

PROGRAMA DE
coordinació
ENTRE
SERVEIS SOCIALS,
SALUT MENTAL
I ATENÇIÓ
PRIMÀRIA (SS-CSM-AP)

Premi Ferran Salsas i Roig

Salut Comunitària | 15a edició | 2003

PROGRAMA DE
coordinació
ENTRE
SERVEIS SOCIALS,
SALUT MENTAL
I ATENCIÓ
PRIMÀRIA (SS-CSM-AP)

Premi Ferran Salsas i Roig

Salut Comunitària | 15a edició | 2003

PROGRAMA DE
coordinació
ENTRE
SERVEIS SOCIALS,
SALUT MENTAL
I ATENCIÓ
PRIMÀRIA (SS-CSM-AP)

Autora:

Agnès Llatas

© del text: Agnès Llatas

© de l'edició: Ajuntament de Rubí
Desembre de 2005

Disseny de la coberta: DD Disseny Gràfic (general@dddisseny.com)
Disseny i realització: DD Disseny Gràfic
Imprès per: Cevagraf, SCCL
Dipòsit legal: B-30627-2006

Edició no venal

ÍNDEX

PRÒLEG	9
1. INTRODUCCIÓ	11
2. ÀMBIT D'ACTUACIÓ	11
3. PUNT DE PARTIDA	12
3.1. ANÀLISI DE LES COORDINACIONS PRÈVIES AL PROJECTE	12
3.1.1. COORDINACIÓ AMB ELS CSM	14
3.1.2. COORDINACIÓ AMB ELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT	15
3.1.3. COORDINACIÓ AMB EL SISTEMA JURÍDIC	16
4. INICI DEL PROJECTE	16
5. OBJECTIUS	17
6. DISSENY GENERAL DEL PROJECTE	18
7. FASES DEL PROJECTE	18
1ª FASE: DESPLEGAMENT	19
2ª FASE: APLICACIÓ DE LES CONCLUSIONS PROVISIONALS	19
3ª FASE: CONCRECIÓ DE RESULTATS I CONCLUSIONS DEFINITIVES	20
8. CIRCUIT BASE DE COORDINACIÓ	21
9. MÒDULS DE TREBALL PER LA COORDINACIÓ	22
10. COORDINACIÓ AMB L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT	23
11. PROGRAMA ESTRATÈGIC D'ACTUACIÓ	24
CALENDARI	24
DESENVOLUPAMENT DE LES ACTIVITATS DE COORDINACIÓ	25
CONTROL I AVALUACIÓ	25
12. RESULTATS	26
13. CONCLUSIONS	27

PRÒLEG

Programa de coordinació entre serveis socials, salut mental i atenció primària és el títol d'un dels dos treballs guanyadors de la 15^a edició del Premi Ferran Salsas i Roig, corresponent a l'any 2003, realitzat i presentat per un equip format per professionals que treballen en els àmbits esmentats als barris de Sant Andreu i la Franja del Besòs de la ciutat de Barcelona.

La interrelació entre la situació social de les persones i la seva salut mental, posa de manifest la necessitat d'abordar els usuaris amb trastorns mentals dels serveis socials d'una forma global i amb una visió integral que comporta una coordinació institucional de les diferents entitats competents.

El treball parteix d'una anàlisi de la coordinació dels centres de salut mental amb els equips d'atenció primària, tant socials com de salut, i el sistema jurídic, per descriure l'objectiu primordial del projecte: iniciar un pla operatiu que tracti del reconeixement de la responsabilitat compartida de les tres xarxes de serveis (atenció primària de salut, salut mental i serveis socials) en l'abordatge i el tractament dels casos.

Marga Dordella i Cirera

Presidenta delegada de l'Àrea
de Salut Pública i Consum
de la Diputació de Barcelona

És una satisfacció per a l'Ajuntament de Rubí poder presentar la publicació del treball que va guanyar, ex-aequo, el Premi Ferran Salsas i Roig, en la seva 15a edició, la concessió del qual es va realitzar el 25 d'abril de 2003.

Aquesta edició, sota el lema de la Salut Comunitària, va comptar amb la presentació de 28 treballs que optaven al Premi.

El treball que publiquem, Programa de coordinació entre Serveis Socials, Salut Mental i Atenció Primària (SS-CSM-AP), signat per Agnès Llatas Sánchez com a responsable de la presentació del projecte al Premi, era el producte d'un equip de treball molt ampli, format per professionals de diferents serveis que operen en els àmbits de l'Atenció Primària de Salut, de la Xarxa especialitzada de Salut Mental i de l'Atenció Primària de Serveis Socials i ubicats al barri de Sant Andreu i a la Franja del Besòs, de Barcelona, així com del Consorci Sanitari de Barcelona (CatSalut) i de la Direcció Tècnica d'Afers Socials de l'Ajuntament de Barcelona.

La temàtica que aborda és de molta actualitat i ha estat objecte en els darrers anys de diverses experiències que, sovint, han estat presentades a jornades i congressos especialitzats. La particularitat del treball que ara publiquem és que no es limita a plantejar el tema de la coordinació entre l'Atenció Primària de Salut i l'Atenció especialitzada a la Salut Mental, o entre l'Atenció a la Salut Mental i l'Atenció Primària de Serveis Socials, que són temes més freqüents, sinó que intenta interrelacionar alhora les tres xarxes.

El fet que actualment s'estigui debatent una nova Llei de Serveis Socials a Catalunya posa encara més d'actualitat el tema, ja que la nova llei implicarà, sens dubte, un augment de la població coberta pels Serveis Socials, la qual cosa, unida a la cobertura ja universal del nostre sistema sanitari, suposarà una major necessitat de coordinació entre les diferents xarxes públiques.

Tenim el convenciment que el treball que presentem constituirà una contribució eficaç per a la reflexió dels professionals que tenen la missió d'atendre i assessorar les persones que pateixen un trastorn mental, sigui greu o no, i presenten alhora problemes socials, facilitant el punt de mira interdisciplinari i transversal que és imprescindible a l'hora d'abordar aquests casos.

Ens congratulem de complir així els objectius que es proposava l'Ajuntament de Rubí quan va instituir el Premi Ferran Salsas i Roig: honorar la memòria de Ferran Salsas, promoure la recerca en matèria de salut i facilitar instruments als professionals per a millorar la seva tasca.

Carme García Lores
Alcaldesa de Rubí

1. INTRODUCCIÓ

La interrelació entre la situació social de l'individu i la seva salut mental posa de manifest la necessitat d'abordar els usuaris de serveis socials amb trastorns mentals d'una forma global. Una visió integral comporta necessàriament una coordinació institucional de les diferents entitats que hi tenen competència.

Des dels Serveis Socials d'Atenció Primària Territorials (SSAP) s'ha evidenciat que hi ha una sèrie de situacions amb problemàtica de salut mental que es repeteixen i que cal identificar línies clares d'intervenció i de coordinació, així com els dispositius i recursos clau implicats.

Aquest projecte de treball comú està emmarcat i respon a:

1. L'anàlisi que conté el document del Pla Integral "Atenció social i salut mental", dossier del Pla núm. 4. Pla Integral. Gener 1998, que una comissió tècnica composta per entitats públiques i privades va fer de l'atenció social i sanitària en salut mental durant l'any 1998.
2. Les conclusions, recomanacions i propostes d'actuació del Consorci Sanitari de Barcelona Ciutat (CSB) recollides en el document "Propostes d'actuació per a l'atenció social i sanitària en salut mental a Barcelona". Consorci sanitari de Barcelona. Gener 1999. Aquestes propostes inclouen estratègies per desenvolupar en la línia de la informació, de la formació de professionals, de la coordinació, de la posada en marxa de mesures organitzaves internes dels serveis i de planificació.

Actualment les competències en salut mental i serveis socials segueixen vies diferents, per aquest motiu l'abordatge de les persones amb problemes socials i de salut mental es parcel·la d'una manera no funcional. Aquesta partició en l'abordatge dificulta una visió integral i global de la situació, i a més fragmenta la persona i dilueix qualsevol possibilitat d'intervenció.

Aquest projecte és necessari perquè la falta de coordinació i el fet de no afrontar els casos d'una manera responsable es converteix en un símptoma afegit per a la persona, que es vincula als Serveis en funció de necessitats o d'afectes, i moltes vegades es desresponsabilitza i adopta una posició passiva i dependent.

2. ÀMBIT D'ACTUACIÓ

L'abast territorial del projecte comprèn la Franja del Besòs de la ciutat de Barcelona. La correspondència geogràfica amb les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) dependents de la Direcció de Serveis d'Atenció Primària de Salut de Sant Andreu engloba els codis 9E i 9F, amb els seus corresponents EAP, Bon Pastor i Trinitat Vella (Via Barcino). Del barri de la

Verneda abasta les ABS 10H, 10I i 10J, dependents de la Direcció de Serveis d'Atenció Primària de Salut de Sant Martí.

3. PUNT DE PARTIDA

En la majoria dels districtes, ja es dona una coordinació entre els professionals de SSAP, Centres de Salut Mental (CSM) i Equips d'Atenció Primària de Salut (EAP), moltes vegades de caràcter informal i per afinitats personals, però que necessiten un paraigua instrumental o eix vertebrador que ordeni l'abordatge d'aquells casos que més es repeteixen per protocol·litzar mínimament alguna d'aquestes intervencions més habituals amb la finalitat de facilitar l'abordatge i l'ús de recursos i serveis.

A l'inici del projecte, la comissió tècnica va discutir i definir temes clau o bàsics que en aquells moments es consideraven punts febles en la coordinació i en el treball conjunt de Serveis Socials, Salut Mental i Atenció Primària de Salut:

- Fer-se càrrec del cas en atencions directes puntuals sense vinculació de les persones al Servei.
- L'intercanvi d'informació.
- Les altes hospitalàries psiquiàtriques.
- La intervenció en casos d'urgència i crisi de salut mental.
- L'atenció domiciliària.
- La intervenció en infants i adolescents.
- Recursos i centres necessaris per a adults i infants.

3.1. ANÀLISI DE LES COORDINACIONS PRÈVIES AL PROJECTE

3.1.1. COORDINACIÓ AMB ELS CSM

L'interlocutor bàsic en la majoria dels casos és el treballador social dels centres, tot i que a vegades són el psicòleg, el psiquiatre o algun dels responsables dels centres.

A partir de l'anàlisi de les coordinacions dels centres de SSAP de la ciutat de Barcelona (28 centres), amb el CSM durant l'any 2000 es va constatar la situació següent:

- Quant al grau de coneixement entre institucions:

- Els CSM d'Adults són coneguts pel 96% dels SSAP.
- Els CSM d'Infants i Joves són coneguts pel 89% del SSAP.
- El 82% del SSAP han visitat els CSM d'adults i el 46% el CSM infantojuvenils.
- El 71% coneix també altres centres i serveis de salut mental (centres de dia, hospitals psiquiàtrics, etc.), però només els ha visitat el 50%.

- Quant al tipus de coordinacions establertes:

- Amb CSM d'adults:
 - Coordinació per casos: Amb els CSM d'adults, la totalitat dels SSAP coordinen casos amb el professionals dels CSM. Molts SSAP manifesten, però, que el nombre de casos coordinats és molt baix, només es coordinen entre el 10 i el 30% de casos que es porten des dels dos serveis.
 - Coordinacions estables: Només un 7% de SSAP (2 centres) manifesten tenir una coordinació estable amb el CSM. En algun SSAP en què s'ha posat en marxa una experiència de coordinació estable amb el CSM, s'ha aconseguit arribar a una coordinació d'entre un 60% i un 100% dels casos, amb un alt grau de satisfacció per ambdós serveis.

- Amb CSM infantojuvenil:
 - Coordinació per casos: Un 93% del SSAP té coordinació per casos.
 - Coordinació estable: Un 18% de SSAP (5 centres) té un espai de coordinació estable amb el CSMIJ. En alguns d'aquests centres es duu a terme un treball coordinat de tots els serveis que intervenen en la infància i l'adolescència.
 - No coordinació: En un 7% de SSAP no hi ha coordinació de cap tipus amb el CSM d'infants i joves.

- Altres tipus de coordinacions i espais de treball amb els CSM:
 - En 6 SSAP tenen un espai d'interconsulta amb el CSM d'Adults.
 - En 3 SSAP els directors tenen un espai de coordinació estable amb el CSMA i CSMIJ.
 - 3 SSAP participen en les Taules de Salut del Districte.

- Amb altres centres i serveis de salut mental (centres de Dia, hospitals, unitats de crisi...):
 - Un 46% de SSAP té coordinació directa, normalment per casos.

3.1.2. COORDINACIÓ AMB ELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

En la majoria de SSAP no hi havia coordinació per a temes de salut mental. La coordinació prioritària amb els EAP és per a temes de gent gran i d'infància. Alguns SSAP (25%) coordinen alguns casos amb psiquiatria. Aquesta coordinació, però,

és difícil d'aconseguir, i en la majoria de casos les coordinacions de Serveis Socials s'estableixen amb el treballador social del centre d'Atenció Primària de Salut. Salut Mental manté unes interconsultes periòdiques amb l'EAP on es fa un seguiment indirecte (sense visitar el pacient) dels casos amb trastorns mentals que es porten des de l'Atenció Primària de Salut.

Actualment Salut Mental també té un programa de suport i de consultoria telefònica amb l'Atenció Primària de Salut.

3.1.3. COORDINACIÓ AMB EL SISTEMA JURÍDIC

D'acord amb el sistema que es va establir en el seu moment, la coordinació amb el sistema judicial es porta a terme des de l'assessoria jurídica de la Direcció Tècnica d'Afers Socials als districtes. Cada vegada que des dels SSAP es produeix una notificació a la Fiscalia o al Jutjat sobre una persona presumptament incapaç, sia per iniciar un procediment d'incapacitació o per demanar un internament involuntari, cal que es faci arribar a la Direcció Tècnica una còpia d'aquest escrit o expedient.

El seguiment es fa, doncs, de tots els casos iniciats des dels SSAP i es coordina preferentment amb els advocats dels SSAP i, excepcionalment, amb els treballadors socials.

4. INICI DEL PROJECTE

- Durant el 1999 i el 2000 es van començar a aplicar les recomanacions d'actuació del CSB: "Propostes d'actuació per a l'atenció social i sanitària en salut mental a Barcelona", posant en marxa l'atenció psiquiàtrica en la població de sense sostre, que actualment està funcionant i que s'ha de continuar treballant.

- Durant l'any 2000 s'ha iniciat un Pla de Formació complementari adreçat als professionals de SSAP, per tal d'adquirir coneixements sobre qüestions relatives a l'abordatge de persones amb problemes de salut mental, així com fòrums de reflexió i debat que permetin intercanvis i la discussió de casos concrets.

- En un primer moment, la prioritat per al 2000-2001 es va centrar a identificar perfils i després fer propostes d'abordatges d'usuaris atesos als centres de SSAP, per tal de posar en marxa de manera operativa les recomanacions abans esmentades.

5. OBJECTIUS

L'objectiu global del projecte és iniciar un Pla Operatiu que tingui en compte l'abordatge coordinat entre les tres xarxes de serveis, SSAP, CSM i EAP, per fer front a les principals situacions de les persones amb necessitats socials bàsiques que, a més a més, tenen problemes de salut mental.

Els objectius concrets del projecte són:

1. Descriure l'estat inicial de la coordinació entre SSAP, CSM i APS.
2. Facilitar la interrelació entre les xarxes institucionals de Serveis Socials, Salut Mental i Atenció Primària, i acordar:
 - a. Espais de construcció de discurs, de coneixement mutu i de treball comú (jornades, sessions de treball, fòrums...).
 - b. Models de coordinació i circuits més eficients i consensuats.
3. Identificar algunes situacions clau d'usuaris de SSAP amb problemes de salut mental i fixar criteris, circuits i pautes d'abordatge (protocol d'actuació).
4. Promoure l'intercanvi d'informació entre els professionals de les tres institucions.
5. Definir l'actitud en situació de crisi o risc (informe mèdic d'AP dels casos concrets no vinculats a CSM).
6. Establir una coordinació entre SSAP i APS d'aquells casos no coneguts o bé desvinculats del CSM.
7. Establir una formació complementària específica en temes psiquiàtrics als treballadors familiars que fan atenció domiciliària.

6. DISSENY GENERAL DEL PROJECTE

La metodologia està basada en dos eixos:

1. L'intercanvi de coneixement tècnic entre els professionals implicats constituïts en comissió tècnica de treball.
2. Diagnosi de la situació inicial:
 - a. Anàlisi quantitativa
 - I. Anàlisi de les dades de SSAP de 1999: Els usuaris amb problemes de salut representen un 26% del total. D'aquests problemes podem destacar els tipus següents:

	% Problemes	% Usuaris
Manca de cobertura sanitària	1,6%	1,3%
Alcoholisme i altres toxicomanies	5,5%	4,6%
Malalties orgàniques transitòries i intervencions quirúrgiques	4,3%	3,6%
Malalties orgàniques cròniques	26,2%	21,7%
Trastorns mentals *	11,8%	9,8%
Demències	10,2%	8,4%
Manca d'autonomia funcional	26,3%	21,8%
Altres problemes de salut	14,2%	28,8%

* Els trastorns mentals de les persones usuàries són gairebé un 12 % del total de problemes de salut, la qual cosa, després d'haver aplicat el coeficient de correcció, correspon com a mínim al 7,5 % de la població, aproximadament unes 2.440 persones dels àmbits d'aplicació del projecte.

Aquesta dada no inclou ni les demències ni "altres problemes de salut" on hi pot haver algun altre problema de salut mental.

A través de l'estudi qualitatiu realitzat i segons el seguiment de les intervencions dels professionals, s'estima que almenys una tercera part són trastorns mentals severos segons la classificació del Pla de Salut.

La tendència progressiva d'usuaris de Serveis Socials amb trastorns mentals és d'un increment mitjà del 2% anual.

II. Dades del CSM de 1999: Durant l'any 1999 es van atendre 29.056 persones, de les quals 26.828 eren adultes i 5.222 infants i adolescents.

Dels trastorns mentals d'adults, es considera que 1.047 són casos amb trastorns mentals severos i resistents (diagnòstic psiquiàtric greu de més de dos anys d'evolució).

Des dels CSM d'adults i infantojuvenils, s'estima que l'atenció a persones amb trastorns mentals i problemes socials és entorn del 5% del total de persones ateses als CSM. Si ens centrem en les persones adultes, això pot significar unes 1.341 persones de la zona d'estudi.

L'estudi presentat a l'any 1997, realitzat per la Direcció d'Afers Socials,

ja recull una primera Classificació Marc entorn de la situació social de persones grans i adultes amb trastorns mentals severos (atesa tant els SSAP com a través dels dispositius que atenen les persones sense sostre).

La proporció relativa de persones amb problemes de salut mental és alta en aquest col·lectiu, però el nombre de casos és relativament petit.

En les tipologies presentades a l'estudi del 1997, la que correspon al més alt grau d'afectació en la salut mental però que es presenta en un nombre reduït de casos, correspon a persones sense domicili, que viuen al carrer o en domicilis molt precaris (albergs o pensions).

La incidència de trastorns mentals en usuaris sense sostre o transeünts és més elevada que en les persones que tenen domicili: a l'entorn del 20% en persones ateses al carrer i del 30% de les persones ateses a l'alberg tenen un trastorn mental sever.

Tal com ja hem fet esment, es tracta de situacions personals greus amb un nombre d'unes 80 persones a l'any.

b. Anàlisi qualitativa

Estudi qualitatiu de les situacions "tipus" de persones amb problemes socials i de salut mental, així com de les intervencions que s'hi duen a terme.

Tipologies:

I Adult (dona/home), entre 30 i 60 anys

II Dona mare d'entre 30 i 45 anys

III Gent Gran, home/dona de més de 60 anys

IV Adolescents de 13 a 18 anys

V Home consumidor de drogues/alcohol. entre 30 i 60 anys

VI Família amb més d'un malalt mental a la família

El tipus d'estudi que s'ha escollit és una anàlisi descriptiva de la realitat de les situacions "tipus" que es donen amb més freqüència i el seu impacte en els SSAP independentment del volum.

La comissió es va constituir com una comissió tècnica que analitzà les pautes d'abordatge de diverses situacions "tipus" i l'optimització dels instruments de coordinació i de treball requerits en cada cas. El calendari que es va pactar tenia una fase intensiva durant l'últim trimestre per treballar tècnicament sobre les situacions "tipus" amb l'objectiu de tenir una primera proposta operativa al gener de 2002, que van ser:

	Tipologia I
SEXE/EDAT	Dona/Home entre 30 i 60 anys.
ESTRUCTURA FAMILIAR	Sol/a amb relacions familiars llunyanes o distanciades. Família col-lateral d'adults. Monoparental amb fill adult.
TRASTORN	Trastorns mentals severos: paranoies, esquizofrènia, bipolars...
TRACTAMENT	En tractament en algun moment. Assistència irregular al tractament. Medicació. Generalment coneguts pels CSMA.
DEMANDA A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Generalment, la demanda és de tercers: veïns, GU, fill/a llunyà. Associació. • Ell mateix per demanda econòmica. • Ocasionalment el CSM deriva per Atenció Domiciliària.
MOTIU D'ENTRADA A SS	<ul style="list-style-type: none"> • Crisi que el posa en risc a ell/a mateix o a tercers (conflictes). • Desinternaments hospitalaris. • Demanda de recurs econòmic o d'Atenció Domiciliària.
PROBLEMES ASSOCIATS	<ul style="list-style-type: none"> • Precarietat o mala organització econòmica. • Habitatge en males condicions o situació precària. • Si hi ha família, conflictes familiars. • Aïllament social.
INTERVENCIÓ I CIRCUIT A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliària. • Contenció/Assessorament a veïns i/o família. • Activació de mecanismes d'urgència. • Revinculació del pacient al CSMA. • Coordinació entre diferents centres especialitzats.: C de Dia, CSMA. • Intervenció pont per substitució.
PRINCIPALS RECURSOS QUE S'ACTIVEN	<ul style="list-style-type: none"> • Tramitació de recursos econòmics. • Atenció domiciliària (organització de la llar, acompanyament a CSMA, control de la medicació) i bugaderia i neteja
PROFESSIONALS INTERNS QUE HI INTERVENEN	Treballador social tractament. Treballador/a familiar (quasi sempre). Assessorament psicològ.(alguna vegada atenció) i assessor jurídic
PROFESSIONALS EXTERNS	GU. 061. IMPU HOSPITALS. ABS excepcionalment.
PRINCIPALS DIFICULTATS	<p>VISITES DOMICILIÀRIES: Desconeixement de la simptomatologia clínica que presenta l'usuari. No té cap utilitat la presència del treballador social.</p> <p>Desinternament HOSPITALARI. Dificultat per revincular el pacient al CSMA que acudeix directament al SSAP (per vinculació prèvia a SS). Falta de coordinació entre hospitals i CSMA.</p> <p>L'ASSESSORAMENT I LA CONTENCIÓ DE FAMILIAR O VEÏNS d'una situació de la qual des de SS es desconeix la clínica, el pronòstic i el tractament.</p> <p>DIFICULTAT DE COORDINACIÓ AMB CSMA. Seria necessari fer un pla conjunt d'intervenció en cas que aquest usuari tingués unes necessitats socials bàsiques.</p>
ALTERNATIVES PUNTUALS	<p>Previsió de les crisis per part del CSMA.</p> <p>Visites a domicili i/o activació del mecanismes d'urgència per part del CSMA.</p> <p>Treballadors a domicili especialitzats des de l'àmbit de salut.</p> <p>Orientació i assessorament a veïns o familiars des del CSMA.</p> <p>Definir al psicòleg de SS com el professional per fer la coordinació amb CSMA.</p>

	Tipologia II
SEXE/EDAT	Dona mare d'entre 30 i 45 anys.
ESTRUCTURA FAMILIAR	Moltes vegades, cap de família d'un sol progenitor. A vegades és membre d'una família nuclear (amb pare present).
TRASTORN	Trastorns mentals variis: psicosis descompensades, trastorns depressius, bipolars.
TRACTAMENT	Tractaments amb assistència irregular. La meitat no és coneguda pels CSMA.
DEMANDA A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • L'escola pel tema dels fills: absentisme, falta de cura, preocupació per la situació familiar. • Elles mateixes. per demanar un recurs.
MOTIU D'ENTRADA A SS	<ul style="list-style-type: none"> • Maltractament o falta d'atenció als fills. • Demanda de la mare de tenir els fills amb ella (quan aquests estan en família d'acollida, centres DGAI, etc.). • Conflicte familiar. • Demanda econòmica. • Via d'urgències quan es descompensa.
PROBLEMES ASSOCIATS	<ul style="list-style-type: none"> • Desbordament o incapacitat per a l'atenció dels fills. • Dificultat d'organització domèstica. • Dificultats econòmiques i situació laboral precària. • Deutes d'habitatge. Desnonament. • A vegades relacions conflictives amb excompany o també de dependència amb família d'origen.
INTERVENCIÓ I CIRCUIT A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculació de la família amb dues xarxes: Xarxa de Protecció de la (EAIA i DGAI) i Xarxa de Salut Mental. • Activació dels mecanismes d'urgència. • Revinculació del pacient al CSMA.
PRINCIPALS RECURSOS QUE S'ACTIVEN	<ul style="list-style-type: none"> • Activació de tots els professionals. • Ocasionalment, visita domiciliària. • Tractament psicosocial amb la mare. • Treballadora familiar (temes d'organització de la llar).
PROFESSIONALS INTERNS QUE HI INTERVENEN	Treballador social i psicòleg en relació amb la mare. Educadors en relació amb l'escola i els nens. Treballadora familiar (organització domèstica). EAIA (moltes vegades, només assessorament)
PROFESSIONALS EXTERNS	L'escola quasi sempre. DGAI ABS (mai)
PRINCIPALS DIFICULTATS	Vinculació o revinculació de la mare al procés terapèutic. La protecció dels fills. Consensuar objectius i mesures. (SSAP-EAIA---DGAI JUSTÍCIA) Multintervenció i desbordament de SSAP. És un tipus de cas que crea angoixa i alarma social. Descoordinació entre tots els interventors.
ALTERNATIVES PUNTUALS	Millorar la coordinació amb CSM després de les altes psiquiàtriques.

	Tipologia III
SEXE/EDAT	Home o dona gran de més de 60 anys.
ESTRUCTURA FAMILIAR	Sol/a o família llunyana o distanciada.
TRASTORN	Trastorn psíquic crònic i trastorns neurològics degeneratius (demències, altres...) En general, no són coneguts pel CSMA.
TRACTAMENT	En general, no estan en tractament.
DEMANDA A SERVEIS SOCIALS	Generalment, la demanda és de tercers: veïns, GU, fill/a llunyà, PADES
MOTIU D'ENTRADA A SS	<ul style="list-style-type: none"> • Risc a ell/a mateix o a tercers. Demanda de solucionar conflictes amb veïns. • Desinternaments (altes aguts). • Atenció (en situació extrema).
PROBLEMES ASSOCIATS	<ul style="list-style-type: none"> • Precarietat econòmica. • Condicions higièniques de l'habitatge. • Aïllament social.
INTERVENCIÓ I CIRCUIT A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Activació de mecanismes d'urgència. • Activació de mecanismes legals d'incapacitació.
PRINCIPALS RECURSOS QUE S'ACTIVEN	<ul style="list-style-type: none"> • Atenció domiciliària. Treballadora familiar (control alimentació i higiene.). Compra d'aparells electrodomèstics alternatius. • Contenció i suport veïnal i familiar. • Intents de coordinació amb CSM i/o hospitals (desinternaments). • Serveis Tècnics Districte.
PROFESSIONALS INTERNS QUE HI INTERVENEN	Treballador social. Treballadora familiar. Assessorament del psicòleg de SSAP (en algun cas puntual). Assessorament jurídic.
PROFESSIONALS EXTERNS	PADES. GU. 061. IMPU, hospitals.
PRINCIPALS DIFICULTATS	Desconeixement i desprotecció de la treballadora familiar davant d'agressions paranoiques de la seva presència, etc. Desinternaments sense vinculació a un CSM. Ingressos involuntaris, procediment poc clar i falta de coordinació. Incapacitacions (lentitud del procés). Quan es denega la incapacitació i hi ha risc per a l'usuari i tercers, què fer? Falta de recursos socio-sanitaris.
ALTERNATIVES PUNTUALS	Més coordinació en els desinternaments. Treballar i formar les associacions que tutel·len.

	Tipologia IV
SEXE/EDAT	Adolescent de 13 a 18 anys (més sovint de 14 a 17).
ESTRUCTURA FAMILIAR	Diversa però també sovint monoparental. Alguna família multiproblemàtica.
TRASTORN	Trastorn de personalitat o de conducta.
TRACTAMENT	En general, no hi ha tractament o hi ha hagut visites puntuals i el noi o la noia no s'hi ha vinculat.
DEMANDA A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Àvia o mare desbordada. • Escola GU (comportament conflictiu o delictiu).
MOTIU D'ENTRADA A SS	<ul style="list-style-type: none"> • Absentisme. • Comissió d'algun acte delictiu, absentisme. • Agressivitat i/o inestabilitat.
PROBLEMES ASSOCIATS	Precarietat econòmica i laboral de la família. A vegades, família desestructurada.
INTERVENCIÓ I CIRCUIT A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenció psicosocial amb la mare/àvia. • Connexió i coordinació amb tots els interventors (GU, DGAI, ESCOLA, CSMIJ). SS és un connector. • Treball amb xarxa entre les institucions (amb èxit en alguns CSS).
PRINCIPALS RECURSOS QUE S'ACTIVEN	<ul style="list-style-type: none"> • Treball grupal amb la mare. • Recursos econòmics. • Treball familiar i suport a la mare o a la família. • Activació de recursos d'ensenyament alternatiu i de lleure. Coordinació escolar.
PROFESSIONALS INTERNS QUE HI INTERVENEN	Treballadors social de tractament. Edugador en relació amb l'adolescent. Assessorament del psicòleg de SSAP. Atenció psicològica a la família.
PROFESSIONALS EXTERNS	CSMIJ, UCA. EAIA (alguna vegada). EAP, UEE, escoles especials. Recursos laborals.
PRINCIPALS DIFICULTATS	LA VINCULACIÓ de l'adolescent a una teràpia. El treball amb l'adolescent quan la família no se'n fa càrrec i no és un cas de desemparament. Recursos alternatius d'ensenyament.
ALTERNATIVES PUNTUALS	Recursos de SM per a adolescents. Per ex., centre de dia. Que el CSMIJ es faci càrrec del cas de la globalitat (encara que no sigui possible la intervenció directa, per ex., treball amb la família). Treball en xarxa.

	Tipologia V
SEXE/EDAT	Home de 30 a 60 anys. Consumidor de drogues o OH.
ESTRUCTURA FAMILIAR	Diversa.
TRASTORN	Trastorns de personalitat, paranoies i altres trastorns associats al consum.
TRACTAMENT	Ocasionalment al CAS.
DEMANDA A SERVEIS SOCIALS	Veïns, Guàrdia Urbana.
MOTIU D'ENTRADA A SS	<ul style="list-style-type: none"> • Urgència: Risc per a ell o per a tercers. • Desinternaments. • Agressivitat, escàndols a la comunitat...
PROBLEMES ASSOCIATS	Economia precària.
INTERVENCIÓ I CIRCUIT A SERVEIS SOCIALS	<ul style="list-style-type: none"> • Connexió entre CSM i CAS. • Visita domiciliària amb GU • Mecanismes d'urgència. • Coordinació amb ABS CAS, SAPIR.
PRINCIPALS RECURSOS QUE S'ACTIVEN	Recursos econòmics.
PROFESSIONALS INTERNS QUE HI INTERVENEN	Treballadora social. Psicòleg assessorament.
PROFESSIONALS EXTERNS	ABS. FISCALIES, JUTJATS. SAPIR.
PRINCIPALS DIFICULTATS	Patologia dual: Quina ha de ser la via d'entrada d'aquestes persones: SM o CAS? La xarxa de SM no l'accepta en tractament, si no està en un tractament per a la drogodependència. Incapacitació: Lentitud en assignar tutors.
ALTERNATIVES PUNTUALS	Recursos, residències per a persones malaltes mentals i consumidors. Que un centre es faci càrrec del cas i es coordinin entre ells. Treballadors a domicili o educadors especialitzats des de l'àmbit de salut.

	Tipologia VI
SEXE/EDAT	Més d'un malalt mental per família.
ESTRUCTURA FAMILIAR	Nombroses i diverses. Famílies patològiques.
TRASTORN	Membres amb trastorns mentals severos i membres amb altres trastorns mentals lleus, reactius. Hi són presents disminucions.
TRACTAMENT	Han rebut tractaments puntuals, no vinculats. Internaments i desinternaments successius. No hi ha tractament de la globalitat del cas.
DEMANDA A SERVEIS SOCIALS	Diversa.
MOTIU D'ENTRADA A SS	<ul style="list-style-type: none"> • Econòmics. • Desinternaments. • Demanda d'atenció domiciliària
PROBLEMES ASSOCIATS	Precarietat econòmica greu.
INTERVENCIÓ I CIRCUIT A SERVEIS SOCIALS	Casos crònics de SS.
PRINCIPALS RECURSOS QUE S'ACTIVEN	<ul style="list-style-type: none"> • Assistencials. • Mecanismes d'urgència.
PROFESSIONALS INTERNS QUE HI INTERVENEN	Treballador social. Psicòleg. Treballador familiar.
PROFESSIONALS EXTERNS	GU. CSM. Institut de Disminuïts. Fiscalies...
PRINCIPALS DIFICULTATS	Manca de visió o tractament global. Incapacitat per fer qualsevol intervenció amb resultats. Complexitat de la situació legal.
ALTERNATIVES PUNTUALS	Treball terapèutic de la globalitat familiar. Personal de Salut Mental a domicili.

7. FASES DEL PROJECTE

1ª FASE: DESPLEGAMENT

1. Creació d'una comissió mixta de treball formada per tècnics de les tres entitats implicades: SSAP, CSM i EAP. Aquesta comissió té les funcions següents:

- a. Acordar el tipus de prospecció: disseny, mètode i calendari.
- b. Fer el diagnòstic i les propostes provisionals de pautes d'abordatge, circuits i coordinacions estables.
- c. Fer el seguiment genèric de les proves pilot als territoris.
- d. Avaluació i conclusions de la prova pilot.

2. Identificar la població diana, persones amb problemes socials i de salut mental. A posteriori, determinar criteris, circuit social i pautes d'intervenció.

3. Identificar models de coordinació eficients i consensuats amb les tres entitats.

- a. Prospecció del tipus i grau de coordinació entre les entitats mitjançant qüestionari escrit. Anàlisi de la percepció de dificultats per les tres xarxes.
- b. Identificació de les situacions de dificultats o mancances en la coordinació amb el sistema judicial.

2ª FASE: APLICACIÓ DE LES CONCLUSIONS PROVISIONALS

Inici de la prova pilot al territori de la Franja del Besòs, amb la creació d'una comissió de seguiment. Seguiment i avaluació de la prova pilot.

3ª FASE: CONCRECIÓ DE RESULTATS I CONCLUSIONS DEFINITIVES

Avaluació de la prova pilot, conclusions i propostes definitives.

8. CIRCUIT BASE DE COORDINACIÓ

El projecte planteja la coordinació com l'eix fonamental, establint un circuit base per sincronitzar les accions entre les tres entitats.

- Les persones o famílies que siguin usuàries de Serveis Socials o arribin per una demanda social i es detecti un problema de SM seran derivades directament a Salut Mental des dels Centres de SSAP, tal com s'ha fet fins ara, pactant prèviament l'estratègia de derivació i el pla de treball a seguir si és el cas. Aquesta coordinació es farà entre els professionals que porten el cas de forma directa. Serveis Socials utilitzarà la fitxa de derivació interserveis.

- Així mateix, formarien part de la coordinació bàsica els casos que el CSM consideri

necessari derivar a Serveis Socials. El CSM utilitzarà la mateixa fitxa de derivació interserveis. En aquesta situació, els motius d'inclusió al programa que, entre d'altres, es tenen en compte són:

1. Derivació a Serveis Socials per valorar el recurs d'atenció domiciliària.
2. Derivació a Serveis Socials després d'una alta hospitalària psiquiàtrica.

• Es preveuen dos tipus de fitxes de derivació interserveis:

1. Una fitxa de derivació de SSAP a EAP i a l'inrevés.
2. Una fitxa de derivació de SSAP a CSM i a l'inrevés.

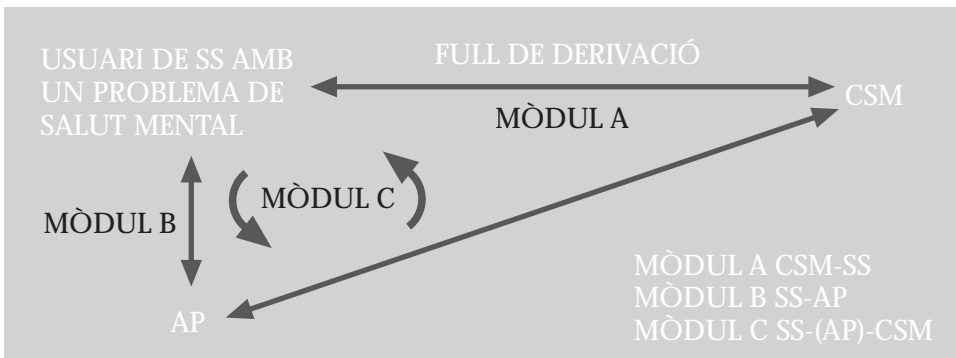
9. MÒDULS DE TREBALL PER A LA COORDINACIÓ

Es preveuen, a més de la coordinació base per derivació i seguiment de casos, i sempre que els professionals ho creguin necessari, uns mòduls de treball conjunt necessaris en els apartats següents:

- Mòdul A: Centre de Salut Mental-Serveis Socials on es treballen estratègies de vinculació i revinculació conjunta, així com també es fa la previsió del pla de treball d'aquells casos d'altres hospitalàries que necessitin una intervenció per part de SSAP.

- Mòdul B: Serveis Socials-Atenció Primària de Salut on es valora i s'acorden si és necessari una estratègia conjunta de derivació al CSM.

- Mòdul C: Serveis Socials-Atenció Primària de Salut-Centre de Salut Mental, és un espai de treball conjunt on s'abordaran en especial casos no coneguts pel CSM, susceptibles de preparar de forma conjunta una derivació des de SSAP o de dissenyar un pla terapèutic conjunt. En aquest espai es pot donar una consulta i assessorament mutu i, alhora, desenvolupar un programa de suport de Salut Mental a Serveis Socials amb consulta i assessorament, interconsulta de Salut Mental i actuacions conjuntes, visites pont o de traspàs, visites domiciliàries, etc.



10. COORDINACIÓ AMB L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Pel que fa a les persones amb trastorns mentals i necessitats de serveis socials:

- En els casos que el usuari no són coneguts pels CSM i arriben a SSAP cal establir els referents d'aquesta coordinació de Serveis Socials amb l'Àrea Bàsica, en cada nivell.
- En algun centre ja es tenia coordinació; en alguns casos era amb el coordinador de l'àrea bàsica, en altres amb l'adjunt d'infermeria i encara amb d'altres amb el treballador social del centre. No obstant això, cal pactar en cada territori el nivell de coordinació adient en cada cas, emmarcat en un criteri de treball sociosanitari més ampli.
- L'actuació de l'APS en les situacions en què s'ha d'anar a domicili es protocol·litza en una actuació condicionada a una valoració sanitària prèvia d'urgència o no. En alguns casos no es dona una situació d'urgència però és necessari fer una visita a domicili per tal de fer una valoració conjunta i establir una estratègia comuna de vinculació a un tractament.
- En aquests moments l'Atenció Primària de Salut del territori d'estudi té una consultoria específica per a temes de salut mental que els dona suport i assessorament.
- El marc de col·laboració i de treball necessita un mòdul B de coordinació específic d'Atenció Primària de Salut amb Serveis Socials, independentment del que l'APS ja té amb Salut Mental.

11. PROGRAMA ESTRATÈGIC D'ACTUACIÓ

CALENDARI

- | | |
|--|--------------------|
| • Acord institucional | maig 2001 |
| • Presentació del projecte pilot a les instàncies implicades de cada territori, i acord de la proposta operativa | maig - juliol 2001 |
| • Inici del funcionament del protocol de coordinació | setembre 2001 |

DESENVOLUPAMENT DE LES ACTIVITATS DE COORDINACIÓ

- Disseny i aplicació del circuit bàsic de coordinació
- Creació dels mòduls de treball:
 - Mòdul A
 - Mòdul B
 - Mòdul C

- Disseny del circuit dels casos de trastorns mentals a l'APS.

Aquestes activitats estan descrites als apartats corresponents.

CONTROL I AVALUACIÓ

Es fa l'avaluació amb els indicadors següents:

- Nre. de casos atesos des de SSAP amb problemes de salut mental.
- Nre. de casos atesos des d'EAP amb necessitats socials.
- Nre. de casos amb fitxa de derivació.
- Nre. de reunions per mòduls de coordinació previstos.
- Nre. de casos coordinats segons Mòdul A.
- Nre. de casos coordinats segons Mòdul B.
- Nre. de casos treballats i analitzats en Mòdul C.
- Nre. de casos amb Pla de Treball o Projectes Terapèutics conjunts.
- Valoració dels resultats dels casos en funció de:
 - Variables de salut (estabilitat en el tractament, disminució de les crisis)
 - Variables socials (grau de dependència, col·laboració de la família, xarxa, altres...)

12. RESULTATS

Tipologia de casos atesos des d'APS:

Les dades que es presentem representen una anàlisi realitzada sobre 91 casos estudiats durant l'últim trimestre del 2001 que van ser presentats com a casos "tipus".

Tipologies	Percentatge del total de casos
I Adult (dona/home), entre 30 i 60 anys	40 %
II Dona mare d'entre 30 a 45 anys	20 %
III Gent gran, home/dona de més de 60 anys	12 %
IV Adolescents de 13 a 18 anys	12 %
V Home consumidor de drogues/OH. entre 30 i 60 anys	5 %
VI Família amb més d'un malalt mental a la família	6 %

La mesura de l'impacte que genera l'atenció de casos amb problemes de salut mental des de Serveis Socials, independentment del volum de casos atesos, es va determinar a partir d'una escala de puntuació de l'1 al 10. La puntuació mitjana que ens dona la mesura de l'impacte que genera als SSAP l'atenció d'aquests tipus de casos és de 7 (escala de 1 a 10).

És una puntuació molt alta tenint en compte que no correlaciona, si estudiem cada centre de SSAP en particular, amb la proporció del nombre de casos amb problemes de salut mental atesos, i que per tant respon a la complexitat i les dificultats de la intervenció.

Les dades referides a l'activitat de l'any 2002, d'usuaris de SSAP amb problemes de salut mental, amb la implantació d'aquest Protocol de Coordinació a l'ABS Via Barcino, són les següents:

Els 83 casos d'adults, que es distribueixen en:

35 casos (42%) estaven vinculats a SSAP:

- Es coordinaven 21 amb CSM.
- No es coordinaven 14 (Mòdul A).

26 casos (31%) estaven tractats per SSAP, però no coneguts pel CSM, possibles usuaris d'AP (Mòdul B).

22 casos (27%) eren usuaris de SSAP, coneguts per CSM però actualment desvinculats d'aquest (Mòdul C).

En la implantació del protocol:

- S'estableix l'inici de la coordinació segons el Mòdul A (SS-SM) per als 14 casos no coordinats.
- S'estableix l'inici de la coordinació segons el Mòdul B (SS-AP) per als 26 casos no atesos o desconeguts per CSM.
- S'estableix l'inici de la coordinació segons el Mòdul C (SS-AP-CSM) per als 22 casos no vinculats al CSM.

Els 48 casos d'infants i joves atesos per SSAP es distribueixen en:

14 casos (29%) que estaven vinculats al CSMII.
4 casos (8,4%) que no estan vinculats al CSMII.
16 casos (62,6%) que són desconeguts pel CSMII.

Dels casos vinculats es treballa la coordinació segons el Mòdul A. També dels casos no vinculats, però coneguts pel CSMII, es treballa la coordinació segons el Mòdul C.

En total:

S'ha fet la coordinació del 100% de casos (28) del Mòdul A. S'han dut a terme 4 reunions per a casos d'adults i 5 per a infància i joventut, i s'ha establert una periodicitat mensual. S'ha confeccionat la fitxa de coordinació.

S'ha fet la coordinació del 100% de casos (30) del Mòdul B. S'han fet 5 reunions d'adults i 5 per a infància i joventut. S'ha establert una periodicitat mensual.

Pel que fa el Mòdul C de coordinació s'han realitzat 3 reunions de casos d'infància i joventut, i s'han coordinat 13 dels 16 casos detectats.

13. CONCLUSIONS

1. Responsabilitat compartida en l'abordatge i el tractament dels casos

Els serveis tenen la responsabilitat d'establir mecanismes per tal de facilitar la presa a càrrec de les situacions que li són específiques. La responsabilitat del professional és encarregar-se del cas, assenyalant tot allò que es pot fer o que caldria fer, i assumir la responsabilitat de l'abordatge del cas concret.

No solament considerem tractament tots aquells mecanismes que s'engeguen per millorar la persona dins el seu entorn, sinó que també la responsabilitat compartida en dirigir, acompanyar i donar suport a mecanismes de vinculació i revinculació de pacients, estratègies indirectes de derivació, programes de suport a famílies, programes de suport a institucions i, en definitiva, un treball coordinat dels diferents serveis que hi estan implicats.

El treball en xarxa vol dir corresponsabilitzar-se de les intervencions compartides, i així s'ha dut a terme en aquest treball, fent ús dels mòduls i/o els espais de coordinació i treball pertinents.

2. Establiment d'un sistema bàsic de coordinació

S'ha articulat un sistema bàsic i consensuat de coordinació i derivacions. Aquest sistema és estable pel que fa a circuits, continguts i instruments utilitzats. L'estabilitat i la periodicitat temporal en el futur caldrà marcar-la en funció del volum i de les necessitats de cada territori.

3. Autonomia de decisió de l'interlocutor

L'interlocutor vàlid de cada un dels serveis implicats és aquell que coneix el cas i té capacitat per prendre decisions en aquell cas concret, a la vegada que està consensuat entre els tres serveis.

4. Planificació de les altes d'hospitals psiquiàtrics

Les altes d'hospitals psiquiàtrics estan planificades des de Salut Mental, i al pacient se li dóna hora per al tractament ambulatori al seu CSM en el termini de 15 dies a 3 setmanes. D'aquesta manera són els serveis especialitzats en SM els que es coordinen amb els Serveis Socials per a l'Atenció Domiciliària del pacient, que té un trastorn mental i problemes socials.

Aquesta coordinació fa possible la valoració i la planificació, abans de l'alta del pacient, de la necessitat d'atenció domiciliària, per tal de facilitar al CSM fer el tractament i la coordinació amb el SSAP.

5. Atenció a les situacions de crisi

Entenem per crisi la situació percebuda pels demandants que, o bé per la seva magnitud o intensitat, o bé pel tipus de conductes o manera de presentar-se (a vegades amb risc per a la mateixa persona o per a tercers), o bé perquè és una situació imprevisible, provoca una desestabilització de l'entorn amb què interactua la persona que té el trastorn mental, i genera una reacció de demanda d'actuació urgent, sia per desbordament, per sobrecàrrega de tensió o per negació d'implicació.

Aquesta situació es dona molt sovint en les tipologies I i III (adults i gent gran), però a vegades també en la tipologia II (dona mare) i, per descomptat, en les situacions d'urgència que es donen en la tipologia V (malaltia mental i consum de drogues) i VI (famílies patològiques amb més d'un malalt mental).

En els casos de les visites domiciliàries per una d'aquestes situacions de crisi, el CSM fa una valoració de la situació i de la urgència, abans de decidir l'estratègia a seguir i si cal que el treballador social faci o no la visita. En els casos que el CSM no coneix el cas, són els professionals sanitaris de l'EAP els qui es corresponsabilitzen de la visita domiciliària amb el treballador social per avaluar la situació i fer la qualificació d'urgència a partir del dictamen i l'informe mèdic.

Cal tenir present que s'ha aconseguit articular la resposta als casos d'urgència i de crisi de salut mental de la xarxa especialitzada de Salut Mental, la xarxa d'Atenció Primària de Salut, la xarxa de SSAP i, quan es requereix, la policia local i el sistema jurídic.

6. Atenció domiciliària en malalts psiquiàtrics

El tema de l'atenció domiciliària en malalts psiquiàtrics és un servei encara no del tot resolt, i que està en procés de desenvolupament. La figura del treballador familiar especialitzat en temes psiquiàtrics s'ha d'emmarcar en una visió i organització sociosanitària per atendre les persones amb problemes de salut mental i socials. Aquesta figura professional especialitzada actualment no existeix i s'està suplint amb l'esforç personal d'altres professionals.

Caldrà preveure Plans Individuals de Seguiment (PSI) que haurien de ser majoritàriament altes hospitalàries que incloguin l'atenció domiciliària psiquiàtrica, i coordinats des dels Serveis de Salut, tal com s'està implantant amb molt d'èxit en altres àmbits territorials.

7. El tercer pilar de la coordinació

L'Atenció Primària de Salut és el graó fonamental de l'assistència sanitària. Actualment un 90% de la xarxa de la ciutat està reformada. Ha estat fonamental iniciar els contactes amb l'EAP, per tal de concretar i formalitzar el circuit de cooperació i treball des de la vessant sociosanitària en tot tipus de població amb problemes de salut mental i necessitats socials.



AJUNTAMENT DE RUBÍ

Amb el suport de:



**Diputació
Barcelona**
xarxa de municipis