

Open Acces



A LA RESIDÈNCIA, COM A CASA?

Grup de Treball ATDOM de la CAMFiC, Grup de Treball d'Atenció a la Gent Gran de l'AIFiCC

Adreça per a correspondència:

Grup de Treball
ATDOM de la CAMFiC.

Grup de Treball d'Atenció
a la Gent Gran de
l'AIFiCC

Adreça electrònica:
atdom@camfic.org

Quan les persones envelleixen, augmenta la prevalença de multimorbiditat i de discapacitat¹. És aleshores quan l'accessibilitat i les condicions del domicili, a més a més de la capacitat d'autocura i de cura del seu entorn cuidador, esdevenen rellevants per poder continuar vivint al seu domicili.

Quan una persona no pot acudir als centres d'atenció primària l'opció inicial dels professionals és incloure'l al programa d'atenció a domicili (ATDOM). Però sovint, la progressió de les malalties cròniques, la intensitat o complexitat de les cures o causes més relacionades amb l'esfera social i de les relacions fan que no es pugui atendre a la persona amb la qualitat necessària al domicili i és quan l'opció de la residència assistencial va agafant força. De manera que ens trobem que les RA han deixat de ser només llocs per viure i han esdevingut escenari d'atenció a la complexitat clínica.

Segons dades publicades per Catsalut² els pacients que viuen en una residència assistencial són de mitjana 10 anys més grans dels que no hi viuen (85,7 anys vs. 75,7 anys). Del total d'homes residents a Catalunya majors de 64 anys, el 3,1% viuen en una residència assistencial i de les dones, la proporció és d'un 6,1%. L'any 2016, un 32,4% de les persones que vivien en residències assistencials eren pacients crònics complexos (PCC) mentre que només ho eren un 8,1% dels no residents, i un 9,3% pacients amb malaltia crònica avançada (MACA). La mortalitat dels pacients en residència assistencial s'ha incrementat els darrers anys del 16,5% l'any 2012 al 23,6% el 2016. També tenen un major consum de fàrmacs (mitjana de 11,7 principis actius diferents, mentre que els pacients no residents en prenen 8,2). I ingressen més sovint (tant a dispositius sanitaris com a socio-sanitaris).

Les residències assistencials esdevenen així en un entorn singular, ja que la població catalana que viu als centres residencials té unes condicions de salut més complexes que la població que no viu institucionalitzada, inclús per als mateixos grups d'edat². Per la qual cosa, la complexitat assistencial que comporta aquest col·lectiu de persones s'ha de tenir en compte a l'hora d'organitzar l'atenció sanitària a aquesta població i també en l'assignació de recursos per tal de donar una resposta adequada a les seves necessitats.

Tot i que la residència passa a ser el nou domicili de les persones i tenen tot el dret a ser ateses pels seus equips de referència (totes les persones institucionalitzades estan assignades a un equip d'atenció primària), la realitat actual reflexa molta variabilitat i solucions diverses que impliquen diferents dispositius assistencials. Hi ha una important variació geogràfica, que suposa una iniquitat geogràfica (per exemple, en funció de la taxa de pacients prevalents ingressats en residències assistencials) i també hi ha una gran diversitat en la provisió i en la titularitat³. Per últim, també és molt diversa la provisió de l'atenció (el mateix equip d'atenció primària, professionals propis de la residència, equips de suport a l'atenció residencial (EAR) de diferents proveïdors, etc.).

Si ens centrem en aspectes assistencials, l'atenció sanitària a les persones grans institucionalitzades no és una tasca senzilla. La progressiva pèrdua de la funcionalitat i l'elevada freqüència de caigudes i d'altres síndromes geriàtrics fan més difícil el seu tractament i seguiment. La concurrència d'altres condicionants afegits, com el fet de trobar-se en un medi tradicionalment no sanitari, la possible manca de formació geriàtrica dels professionals, la coexistència d'interessos públics i privats, els freqüents dilemes ètics i els problemes legislatius, etc., fan més difícil la tasca dels professionals sanitaris. De fet, les avaluacions de la qualitat assistencial acostumen a mostrar l'existència de problemes, com per exemple l'elevat ús de medicació psicoactiva i sedant, de fàrmacs de baixa eficàcia terapèutica, de reaccions adverses o d'excessiu ús de restriccions físiques⁴.

Respecte a la coordinació de les residències amb l'atenció sanitària de l'atenció primària i d'especialistes d'àmbit hospitalari, encara que s'ha avançat molt, la situació continua essent deficitària. Les residències estan adscrites al Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (TASF) però com s'ha dit prèviament, depenen en última instància d'atenció primària, essent els professionals d'atenció primària els responsables de la seva farmàcia, així com en molts casos de l'atenció directa dels usuaris (especialment en situacions d'urgències en residències sense cobertura mèdica les 24 hores).

La situació es complica quan es necessita de la valoració i seguiment per part d'algun especialista hospitalari, que donat les característiques dels usuaris, són sobretot psiquiatria, neurologia, traumatologia i geriatria. La legislació actual no contempla la necessitat que els especialistes hagin de desplaçar-se a les residències de forma programada o a demanda dels professionals sanitaris amb interconsulta o l'establiment de programes específics d'atenció especialitzada a residència.

En aquest context cal oferir una atenció integral i integrada per abordar les necessitats i les demandes sanitàries i socials d'aquestes persones. Fer-ho, però, planteja un nou paradigma d'atenció sanitària que requereix prioritzar la proximitat dels professionals per garantir el contínuum assistencial, tot seguint les estratègies definides conjuntament pel Departament de Salut i de TASF⁵.

Per desplegar el nou model d'atenció residencial es requereixen canvis en el marc normatiu tant de l'àmbit sanitari com social i d'adaptació dels indicadors (per avaluar tant el procés d'atenció com la qualitat del mateix). Per portar a terme la cartera de serveis cal adaptar els recursos assistencials sanitaris als requeriments de la major complexitat assistencial d'aquestes necessitats, amb una intensitat superior a la pròpia d'un equip d'atenció primària quan atén persones no institucionalitzades. Els equips assistencials sanitaris de les residències, ja siguin directament integrats a l'equip d'atenció primària o amb altres models però amb estreta coordinació amb l'atenció primària, han de tenir reconeixement, plantilles adequades, i recursos i formació per assumir el model. Així mateix, cal potenciar la coordinació entre tots els equips assistencials implicats en l'atenció integral a les persones i posar en valor els professionals que treballen a les residències assistencials.

Des del nostre punt de vista, és important tenir uns escenaris de futur cap on orientar el model i avançar en la construcció d'una veritable atenció sanitària integrada, de qualitat i equitativa respecte la resta de la població, és a dir, adaptada a les necessitats específiques de les persones que viuen en residència assistencial. En aquest camí, pensem que hem de comptar amb tota la xarxa assistencial que tenim en cada territori, per aprofitar els recursos disponibles i les experiències valuoses que s'hagin desenvolupat, tot adaptant la cartera de serveis i articulant les relacions entre serveis per aconseguir la necessària integració assistencial, pivotant en l'atenció primària.

El desplegament territorial, tot mantenint els seus objectius, principis i marc general del model, ha de tenir la suficient flexibilitat per adaptar-se a la realitat específica de cada lloc, en funció del nombre de residències, població a cobrir, varietat de dispositius assistencials, iniciatives innovadores que es puguin desenvolupar i totes aquelles realitats que puguin ser facilitadores per a la implantació del model en les millors condicions d'èxit.

L'atenció primària és la responsable de l'ATDOM de les persones (tant al domicili particular com a la residència). Els professionals de l'atenció primària tenim un paper clau en la preparació i acompanyament de la persona i les seves famílies, quan la institucionalització és una solució per donar resposta a les seves necessitats d'atenció. És a les nostres mans col·laborar amb els altres recursos sanitaris i socials que també atenen les persones en aquesta difícil transició. Les persones són el centre, l'objectiu de tota la nostra activitat, allà on siguin, sigui quin sigui el seu domicili.

Les presentacions de la jornada del 9 d'octubre de 2018 'A la residència, com a casa?' estan disponibles [aquí](#).

BIBLIOGRAFIA

1. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. [Consultat el 16 de novembre de 2018] Disponible a:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
2. Unitat d'informació i Coneixement. CatSalut. PPAC. Departament de Salut. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en residències assistides. Any 2016. [Consultat el 16 de novembre de 2018] Disponible a:
http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/informes_breus/informes_breus_n12.pdf
3. Idescat. Equipaments per a la gent gran. Residències. [Internet]. [Consultat el 16 de novembre de 2018] Disponible a
<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=849>.
4. Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. Document de reflexió sobre contencions. [Consultat el 16 de novembre de 2018] Disponible a:
http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/08etica_aplicada_als_serveis_socials/01comite_d_etica/Document_reflexio_contencions.pdf
5. PIAISS. Generalitat de Catalunya. Atenció sanitària integrada a les persones que viuen en centres residencials. [Consultat el 16 de novembre de 2018] Disponible a:
<https://upimir.com/wpcontent/uploads/2018/01/Presentaci%C3%B3-acord-interdepartamental-atenci%C3%B3-resid%C3%A8ncies.compressed.pdf>

Com citar l'article: Grup de Treball ATDOM de la CAMFiC. Grup de Treball d'Atenció a la Gent Gran de l'AlFiCC A la residència com a casa?. But At Prim Cat 2018;36:54.