

Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana
Llibre de Ponències (2000), p. 385-388

EL PAPER DE LA TREBALLADORA SOCIAL

M. ANTÒNIA TRAÏD

Treballadora social. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

COORDINACIÓ ENTRE PROFESSIONALS DE DIVERSES DISCIPLINES I LLOCS DE TREBALL, AMB UN OBJECTIU COMÚ

L'experiència a què es refereix el present treball, correspon a la coordinació entre el Servei d'Oncologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona i els Equips PADES (*Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport*). Aquesta col·laboració va estructurar-se coordinadament a partir de l'any 1993. La valoració inicial dels aspectes sociofamiliars dels casos i les tasques de coordinació i enllaç entre els serveis implicats, van ser encomanades a la treballadora social del Servei d'Oncologia.

El nombre de pacients en seguiment conjunt entre el Servei d'Oncologia de l'Hospital i els equips del PADES, és d'uns 250 casos anuals aproximadament.

El circuit de seguiment inclou:

- Derivació del pacient hospitalitzat o ambulatori a l'equip PADES
- Consultes a l'oncòleg responsable
- Visites a Hospital de Dia, per valoració de problemes puntuals, aguditzacions, etc.
- Reingressos hospitalaris quan la situació del pacient he requereixi
- Valoracions d'ingrés a Unitats de cures pal·liatives

El seguiment conjunt de malalts avançats, a domicili, s'ha coordinat majoritàriament amb equips PADES, però també amb alguns EAP (*Equips d'Atenció Primària*). Els equips PADES arriben a conèixer perfectament l'entorn familiar i la situació puntual dels cuidadors; a la ciutat de Barcelona el seu suport ha millorat de forma important l'assistència a domicili. La coordinació amb els PADES (i algun EAP) es va iniciar per suggeriment del director d'Oncologia Mèdica i es va concretar en diverses reunions de l'equip d'Oncologia (metges, infermeres, treballadora social) i els equips PADES. En aquestes reunions s'estudia el seguiment dels casos, s'intercanvien experiències i punts de vista, s'informa de les actuacions i activitats respectives, es procura la millora de la coordinació i s'elaboren treballs de recerca conjunts.

LA COORDINACIÓ

Definicions:

«Coordinar és disposar diverses coses metòdicament i amb un cert ordre»

«Posar en ordre per tal de formar un conjunt»

«Combinar quelcom harmònicament per a una acció comuna»

Premisses bàsiques des de la vessant del treball social:

- a) LA INFORMACIÓ sobre el cas a coordinar ha de ser:

PUNTUAL: és necessari que arribi abans de la derivació, amb el temps suficient perquè el professional que rep el cas pugui establir les condicions d'acolliment i d'abordatge més adient i preveure els recursos que caldran inicialment per al tractament del cas, així com possibilitar la programació anticipada de l'assistència dins del volum de treball a atendre.

COMPLETA: tenir cura d'informar de tot el que faciliti la comprensió del cas i dels seus condicionaments; evolució, recursos personals i familiars, suport social, nivell d'informació sobre el diagnòstic i el pronòstic, existència de mecanismes de defensa, de conflictes, etc.

AJUSTADA AL QUE CAL SABER: sense incidir en aspectes anecdòtics o tangencials que poden donar una visió «maquillada» o distorsionada de la situació i, per tant, RESPECTUOSA, amb les exigències de l'ètica sobre el secret professional, segons diu el Codi d'Ètica dels Treballadors Socials: *«Tant la recollida com la comunicació de dades, seran restringides a les necessitats de l'actuació professional...» «No es viola el secret en un treball en equip i/o interdisciplinari, sempre que el que es reveli sigui necessari per a la intervenció professional»*

- b) ACORDAR OBJECTIUS COMUNS: establir un repartiment de funcions que pugui evitar:

Encavalcar actuacions: molt sovint, es repeteixen gestions per manca d'aquest repartiment de funcions que ha d'acompanyar la derivació d'un cas; o bé, és freqüent que les entrevistes que es mantenen amb els pacients i/o les famílies, tractin d'iniciar l'abordatge del cas repetint les mateixes preguntes que ja ha fet el professional derivant.

Discrepàncies sobre quin plantejament és el més eficaç o sobre quin pla de treball hem de seguir. Cal respectar els plantejaments i orientacions donades pels altres professionals amb què ens coordinem. És convenient arribar a un consens el més ampli possible sobre aquest punt. És ben cert que molt sovint discreparem sobre les actuacions més adients, però cal que aquesta discussió enriqueixi els plantejaments sense transcendir als malalts i famílies.

- c) MODELS D'ORGANITZACIÓ que garanteixin la COORDINACIÓ:

Cal aconseguir una organització PERMEABLE, amb possibilitat d'intercanviar experiències, valoracions i punts de vista sobre l'evolució dels casos tractats conjuntament.

La COORDINACIÓ ha de produir-se amb FLEXIBILITAT, possibilitant l'atenció del malalt en el lloc més adequat per atendre les diferents fases de la malaltia i les necessitats concretes que va presentant.

PERSONALITZADA: cada cas presenta característiques diferents lligades a la manera personal de viure la malaltia; a les necessitats específiques que es presenten i a la capacitat personal i familiar de afrontar-les.

Amb criteris GLOBALITZADORS: cal que els nostres models d'organització estiguin regits per criteris globalitzadors del concepte de salut, preveient la totalitat de les necessitats que presenta el malalt i el seu entorn; per aquesta raó, es fa necessari un abordatge interdisciplinari amb els equips de metges, infermeria, assistents socials, psicòlegs, fisioterapeutes, serveis religiosos i altres, que integrin disciplines de treball específiques, amb tasques concretes com l'atenció als aspectes socials i familiars, la reinserció del malalt en societat, la rehabilitació, l'atenció espiritual i la pal·liació dels sofriments. La integració d'aquests professionals dins del projecte comú de l'equip terapèutic, és una tasca d'unificació de criteris.

d) CIRCUIT DE COORDINACIÓ

Cal que sigui:

ÀGIL a l'hora d'establir els circuits de coordinació per al seguiment conjunt dels malalts, hem d'evitar defectes de forma i manques de planificació que provoquen demores, dispersió d'esforços i ineficàcia vers la correcta atenció al malalt.

EFICIENT fàcilment aplicable i vàlid per aconseguir els objectius que ens marquem en cada cas, i adequat a les necessitats que vagi presentant la seva evolució.

L'APORTACIÓ DE LA TREBALLADORA SOCIAL

En els equips interdisciplinaris, la treballadora social, a més de tasques de coordinació ja descrites, treballa en els següents elements:

- Aporta el seu coneixement sobre:
 - La situació social i familiar del pacient.
 - Els recursos més adients a cada cas.
 - La capacitat pràctica i emocional dels cuidadors.
 - El grau d'informació sobre la malaltia que tenen assumit malalt i familiars.
- En la seva relació professional amb el pacient i la família estableix un abordatge que facilita l'adopció de mesures de tractament en cada fase de la malaltia.
- Incideix favorablement en la reconducció de la dinàmica de relació familiar quan aquesta resulta alterada per les circumstàncies de la malaltia.
- Promou la participació de la família en el procés terapèutic.
- Treballa en la prevenció i tractament de la claudicació emocional.
- Proveeix recursos legals.

- Orienta vers el suport psicològic adequat.
- Col·labora en el suport i contenció després de la mort.
- Dóna consell en l'adaptació al medi i a la nova situació dels supervivents.
- Procura i coordina el suport del voluntariat.

PROPOSTES DE MILLORA

Amb aquesta exposició, hem volgut demostrar la importància de la coordinació entre equips interdisciplinaris de diferents nivells assistencials, com a eina d'utilitat eficaç en l'atenció domiciliària del malalt oncològic, però ens queden, encara, molts aspectes per millorar. Entre altres, podríem destacar els següents:

- Encetar i fomentar una col·laboració més extensa amb els equips d'atenció primària, tenint en compte els bons resultats de la coordinació amb els equips PADES. Aquesta proposta ja s'ha treballat a nivell d'equip hospitalari i s'està començant a materialitzar.
- Caldria comptar amb cuidadors a domicili eficients i accessibles, tot el temps que fos necessari, a fi d'ajudar les famílies i evitar la seva claudicació.
- Necessitat de disposar d'ajuts econòmics de tramitació ràpida.
- Accessibilitat i rapidesa en el tràmit de pensions d'invalidesa.
- Facilitar tractaments per a l'elaboració del dol.
- Col·laborar en la millora de la comunicació entre els equips assistencials, el malalt i els familiars, facilitant així la informació sobre la malaltia i el seu pronòstic i el grau d'acceptació de la situació.

BIBLIOGRAFIA

- GARCIA, E. D. (1994) "Asistencia Domiciliaria. La muerte en casa. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales". A: GÓMEZ SANCHO, M. (ed.), *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, p. 229-252.
- GÓMEZ BATISTE, X. et al. (1991) "Atenció Domiciliària". *Monografías Clínicas en Atención Primaria*, p. 131-149. Barcelona: DOYMA.
- GÓMEZ BATISTE, X. et al. (1996) *Cuidados Paliativos en Oncología*, p. 313-332. Barcelona: JIMS S.A.
- GUINOVAR, C. (1990) *Tractament familiar en malalts terminals. El malalt terminal i els professionals de la salut*. Barcelona: Ed. Claret.
- NOVELLAS, A. et al. (1998) *Treball Social en Cures Pal·liatives*. Barcelona: Servei Català de la Salut: Societat Catalana Balear de Cures Pal·liatives.