

Serveis residencials per a persones amb endarreriment mental i malaltia mental: anàlisi de context.

RESUM

Es tracta d'una aproximació a una tipologia de servei no des de la seva definició o model actual, si no tractant aspectes de context. De les bases sobre les que es sustenta i que constitueixen els seus punts dèbils. Dificultats per a aconseguir personal qualificat i estable que permetin la formació continuada i l'establiment de línies de treball tècnic. L'absència de criteris tècnics a l'hora de valorar la idoneïtat en l'assignació de residents fan que l'assignació per descart (impossibilitat d'atenció en altres tipologies de servei), amb criteris d'urgència social i no acceptació en la xarxa de salut mental fan que uns pocs residents acaparin els recursos de que s'ha dotat el model en una dinàmica de contenció que impossibilita que aquells que es podrien beneficiar del recurs evolucionin i alimenta la dinàmica de rotació de personal ja assenyalada. D'altra banda les instal·lacions amb normatives sanitàries i industrials cada cop més exigents i complexes exigeixen de temps i recursos que s'ha de restar al objectiu central: l'atenció als residents, i que, en el cas de serveis residencials s'agreuja per la càrrega que suposa els temes logístics (alimentació, bugaderia, etc.). Finalment el model organitzatiu actual, fruit de la pròpia normativa dels serveis socials i d'una tendència vers models burocràtic – agreujat per la manca de recursos i confusió conceptual- ha donat lloc a una profusió de protocols, registres, manuals de bones pràctiques, etc. que essent un mitjà per a la Qualitat amb majúscules passen a ser un fi en sí mateixos i, per tant, a una qualitat en minúscules. D'aquesta forma, una part important de recursos han de destinar-se a la qualitat en minúscules en detriment de la Qualitat en majúscules. Analtzarem cadascun d'aquest aspectes:

Personal:

Hem analitzat les dades del personal en el que respecte a incapacitat laboral transitòria (ilt), absències, baixes i altes contractual del primer semestre i comparat amb el promig de les 5 residències que tenim:

ilt (dies)	Total	Prop. base 100	
Ratio/lloc treball	14,20	189%	
Total centres	7,50		

Absències (dies)	Total	Prop. base 100	
Ratio/lloc treball	0,96	112%	
Total centres	0,86		

Baixes	Total	Prop. base 100	Voluntàries	Prop. Base 100
Ratio/lloc treball	0,86	172%	0,81	213%
Total centres	0,50		0,38	

Altes	Total	Prop. base 100	
Ratio/lloc treball	0,82	158%	
Total centres	0,52		

Excés hores	Total	Prop. base 100		
Ratio/lloc treball	14,16	206%		
Total centres	6,86			

L'anàlisi de les dades del quadre de RRHH ens permet observar:

a.- La càrrega de treball en aquesta tipologia de servei és, sens dubte, superior a altres serveis residencials. Això dona lloc, en un mercat laboral dinàmic i amb menys ofertes que demandes de treball, a:

a.1.- un major nombre de baixes, especialment les voluntàries, que observem és un 113% major que el promig.

a.2.- És, al nostre entendre, aquesta major càrrega laboral un dels factors responsables de les incapacitats laborals transitòries i absències.

a.3.- Les baixes, ILT i absències comporten la necessitat d'un major volum contractual, que observem és un 58% major que el conjunt. És l'èxit d'un seguit de dispositius (canvis de torn, prepagaments i disponibilitats horàries) que fan que malgrat major no ho sigui de forma proporcional a les necessitat de contractació que sens ells seria necessària.

Si be hem atribuït a la càrrega de treball les dades anteriors no seria una anàlisi complerta si no l'ampliem amb la introducció d'un concepte relatiu: càrrega de treball/retribució. Aquesta nou concepte inclou a tots els serveis residencials i no només al que és objecte aquí:

Per una banda, en la majoria dels casos, treballar en un servei residencial comporta treballar en diumenges i festius. A més, l'atenció de 24 hores comporta exigències que no es donen en serveis diürns: higiene, roba, malaltia, coordinació entre equips, etc. L'atenció és fa més complex de forma que establir una mera proporció d'hores anuals és un greu error.

En l'altra banda de la relació tenim la retribució. Si estudiem la nostra principal competència (sanitat, ensenyament i centres diürns) i valorem sous, vacances i prestigi social observem que en res podem competir.

Que això no es mera reflexió teòrica ho observarem amb les següents dades del 1 de gener al 8 de juny:

a.- Ofertes gestionades: 75.

b.- Mitja inscripcions/oferta: 7,2.

c.- De les 12 de les ofertes que permetien conèixer el nombre de visites observem que sols el 6,7% dels que les van visitar es fan decidir a inscriure's. Si afegim que de les persones inscrites un cert nombre van ser eliminats per criteris de ubicació geogràfica llunyana, no tenir residència a l'estat o no disposar de permís de treball i, en alguns casos, per perfil clarament no adient al lloc de treball ens donem compte del baix interès del mercat laboral vers aquest tipus de feina.

Tanmateix i per eliminar la hipòtesi de que aquestes dades són idiosincràtiques de la nostra institució hem estudiat les ofertes del nostre sector observant:

- a.- Els sous i condicions de treball són semblants.
- b.- Els requisits són a la baixa.
- c.- El temps de permanència de les ofertes és alta.

Tot això ens fa pensar que una realitat general i que no és que les institucions no vulguin, si no que no poden oferir millors condicions. En segon lloc que la única resposta que es pot donar és la de rebaixar les exigències en els requeriments i la selecció.

Residents:

En l'anàlisi de les dades feta a la memòria de l'any 2004, any de l'obertura, de la nostra residència varem observar amb l'Escala d'Avaluació Psicopatològica, en la versió referida, es va observar que 22 dels residents (76%) donen puntuació positiva en psicopatologia. La freqüència observada per ítem va ser:

Conducta	n+	%+
Generalmente (NO) acepta bien las normas y las reglas sociales.	21	72,4%
No puede afrontar el estrés.	18	62,1%
Hostilidad y agresiones hacia otros.	13	44,8%
Se frustra fácilmente ante el fracaso.	13	44,8%
Manifestaciones o apariencia de tristeza, soledad, infelicidad, desesperación, y/o pesimismo.	12	41,4%
(NO)Evita discutir problemas físicos salvo en situaciones apropiadas.	12	41,4%
Recientemente (en los últimos meses) notable deterioro en el rendimiento laboral, de su apariencia física y de sus relaciones sociales.	11	37,9%
(NO) Se adapta fácilmente a situaciones nuevas.	10	34,5%
Tiene dificultades para relacionarse con gente desconocida.	10	34,5%
Cambios de humor.	10	34,5%
Quejas de dolor excesivo y frecuente (P.Ej.: dolor de cabeza, estómago)	10	34,5%
No se puede relajar.	10	34,5%
Evidencia de sospecha de que otros están tratando de sacar ventaja de él.	10	34,5%
Se aísla del contacto social.	10	34,5%
Aumento o disminución de energía, fatiga física y/o mental.	9	31,0%
Ansioso, temeroso o tenso	8	27,6%
Miedo y/o preocupación constante.	8	27,6%
Insomnio, sueño inquieto.	8	27,6%
Dependencia excesiva de otros que se evidencia por la supeditación de sus propias necesidades a aquellas personas de las que depende.	7	24,1%
Las enfermedades físicas o el pretexto de tal enfermedad se usan frecuentemente para eludir tareas poco apetecibles como el trabajo.	7	24,1%
Tendencia a la dramatización y exageración en las expresiones emocionales.	6	20,7%
Pensamientos de su propia muerte y/o hipersensibilidad, llora fácilmente.	6	20,7%
Dificultad para concentrarse a causa de pensamientos divagatorios.	6	20,7%
Alucinaciones auditivas.	5	17,2%
Delios extravagantes.	4	13,8%
El paciente cree que enferma más frecuentemente que los demás.	3	10,3%
Miedo a una enfermedad grave como el cáncer a pesar de repetidas garantías de que tal problema no existe.	3	10,3%
Pérdida de peso inusual en los últimos cuatro meses.	2	6,9%
La persona es antisocial o considerado ofensivo, detestable en sus relaciones sociales con otros.	2	6,9%
Se ha quejado de que otras personas pueden leer sus pensamientos.	1	3,4%
Preocupación por un defecto físico desproporcionado con la realidad.	1	3,4%
Frecuentemente se queja de mareos, dolor de pecho, ahogos.	1	3,4%
Sensaciones de disconformidad con su propio sexo.	0	0,0%
Se exhibe en público.	0	0,0%
Por favor, especifique cualquier otro problema que no se incluya en los anteriores:	0	0,0%

Les dades anteriors semblen donar consistència a les següents hipòtesis:

a.- La dinàmica de derivació al servei es basa més en l'impacte i la càrrega en el entorn dels comportaments o símptomes que no pas al criteri d'utilitat terapèutica de la tipologia de servei. Així tant l'ICAP com l'Escala d'Avaluació Psicopatològica mostren que la dificultat de seguiment de normes és el tret més freqüent de la població. Això podria comportar, en el tema de la detecció i tractament en el diagnòstic dual, l'existència d'una borsa de psicopatologia que al no anar associada a dificultats en el seguiment de normes o no impliqués sobrecàrrega no fos detectada ni tractada.

b.- La constatació de que majoritàriament són persones que han rebut diferents tractaments farmacològics i estat en diferents institucions fan pensar que la seva simptomatologia és refractària als tractaments actuals.

Això implica que aquests serveis han d'organitzar-se per donar resposta a aquesta realitat i no orientar-se, sense renunciar-hi, per un model diagnòstic -tractament – alta que no seria capaç de donar resposta a les necessitats de la població atesa i generaria frustració en els professionals.

Tanmateix hem estudiat l'evolució dels psicofàrmacs i dels time-outs al entendre poden ser bons indicadors generals de l'evolució dels residents i del servei.

Per a l'evolució dels fàrmacs hem utilitzat el sistema de classificació ATC i de quantificació per mitja de les DDD deixant de banda prescripcions puntuals o condicionades (en cas d'insomni, si agitació, etc.)

Prescripcions	Residents	%	Max	Min	Promig	Moda
0	1	3,33%	7	0	3,45	
1	4	13,33%				
2	2	6,67%				
3	7	23,33%				
4	6	20,00%				
5	7	23,33%				
6	2	6,67%				
7	1	3,33%				
	30	100,00%				

Actualitzar

ATC: Grup terapèutic	Prescripcions	% grup N	Mitja DD
N01 ANESTESICOS	0	0,00%	
N02 ANALGESICOS	0	0,00%	
N03 <u>ANTIEPILEPTICOS</u>	29	27,10%	
N04 MEDICAMENTOS CONTRA EL PARKINSON	14	13,08%	
N05 <u>PSICOLEPTICOS</u>	58	54,21%	
N06 PSICOANALEPTICOS	6	5,61%	
N07 OTROS MEDICAMENTOS DE ACCION SISTEMA NERVIOSO	0	0,00%	
	107	100,00%	

ATC: Subgrup terapèutic (Psicolèptics)	Prescripcions	% grup N	Mitja DD
N05A <u>ANTIPSIOTICOS</u>	46	42,99%	
N05B ANSIOLITICOS	9	8,41%	
N05C HIPNOTICOS Y SEDANTES	3	2,80%	
	58	54,21%	

ATC: Subgrup químic-terapèutic (Antipsicòtics)		Prescripcions	% grup N	Mitja DD
N05AA	FENOTIAZINAS ALIFATICAS	8	7,48%	
N05AB	FENOTIAZINAS PIPERAZINICAS	3	2,80%	
N05AC	FENOTIAZINAS PIPERIDINICAS	1	0,93%	
N05AD	BUTIROFENONAS	5	4,67%	
N05AE	DERIVADOS DE INDOL	0	0,00%	
N05AF	DERIVADOS DE TIOXANTENO	4	3,74%	
N05AG	DERIVADOS DE DIFENILBUTILPIPERIDINA	1	0,93%	
N05AH	DIAZEPINAS, OXAZEPINAS Y TIAZEPINAS	13	12,15%	
N05AK	NEUROLEPTICOS PARA DISQUINESIA TARDIA	0	0,00%	
N05AL	BENZAMIDAS	0	0,00%	
N05AN	LITIO	2	1,87%	
N05AX	OTROS ANTIPSICOTICOS	9	8,41%	
		46	42,99%	

ATC: Subgrup químic-terapèutic (Antiepileptics)		Prescripcions	% grup N	Mitja DD
N03AA	BARBITURICOS Y DERIVADOS	1	0,93%	
N03AB	DERIVADOS DE HIDANTOINA	0	0,00%	
N03AC	DERIVADOS DE OXAZOLIDINA	0	0,00%	
N03AD	DERIVADOS DE SUCCINIMIDA	0	0,00%	
N03AE	DERIVADOS DE BENZODIAZEPINA	8	7,48%	
N03AF	DERIVADOS DE CARBOXAMIDA	10	9,35%	
N03AG	DERIVADOS DE ACIDOS GRASOS	6	5,61%	
N03AX	OTROS ANTIEPILEPTICOS	4	3,74%	
		29	27,10%	

DDD	Prescripcions	%	Max	Min	Promig	Moda
<0,50	33	30,84%	7,5	0,025	1,03	
0,50-0,60	13	12,15%	57,94%	10,28%	31,78%	
0,61-0,70	6	5,61%				
0,71-0,80	6	5,61%				
0,81-0,90	4	3,74%				
0,91-1,00	10	9,35%				
1,01-1,10	1	0,93%				
1,11-1,20	8	7,48%				
1,21-1,30	1	0,93%				
1,31-1,40	1	0,93%				
1,41-1,50	6	5,61%				
>1,50	18	16,82%				
		107	100,00%			

Evolució anual

Prescripcions	Max	Min	Promig	Moda
2004	6	1	3,63	5
2005	7	0	3,55	3
2006	7	0	3,45	3

DDD	Max	Min	Promig	Moda
2004	7,50	0,03	1,09	1,00

2005	7,50	0,03	1,12	0,40
2006	7,50	0,03	1,03	0,40

ATC: Grup terapèutic		% grup N		
		2004	2005	2006
N01	ANESTESICOS	0,00%	0,00%	0,00%
N02	ANALGESICOS	0,00%	0,00%	0,00%
N03	<u>ANTIPILEPTICOS</u>	24,77%	26,36%	27,27%
N04	MEDICAMENTOS CONTRA EL PARKINSON	11,93%	12,73%	13,13%
N05	<u>PSICOLEPTICOS</u>	57,80%	55,45%	54,55%
N06	PSICOANALEPTICOS	5,50%	5,45%	5,45%
N07	OTROS MEDICAMENTOS DE ACCION SISTEMA NERVIOSO	0,00%	0,00%	0,00%

2006-2004

DDD	+	-	=	Total	20/80: Núm residents acum. 80%	
Residents	8	5	13	26	2004	16
%	30,77%	19,23%	50,00%	100,00%		55% // 79%
						53% // 79%

2006-2004

Prescripcions	+	-	=	Total	20/80: Núm residents acum. 80%	
Residents	5	14	7	26	2004	19
%	19,23%	53,85%	26,92%	100,00%		66% // 79%
						63% // 79%

Time-out.	2004	2005	2006
Promig act/dia*resident	0,1066	0,1097	0,0708
MAXIM	11:45:00	9:15:00	8:10:00
MINIM	0:03:00	0:02:00	0:05:00
MODA	0:30:00	0:30:00	0:30:00
MEDIA	1:10:24	1:02:27	0:58:53
DESVIACION	1:16:56	0:56:52	0:52:57
COMPLERT	97,2%	97,5%	96,0%
Promig temps/dia*resident	0:07:17	0:06:41	0:04:05
20/80	7% // 80%	10% // 75%	10% // 82%

Aquestes dades fan pensar que:

- No sembla observar-se una utilització de fàrmacs en dosis més contenidores que terapèutiques.
- Hi ha una tendència al manteniment o disminució general tant de les prescripcions com de les dosificacions.
- Majoritàriament les dosificacions són iguals o inferiors a les DDD.
- S'observa un comportament dispar en els dos grups terapèutics més empleats (psicolèptics i antiepilèptics): els primers tendeixen a disminuir en la seva prescripció i

els segons tendeixen a augmentar. Tanmateix s'observa la tendència a reduir la combinació de diferents psicolèptics per consumidor i a augmentar-la en els antiepilèptics.

e.- No s'observa tendència a la concentració de les prescripcions i dosis en pocs residents.

Respecte als time-outs:

a.- S'observa una lleugera tendència a la disminució tant en la seva utilització com en la seva durada.

b.- Sí s'observa una tendència a la concentració de la seva utilització en uns pocs residents. Això estaria d'acord amb la seva alta especificitat.

c.- Sense disposar de dades hipotetitzem que la seva utilitat podria valorar-se més per efectes preventius en la aparició/manteniment de conductes i en ser una eina que permet reduir els consum de psicofàrmacs amb objectiu contenidor. En aquest sentit entenem que seria una estratègia molt menys restrictiva.. Per tal de poder aprofundir caldria, però, comparar dades amb centres on no s'utilitzes.

d.- Aquí sí s'observa el fenomen de concentració anteriorment al·ludit: presència d'un petit grup de residents que acumulen la majoria dels time-outs i, per extensió, de la atenció i recursos del centre.

Instal·lacions:

L'existència de normativa cada cop més estricta en relació a les instal·lacions i serveis, amb els objectiu de garantir la seguretat dels qui en gaudeixen o hi treballen, implica un important esforç. Les següents normes que són d'aplicació, sense pretendre ser exhaustives, volen ser un reflex d'un tema que, llevat del camp industrial, és poc valorat i que en el cas dels serveis socials aparenta ser inexistent.

Decret 27/1999 de Gestió de residus sanitaris.

Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de dades de caràcter personal.

Llei 31/1995 de Prevenció de riscos laborals.

Decret 352/2004 de Prevenció i control de la legionelosi.

Reial decret 2291/1985 d'aprovació del reglament d'aparells d'elevació i manutenció.

Reial Decret 1942/1993 d'instal·lacions de protecció contra incendis.

Ordre de 14 de maig 1987 de regulació del Reglament Electrotècnic de Baixa Tensió

Reial Decret 2817/83: Reglament Tècnic Sanitari de Menjadors Col·lectius

Les dimensions dels serveis objecte fan inevitable que els personal directiu hagi d'incloure dins del seu àmbit de treball aquest aspecte, malgrat sigui amb suport.

MODEL ORGANITZATIU.

La tendència actual, com ja hem assenyalat, cap a un model burocràtic, entès com aquell model d'organització en que prima el seguiment de normes i procediments sobre

l'assoliment d'objectius i resultats, tot hi entenent que normes i procediments són necessaris, constitueix un altre punt feble.

Un model així comporta, quan es porta a l'extrem :

- a.- Primacia del seguiment de les normes i procediments.
- b.- Proliferació de microindicadors i registres que assegurin que s'estan seguint normes i procediments. En seria un exemple un registre de participació en activitats físiques, de seguiment de règims alimenticis i de presa de medicació antihipertensiva.
- c.- Oblit dels macroindicadors en tant que aquest ens remetien a objectius i resultats. En seria un exemple l'índex de massa corporal i tensió arterial.
- d.- Valoració de les organitzacions en funció del grau de seguiment de protocols i complimentació de registres.
- e.- Conseqüentment les organitzacions primen en els seus objectius la confecció de protocols i registres (microindicadors).

Tot això portaria, en l'exemple empleat, a que una organització pugui obtenir una bona avaluació malgrat entre els seus usuaris augmentin l'obesitat i l'hipertensió i altre, malgrat tenir bons resultats en ambdós casos, obtingui puntuació baixa al haver destinat els seus recursos a la millora en el pes i tensió arterial i no a procedimentar i registrar més enllà del necessari.

CONCLUSIONS:

La constatació per un costat de l'assoliment d'uns objectius atencionals correctes en no constatar-se indicadors de contenció generalitzats (time-outs i dosificacions de farmacs) sembla que es contradiu amb la insistència en mostrar les debilitats del model. Aquesta contradicció es desfà si tenim present:

a.- El nivell assolit no és sostenible a mig o llarg termini. Si observem que la dedicació dels equips directius és un 106% superior a la resta d'equips de la institució i un 30% superior a les hores conveni (guardies telefòniques a banda) podem entendre que el nivell assolit pivota més sobre les persones que sobre el model. Això fa que no es pugui garantir en el temps aquest nivell.

b.- El nivell assolit, és en l'actualitat, un nivells de màxims. És dir, sense canvis estructurals, no es pot anar més enllà d'una atenció no contenidora el ritme de la qual ve marcada per la rotació de personal i l'estat dels residents més complexos. L'evolució dels residents de millor pronòstic resten en mans dels anteriors factors.

La millora del model passa de forma prioritària per una estabilitat del personal de forma que sigui viable la seva formació el que ha de permetre descarregar als equips directius i, en trencar-se el cercle vicios, que el nivell d'assoliment actual sigui de mínims i no de màxims.

En segon lloc la potenciació dels serveis mèdics especialitzats (UHEDIS) per tal de donar sortida a aquells residents la evolució dels quals mostra que no sols no se'n

beneficis dels recursos de la nostra tipologia de servei, si no que els acaparen en detriment de qui sí se'n beneficiaria.