
La planificació de l'alta sanitària

PID_00272725

Dolors Colom Masfret

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Professora associada i directora científica del màster universitari de Treball social sanitari dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Professora associada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formació en l'àmbit del treball social sanitari i en les unitats d'atenció al client amb estades, primer al Bellevue Hospital Center de la Universitat de Nova York, i després al Departament de Serveis Socials i el Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. És investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també d'establiments residencials i programes d'atenció a domicili. Escriptora. Sòcia fundadora el 1994 de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials, des del qual dirigeix i edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, i l'editorial Agathos Ediciones. Ha exercit la direcció acadèmica i com a professora col·laboradora del postgrau de Treball social sanitari de la UOC. Consultora del màster de Direcció executiva d'hospitals de la UOC (2009-2019).

Segona edició: març 2020
© Dolors Colom Masfret
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

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	11
3. El Programa de la planificació de l'alta sanitària en l'actualitat	12
3.1. La justificació de la implementació del Programa de la planificació de l'alta	15
4. Objectius del Programa de la planificació de l'alta	18
4.1. Objectiu general	18
4.2. Objectius específics	18
4.3. Criteris de risc	19
4.3.1. Criteris de risc social	19
4.3.2. Criteris de risc clínic	20
4.4. Les fases generals del procediment del Programa de la planificació de l'alta	21
4.5. Dimensions que aborda la unitat de treball social dins el Programa de la planificació de l'alta	24
4.6. Resultats esperats del Programa de la planificació de l'alta	26
4.7. Alguns resultats reveladors de les possibilitats del programa de la planificació de l'alta	26
4.8. Cercle viciós d'algunes altes hospitalàries	30
5. Consideracions generals sobre l'aplicació del programa d'alta	32
5.1. Primer diagnòstic institucional per a la implementació del programa de la planificació de l'alta	33
5.2. Posada en marxa	35
5.3. Criteris de risc social i sanitari	35
5.4. El programa de la planificació de l'alta més enllà dels problemes sociosanitaris d'alta	36
5.5. Què no és un programa de planificació de l'alta	36
Resum	37

Bibliografia.....	39
--------------------------	-----------

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 i juntament amb les necessitats d'atenció i cures, 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, l'acceptació de les necessitats presents, etc., influeixen en el fet que l'alta mèdica, a l'hora de fer-la, es pugui concretar sense riscos socials afegits. Per exemple, que l'habitatge no reuneix les condicions i suposa un perill per a la persona i la família, que la persona no accepti el tractament, que la persona cuidadora no tingui capacitat suficient per a controlar la medicació, etcètera.

Si la persona malalta és una, els diferents equips professionals i àmbits d'atenció no poden continuar disgregats i, per tant, calen fórmules assistencials recolzades en instruments de treball i models d'intervenció que reforcin l'atenció proactiva i interdisciplinària per a donar resposta a les necessitats reals.

Des de fa anys, un dels grans reptes del sistema sanitari és el bon ús dels seus recursos, tant per ètica com per raons de sostenibilitat. 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 quan es va iniciar la crisi que podem qualificar de sistèmica i que ha anat 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 i recursos 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

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).

contextualitzar, als equips de treball social sanitari 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 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* el va presentar l'autora 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'una unitat 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'una unitat de treball social sanitari consolidat, configurat i organitzat a manera d'un servei central, com és el cas de les unitats 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

A l'*A Dictionary of Social Work and Social Care* (2a ed.), la planificació de l'alta s'explica àmpliament en els termes següents.

«La importància, en principi, de planificar les altes de l'hospital de manera sensible i efectiva per a la persona en qüestió tendeix a quedar ensombrida per l'enfocament en la velocitat de l'alta i l'èmfasi en els objectius i les sancions. Tot i que la planificació de l'alta pot involucrar persones de qualsevol edat, les persones grans constitueixen la gran majoria d'aquells amb els quals els treballadors socials [sanitaris] fan plans. Les conseqüències són per a les persones grans dels hospitals, que exerceixen una pressió més gran sobre els treballadors socials [sanitaris] per a garantir la seva alta immediata, i pot ser que siguin donats d'alta directament a llars d'atencions sense el benefici d'un període de rehabilitació que els hagi permès recuperar-se el suficient com per a tornar a casa seva. Alternativament, poden ser donats d'alta al domicili abans que estiguin llestos, fet que crea riscos físics, psicològics i emocionals, la possibilitat d'un reingrés aviat i la imposició de pressions addicionals sobre els cuidadors. Tals conseqüències d'una planificació inadequada de l'alta van directament en contra del suport al control de les persones grans sobre els seus processos de planificació de la vida...».

L'explicació segueix, per la qual cosa es recomana consultar-la directament en el recurs que es troba a la biblioteca. La definició parla de *treballadors socials*, però a la traducció s'han utilitzat els termes usats a Espanya, *treballadors socials sanitaris*.

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:

Referència bibliogràfica

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

Referencia bibliográfica

J. Harris; V. White (2018). «Discharge planning». A: *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford University Press. <http://bit.ly/31mZUYN>.

«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.

«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'altas, 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 de medicina, 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 des de la unitat de treball social sanitari quan es posa en relleu l'existència dels criteris dits *de risc*.

La intervenció sistemàtica de l'equip de treball social sanitari comporta un autèntic canvi de paradigma, ja que la responsabilitat en la detecció dels problemes o dificultats psicosocials recau primer de tot sobre els equips de treball social sanitari, que s'ajuden de la identificació de criteris de risc social i sanitari en la persona malalta i la seva família.

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

Debemos empezar señalando que cada vez más la planificación del alta la asumen unidades de enfermería, y también debemos añadir que esto ocurre, en gran parte, por el abandono de responsabilidades con relación al programa de la planificación del alta de las unidades de trabajo social sanitario, de sus profesionales.

Cuando en 1985 quien escribe implementó el primer programa de la planificación del alta en España, esto supuso un gran impulso a la presencia del trabajo social sanitario en los hospitales agudos. El porqué se han ido perdiendo competencias al respecto debe ser motivo de estudio y autocrítica. Dicho esto, en el presente módulo estudiamos la teoría y práctica del programa de la planificación del alta dentro de las unidades de trabajo social sanitario hospitalario, tal como se gestó en sus orígenes a principios del siglo pasado y como fue concebido, como un programa liderado por trabajo social sanitario.

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 1. 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	Basada en els resultats, en l'avaluació dels beneficis sobre el benestar de les persones malaltes.
Prevenió	Es dona de manera natural perquè s'avança a les dificultats. Un dels aspectes que té és la prevenció 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 de les persones ingressades implica, per als equips professionals de l'hospital, la valoració del servei que presten i la consciència que els beneficis aportats a la persona donada d'alta 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 la persona es materialitza amb aquest tipus de programes que il·lumina les circumstàncies particulars de cada persona malalta i el seu entorn, en el seu ambient, i es consideren dins la prestació sanitària com afecta la seva recuperació.

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 a la persona malalta 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 a la persona malalta 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, la persona malalta 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 l'equip de treball 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 a les persones ingressades i les famílies, és primordial de deixar clar que l'objectiu és que l'alta sigui efectiva quan mèdicament 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 basats en les dades que hi ha en cada unitat 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, les persones ingressades, 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.

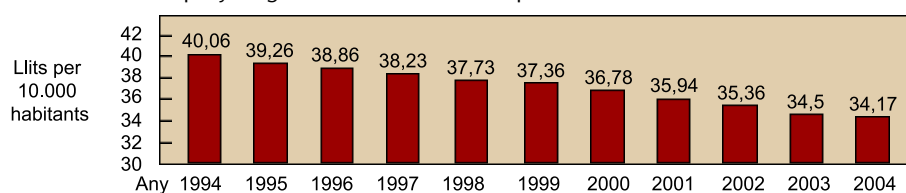
Les taules i els gràfics que hi ha tot seguit, fins i tot essent una breu pinzellada de la nova realitat, mostren l'evolució de tots dos indicadors de 1994 a 2004 en el cas del descens de llits operatius d'hospitals i de 1994 a 2003 en el cas de la rotació.

Taula 2. 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)

Gràfica 1. Llits a Espanya segons l'activitat assistencial per 10.000 habitants



Font: INE. Indicadors socials (2006)

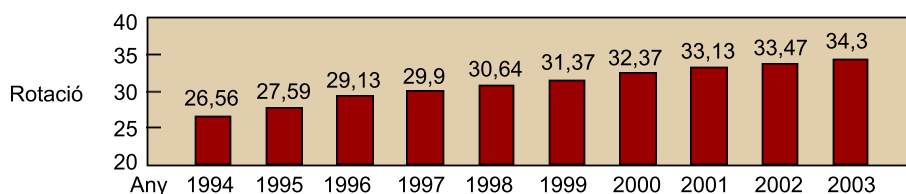
La tendència decreixent és més que palesa. En deu anys gairebé s'ha reduït en sis punts el nombre de llits hospitalaris, mentre que la població a Espanya augmenta cada any. Es redueixen els llits i augmenta la rotació. Això justifica engagar programes de caràcter social que reforcin les xarxes familiars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

Taula 3. 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)

Gràfica 2. 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 de la unitat de treball social sanitari. És aplicable a tres tipologies d'ingressos:

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

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 engagar 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 personal mèdic responsable els informa de l'alta, la persona o la seva família exposen una sèrie de dificultats personals. De vegades, fins i tot la persona malalta 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 personal mèdic 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 la unitat 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 la persona malalta i la família considerant el seu context particular.

Quant als supòsits, també es donen dos clàssics:

- Es produeix una descoordinació entre unitats internes i/o externes 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

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.

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.

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 recursos 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 qualitatius, valors quantitius a les carències del sistema de serveis de treball social sanitari recollits en el catàleg de prestacions. 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 prestats relacionats directament amb el suport a l'alta de les persones malaltes i a les necessitats reals d'aquestes, 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 de la persona ingressada 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 recurs o programa comunitari que la persona necessiti.
- 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 equipaments requerits per a facilitar l'autonomia.
- Minimitzar el risc de readmissió per falta de suport postalta.
- Facilitar la disponibilitat dels recursos hospitalaris a altres persones malaltes.
- 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 ingressos hospitalaris de risc social 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 àrea, 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 la unitat 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 organitzada la unitat de treball social sanitari: per àrees mèdiques, 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, la unitat de treball 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 professional del treball 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 la unitat 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 recursos 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 de treball social sanitari necessaris. Això s'ha de fer sempre amb l'acord i la participació de la persona.
- S'han de distingir els serveis de treball social sanitari que es presten a la persona dels que es presten 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 recursos. Gestió dels recursos formals que garanteixen l'atenció a la persona malalta.

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 serveis de treball social sanitari per a tractament:

- a) Els serveis de treball social sanitari destinats al tractament poden implicar, a més del mateix, l'ús de recursos.
- 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 la gestió del recurs 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 que són responsables de concretar els 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 la unitat de treball social sanitari, el membre responsable 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 la unitat de treball social dins el Programa de la planificació de l'alta

Si bé la unitat 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 de la persona ingressada:** amb qui viu, amb qui viurà, qualitat percebuda de la relació, confiança als seus, etc.
- **Les possibilitats pròpies de la persona ingressada per a seguir les indicacions terapèutiques quan rebi l'alta:** 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 de la persona malalta 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, desaprensió o aprensió, etc.
- **Les possibilitats de l'entorn comunitari receptor de la persona donada d'alta:** on viu? Entorn rural, entorn urbà, disposa de recursos 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 infants, amb un altre familiar, riscos per a la família i per a la persona malalta, etc.
- **Demandes de suport:** com esperen resoldre la seva situació la persona afectada o la família. Quina tipologia de suports externs predomina. És important de diferenciar tots dos grups d'expectatives, acceptant *a priori* que sovint entre la persona ingressada i la seva família no hi ha una coincidència total.
- **Què esperen la persona i la família de la nostra intervenció:** 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 recursos comunitaris:** fins a quin punt les unitats de treball social sanitari de primària o de serveis socials estan preparats per a rebre a la persona malalta.

El Programa de la planificació de l'alta evita que el desencadenant de la intervenció de la unitat de treball social de l'hospital sigui la negativa de la família, o de la persona ingressada mateixa, a tornar a casa quan el personal mèdic els comunica l'alta. En aquest cas, la demanda d'intervenció, malgrat els anys transcorreguts assenyalen que és una mala pràctica, continua responent al fet que sigui la unitat de treball 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, és a dir, que la persona no marxi de l'hospital sense haver estudiat, diagnosticat i elaborat un pla de treball social sanitari que asseguri les condicions més adequades per

a la 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 derivació a serveis socials.

Això deixa de ser un servei centrat en la persona. La planificació de l'alta no es dona 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 la persona malalta 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 treball social sanitari per a prestar suport postalta.
- Rendibilitzar la feina de cada dia per a millorar els dèficits de l'atenció.
- Facilitar l'accés a programes de cirurgies ambulatòries.
- Millorar la gestió de les circumstàncies psicosocials que envolten l'alta.

4.7. Alguns resultats reveladors de les possibilitats del programa de la planificació de l'alta

Per a reforçar aquest argument, ens fixarem en dos resultats obtinguts en els primers anys de l'inici del programa de la planificació de l'alta a Espanya. Els resultats poden semblar vells, però segueixen sent els únics existents que reflecteixen evidències dels beneficis del programa quan el seu lideratge recau en la unitat de treball social sanitari. Presentarem dos exemples, tots ells reals, perquè puguem reflexionar sobre el nostre rol.

Influència de les unitats de treball social sanitari en l'ús adequat dels recursos

La informació se situa en els anys 1993-1994 i s'ha presentat moltes vegades, però aquest és un espai idoni per a veure-la de nou i reflexionar-hi. Reflecteix les sol·licituds d'ingrés en un centre sociosanitari des de la unitat de treball social sanitari. Es tractava de persones malaltes amb gran dependència però que podien ser donades d'alta de l'hospital. Bàsicament, eren persones grans,

amb seqüeles de la seva dolència aguda o agreujament de processos crònics, la qual cosa els impedia tenir independència, i la família dels quals no tenia possibilitats de prestar-los atenció. Aquesta puntualització és necessària, atès que avui la definició de centre sociosanitari inclou noves tipologies de persones afectades i noves fórmules més objectives de programar l'ingrés.

Taula 4. Comparació de les demandes d'ingrés en un centre sociosanitari entre treballadores socials sanitàries d'una mateixa unitat

Programes	Sol·licitud d'ingrés en centre sociosanitari
Programa de la planificació de l'alta i atenció a domicili: Treballadora social sanitària A	32
Programa de la planificació de l'alta: Treballadora social sanitària B	69

La taula 4 mostra les demandes d'ingrés al centre sociosanitari realitzades per dues treballadores socials sanitàries de la mateixa unitat de treball social sanitari hospitalari en un hospital general d'aguts. Ambdues, membres de la mateixa unitat, aplicaven el programa de planificació de l'alta i hi intervenien sistemàticament d'acord amb el procediment de treball social sanitari de la planificació de l'alta. Els resultats obeeixen a persones ateses a les mateixes àrees mèdiques: medicina interna, cirurgia general i cirurgia ortopèdica, dins del mateix període de temps. L'única diferència entre totes dues era que:

- La treballadora social sanitària A, a part d'aplicar el programa d'alta, tenia capacitat operativa per a gestionar directament un programa social d'atenció a domicili temporal postalta que depèn funcionalment de l'hospital. A més, atenia població procedent d'una àrea urbana. El programa social d'atenció a domicili estava coordinat per A i la distància entre el problema i el suport necessari per a cobrir-lo era pràcticament de zero dies.
- La treballadora social sanitària B atenia població procedent del món rural i de diferents municipis. Encara que seguia el procediment de treball social sanitari del programa d'alta, per a sol·licitar l'atenció a domicili havia de seguir els passos habituals establerts, a través de l'atenció primària de salut o de serveis socials comunitaris, depenent de la zona geogràfica de procedència de la persona afectada.

Com es pot observar, en el mateix període, A va realitzar la meitat de les sol·licituds d'ingrés al centre sociosanitari en relació amb B.

Quina explicació tenen aquests resultats?

El fet de disposar d'un programa alternatiu i temporal d'ajuda a domicili, com era el cas d'A, permetia una millor gestió de l'alta i una precisió més gran del diagnòstic social sanitari, la qual cosa li permetia analitzar les possibilitats de

Referència bibliogràfica

D. Colom; I. Moreno; C. Gómez (1991). «Un problema: las altas hospitalarias, una solución: programas de atención a domicilio hospitalarios, ¿por qué no?». *Revista Trabajo Social y Salud* (núm. 9). Saragossa.

retorn a casa amb l'atenció a domicili garantida. Atès que A disposava d'un programa que ella mateixa gestionava, a la família li transmetia únicament credibilitat, seguretat, confiança i, per descomptat, suport real al domicili. L'educació era una de les funcions del programa per a ensenyar-los a atendre el seu familiar amb la garantia de suport extern si calia.

En aquest cas, B treballava amb els circuits de coordinació habituals des de la dècada dels vuitanta del segle passat. Es trobava amb el col·lapse dels serveis socials comunitaris per a donar respostes adequades i ràpides a les persones donades d'alta de l'hospital. Per això, enfront de la necessitat de suport, optava per iniciar la sol·licitud d'ingrés en un centre sociosanitari de manera «preventiva», és a dir, per si la situació s'agreujava tenir disposada aquesta part.

L'exemple real posa de manifest com des de les unitats de treball social sanitari s'influeix en l'ús i la sol·licitud de recursos d'ingrés, en aquest cas centre sociosanitari.

Com un programa de la planificació de l'alta pot reduir les sol·licituds d'atenció a domicili dels serveis socials comunitaris

Des de fa anys –aquesta experiència pilot data del 1994–, l'atenció primària social, els serveis socials, està col·lapsada. En el seu moment ens preguntem si es pal·liava d'alguna manera i si contribuïem en alguna cosa a gestionar aquest col·lapse. La pregunta clau va ser: Som massa tolerants amb els circuits i les organitzacions que no funcionen?

S'obre un parèntesi per a assenyalar que, encara que els resultats de l'experiència van demostrar el molt que des de les unitats de treball social sanitari es podia contribuir a millorar la sostenibilitat del sistema de serveis socials, a reduir el col·lapse permanent dels serveis socials, en concret dels seus programes d'atenció a domicili, l'experiència pilot va quedar com això, una experiència pilot. No es va suprimir el programa que avui, al 2020, encara segueix funcionant. No obstant això, no es va considerar que l'experiència s'extrapolés a tot el sistema hospitalari. Això revela que els problemes i l'ús inadequat dels recursos no sempre es volen arreglar. Es tanca el parèntesi.

Però anem a veure l'experiència: en la mateixa organització que la de l'exemple anterior, més enllà dels beneficis que suposava per a les persones donades d'alta de l'hospital disposar d'un programa temporal d'atenció a domicili social, es van voler justificar els beneficis que aquest programa suposava per a la pròpia atenció primària de serveis socials. Quan un programa beneficia una organització, indirectament també en beneficia d'altres.

Una vegada demostrats els beneficis que per a les persones donades d'alta de l'hospital suposava disposar d'aquest programa d'atenció temporal a domicili postalta, es van estudiar els beneficis en estalvi d'activitat que implicava per a la pròpia atenció primària de serveis socials. No ens tanquem en banda amb

el relat que «l'hospital és un recurs sanitari i els serveis socials són recursos d'un altre sistema». És cert, però no es pot obviar el fet que moltes de les persones donades d'alta de l'hospital precisen recursos que es troben a l'atenció primària social. Que l'atenció primària social no respongui afecta l'hospital independentment que aquest sigui del sistema sanitari.

Així, es va estudiar la demanda real d'atenció a domicili als serveis socials de base per part de les altres organitzacions hospitalàries de la zona i dels propis serveis comunitaris. La taula següent mostra les demandes realitzades a la primària social d'atenció a domicili.

Com a punt d'inici, vegem les persones donades d'alta de l'hospital A objecte d'estudi, les donades d'alta de l'hospital B, l'altre centre sanitari de la mateixa ciutat amb característiques de població i tècniques entre tots dos iguals, i les diferents unitats bàsiques d'atenció primària social.

Taula 5. Demandes d'atenció a domicili a l'atenció primària social

Organització	Demandes d'atenció a domicili
Hospital A (aplicant el programa d'alta i el programa social propi d'ajuda temporal a domicili)	6
Hospital B de la mateixa ciutat sense cap dels programes de l'hospital A	28
Serveis socials de base, generadors de les seves pròpies sol·licituds d'atenció a domicili	27

Font: Memòria de 1994 de l'Ajuntament de Manresa.

Destaca que l'hospital A, amb el programa d'atenció a domicili dependent de la seva estructura, va realitzar 22 demandes menys que l'hospital B i 21 menys que l'atenció primària.

Aquests resultats posen de manifest que quan la unitat de treball social sanitari hospitalari disposa de programes temporals de suport i alternatius que cobreixen la necessitat postalta en el moment en el qual es presenta o el més proper a aquest moment, es redueix considerablement la demanda d'intervenció de l'atenció primària, perquè molts dels problemes es resolen en els primers dies després d'haver-se produït l'alta. En la mateixa línia, les persones que continuen en l'atenció primària social tenen un perfil que en justifica la derivació.

Aquesta és una fórmula que trenca amb la concepció clàssica i l'organització actual, però l'evolució de les unitats de treball social sanitari implica precisament investigar noves maneres per a ser més eficients i eficaços. Es necessiten responsables de polítiques amb una mentalitat oberta que contemplin els recursos existents com estructures flexibles i que siguin capaços d'arriscar-se a millorar-los. Però també, i sobretot, es necessiten professionals, en aquest cas

professionals del treball social sanitari, amb ganes de voler millorar les realitats a partir de les evidències i els arguments basats en resultats tangibles avalats pel mètode científic.

4.8. 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:

- La persona malalta 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 descuidar, 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 de la persona malalta 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 persones malaltes. L'ocupació inadequada d'un llit hospitalari és un problema d'equitat perquè es priva, per raons no mèdiques, l'assistència a altres persones malaltes. Alhora, però, no es pot deixar una persona convalescent sense assegurar-se que té algú que la cuida.
- La persona malalta 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 equips de treball social sanitari ajuden la persona afectada 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 la persona afectada 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 equips professionals de l'hospital s'han d'assegurar dels punts següents:

- La persona afectada té capacitats pròpies per a seguir les indicacions terapèutiques.
- La persona afectada té un entorn estable i favorable que li dona suport i el cuida.
- La realitat de la persona afectada no posa en risc l'equilibri del seu entorn.
- La persona afectada té assegurada la continuïtat de l'assistència dels altres centres 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 recursos 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 siguin les persones malaltes les que hagin d'assumir la consciència del fet.
- Hem d'identificar objectivament –amb criteris– les persones afectades tributàries de ser ateses dins el programa d'alta i hem de programar el cribratge entre les vint-i-quatre i les setanta-dues hores depenent de les àrees mèdiques. 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 les persones afectades 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 la persona afectada i la seva família. No es pot fer res, excepte la incapacitat, a esquena de la persona afectada o sense que hi participi.
 - Extrahospitalària: amb la coordinació professional interna no n'hi ha prou perquè les necessitats d'atenció de la persona ingressada aniran més enllà de les purament hospitalàries i dels professionals directa-

ment responsables d'atendre'l mentre està ingressada. Per això també cal establir mecanismes de comunicació 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 equips de treball social sanitari un potent instrument de millora de l'organització.
- Hem d'assegurar la devolució de la informació tractada i analitzada als recursos 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 per a la futura presa de decisions.
- 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.

5.1. Primer diagnòstic institucional per a la implementació del programa de la planificació de l'alta

La implementació del programa de la planificació de l'alta s'ha de sostenir en informació pròpia de l'establiment que l'implementa i de la demografia de la zona. La necessitat d'establir un primer diagnòstic institucional es basa en la necessitat d'afavorir la presa de decisions i, alhora, prioritzar sobre la cronologia de la posada en marxa.

Informació recomanada per a establir aquest primer diagnòstic institucional i de situació del problema que es desitja resoldre:

Taula 6

Informació estadística i demogràfica	<ul style="list-style-type: none"> • Altes per àrees mèdiques. • Altes per grups d'edat. • Índex de reingressos per grups d'edat. • Estada mitjana per àrees, per grups d'edat, per sexe, etc. • Estada mitjana dels casos socials sanitaris atesos a la unitat de treball social sanitari hospitalari. • Etc.
--------------------------------------	--

Informació sobre el procediment hospitalari actual de les altes	<ul style="list-style-type: none"> • Com es donen les altes? • Quin és el procediment que se segueix? • Amb quant de temps d'anterioritat es comunica l'alta a la persona? • Quan intervé la unitat de treball social sanitari hospitalari? • Quins són els resultats de la seva intervenció? • Etc.
Informació sobre la subjectivitat de les persones donades d'alta	<ul style="list-style-type: none"> • Com han viscut aquest moment? • Quina ha estat la seva experiència? • Què li ha suposat a la persona l'arribada a casa des de l'hospital? • Quins canvis han hagut d'introduir en la seva vida? • Qui les ha ajudat? • Etc.
Percepció dels equips professionals assistencials	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnòstics clínics, mèdics i d'infermeria que, per les seves implicacions al domicili, requereixen incloure's en el procediment de la planificació de l'alta. • Circumstàncies socials que requereixen atenció especial. • Atributs diagnòstics socials sanitaris més freqüents. • Confirmar i avaluar els reingressos i les seves causes. • Estudi de les freqüències dels criteris de risc preliminars per a confirmar si cal incloure'ls o no. • Etc.

La recerca prèvia d'aquestes dimensions centrades en informació de l'hospital interessat a implementar un programa de la planificació de l'alta estableix el punt de partida de la realitat de l'hospital en qüestió i no de supòsits indicadors importats que solen resultar bastant comuns a totes les societats, però dels quals s'han de conèixer els pesos específics que pertanyen a aquesta àrea. Aquesta recerca prèvia permetrà, a més, projectar escenaris d'actuació segons els recursos humans disponibles i els necessaris, partint sempre dels objectius prèviament marcats.

En aquesta primera foto es disposarà de la informació general considerada el posterior referent i el punt de comparació. Així, alguns dels aspectes sobre els quals reflexionar són els següents:

- Quins han estat els motius que han promogut la implementació d'un programa de planificació de l'alta?
- Per què aquesta decisió no s'ha pres abans?
- Per què és ara el millor moment?
- Qui percep realment la necessitat de canviar la metodologia antiga per la nova, els equips professionals, la direcció, tots dos?
- Quin és i on és el factor determinant del canvi?

- La necessitat de canvi la perceben els equips professionals i no la direcció? La percep la direcció i no els equips professionals? La percep l'Administració local, autonòmica o central?
- La implementació del programa és un acte reactiu a un problema que es planteja en un moment donat, encara que es repeteixi cada x temps? O per contra és un acte proactiu que sorgeix de la necessitat sentida per part dels tècnics de millorar el procés assistencial?
- Altres.

5.2. Posada en marxa

Per a la posada en marxa, cal comptar amb la implicació dels professionals. L'efectivitat del programa depèn de la implicació dels equips professionals i del suport de la direcció que aquests rebin per a poder seguir les diferents fases del procediment. Per això resulta imprescindible adquirir el seu compromís. El programa de la planificació de l'alta s'ha demostrat com a molt efectiu quant a l'optimització dels recursos del sistema sanitari i social. No obstant això, són els recursos humans els que tenen a la seva mà la clau, i és bàsic assenyalar el que es vol aconseguir des de l'inici, sabent si realment es pot aconseguir.

Per exemple, uns objectius que parteixen de la teoria, que no se sostenen en els recursos humans i institucionals disponibles difícilment s'aconseguiran.

Principalment, es necessiten dues variables:

- La informació de l'establiment citada anteriorment.
- Els recursos humans disponibles i la seva dedicació al programa de la planificació de l'alta. Així com els recursos humans necessaris per als objectius marcats. És bàsic saber amb quins límits es compta.

Per ser un programa empíric en el qual l'acció i la gestió són la base, resulta necessari establir un sistema de monitoratge per a anar veient l'evolució i els assoliments, així com les dificultats en l'aplicació, sobretot durant els primers mesos.

5.3. Criteris de risc social i sanitari

Dins de cada grup es poden establir subgrups a partir d'altres criteris que ajudaran a concretar i a precisar les persones de més risc. Aquest treball, no obstant això, serà possible al cap d'un temps i, com s'ha dit amb anterioritat, després de disposar d'informació pròpia. Cal ressaltar que els indicadors canvien i el programa s'hi ha d'ajustar.

5.4. El programa de la planificació de l'alta més enllà dels problemes socio-sanitaris d'alta

El programa de la planificació de l'alta ofereix un conjunt de suports, s'avança per a identificar els problemes socials i sanitaris que la persona pot tenir en el moment de tornar a casa seva i que li impediran seguir adequadament les indicacions terapèutiques. Malgrat això, una de les seves funcions cada vegada més important també tracta de gestionar la continuïtat assistencial perquè els beneficis obtinguts amb l'estada hospitalària no es perdin per falta de suport o d'iniciativa.

La implementació del programa d'alta ha de partir d'un diagnòstic previ, ja que la majoria dels hospitals segueixen algun tipus de procediment que hem d'avaluar. Aquest diagnòstic institucional previ ha de comptar també amb la percepció de les persones donades d'alta, basar-se en la seva vivència i en les seves expectatives perquè el procediment de treball social sanitari satisfaci el principi de facilitar una atenció centrada en la persona.

Si bé la planificació de l'alta és un programa interdisciplinari, la gestió del cas socio-sanitari (cal assenyalar que el cas social traspasa els límits de les necessitats sanitàries) es recomana que es doni des de la unitat de treball social sanitari.

5.5. Què no és un programa de planificació de l'alta

Fins ara estem estudiant què és el programa de la planificació de l'alta, però també hem de saber què no és, ja que sempre ens trobem amb intents de pervertir la filosofia sobre la qual se sustenta el programa.

Un programa de la planificació de l'alta no és:

- Una base de dades «peixera».
- Una marginació interna de la persona amb indicadors de risc.
- Donar l'alta abans del que és necessari.
- Exercir pressió sobre la persona malalta o la família perquè tornin a casa seva.
- Deixar el problema sanitari en un segon pla i enfocar-ho en el problema social.
- Evitar l'ingrés de persones que, tal com és d'esperar, tindran problemes d'alta.
- Visitar o entrevistar les persones amb criteris de risc amb l'única fi d'omplir formularis o escales.
- Trobar o crear problemes socials inexistents.

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 les persones malaltes i les seves famílies. Assenyalem els beneficis que aporta a la persona malalta 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 el catàleg de prestacions.

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*.

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

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

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

