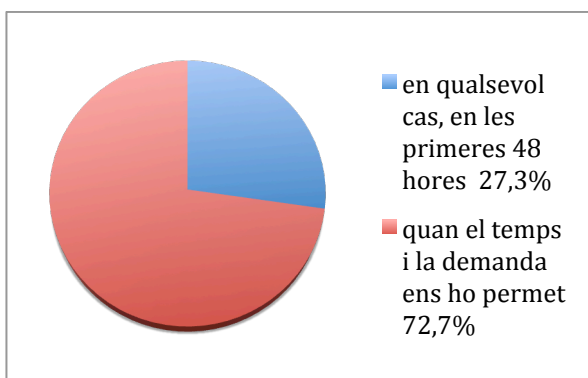
Els qüestionaris van ser enviats a dues desenes de Centres Sociosanitaris i a una vintena d'Hospitals; en el cas del qüestionari dels **Hospitals** es van obtenir 11 respostes, i el qüestionari dels **Centres Sociosanitaris** va ser contestat fins a 9 vegades.

4.1 Resultats qüestionari Treballadors Socials Hospital

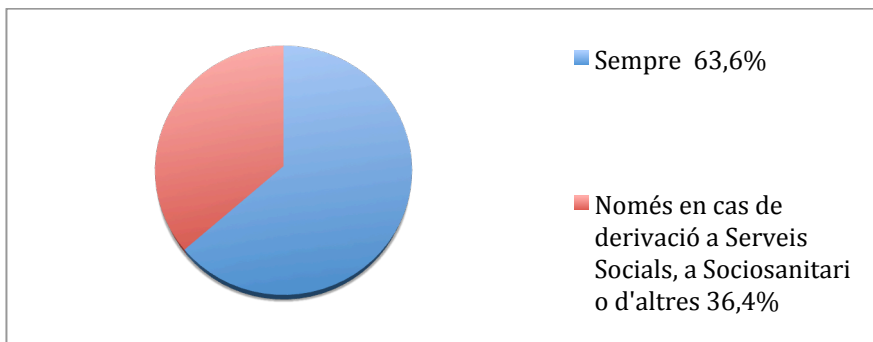
1. Quan una persona major de 80 anys ingressa al centre hospitalari per una Intervenció Quirúrgica (d'ara en endavant IQ) d'urgències, rep una primera visita d'un treballador social sanitari per fer-ne una valoració psicosocial? *



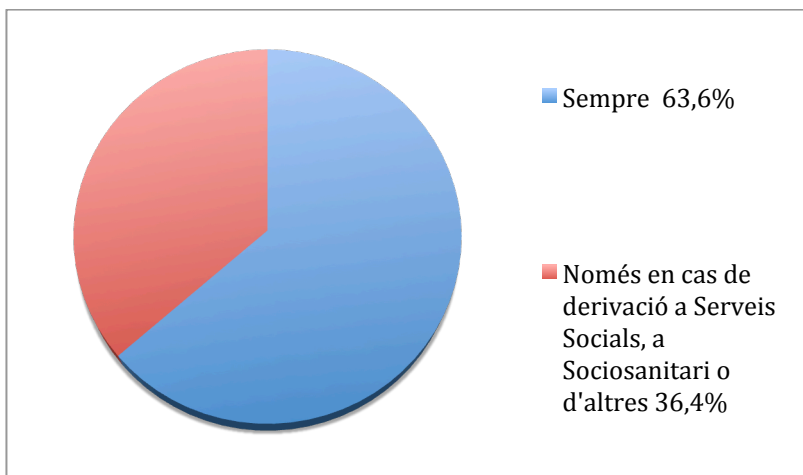
2. En tots els casos, quan es fa la primera visita del Treballador Social Sanitari?



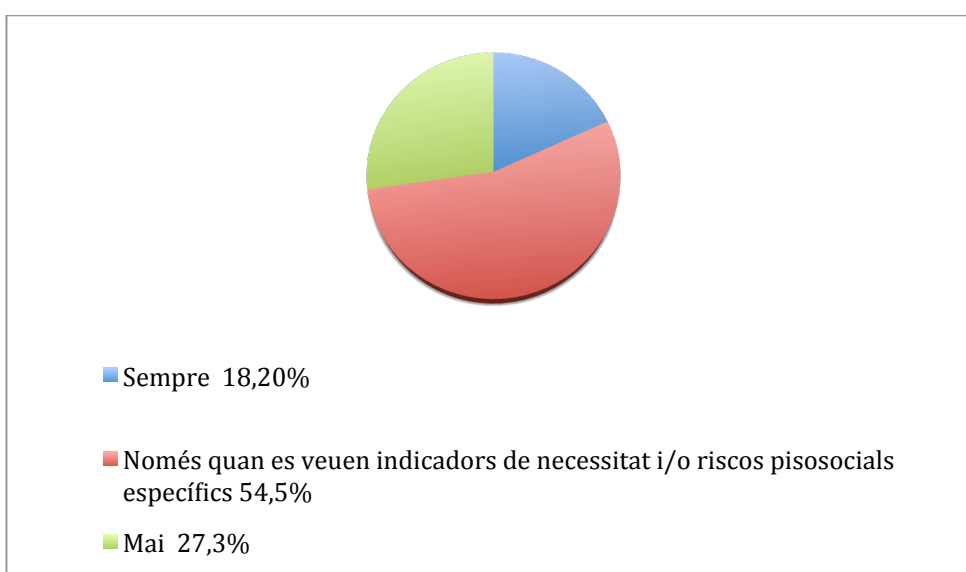
3. S'elabora un diagnòstic social sanitari? *



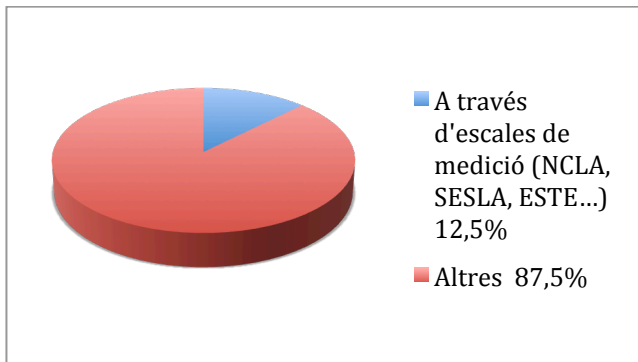
4. S'especifica dins el diagnòstic social sanitari, les necessitats i els riscos socials detectats en el pacient? *



5. Es mesura la soledat no desitjada dels pacients? *



6. Si és que sí que es mesura la soledat no desitjada dels pacients, com es fa?



7. Si has respost a través d'escala, especifica quina:

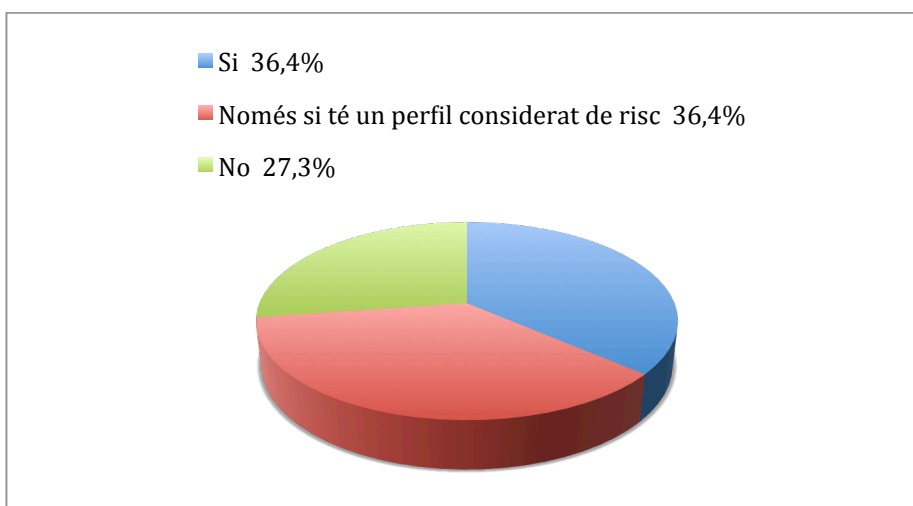
Una resposta: Escala Este II

8. Si has respost altres, especifica:

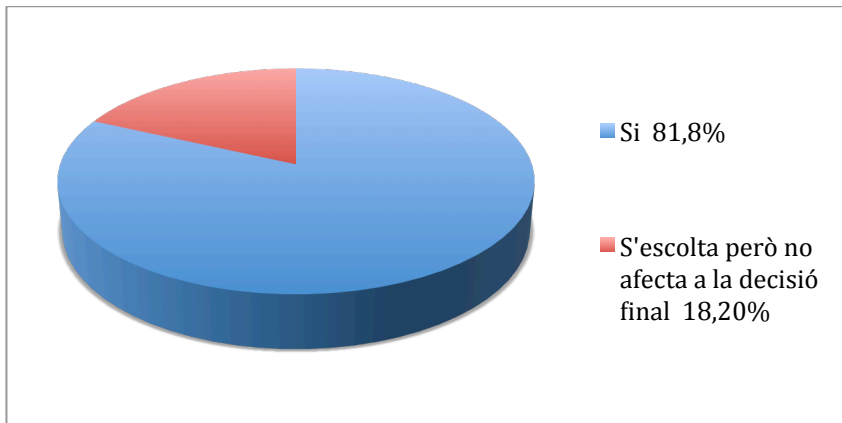
Cinc respostes:

- A través de la entrevista
- Entrevista exploració pacient
- Zarit
- L'experiència personal. Entrevista semioberta
- Entrevista

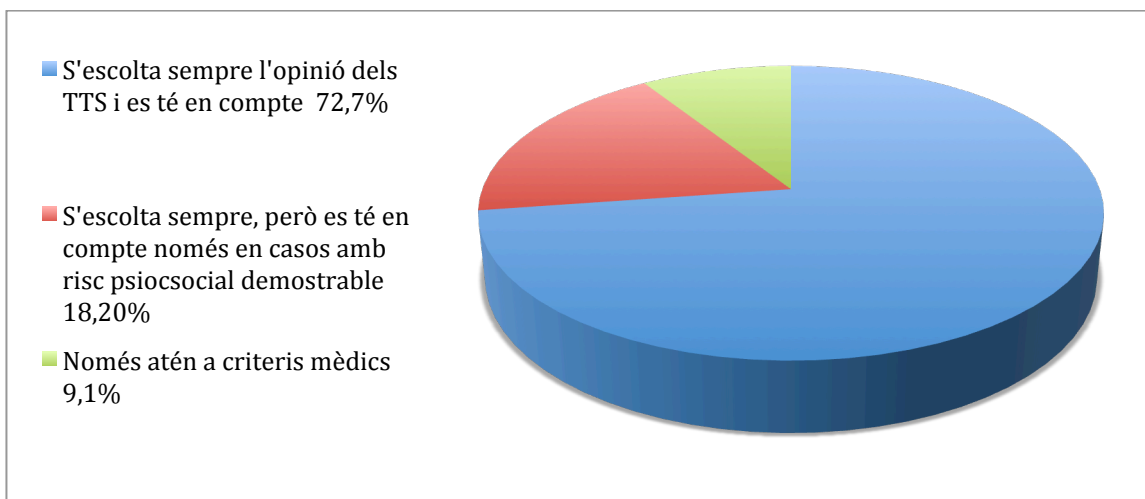
9. Quan es valora la derivació post alta a un centre socio sanitari, es té en compte aquest sentiment de soledat no desitjada? *



10. En aquesta derivació a centre sociosanitari, es tenen en compte els desitjos i sentiments dels pacients? *



11. En aquesta derivació a centre sociosanitari, quin valor té l'opinió del treballador social sanitari? *



12. Si vols afegir alguna cosa ho pots fer a continuació.

Sis respostes:

- Qui decideix sol·licitar una Inter consulta a la UFISS és l'equip mèdic. És cert que des del TSS podem orientar a fer-ho però cal tenir en compte que la intervenció generalment és a demanda pel que hi ha molts pacients que acudeixen a l'hospital d'aguts que no valorem socialment.
- Agradeceria que las preguntas incorporaran la perspectiva de género, todas las preguntas y posibles respuestas están formuladas utilizando el masculino como genérico (treballador

social, pacients, etc.). Se pueden utilizar palabras neutras (ej: pacients Vs que engloben ambos géneros y así realizar un estudio que incorpore la perspectiva de género.

- T'agrairia si podem rebre el teu estudi. GRÀCIES
- Gràcies per la feina
- No sempre es pot fer la *pasació* de l'escala, pel volum de feina que es té
- Las derivaciones bajo mi punto de vista se hacen , no por el sentimiento de soledad del paciente sino por falta de soporte social.

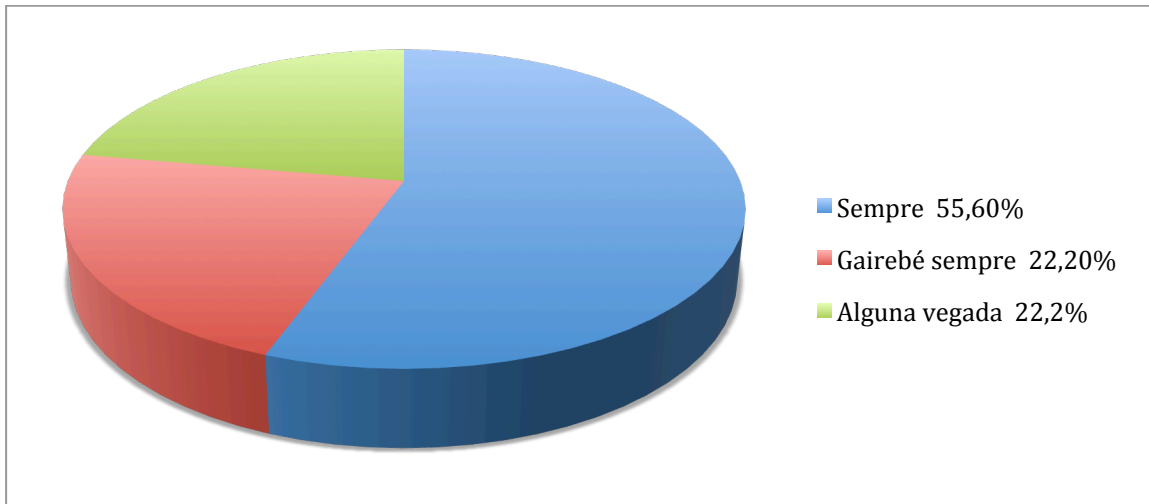
Així que, en resum: la majoria de treballadors social sanitaris fan la primera visita de valoració a una persona ingressada en el seu Hospital, que precisa d'aquesta valoració social, quan el temps i la demanda ho permeten. Un 63% fan sempre el diagnòstic social sanitari, la resta, només, si el cas del pacient ha de ser traslladat a alguna altra institució i, també aquests, només especifiquen les necessitats i riscos psicosocials si el diagnòstic l'ha de rebre algun altre centre.

Una mica més de la meitat dels treballadors socials sanitaris, mesuren la soledat no desitjada si entreveuen algun risc o necessitat en el pacient (un 18% la mesura sempre i la resta mai) i, majoritàriament, es prefereix **l'entrevista** per a valorar aquesta soledat no volguda.

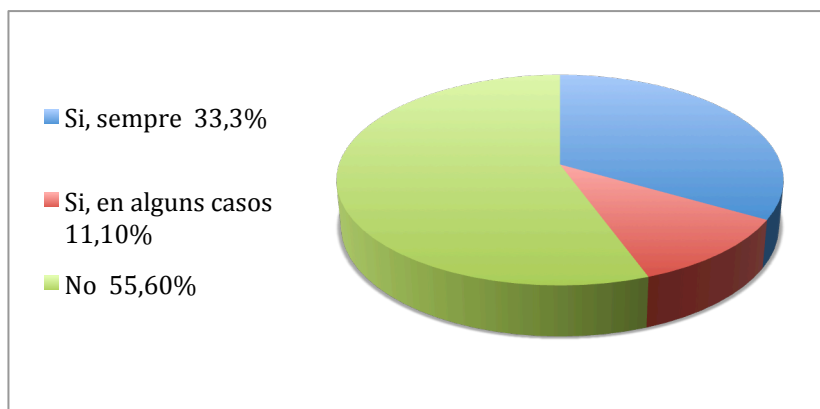
Els professionals expliquen que tenen en compte, una gran part d'ells, la soledat dels pacients a l'hora de valorar el cas, però, la meitat d'aquests només l'especifiquen en el diagnòstic social sanitari si pronostiquen algun possible risc en el pacient. A més a més, expliquen que el pacient s'escolta sempre, i, gairebé sempre, es té en compte a l'hora de proposar una derivació a un centre socio sanitari. Tot i així, encara resten un 9% de companys a qui no se'ls escolta en els centres hospitalaris a l'hora de derivar un pacient a un centre socio sanitari.

4.2 Resultats qüestionari Treballadors Socials Centres Sociosanitaris

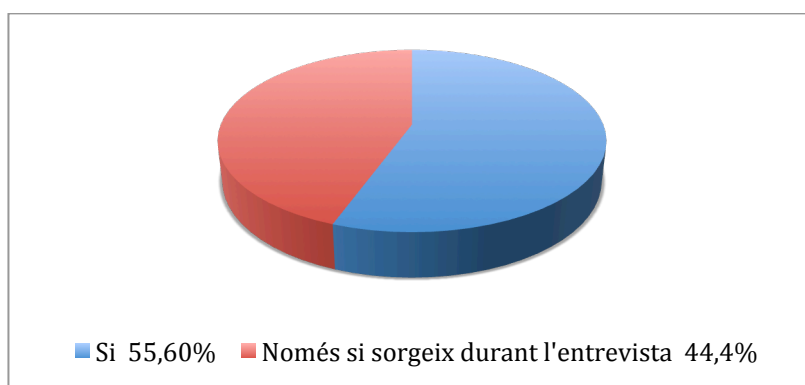
1. Quan ingressa un pacient major de 80 anys post intervenció quirúrgica (IQ) derivat d'un centre hospitalari, s'aporta el diagnòstic social sanitari? *



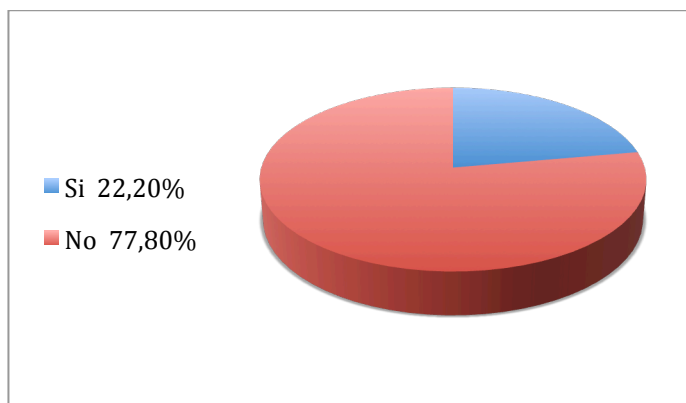
2. En cas afirmatiu (encara que sigui alguna vegada), es fa constar dins d'aquest el patiment de soledat no desitjada?



3. En la primera entrevista del Treballador Social Sanitari (TSS) a nous ingressos majors de 80 anys, es valora si pateixen soledat no desitjada? *



4. Durant les entrevistes successives, es passa algun tipus d'escala per mesurar la soledat? (NCLA, SESLA, ESTE...) *

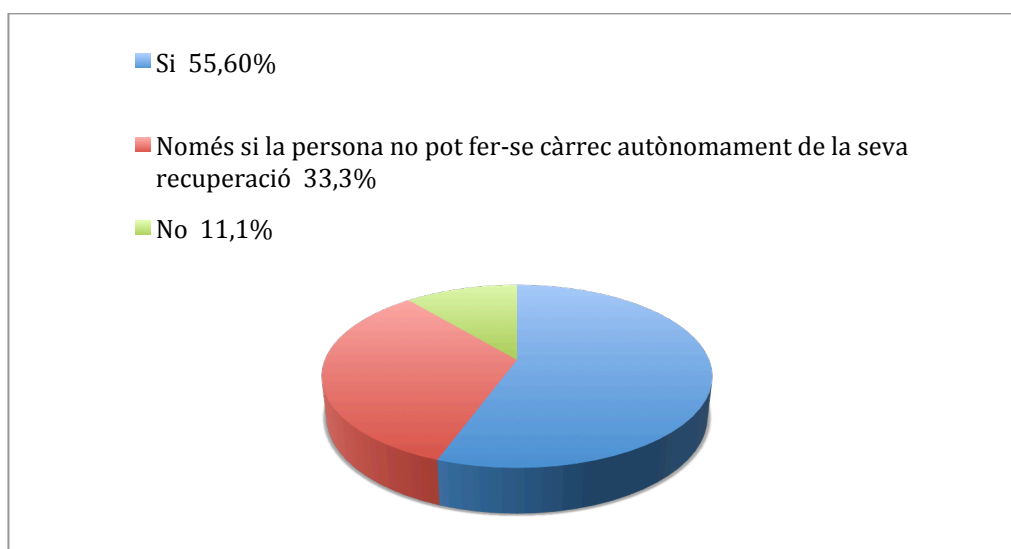


5. Si és que si es passa algun tipus d'escala, especifica quina:

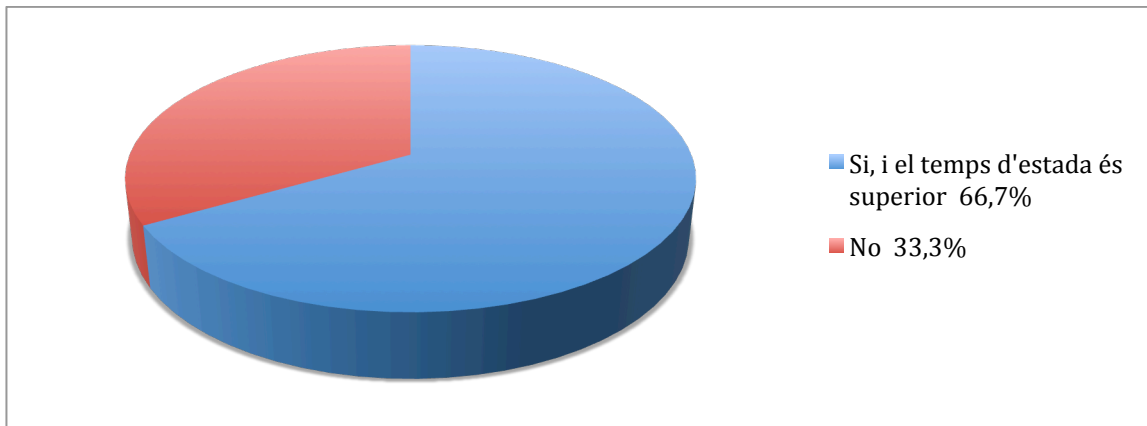
Una resposta:

- Gijón

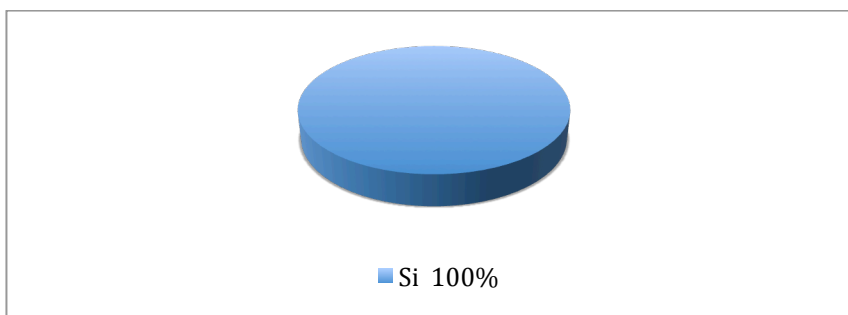
6. Es té en compte la soledat per calcular el temps d'estada? (sigui desitjada o no) *



7. Han calculat mai al seu centre si el temps d'estada dels pacients majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada és superior al dels usuaris majors de 80 anys que no es troben sols? (pot ser un càlcul estimat, sense tenir-lo per escrit) *



8. En el moment de donar d'alta domiciliària, es té en compte l'opinió del TSS? *



Resumint, la meitat de les ocasions en que un pacient arriba derivat d'un centre hospitalari a un centre socio sanitari, aquest aporta el diagnòstic social sanitari i, quan així passa, més de la meitat dels diagnòstics no contempen el sentiment de soledat no desitjada dels pacients.

En la primera entrevista de valoració, en més del 50% de les ocasions, es valora el sentiment de soledat dels usuaris i, la resta de casos, expliquen, que ho fan si entreveuen algun risc de patir-ne. Aquest sentiment, en els centres socio sanitaris **es té en compte** per calcular el temps d'estada dels pacients i, majoritàriament, els treballadors socials sanitaris expliquen que és **superior en els usuaris que pateixen soledat no desitjada**.

Sempre es té en compte l'opinió del treballador social sanitari dels centres socio sanitaris a l'hora de donar l'alta domiciliària dels pacients.

5. Discussió

L'edat no és un signe de malaltia però fer anys ens predisposa a emmalaltir. El Dr. Francesc Formiga explica que *envellir és un procés inevitable i irreversible, però no necessàriament negatiu. L'envelliment no és una patologia, sinó una característica més de la vida en la que hi ha factors que poden afavorir l'aparició de malalties; és evident que la majoria de la població, per sort o per desgràcia, patirem malalties associades amb l'envelliment (21).*

Com a Treballadors Socials Sanitaris hauríem de poder intervenir en els casos més predisposats a tenir afectacions de tipus social post ingrés per IQ, i, les persones majors de 80 anys, a priori, compleixen aquest requisit. La realitat és, però, que el fet de ser major de 80 anys i patir una IQ **no** fa susceptible de rebre atenció del Treballador Social Sanitari del centre on el pacient sigui hospitalitzat; la totalitat dels professionals inicien una atenció a un pacient en cas de **rebre una petició** d'un altre professional sanitari; i, quan es fa aquesta petició, majoritàriament, **la primera visita del treballador social sanitari es realitza quan el temps i la demanda ho permet**. Així, ¿com és possible poder detectar les necessitats i riscos psicosocials de la totalitat dels pacients majors de 80 anys que han patit una IQ i pateixen una soledat no desitjada?.

El Diagnòstic Social Sanitari és la principal eina del Treball Social Sanitari, el treball en un entorn sanitari diferencia a la nostra especialització de la resta de Treballadors Socials, tot i així, segons els professionals participants a l'estudi, **no sempre s'elabora**, de fet, en una gran majoria de les vegades, els professionals expliquen que el redacten **només quan el pacient precisa d'una derivació psicosocial**.

La finalitat del diagnòstic social sanitari és elaborar, a partir de les aportacions d'aquest, un **pla d'intervenció amb el pacient**; si, el diagnòstic no inclou totes les necessitats i riscos detectats, el pla de treball no serà prou acurat i precís, i el tractament proposat no s'ajustarà a la realitat del pacient. *Un diagnòstic social sanitari equivocat o incomplet implica una intervenció (o tractament) errònia i insuficient. Les conseqüències immediates d'un error diagnòstic social posen en risc l'autonomia social de la persona i del teixit social que la sosté en el seu entorn (19).* Tot i així, en algunes de les ocasions, les necessitats i riscos socials detectats en el pacient tan sols s'inclouen en el diagnòstic social sanitari si el pacient ha de ser derivat a Serveis Socials, a Centres Sociosanitaris o a algun altre servei.

Així que, no sempre es fa el diagnòstic social sanitari i, quan es fa, no sempre es fa de manera acurada. Els treballadors socials sanitaris, sobretot en atenció especialitzada hospitalària, han de fer ús del *screening* de casos; no es poden atendre la majoria de casos degut a la gran entrada i sortida de pacients, i, no tots necessiten d'atendre demandes de tipus social. Una

vegada fet el cribratge i, atesa la demanda dels pacients que si necessiten del diagnòstic social sanitari, però, aquest, hauria de ser ajustat a la demanda. *La pràctica del treball social sanitari es basa en teories, conceptes i principis, en metodologies, procediments i protocols que giren al voltant dels aspectes socials de la malaltia, de com aquests aspectes l'han propiciada i de com aquesta malaltia els pot propiciar. Amb aquest coneixement ampliem les nostres actuacions als aspectes preventius de malestar generat per la malaltia i promotors del benestar generat per la salut. Tot això s'ha d'esdevenir i propiciar dins d'una organització, un servei de treball social sanitari, que prèviament hem definit i estructurat perquè no aparegui com un servei desprofessionalitzat i carregat d'improvisació, que sense criteri reacciona a la realitat (26).*

Neus Calleja, opina que actualment, la socialització segueix essent fonamental per al nostre benestar emocional i físic. Tota situació de soledat no desitjada requereix d'ajuda i intervenció, perquè, si es perllonga en el temps, pot esdevenir fàcilment en una situació d'aïllament crònic, on es van perdent les habilitats socials amb el risc d'esdevenir fàcilment en una situació de màxima vulnerabilitat per a la persona (22). Som éssers socials amb demandes i desitjos propis que, si no poden esdevenir tal i com voldríem, poden provocar-nos desajustos psicològics, així, si no desitjo estar sol, però no tinc eines per evitar-ho, seré més vulnerable a aquesta soledat. Des del Treball Social Sanitari podem ajudar a la recerca d'aquestes eines i a apoderar als pacients per tal de que trobin la força i les eines per tornar a esdevenir socialment actius, però, primer, hem de ser conscients de la soledat no desitjada patida pel nostre pacient. Hi ha eines específiques per a detectar aquesta soledat com les escales de mesura, per exemple l'Escala Este II que fan servir una mostra dels treballadors socials sanitaris preguntats (escala que dona continuïtat a l'escala Este I, que he explicat a la introducció d'aquest treball: *mentre que l'escala Este I mesura 4 factors: soledat conjugal, soledat familiar, soledat existencial i soledat social; l'escala Este II es centra en analitzar en profunditat el factor de soledat social (23)*). La majoria dels treballadors socials sanitaris, però, prefereixen fer ús d'altres eines per mesurar aquesta soledat no desitjada tals com **l'entrevista**, eina clau de la nostra professió. Alguns professionals especifiquen que fan una entrevista semioberta per no perdre el fil del que necessiten conèixer del pacient, per entomar i redirigir la conversa, si és que la persona vol o desitja explicar alguna altre cosa. Aquí, en aquest punt, també algun professional ha explicat que feia ús de l'escala de mesura anomenada ZARIT; té sentit que s'hagi especificat en aquest punt l'ús d'aquest tipus d'escala ja que, l'escala Zarit no mesura la soledat en si mateixa si no la sobrecàrrega que pateix la persona cuidadora: si una persona ha de canviar els seus hàbits vitals per cuidar-ne a una altre pot acabar patint, també, soledat no desitjada, tot i no trobar-se sola físicament.

Als Hospitals participants, la major part dels professionals preguntats han explicat que mesuren la soledat no desitjada dels pacients quan es detecten indicadors de necessitats i/o riscos psicosocials específics; una tasca del Treball Social Sanitari és poder discriminar els ítems precisos quan calgui, fer el cribratge dels pacients per detectar-ne les necessitats.

La derivació dels Hospitals a Centres Sociosanitaris és a causa de necessitats específiques de tractament que ja no han de ser ateses als Hospitals; en aquests Centres, l'estada es pot allargar fins a mesos. Aquí, hi trobem un augment del percentatge de professionals que consideren important, en cas de derivació a Centre Sociosanitari, tenir en compte la soledat no desitjada dels pacients en front dels pacients qui, en principi, no allargaran el temps d'ingrés. Aquest fet ens mostra la creixent preocupació dels treballadors socials sanitaris davant de l'aïllament social dels pacients qui hauran d'estar més temps, encara, separats del seu entorn social, a causa de l'allargament de la seva estada en centres sanitaris.

En el *blog* del Treball Social Sanitari de l'Institut Català de la Salut (ICS) explica que els treballadors socials sanitaris *aportem els coneixements i habilitats de l'esfera social al diagnòstic mèdic i desenvolupem, en l'entorn sanitari, per a les persones que pateixen algun problema de salut i les seves famílies, les funcions socials atribuïdes a la professió del treball social: contribuir a la distribució de serveis i recursos per al benestar, **assessorar-orientar i informar sobre el teixit/aspectes socials i comunitaris que afecten/milloren la salut, i realitzar intervenció social especialitzada, de tipus acompanyament o clínic, en i per el procés de salut-malaltia** (24). Una part molt important del nostre dia a dia és aquest acompanyament, per això **sempre s'escolta** al pacient quan se l'hi explica la seva possible derivació a Centre Sociosanitari, encara que, en poques ocasions, aquesta escolta no afecta a la decisió final de derivació; l'empatia dels treballadors socials sanitaris fa que escoltem sempre els desitjos dels pacients, i, aquests desitjos, han de trobar-se reflectits en el diagnòstic social sanitari.*

I l'opinió del treballador social sanitari? És té en compte en els equips hospitalaris? La major part dels professionals expliquen que la seva opinió és escoltada i es té en compte en la decisió final de derivació a Centre i, uns pocs treballadors socials sanitaris diuen que la seva opinió s'escolta sempre, però només es té en compte en cas de risc psicosocial demostrable del malalt. Probablement, ens trobem front un gairebé 90% dels professionals preguntats que treballen en un Centre Hospitalari on utilitzen un model d'atenció biopsicosocial basat en la persona i en les dimensions biològiques, psicològiques i socials; front un 10% qui treballen en un Centre on el model de preferència d'atenció és el biomèdic, centrat en l'atenció biològica.

Quan es formalitza l'ingrés a aquests Centres Sociosanitaris, els treballadors socials sanitaris que hi treballen i reben als pacients, expliquen que no sempre s'aporta el diagnòstic social sanitari; dades que concorden amb les que ens havien explicat els professionals de Centres

Hospitalaris sobre l'elaboració de l'eina del Treball Social Sanitari. A més a més, en més de la meitat dels diagnòstic socials sanitaris que reben els Centres Sociosanitaris **no es té en compte la soledat no desitjada**, no consta en cap apartat del diagnòstic (no apareix com a risc psicosocial dels subjectes).

En la introducció d'aquest treball, he explicat que els pacients que ingressen en un Centre Sociosanitari derivats d'un Hospital porten una motxilla, la tasca dels treballadors socials sanitaris d'aquests centres és *conèixer totes les circumstàncies i vivències que acompanyen a aquest accés: temps d'espera, suports que rep la persona mentre espera, ansietat de la persona afectada i de la seva família per no poder tenir-ne cura...* (12). Aquest coneixement s'adquireix a través de la primera entrevista amb els pacients (i es va ampliant a través de les entrevistes successives que se li fan). En la primera entrevista, més de la meitat dels professionals preguntats per aquest aspecte explica que valora si els pacients pateixen soledat no desitjada i la resta dels seus homòlegs aquesta valoració es fa si sorgeix durant l'entrevista. Recordem que els Treballadors Socials Sanitaris tenen la formació necessària per poder detectar els riscos i les necessitats psicosocials de les persones amb qui s'entrevisten, així que, es d'esperar, que aquesta soledat no desitjada es pugui detectar en la gran majoria de casos qui la pateixen.

En el cas de les escales per mesurar algun tipus de soledat, pocs dels professionals fan servir aquesta eina, i, en un cas, el treballador social sanitari explica que fa servir l'escala Gijón; *aquesta escala presenta un format que inclou cinc dominis o àrees de categorització de les variables a valorar: situació familiar, recolzament de la xarxa social, relacions socials, habitatge i situació econòmica; l'escala és molt senzilla en la seva aplicació, i el seu ús en la valoració social estandarditzada al nostre país s'ha estès tant en l'atenció primària sanitària com en els recursos geriàtrics especialitzats* (25).

Un dels objectius marcats al començament d'aquesta recerca va ser el "*comparar els temps d'estada sociosanitària dels pacients majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ dels pacients majors de 80 anys que han patit una IQ i no es troben sols*"; per això es va formular una pregunta clau en el qüestionari dirigit als treballadors dels Centres Sociosanitaris: **es té en compte la soledat per calcular el temps d'estada?** ; la resposta, majoritària és que **si**. Així, la pregunta inicial que em va portar a fer aquesta recerca de bon començament sobre si el temps d'estada sociosanitària és superior en persones qui pateixen una soledat no desitjada, té una resposta afirmativa. Una minoria dels treballadors socials sanitaris no atén a aquest criteris (segurament l'estada atén a criteris mèdics en la seva totalitat). La resta de respostes expliquen que aquesta soledat es té en compte només si la

persona no pot fer-se càrrec autònomament de la seva recuperació; atenent, també, a criteris més físic i mèdics que no socials i psicològics.

Els Centres Socio sanitàris, majoritàriament, reafirmen la meua percepció de que les persones majors de 80 anys que han patit una IQ i pateixen una soledat no desitjada resten ingressats més temps que els usuaris majors de 80 anys que no pateixen soledat no volguda.

Vaig voler preguntar, de la mateixa manera que als treballadors socials de Centres Hospitalaris, si es tenia en compte la opinió dels professionals d'aquest ram a l'hora de donar l'alta domiciliària i, aquest cop sí, expliquen que **sempre els tenen en compte**. Així, els Centres Socio sanitàris, que atenen necessitats sanitàries i socials, compleixen la seva missió.

En el qüestionari dirigit a treballadors socials sanitàris hospitalaris, hi vaig incorporar un apartat per si els professionals volien agregar algun ítem no preguntat, cosa que no vaig fer en el cas dels Centres Socio sanitàris. Aquesta decisió és deguda al temps d'estada del pacient a cada centre, superior en els socio sanitàris, on, per tant, es té més temps per actuar socialment. En els Hospitals l'atenció és més ajustada en el temps i volia entreveure com repercuteix aquest factor del temps en la tasca dels professionals. En aquestes opinions s'hi entreveuen tres demandes:

1. **El volum de feina:** alguns professionals expliquen que actuen a demanda i que no poden intervenir en tots els casos que ingressen a l'Hospital. Expliquen que la valoració de si un pacient necessita atenció socio sanitària es fa des de les UFISS (Unitat Funcional Interdisciplinària Socio sanitària – pertanyen a un centre socio sanitari i assessoren a Hospitals d'aguts) a petició de l'equip mèdic, que pot ser orientat pels Treballadors Socials Sanitaris.
2. **La manca de suport social:** s'introdueix la idea de que les derivacions no són a causa d'una soledat no volguda si no per una manca de suport social, definit com *el procés interactiu pel qual s'obté ajuda emocional, instrumental o financera procedent de la xarxa social a la que pertany cada persona* (27). Com he explicat, la soledat no desitjada no té perquè anar lligada a la soledat física: algú qui està acompanyat pot sentir-se sol; i tampoc ha d'anar lligada a la manca de suport: hom pot estar acompanyat les 24 hores d'algú qui l'ajuda instrumentalment (a fer les transferències, per exemple), financera (pagant el servei d'àpats domiciliaris) i/o emocionalment (realitzant un suport a persones cuidadores) i sentir-se sol, igualment. Són dos conceptes diferents, dos necessitats diferents; no comptar amb suport social és evidentment un risc a l'hora de donar l'alta sanitària, sobretot, després d'una IQ, però també ho és donar l'alta a algú qui, en un estat vulnerable, senti que ningú li prestarà prou suport.

3. **La perspectiva de gènere:** *el terme de perspectiva de gènere, cada cop més utilitzat en les polítiques públiques, significa bàsicament aproximar-se a qualsevol fenomen o realitat social a partir del gènere com a una construcció social i de les relacions de poder derivats d'aquesta construcció. La integració de la perspectiva de gènere en la elaboració d'una acció planificada (lleí, política, programa) implica avaluar les implicacions per a les dones i els homes d'aquesta (28). És cert que, en un món masculinitzat, hauríem d'incloure la perspectiva de gènere en tots els àmbits de la nostra vida; però, també és cert que la nostra professió (Treball Social i Treball Social Sanitari) és una professió feminitzada i, moltes vegades, com a professionals, tampoc incloem la perspectiva de gènere al feminitzar la professió; tenim deures.*

6. Conclusions

A l'inici d'aquesta recerca, s'explica que, amb la realització d'aquest treball es pretén saber si són identificades les necessitats i els riscos psicosocials del col·lectiu de persones majors de 80 anys que pateixen una soledat "no volguda" i són derivats a un centre socio sanitari post cirurgia hospitalària. Qui ha de detectar aquests riscos i necessitats són els treballadors socials sanitaris dels centres hospitalaris que, reconeixen, no poden valorar a tots els pacients que s'atenen en les seus centres.

S'entreveu **manca de temps i de professionals** per poder atendre **l'alta demanda de casos**; a mode d'exemple, al Campus Vall d'Hebron (amb més de 1.100 llits) hi ha 29 treballadors socials sanitaris en l'actualitat; *l'any 1985, Dolors Colom explica que va anar a Estats Units i es va acostar a preguntar per la treballadora social sanitària de l'Hospital George Washington (actualment compta amb 385 llits) , la resposta va ser quina? N'hi han més de 200 (29).* Aquest és el gran problema: **la falta de professionals, i la sobresaturació de feina** dels que tenim, fa que **s'actui a demanda**; com podem diagnosticar les necessitats i els riscos psicosocials si no tenim temps per estar amb els nostres pacients?

Elaborar un bon diagnòstic social sanitari és una tasca que necessita temps, igual que poder treballar el pla de treball derivat d'aquest diagnòstic. Cert que en els Hospitals d'aguts, ja pel seu funcionament mateix, no es disposa de tant temps com en un centre socio sanitari però, si en un mateix dia, una treballadora social sanitària ha de valorar una desena de casos (i em temo que faig curt) com pot fer bé la seva feina? La manca de recursos sanitaris repercuteix sobre la salut de tota la població, si no podem detectar els riscos i necessitats psicosocials d'un pacient, es dona d'alta hospitalària a malalts que tornaran a accedir al sistema al cap de poc temps, per no haver cobert totes les seves necessitats. Hem de tenir en compte el model biopsicosocial proposat per *George Engel*, s'han d'atendre les tres esferes de la persona (biològica, psicològica i social) per poder garantir una bona atenció, individualitzada i ajustada a la realitat del moment.

Des del Treball Social Sanitari hem de marcar la diferència, hem de **promoure polítiques públiques que influeixin en l'augment de professionals** del nostre ram en el nostres centres sanitaris; no es pot enfocar la medicina des d'un model biopsicosocial, si, aquest, no pot ser ben aplicat per culpa de la manca de recursos i de personal.

Una de les principals queixes dels equips de treballadors socials de la gran varietat d'àmbits que atenem és que, en moltes ocasions, acabem sent simples gestors de recursos. Hem de promoure un canvi de xip en la nostra societat, em de fer valorar la nostra feina per la societat i, pels nostres companys; si els professionals mèdics ens demanden tan sols per dispensar recursos, em de fer molta pedagogia i explicar que aquesta no és la nostra funció.

Em preguntava si el trasllat a centres socio sanitaris és a raó de la soledat no desitjada del pacient, i, una gran majoria dels professionals ha reconegut que, aquesta soledat, influeix en una gran part per fer aquestes derivacions. No és d'estranyar, una persona qui pateix una soledat no desitjada és més apàtica, pateix més simptomatologia de tipus depressiu i, per tant, no posarà energia en la seva recuperació.

L'últim objectiu era comparar els temps d'estada socio sanitària dels pacients majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ dels pacients majors de 80 anys que han patit una IQ i no es troben sols; és superior. És a causa de la soledat, però? Queden preguntes a l'aire en aquesta recerca, els informants han hagut d'ésser els professionals del treball social sanitari dels centres hospitalaris i dels centres socio sanitaris, però, també haurien hagut de ser els afectats, les persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada i han patit una IQ amb derivació socio sanitària; perfil que, ha acabat esdevenint el perfil de més risc en el moment actual de pandèmia que ens trobem, per això no han pogut esdevenir informants d'aquest treball.

No puc deixar d'esmentar, però, com aquesta situació actual deu haver afectat a aquest col·lectiu: persones qui es troben soles normalment han acabat trobant-se encara més soles, sense poder rebre visites, sense, durant varis dies, cap mena, tampoc, de suport social. Persones qui deuen haver agreujat aquests sentiments de soledat i que, hem hagut de deixar soles per atendre la seva salut biològica. Em deixat de banda el model biopsicosocial en aquests casos durant aquesta crisi de la COVID19?

“El metge està entrenat perquè els seus estudis mèdics puguin concentrar-se en un camp restringit i estudiar-lo minuciosament. El treballador social està entrenat per mantenir els ulls oberts en cada aspecte de la vida”

(Dr. Richard C. Cabot; 1915)

7. Bibliografia

- (1) IDESCAT: Institut d'estadística de Catalunya [Internet]. Generalitat de Catalunya; 2019 [actualitzat 18 de desembre del 2019; consultat 9 d'abril del 2020]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253>
- (2) Boada Grau, J. Estrès laboral i esgotament professional. Erosions psicològiques causades per l'activitat laboral [recurs d'aprenentatge]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2010 [consultat 9 d'abril del 2020]. Disponible a: http://materials.cv.uoc.edu.bibliotecauc.idm.oclc.org/daisy/Materials/PID_00157019/pdf/PID_00157029.pdf
- (3) Amer Riera MB, Cuat MI. La soledat de les persones grans al segle XXI. Anuari de l'envelliment: Illes Balears [Internet]. 2014 [consultat el 26 de març del 2020]; pàg: 277 – 292. Disponible a: <https://dialnet-unirioja-es.biblioteca-uoc.idm.oclc.org/servlet/catart?codigo=5097760>
- (4) Attila Csendes J. et al. Cirugía en mayores de 80 años: Evolución clínica y costes asociados. Revista Chilena de Cirugía [Internet]. 2010 [consultat el 21 de març del 2020]; volum 62 (6) pàg: 564 – 569. Disponible a: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000600004
- (5) Bermejo, JC. La soledad en los mayores. Aspectti psicologici della persona anziana [internet]. 1994 [consultat l'11 d'abril del 2020]. Disponible a: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_La_soledad_en_los_mayores.pdf
- (6) Domenech Abella, J. L'impacte de les condicions socials en la salut mental: soledat i depressió en persones grans. [Tesis doctoral a Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2019 [Consultat el 22 de març i 11 d'abril del 2020]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/668104>
- (7) Gomis Bofill, C. El dol en la vellesa: significació i afrontament de la pèrdua de la parella en les persones grans. Aloma: revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna [Internet]. 2012 [Consultat el 22 de març del 2020]; volum 30 (1): pàg: 75 – 85. Disponible a: <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/257069>
- (8) Viquipèdia [internet]. Wikimedia Foundation, Inc. 2015 [actualitzat 4 de novembre del 2019; consultat l'11 d'abril del 2020]. Disponible a: https://ca.wikipedia.org/wiki/Qualitat_de_vida

- (9) Moragas Moragas, R. Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida [Internet]. Barcelona: Herder; 1998 [consultat el 21 de març del 2020]. Disponible a:
http://discovery.uoc.edu/iii/encore/record/C_Rb1012757_SGerontologia%20social.%20Envejecimiento%20y%20calidad%20de%20vida._Orighresult_U_X4?lang=cat&suite=def
- (10) Rubio Herrera, R. La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este [estudi a Internet]. Granada: Universitat de Granada; 2004 [data de consulta l'11 i 12 d'abril del 2020]. Disponible a:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- (11) Yámoz – Yaben, S. Adaptacion al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA – S. International journal of psychology amb psychological therapy [internet]. 2008 [consultat el 12 d'abril del 2020]; vol.8 (núm 1): pàg. 103 – 116. Disponible a:
https://www.researchgate.net/publication/28215138_Adaptacion_al_castellano_de_la_escala_para_la_evaluacion_de_la_soledad_social_y_emocional_en_adultos_SESLA-S
- (12) Colom Masfret, D. El Treball Social Sanitari en l'atenció sociosanitària [recurs d'aprenentatge]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2020 [consultat el 19 d'abril del 2020]. Disponible a:
http://materials.cv.uoc.edu/daisy/Materials/PID_00272628/pdf/PID_00272628.pdf
- (13) Colom Masfret, D. El Treball Social Sanitari en l'atenció especialitzada i hospitalària [recurs d'aprenentatge]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2020 [consultat el 19 d'abril del 2020]. Disponible a:
http://materials.cv.uoc.edu/daisy/Materials/PID_00272713/pdf/PID_00272713.pdf
- (14) Organització Mundial de la Salut [internet]. Organització Mundial de la Salut; 2020 [actualitzat 2020; consultat el 2 de maig del 2020]. Disponible a:
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- (15) Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, MP. Metodología de la investigacion [internet]. Mèxic: Mc Graw Hill; cinquena edició: 2010 [consultat el 17 de maig del 2020]. Disponible a:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edición.pdf

- (16) Monolov, R. Métodos y técnicas de investigación: Esquemas, ejemplos y reflexiones. [recurs d'aprenentatge]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2015 [consultat el 19 de maig del 2020]. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/68321/6/TSocial.pdf>
- (17) Alba Sanabria, B H. Las TIC como herramienta de investigación. Ávaco [internet]. 2020 [consultat el 20 i 22 de maig del 2020]. Disponible a: <https://avaconews.unibague.edu.co/las-tic-como-herramienta-de-investigacion/>
- (18) Arbeláez Gómez, MC. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) un instrumento para la investigación. Investigaciones Andina [internet]. 2014 [consultat el 20 i 23 de maig del 2020]; vol.16 (núm 29). Disponible a http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462014000200001
- (19) Colom Masfret, D. El Diagnòstic Social Sanitari [recurs d'aprenentatge]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2014 [consultat el 10 de maig del 2020]. Disponible a: http://cv.uoc.edu/annotation/6a7a3b8b8f07ae1c29303274a9ed2dce/620884/PID_00208229/PID_00208229.html
- (20) Viquipèdia [internet]. Wikimedia Foundation, Inc. 2014 [actualitzat 3 de maig del 2020; consultat el 23 de maig del 2020]. Disponible a: <https://ca.wikipedia.org/wiki/Cronograma>
- (21) Senesciència [internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2011 [consultat el 29 de maig del 2020]. Disponible a: <http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/que-es-envellir/>
- (22) Calleja, N. Soledat imposada. Revista Re [internet]. Barcelona [consultat el 5 de juny del 2020]. Disponible a: <http://revistarecat.org/90-soledat-imposada/>
- (23) Riba, J. L'escala ESTE II de medició de la soledat social. [entrada de blog]. Barcelona: ENFOCATTS; 12 de febrer del 2020 [consultat el 5 de juny del 2020]. Disponible a: <https://jribace.es/2020/02/12/la-escala-este-ii-de-medicion-de-la-soledad-social/>
- (24) Treball Social Sanitari ICS. Qui som [entrada de blog]. Barcelona: ICS [consultat el 5 de juny del 2020]. Disponible a: <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/qui-som/>
- (25) Guinovart Garriga, C; Rovira Soler, E; Rufí Vilà, A. Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians per part dels treballadors socials en Serveis Socials i Sanitaris a la Comarca d'Osona. V premi de recerca en Treball Social "Dolors Arteman" [treball de recerca a internet]. Col·legi Oficial de Treballadors Socials de Catalunya; 2011 [consultat el 6 de juny del 2020]. Disponible a: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wx2mayVqtiAJ:https://www.tscat.cat/download/file/fid/894+%&cd=26&hl=ca&ct=clnk&gl=es&client=safari>

(26) Colom Masfret, D. Procediments, protocols i processos en el Treball Social Sanitari. Desenvolupament d'indicadors [recurs d'aprenentatge]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2020 [consultat el 7 de juny del 2020]. Disponible a: http://cv.uoc.edu/annotation/6a7a3b8b8f07ae1c29303274a9ed2dce/620884/PID_00206293/PID_00206293.html

(27) Observatori Discapacitat física [internet]. Barcelona; 2020 [consultat el 7 de juny del 2020]. Disponible a: <https://www.observatoridiscapacitat.org/ca/infografia-4-de-la-serie-la-poblacio-amb-discapacitat-barcelona-ciutat-suport-social-0>

(28) Viquipèdia [internet]. Wikimedia Foundation, Inc. 2014 [actualitzat 28 de juliol del 2018; consultat el 7 de juny del 2020]. Disponible a: https://ca.wikipedia.org/wiki/Perspectiva_de_gènere

(29) Reyner, R. Entrevista a Dolors Colom, impulsora del Màster en Treball Social Sanitari de la UOC [internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya: 2018 [consultat el 7 de juny del 2020]. Disponible a: <https://www.uoc.edu/portal/es/news/entrevistes/2018/032-dolors-colom.html>

8. Annexos

Qüestionari Treballadors Socials Sanitaris d'Hospital

*“El present qüestionari ajudarà a la realització del Treball Final del Màster en Treball Social Sanitari de la UOC, que pretén investigar les causes de l'elevada derivació sociosanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada. Omplir aquest qüestionari li costarà menys de cinc minuts; **la seva participació és anònima i confidencial.**”*

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

*Les preguntes marcades amb * són de caràcter obligatori “*

1. Quan una persona major de 80 anys ingressa al centre hospitalari per una Intervenció Quirúrgica (d'ara en endavant IQ) d'urgències, rep una primera visita d'un treballador social sanitari per fer-ne una valoració psicosocial? *

- Sí, en tots els casos
- Tan sols quan un altre professional sanitari ho sol·licita.
- En tots els casos, quan es fa la primera visita del Treballador Social Sanitari? *
- En qualsevol cas, en les primeres 48 hores
- Quan el temps i la demanda ens ho permet

2. En tots els casos, quan es fa la primera visita del Treballador Social Sanitari? *

- En qualsevol cas, en les primeres 48 hores
- Quan el temps i la demanda ho permet

3. S'elabora un diagnòstic social sanitari? *

- Sempre
- Només quan el cas precisa d'una derivació psicosocial
- Mai, no tenim temps

4. S'especifica dins el diagnòstic social sanitari, les necessitats i els riscos socials detectats en el pacient? *

- Sempre
- Només en cas de derivació a Serveis Socials, a Sociosanitari o d'altres
- Mai

5. Es mesura la soledat no desitjada dels pacients? *

- Sempre
- Només quan es veuen indicadors de necessitats i /o riscos psicosocials específics
- Mai

6. Si és que sí que es mesura la soledat no desitjada dels pacients, com es fa?

- A través d'escales de medició (NCLA, SESLA, ESTE...)
- Altres

7. Si has respost a través d'escales, especifica quina:

8. Si has respost altres, especifica:

9. Quan es valora la derivació post alta a un centre socio sanitari, es té en compte aquest sentiment de soledat no desitjada? *

- Si
- Només si té un perfil considerat de risc
- No

10. En aquesta derivació a centre socio sanitari, es tenen en compte els desitjos i sentiments dels pacients? *

- Si
- S'escolta però no afecta a la decisió final
- No

11. En aquesta derivació a centre socio sanitari, quin valor té l'opinió del treballador social sanitari? *

- S'escolta sempre l'opinió dels TTS i es té en compte
- S'escolta sempre, però es té en compte només en casos amb risc psicosocial demostrable
- Només atén a criteris mèdics

12. Si vols afegir alguna cosa ho pots fer a continuació.

Qüestionari Treballadors Socials Centres Sociosanitaris

*“El present qüestionari ajudarà a la realització del Treball Final del Màster en Treball Social Sanitari de la UOC, que pretén investigar les causes de l'elevada derivació sociosanitària post cirurgia hospitalària en persones majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada. Omplir aquest qüestionari li costarà menys de cinc minuts; **la seva participació és anònima i confidencial.**”*

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

*Les preguntes marcades amb * són de caràcter obligatori “*

1. Quan ingressa un pacient major de 80 anys post intervenció quirúrgica (IQ) derivat d'un centre hospitalari, s'aporta el diagnòstic social sanitari? *

- Sempre
- Gairebé sempre
- Alguna vegada
- Mai

2. En cas afirmatiu (encara que sigui alguna vegada), es fa constar dins d'aquest el patiment de soledat no desitjada?

- Si, sempre
- Si, en alguns casos
- No

3. En la primera entrevista del Treballador Social Sanitari (TSS) a nous ingressos majors de 80 anys, es valora si pateixen soledat no desitjada? *

- Si
- Només si sorgeix durant l'entrevista
- No

4. Durant les entrevistes successives, es passa algun tipus d'escala per mesurar la soledat? (NCLA, SESLA, ESTE...) *

- Si
- No

5. Si és que si es passa algun tipus d'escala, especifica quina:

6. Es té en compte la soledat per calcular el temps d'estada? (sigui desitjada o no) *

- Si
- Només si la persona no pot fer-se càrrec autònomament de la seva recuperació
- No

7. Han calculat mai al seu centre si el temps d'estada dels pacients majors de 80 anys que pateixen una soledat no desitjada és superior al dels usuaris majors de 80 anys que no es troben sols? (pot ser un càlcul estimat, sense tenir-lo per escrit) *

- Sí, i el temps d'estada és superior
- Si, i el temps d'estada és igual
- No

8. En el moment de donar d'alta domiciliària, es té en compte l'opinió del TSS? *

- Si
- Només en casos amb evident risc psicosocial
- No