

Desembre
2002



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Edita:



Quaderns de la bona praxi

*Com prestar
una assistència de qualitat
a persones que estan
en residències geriàtriques*

15

Redacció

Experts redactors d'aquest quadern

Coordinador: Jaume Padrós Selma

Secretari Junta Govern COMB i Director de la Unitat de Valoració Geriàtrica. Fundació Conviure.

Pedro Ignacio Anton Gorostidi. Vocal Secció Col·legial de Metges de Residències Geriàtriques.

Josep Benet Travé. Metge col·laborador Àrea Praxi, COMB.

Miquel Colomer Giner. President Secció Col·legial de Metges de Residències Geriàtriques.

Magda Martínez Pardo. Gerent Àrea Praxi, COMB.

José Luis Monserrat Delgado. Ex President de la Secció Col·legial de Metges de Residències Geriàtriques.

Joan Carles Rovira. Vocal de Residències de la Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia.

Ramon Sàrrias Ramis. Metge de residència i Director adjunt de Web www.forumgeriatric.org.

Jordi Trelis Navarro. President de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives i Coordinador cures pal·liatives (UFISS) Hospital Universitari Trias i Pujol-Institut Català d'Oncologia.

Revisió i assessoria científica d'aquest quadern

Anton M^a Cervera Alemany. Ex President Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia i Director de l'Institut d'atenció Geriàtrica i Sociosanitària de l'IMASS i Cap del Servei de Geriatria del IMAS.

Xavier Esteva Ollé. Director Mèdic MUTUAM.

Dolors Garolera Bruguera. Unitat d'atenció domiciliària geriàtrica ICS.

Àngel Gil. Subdirector General de Programació i Avaluació de l'ICASS, Departament Benestar Social, Generalitat de Catalunya.

Ramon Morera Castell. President Societat Catalano-Balear de Medicina Familiar i Comunitària).

Josep de Martí. Gerent/Director Web inforesidencies.com.

Francesc Patricio Domínguez. Cap Servei Vellesa ICASS, Departament Benestar Social, Generalitat de Catalunya.

Antoni San José Laporte. Cap UFISS geriatria Hospital Vall d'Hebron.

Josep Sánchez Aldeger. President de la Coordinadora de Residències Geriàtriques del Vallès.

Pau Sánchez Ferrin. Director Assistencial CSS Creu Roja de l'Hospitalet i Director Web www.forumgeriatric.org.

Jaume Sellarès Sallas. Metge de família, Coordinador ABS Sardenya.

Miquel Vilardell Tarrés. Catedràtic Medicina Interna UAB.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA

Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional
Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Coordinació: Alex Ramos Torre

Secretaria: Lydia Camats Garcia

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, constituïda com una eina de formació continuada que ajudi a assolir un comportament professional d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans en les àrees temàtiques tractades. Contribueix, per tant, a la formació i al desenvolupament professional continu dels metges.

<i>1. Introducció</i>	<i>4</i>
<i>2. Ingress al centre i signatura del contracte de prestació de serveis o contracte assistencial al resident</i>	<i>5</i>
<i>3. Atenció al/s resident/s durant l'estada al centre</i>	<i>8</i>
<i>4. Recomanacions específiques</i>	<i>11</i>
<i>5. Actuacions en el moment de l'alta</i>	<i>13</i>
<i>6. Responsabilitats ètiques i legals dels metges</i>	<i>14</i>
<i>7. Conclusions</i>	<i>18</i>
<i>8. Glossari</i>	<i>18</i>
<i>9. Bibliografia</i>	<i>18</i>
<i>Annex I. Funcions dels metges segons el contracte de treball amb la residència</i>	<i>19</i>

La prolongació de l'esperança de vida els darrers decennis, juntament amb la disminució de la natalitat, té com a conseqüència l'increment progressiu de la proporció de persones grans en el conjunt de la societat. A més, el canvi de les característiques de la societat en què cada vegada amb més freqüència tots els membres de la unitat familiar desenvolupen una activitat professional fora del domicili, dificulta l'atenció per part de les famílies als membres més grans i, per tant, és preceptiu que l'atenció a la gent gran s'estableixi a través d'altres recursos. Aquests recursos són oferts principalment per les residències geriàtriques.

Les residències geriàtriques tenen la consideració d'establiments de caràcter social. Això no obstant, en aquests centres, i a causa de les característiques de les persones ingressades que presenten, en molts casos, morbiditat de tipus crònic, hi ha una creixent demanda d'assistència sanitària.

La dissonància entre establiment social i establiment on sovint es requereix atenció mèdica quasi permanent, presenta en la pràctica força dificultats per tal com no està previst en el sector sanitari una modificació dels recursos específics que proveeixin l'assistència mèdica a aquests residents, com tampoc la normativa jurídica que regula aquests establiments obliga a la presència física al centre d'un metge per prestar l'assistència mèdica.

Segons la normativa administrativa i sanitària vigent correspon al metge de família del Centre d'Atenció Primària del territori en el qual radica la residència la prestació de l'assistència mèdica. Deixar a aquest únic recurs la càrrega assistencial que sovint genera una residència geriàtrica provoca disfuncions assistencials i pot comprometre la qualitat de l'assistència mèdica sobretot en situacions d'increments de la demanda sanitària.

Els responsables de les residències amb recursos suficients, solen reforçar l'assistència mèdica mitjançant la contractació, a temps complet o parcial, d'un metge específic en el qual recau l'obligació de l'atenció mèdica. En d'altres ocasions, és el mateix responsable higienico-sanitari (quan és metge) a qui s'encarrega de manera més o menys explícita la tasca d'atenció mèdica.

La confluència d'estaments mèdics (intra i extra-residencials) genera en la pràctica molts problemes de coordinació, susceptibles de causar danys i perjudicis als residents i, per tant, de repercutir en possibles situacions que podrien interpretar-se com de mala praxi professional.

El Col·legi de Metges de Barcelona (COMB), conscient de les responsabilitats assistencials i legals que es poden derivar als metges amb responsabilitats (directes i indirectes) sobre els residents i de la necessitat de donar a aquests una atenció mèdica de la màxima qualitat, ha cregut oportú l'elaboració d'un document de referència per als metges amb responsabilitats en aquest àmbit. El contingut del document s'estructura en funció de la cronologia de l'estada d'un resident al centre. També es contempla l'objectiu d'assegurar els drets que tenen els residents d'aquests establiments quant al seu dret a l'accés total i sense obstacles a les prestacions sanitàries: atenció mèdica, prescripció farmacèutica, etc., que garanteix el nostre sistema sanitari a tots els ciutadans. En darrer terme, el COMB aconsella la incorporació de clàusules especials als contractes de metges amb les residències geriàtriques que minimitzin la conflictivitat professional i patronal per tal que clarifiquin el caràcter i contingut de la prestació mèdica contractada. Això és, si es contracta exclusivament com a responsable higiènicosanitari, com a metge assistencial o com a director tècnic.

Ingrés al centre i signatura del contracte de prestació de serveis o contracte assistencial al resident

2

2.1

Acollida del candidat a resident. Informació

Les funcions d'acollida –prèvies a l'ingrés– tenen un caràcter administratiu i informatiu i les realitzarà qui determini el director de l'establiment.

És recomanable dedicar el temps necessari per fer la visita mostrant al candidat el Centre, el Reglament de Règim Interior i els programes d'activitats. En el cas del Reglament de Règim Interior, cal a més a més explicar els seus continguts al resident i a la seva família i facilitar-los còpia.

L'ingrés d'una persona en una residència geriàtrica –com en qualsevol altre tipus d'establiment social o sanitari (no urgent)– s'ha de produir en circumstàncies i amb la informació prèvia que garanteixi el coneixement del servei a contractar i el respecte a l'autonomia (decisió) personal.

Per aquest motiu és necessari que el candidat a resident conegui, com a mínim, i prèviament a la signatura del contracte:

- El Centre i les instal·lacions, organigrama, serveis i activitats.
- Que el Centre gaudeix de les preceptives autoritzacions de funcionament esteses per les Administracions Públiques corresponents.
- Les condicions econòmiques. Tarifes i preus.
- Altra informació complementària a l'acolliment i relacions personals i socials. Per exemple: horaris d'atenció a familiars per part del personal de l'establiment, etc.

El degut respecte als drets del possible resident requereix que la informació que es faciliti sobre l'establiment els seus recursos i personal, les prestacions i activitats sigui veraç. Cal recordar també, que l'article 18.9 del Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del sistema Català de Serveis Socials (en endavant Decret) obliga a tots els centres a disposar d'un tauler d'anuncis en un espai conegut pels residents i usuaris en el qual, com a mínim, s'hauran d'exposar:

- L'autorització de l'establiment o servei

- L'organització horària dels serveis generals que es presten
- La tarifa de preus actualitzada i, si s'escau, dels serveis complementaris
- L'organigrama de l'establiment
- L'avís sobre la disponibilitat de fulls de reclamació i sobre la possibilitat de reclamar directament davant el Departament competent.
- El calendari amb horari d'activitats, i concreció setmanal, quinzenal o mensual d'aquestes.
- Les instruccions per a casos d'emergència amb especificacions per al personal de l'establiment i per als usuaris tenint en compte les seves característiques.
- L'horari d'atenció als familiars i usuaris per part del director tècnic i del responsable higienicosanitari i metge assistencial (propri o de primària).

L'article 18.4 del Decret 176/2000 exigeix dels establiments residencials que disposin d'un programa anual d'activitats en les àrees funcional, cognitiva, motora, emocional i de participació comunitària, en relació amb l'usuari, així com el calendari, mètodes i tècniques d'execució i sistemes d'avaluació. Aquestes activitats s'han d'orientar al confort, convivència i tot allò que pugui implicar una millora de la qualitat de les persones.

Les funcions que s'acaben de descriure relatives a la presentació i a la informació sobre el Centre, els seus serveis i activitats tenen un caràcter marcadament gerencial i administratiu i, com a tal, haurien d'efectuar-les el personal no sanitari de l'establiment format a aquest efecte per la propietat o direcció administrativa del Centre.

Cal tenir en compte que l'explicació detallada dels recursos del Centre, règim de funcionament i tarifes econòmiques evitarà futures tensions i malentesos entre residents, familiars i Direcció de l'establiment i el seu personal.

2.2

Preingrés

Aquesta fase anomenada "preingrés" s'inicia quan, després de ser informat i conèixer les instal·lacions del Centre, la persona (candidat a resident) manifesta lliurement el seu interès i voluntat per ingressar al Cen-

tre en les condicions informades. En aquest sentit, l'Article 7.1 del Decret de contínua referència estableix "per efectuar l'ingrés en un establiment residencial serà condició necessària la prèvia i lliure manifestació de voluntat de la persona que hagi d'ingressar o la del seu representant legal".

Les actuacions que s'inclouen en aquesta fase d'atenció a la persona cal que les efectui per un metge que reculli la informació de caràcter personal i mèdica del candidat previst legalment (article 7.2 del Decret) i que es completi el seu estat de salut amb l'exploració i els registres que consten al Quadre I que es mostra posteriorment.

És necessari insistir que malgrat no requerir la normativa jurídica vigent la contractació d'un metge o l'establiment residencial –únicament preveu que el Responsable Higiénico-Sanitari pugui tenir aquesta titulació o la de Diplomada en Infermeria o altra titulació secundària– les carències a nivell de salut i, per tant, les necessitats assistencials i de seguiment de les persones grans que es troben ingressades ho fa recomanable.

És previsible també que en les residències petites conflueixin en una mateixa persona les funcions de Director Tècnic, Responsable-Higiénico-Sanitari i, molt probablement també, les de metge assistencial. Malgrat la dificultat que pot comportar és necessari no confondre el rol amb el que s'està intervenint en cada ocasió i esforçar-se en que els interessos d'una i altra posició siguin complementaris i no lesionin els drets de les persones ingressades.

Cal en cada cas correlacionar els recursos existents i les prestacions de l'establiment amb les característiques personals i assistencials del candidat, a fi i efecte d'assegurar la idoneïtat del Centre al resident.

Com ja s'ha dit a la introducció, la realitat dels grans establiments residencials recomana una directa vigilància mèdica dels residents, o com a mínim coordinar adequadament, és a dir amb un temps de resposta mínim de prestació d'assistència mèdica al resident, sense que –sovint– sigui suficient l'aportació de l'informe mèdic que es preveu a l'article 7.2 del Decret de contínua referència.

El grup d'experts, assessors d'aquest quadern, ha convingut la necessitat de completar l'informe mèdic al·ludit amb la informació que resulti de l'aplicació dels instruments i les exploracions mèdiques tendents a valorar cognitivament i funcionalment el resident, així com l'audició i l'agudesesa visual. També ha convingut que amb periodicitat anual (llevat de casos concrets que aconsellin altre tipus de control) caldria procedir a una revisió mèdica dels pacients ingressats, estudiant

els paràmetres i actuant segons les directrius que es determinin dins el paràgraf Atenció Mèdica.

A continuació es descriu l'entrevista mèdica prèvia a l'ingrés que inclou petició i avaluació de l'informe mèdic previst a l'article 7.2 del Decret.

■ *Entrevista clínica prèvia al contracte*

L'objectiu d'aquesta entrevista és crear un procés de comunicació i de seguretat assistencial entre el centre¹ i el candidat, adreçat a iniciar el coneixement exhaustiu de les dades assistencials, actuals i antigues, que poden ser rellevants per a la futura assistència clínica.

S'inicia amb el recull d'informació de caràcter personal i social del resident i genograma, si aquesta no s'ha sol·licitat prèviament en la fase anterior pel personal directiu o administratiu.

El seu objectiu és crear un procés de comunicació entre el responsable assistencial (llicenciat en medicina) i el candidat, adreçat a identificar l'estat de salut d'aquest amb la petició expressa de l'informe mèdic previ a l'ingrés (article 7.2) i informes socials de què gaudeixi el resident. L'informe mèdic –de necessària aportació– ha d'efectuar-se com a màxim en els tres mesos anteriors a l'ingrés, llevat dels casos urgents.

L'informe mèdic ha de contenir com a mínim:

- Dades personals
- Malalties actives
- Al·lèrgies i contraindicacions
- Medicació prescrita
- Règim dietètic
- Atencions sanitàries o d'infermeria que necessita
- Valoració de la disminució, quan sigui procedent

A la vista d'aquest informe, caldria completar la informació i registres que consten en el següent quadre (taula 1). Aquests registres identifiquen el perfil sanitari del resident i permetran l'elaboració de l'informe mèdic per a la direcció del centre, on consti la idoneïtat del candidat pel que fa al tipus de centre.

Aquest informe mèdic s'integrarà a l'anomenat expedient assistencial previst a l'article 18.8 del Decret, essent el seu contingut mínim obligatori el següent: Dades identificatives, Familiar o persona responsable de l'usuari, Prescripció medicofarmacèutica, Pautes d'alimentació i Prescripció mèdica i supervisió en cas d'immobilització o restriccions físiques.

¹ Sovint en residències petites, el metge, Director Tècnic i Responsable Higiénico-Sanitari seran el mateix.

Informació clínica que hauria de constar als registres mèdics

- Raons per sol·licitar admissió
- Problemes mèdics (actius i crònics)
- Antecedents mèdics (inclou al·lèrgies)
- Mesures de prevenció: vacunació, visió, estat dental, cura peus, etc.
- Revisió de símptomes
- Estat nutricional (pes/alçada)
- TA (ortostatisme?)
- Valoració força muscular

Valoració funcional

- Utilitzant instruments per valorar AVD i AIVD
- Corroborar les respostes amb el que aparenta el pacient i davant del dubte interrogar família

Mobilitat

- Utilitzar observació directa
- Dir al pacient que s'aixequi de la cadira, camini, doni la volta i s'assegui novament
- Utilitzar escala de Tinetti.

Valoració Cognitiva

- Utilitzar un instrument de valoració de cribratge com en MMSE o en MEC i si ho creiem indicat una escala de valoració estat d'ànim (GDS Yesavage)

Audició

- fer-li una pregunta sense mirar-lo directament
- audiometria?

Visió

- Utilitzant la carta de Jaeger

Taula 1

A aquest expedient assistencial poden accedir els serveis d'inspecció del Departament de Benestar Social o del Departament de Sanitat i Seguretat Social en el compliment de la seva activitat inspectora.

Nota: Cal diferenciar l'expedient assistencial de la història clínica que el metge responsable de l'atenció mèdica als residents tingui oberta. Pensi que aquesta història clínica pot estar al Centre d'Atenció Primària si el metge obligat a l'assistència mèdica és el metge de família, a la consulta del metge de capçalera que hagi designat el resident o a la pròpia residència, si hi ha contractat específicament un metge o ampliades les tasques del responsable higienicosanitari per aquesta funció.

2.3

Signatura del contracte de prestació de serveis o contracte assistencial

Manifestada la voluntat de la persona per ingressar al Centre i constatat el seu perfil sanitari segons la seva idoneïtat per a les condicions assistencials del Centre, caldrà procedir a formalitzar el contracte de prestació de serveis o contracte assistencial (Article 18.6 i 18.7 del Decret).

El contracte tipus que s'adjunta haurà d'incloure els següents elements:

- Tipus de plaça: pot ser una plaça de concertació pública, com a centre col·laborador, com a plaça subvencionada (ex. Ajuntaments), estrictament privada, etc.

- Estat de salut del resident: tenint en compte de notificar el nivell d'autonomia en les activitats de la vida diària. Caldrà preveure com podrien incidir els canvis futurs de l'estat de salut en el contracte.
- Règim d'hosteleria: si es pot ubicar en una habitació individual o doble, etc.
- Familiar o persona de referència del resident a efectes de rebre informació i en els casos que legalment correspongui substituir el seu consentiment.
- Drets i deures de cadascuna de les parts amb acceptació expressa pel resident del Reglament de Règim Interior.
- Contraprestació econòmica als serveis. Preu cert i mitjà de pagament, actualització.

Es poden preveure canvis en la ubicació, depenent de les necessitats, per la qual cosa es poden incorporar criteris en el contracte que tinguin en compte aquests canvis. Per tant, cal determinar a l'ingrés la situació economicofinancera del resident i/o el familiar que

aquest disegni per rebre informació i completar en el seu cas les seves decisions.

El contracte de prestació de serveis o contracte assistencial sempre ha de ser signat pel resident, familiar responsable o representant legal (en el supòsit legal d'incapacitació) i un representant de l'entitat titular de l'establiment (article 18.7 del Decret). Aquest contracte assistencial o de prestació de serveis és incompatible amb la formalització, entre l'entitat i l'usuari, de qualsevol modalitat contractual que tingui per objecte la transferència de béns de l'usuari a l'entitat com a prestació dels serveis, amb caràcter vitalici o no (article 18.7 del Decret).

Avis:
El resident o familiar no ha de signar el contracte fins a la primera avaluació mèdica.

Atenció al/s residents/s durant l'estada al centre

3

Les funcions d'atenció al/s resident/s tenen caràcter higiènic, higienicosanitari, alimentàries, socials, programa d'activitats, etc., però no es preveu l'obligació de prestar funcions d'atenció mèdica atès el caràcter social (no sanitari) d'aquests centres. Per la prestació d'assistència mèdica amb personal de la residència caldrà que el propietari o Director de l'establiment contracti específicament aquestes funcions. No sent suficient a aquest efecte que el Responsable Higienico-sanitari sigui un metge. El Responsable Higienicosanitari no està obligat a prestar assistència mèdica si expressament no es pacta en contracte la prestació d'assistència mèdica i aquesta correspon al metge de família del centre d'atenció primària o el metge que hagi designat el resident.

3.1

Atenció higienicosanitaria

L'atenció higienicosanitària la pot dispensar un metge sempre que hagi estat contractat a aquest efecte com a responsable higienicosanitari. Entre les funcions del responsable higienicosanitari previstes en l'article 20.4 del Decret hi ha les següents:

- Accés dels usuaris als recursos sanitaris públics

- Correcta organització i administració dels medicaments
- Supervisió dels menús i el seu ajustament a les pautes d'alimentació establertes
- Actualització de les dades del document de control assistencial de cada resident
- Condicions higièniques de l'establiment, dels usuaris i del personal
- Elaboració dels protocols necessaris per a una correcta atenció (acollida i adaptació, incontinències, caigudes, contencions, lesions per pressió, higiene, administració de medicació (article 18.10 Decret), i prevenció de riscos en les sortides del centre, i preveure situacions d'emergència.
- Creació i manteniment de registres de residents amb incontinència d'esfínters, lesions per pressió (amb indicació de la causa originària, el tractament, data d'aparició i data de curació), caigudes i les seves circumstàncies i sistemes de prevenció d'aquestes, de residents amb mesures de contenció amb indicació de la mesura més idònia per dur-la a terme, amb indicació de la durada i pautes d'immobilització, d'activitats adreçades a manteniment d'higiene personal (article 18.10 Decret), de medicació que ha de prendre l'usuari amb constància de qui l'administra.

Els registres han de ser fàcilment accessibles, però cal garantir-ne al mateix temps la confidencialitat i l'acompliment de les normes deontològiques.

3.2

Atenció mèdica

L'atenció mèdica correspon a aquell metge que tingui l'obligació d'assistència mèdica, ja sigui el capçalera indicat pel resident al director de la residència quan es formalitza el contracte de prestació de serveis o contracte assistencial, el metge del CAP corresponent o el metge contractat directament per la residència per a aquesta funció. En tot cas, caldrà respectar el dret a la lliure elecció de metge del resident. Correspon a la Direcció del Centre facilitar l'exercici d'aquest dret.

Durant l'estada del resident al centre és altament recomanable que el metge contractat per a l'atenció sanitària (no el Responsable Higienicosanitari, llevat que contractualment assumeixi les dues funcions) realitzi una revisió clínica periòdica a tots els ingressats en l'establiment.

És recomanable utilitzar per la valoració funcional, física, psicoafectiva, etc., les escales validades o acceptades per societats científiques: I.Barthel o I.Katz (AVD), I.Lawton (AIVD), MMSE o MEC o Pfeiffer o Set-Test per screening funció cognitiva, GDS o FAST Reisberg per estadiatge deteriorament cognitiu, E. geriàtrica depressió de Yesavage, I. Norton o Arnell per risc d'úlceres.

En qualsevol cas, caldrà realitzar un tractament individualitzat de cada resident i adaptar el seguiment a les seves necessitats. Si no hi ha incidències destacables, caldria fer com a mínim una valoració anual amb una proposta com la que segueix i reformular els objectius terapèutics (taula 2).

Si hi ha problemes puntuals o situacions de dependència caldrà reformular els objectius terapèutics més sovint (cada 3/4 mesos o fins i tot més sovint).

3.3

Supòsits especials d'atenció mèdica

a

Incapacitat d'un resident

En cas de presumpta incapacitació (sobrevinguda a l'ingrés), caldrà que el professional que ho presumeixi realitzi un informe dirigit al familiar responsable del resident o al jutjat si no n'existeix, guardant còpia a l'expedient assistencial i efectuant un registre d'aquesta actuació.

Si hi ha un metge contractat per la residència haurà d'ésser aquest professional qui l'efectui.

b

Traslats de la residència geriàtrica a un centre sanitari o sociosanitari

En cas de necessitat de trasllat a un centre sanitari o sociosanitari, el metge responsable de l'assistència, haurà de realitzar un informe on constin: antecedents patològics significatius, situació clínica i funcional que motiva el trasllat i tractament actual. El full pot estar informatitzat, excepte els dos últims apartats que s'omplen en el moment del trasllat. En qualsevol cas a la Història caldrà enregistrar aquestes incidències. A l'expedient assistencial és recomanable fer constar la necessitat del trasllat i a on es realitza.

c

Trasllat temporal del resident per necessitat sanitària o especialitzada urgent

- 1 Qualsevol trasllat de persona necessitada d'atenció mèdica específica –fora de domicili– ha de realitzar-se mitjançant transport adequat i sol·licitar la seva prescripció per un metge.
- 2 Caldrà tenir en compte la necessitat de tenir identificats els centres sanitaris de referència, hospitalaris, d'atenció primària o d'altres recursos com el 061, emergències mèdiques, etc.
- 3 El Responsable Higienicosanitari (o qui hi hagi de presència física en el centre), requerirà la presència del metge responsable del pacient o del d'urgències que estigui disponible, que valori els requeriments assistencials i que emeti un informe que reculli clarament la situació del pacient (situació actual, medicació, antecedents, situació funcional, nivell intervenció, etc.) i el tipus de transport sol·licitat.
- 4 El centre ha de registrar els trasllats a urgències (data, hora i motiu) i els informes d'assistència que efectui el centre receptor a l'alta.
- 5 Per a les visites als especialistes cal adjuntar breu informe que inclogui: motiu de la visita, situació i tractament actual. Agrair que tornin resposta per escrit, no oral. Aquest informe l'haurà d'efectuar el metge responsable de la persona que requereixi la visita especialitzada.

d

Relació amb els familiars del resident

Cal mantenir un procés d'informació accessible i constant amb la persona que consta i subscriu el

- 1** *Llistat de problemes actius*
- 2** *Història mèdica:*
 - a) descripció de situacions mèdiques agudes en el darrer any*
 - b) comentaris als resultats de laboratori realitzats per monitoritzar problemes*
 - c) llistat de la medicació actual*
- 3** *Revisió de símptomes*
 - a) revisió dels símptomes més habituals en pacients institucionalitzats*
- 4** *Examen físic*
 - a) enregistrar noves troballes físiques*
- 5** *Estat funcional*
 - a) resumir estat ressaltant els canvis*
 - AVD*
 - mobilitat*
 - continència*
 - funció cognitiva*
 - estat afectiu*
 - b) valorar el potencial rehabilitador*
- 6** *Situació social*
 - a) revisar situació de l'entorn familiar*
- 7** *Prevenició de salut*
 - a) revisar resultats d'avaluacions i screening*
 - audiològic*
 - oftalmològic*
 - dental*
 - podologia*
 - test TBC*
- 8** *Analítica de screening (resum resultats)*
- 9** *Existència de directius*
 - Decisions en participació atenció pròpia salut*
 - Intensitat d'atencions (ex: no CPR)*
- 10** *Pla d'objectius*

Haurà de tenir-se especial consideració davant situacions especials com: incapacitat del resident, trasllat des de la residència a un centre sanitari o consulta especialitzada, utilització de restriccions físiques o farmacològiques, alertes sanitàries, etc., que es veuran més endavant.

contracte (article 18.6 del Decret) i/o amb el familiar de referència que hagi assumit determinades obligacions en relació amb l'usuari, sobre les incidències significatives del resident, informant sempre dels canvis succeïts en el seguiment

Cal informar i preparar la família dels residents en els casos en què s'aproximin esdeveniments crítics (mort o deteriorament irreversible).

En relació amb el col·lectiu de residents, cal tenir en compte la conveniència de mantenir i establir un contacte periòdic amb els familiars de referència i efectuar valoracions periòdiques sobre el grau de satisfacció.

e

Restriccions físiques i farmacològiques

És necessari supeditar exclusivament les subjeccions o

restriccions físiques dels residents a la protecció de la seva salut. En cas que un resident necessiti cinturó magnètic per a la seva seguretat, s'haurà de disposar d'un full en què consti el dia i motiu de la seva utilització. Caldria informar la família i que signi que n'està informada.

És necessària una prescripció mèdica de la mesura de contenció que en cas d'urgència correspongui, on consti el nom, cognom i número de col·legiat del metge que la indica, la mesura més idònia, la seva durada i les pautes de mobilització. Aquesta prescripció ha de formar part de l'expedient assistencial (article 18.10 del Decret).

f

Alertes sanitàries

S'ha de comunicar a la Direcció General de Salut Pública aquelles situacions de malalties de declaració obligatòria i de possible situació de brot epidèmic, instant l'adopció de les mesures escaients.

Recomanacions específiques

4

Quant a la documentació clínica: història clínica i expedient assistencial del resident

4.1

Història clínica

Com a història clínica s'entén el document de registre de la història mèdica de les persones residents en centres socials

4.1.1. Custòdia

La custòdia de la història clínica és responsabilitat de la direcció del centre. Correspon a aquesta establir el mecanisme de custòdia activa i diligent, que permeti la recollida, la recuperació, la integració i la comunicació de la informació sotmesa al principi de confidencialitat (article 14 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica).

El centre ha de prendre les mesures tècniques i organitzatives adequades per protegir les dades personals recollides i evitar-ne la destrucció o pèrdua accidental, i també l'accés, l'alteració, la comunicació o

qualsevol altre processament que no sigui autoritzat (article 9.4 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica).

El centre, en compliment de la seva funció de custòdia, ha d'emmagatzemar les històries clíniques en instal·lacions que en garanteixin la seguretat, la conservació correcta i la recuperació de la informació (article 9.2 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica).

4.1.2. Accés

Correspon a la direcció de la residència regular el procediment per garantir l'accés al contingut de la història clínica a personal autoritzat (article 9.4 i 13.1 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica). El contingut mínim és el que es preveu en l'article 10 de l'anterior llei.

Tenen accés a la història clínica del resident, llevat de les dades de tercers que hi constin i de les observacions, apreciacions o anotacions subjectives del metge:

- 1 El mateix resident o persona autoritzada (article 13. 1 i 13.3 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica)
- 2 Els professionals assistencials del centre que estan implicats en el diagnòstic o el tractament del resident (article 11 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica). També aquells professionals del centre que l'atenen (article 11.2).
- 3 L'organisme competent quan l'accés sigui amb finalitats epidemiològiques, d'investigació o docència, amb subjecció a la Llei de protecció de dades de caràcter personal, és a dir, preservant les dades d'identificació personal del resident, separades de les dades de caràcter clínicoassistencial, tret d'existència de consentiment en aquest sentit.

No tenen accés al contingut de la història clínica:

- persones no autoritzades;
- la inspecció de Benestar Social (vegeu diferència història clínica i expedient assistencial);
- el personal encarregat de les tasques d'administració i de gestió de la residència, que només tindrà accés a les dades de la història clínica relacionades amb les seves funcions.

Tot el personal que accedeix a les dades de la història clínica, en ús de les seves competències, resta subjecte al deure de guardar-ne secret (article 11.6 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica)

4.1.3. D'actualització del seguiment de la història clínica

- Registrar cronològicament el curs clínic. És convenient que en el curs clínic es puguin registrar conjuntament les observacions de tots els professionals que hi intervenen. Sempre amb la data i identificació del qui registri, per ordre cronològic i amb lletra clara. Cal tenir en compte la necessitat de notificar per escrit els canvis de dieta.

- Preveure un full de tractament o d'ordres mèdiques, on consti la data d'inici del tractament si és el metge

que el prescriu; altrament, cal incorporar les administracions de fàrmacs que s'efectuïn a les receptes corresponents a la Història Clínica. Cal definir el circuit de receptes per a la prescripció mèdica. En qualsevol cas aquest full d'ordres mèdiques forma part de la Història Clínica i hi ha d'estar arxivat.

L'instrument que seria adequat per a això, en el cas d'una residència assistida en el qual el responsable higienicosanitari és una infermera i té un metge de capçalera assignat, el seguiment del tractament es farà mitjançant un full de seguiment (full d'ordres de medicació).

- Caldrà anotar valoració en curs clínic, indicacions per a infermeria i canvis en el tractament que s'hauran de registrar en el full de medicació. Les correccions en el curs clínic o full de tractament s'han de realitzar a mà, i és il·legal la utilització de correctors.

4.2

Expedient assistencial

Com a expedient assistencial s'entén la documentació que segons la normativa ha de contenir la informació que es descriu a continuació amb l'objectiu de poder ser avaluat per la inspecció del Departament de Benestar social.

- Informe mèdic del resident realitzat en els darrers 3 mesos previs a l'ingrés
- Dades identificatives del resident
- Familiar o persona responsable
- Prescripció medicofarmacèutica actualitzada
- Pautes d'alimentació
- Prescripció mèdica d'immobilització o restriccions físiques

4.2.1. Custòdia

La custòdia de l'expedient assistencial és responsabilitat de la direcció del centre. Correspon a aquesta establir el mecanisme de custòdia activa i diligent.

4.2.2. Accés

Al contingut de l'expedient assistencial, definit anteriorment, tenen accés:

- la inspecció de Benestar Social, en exercici de les seves funcions inspectores;
- els professionals que atenen el resident durant la seva estada.

Acullen un seguit d'actuacions mèdiques burocràtiques que principalment es donen en supòsits d'alta per èxitus, alta per trasllat i alta forçosa.

5.1

Alta per èxitus

- Confirmació èxitus.
- Emissió de certificat/s de defunció. Passar a passiu l'expedient assistencial.
- Tancament d'història clínica: data i hora, causa immediata, intermitja i fonamental de la mort.
- Evitar augmentar l'angoixa de la família amb tràmits burocràtics. Donar-li suport.
- Acomiadar-se de la família, posant-se a la seva disposició i resoldre els seus dubtes o necessitats que puguin sorgir.
- Comunicació al jutjat de l'èxitus en cas de correspondre a un resident internat per ordre judicial.
- Comunicació de l'èxitus al centre.
- Incloure una fotocòpia del certificat de defunció al tancament de la història clínica.

5.2

Alta per trasllat (domicili o altre centre)

Cal realitzar informe, ja sia l'altre centre, o el metge

d'atenció primària que hagi de continuar l'assistència, indicant temps d'estada com a resident (data ingrés – data alta), antecedents familiars i personals (fisiològics i patològics), malaltia/es actual/s, evolució durant l'ingrés, tractament a l'alta, recomanacions, valoració d'infermeria, fisioteràpia i social (els 2 últims només si el centre disposa d'aquests professionals), medicació per a 48 hores i pauta de medicació i acomiadar-se del resident i família.

En darrer terme cal tenir en compte que l'alta a domicili podria correspondre's amb l'interès del resident i/o de la seva família. Si són coincidents, no hi ha problema, si no fos coincident caldrà fer prevaldre l'interès del resident si manté la capacitat mental conservada. Les limitacions físiques caldrà valorar-les conjuntament amb els serveis d'atenció a la vellesa del sistema públic.

5.3

Alta forçosa (incompliment de les clàusules de rescissió del contracte o del Reglament de Règim Interior)

Procedeix per l'acreditació prèvia fefaent de la concurrència d'algun dels supòsits previstos a les clàusules de rescissió del contracte o del RRI. Cal recordar que no pot acordar-la unilateralment el centre sense haver mediat el tràmit de contradicció al resident i al familiar responsable. També caldrà facilitar al resident i familiar responsable un informe on constin les dades esmentades a l'apartat anterior.

6.1

Responsabilitats legals

Els metges, com a qualsevol altres professionals, estan obligats pel dret comú a actuar responsablement en l'exercici de la seva professió, evitant tant la imprudència com la ignorància, la imperícia i la negligència.

Els requisits i els pressupostos que amb caràcter general són necessaris per a l'existència de la responsabilitat legal-mèdica en l'àmbit de les residències geriàtriques –tant en l'àmbit del sector concertat com en el sector privat– són els mateixos que en el sector estrictament sanitari (centres sanitaris).

Concretament són requisits:

- L'existència de conducta activa o omissiva de naturalesa mèdica.
- La producció d'un dany de qualsevol tipus i espècie (lesió d'un dret, dany físic, dany moral, etc.).
- La relació de causalitat o nexa entre la conducta i el dany produït.
- La no-incidència de causa de força major o cas fortuït

Establir els supòsits de responsabilitat mèdica dels diferents metges que poden incidir en l'atenció als residents, així com d'altres professionals i directores dels Centres, exigeix determinar les fronteres que delimiten les obligacions de cadascun dels intervinents i que, en moltes ocasions, són difícils de traçar.

En aquest document consta que l'objecte de les residències geriàtriques està constituït principalment pel que podríem anomenar prestació hotelera i d'oci, prestació higienicosanitària i, sovint també, la prestació estrictament mèdica o assistencial.

El primer que cal posar en relleu és que, quan la residència geriàtrica assumeix la prestació mèdica o assistencial, aquest establiment ha de prestar aquest servei mitjançant el metge que consta a l'organigrama contractat a tal efecte. Com a conseqüència, hauria d'estar al contingut del contracte celebrat entre el representant legal de la residència geriàtrica i el metge per poder concretar les possibles responsabilitats d'aquest metge i també per conèixer si les prestacions contractades es corresponen amb el servei assumit per la residència geriàtrica.

La responsabilitat del metge haurà d'ésser analitzada seguint els elements que conformen la responsabilitat civil mèdica (incompliment de deures mèdics: diligència, coneixements, habilitats, etc.). En aquest àmbit caldrà no oblidar, que el compliment dels deures deontològics també s'incorporen al contracte (deure d'informació, secret professional, prioritització del dret del pacient, etc.). També cal tenir en compte que la responsabilitat esdevé per fets propis (responsabilitat directa) o per fets d'altres que podrien haver evitat o intentar evitar (responsabilitat indirecta).

La responsabilitat de la residència geriàtrica, majoritàriament podrà produir-se per danys procedents d'actes de deficient funcionament de l'allotjament, del personal auxiliar, de la custòdia i seguretat dels residents etc. I caldrà analitzar si els danys ocasionats es deuen a deficiències en la contractació de personal qualificat, ràtios de personal adequats per les prestacions que s'assumeixen, així com adequada contractació de serveis de manteniment.

En conclusió es pot indicar que per determinar la responsabilitat civil del Centre és necessari establir en primer lloc quines són les prestacions assumides pel Centre, en funció principalment del contracte de serveis o concert que tingui constituït i, en general pels requisits que aquest centre ha de reunir –definits principalment pel Departament de Benestar Social i l'ICASS– quant a les seves instal·lacions, equipaments, personal, registres, etc. Qualsevol deficiència en l'exercici de les prestacions assumides donarà lloc a més o menys responsabilitat en funció del grau de negligència (incompliment d'obligacions) i del deure de prevenir que s'acrediti i la categoria del dany produït.

Per finalitzar aquest apartat cal indicar també que poden existir casos en què malgrat la causació efectiva d'un dany a un resident aquests poden no ser imputables al centre i/o al seu personal. Principalment aquests casos els constitueixen l'incompliment de deures que afecten els residents: defectes de productes tot i estar homologats, etc.

6.1.1. *Supòsits especials de responsabilitat*

a Omissió del deure de socors o denegació d'auxili sanitari

La denúncia o l'imputació del delictes de denegació

d'auxili sanitari (professionals obligats a prestar assistència sanitària) o del delictes d'omissió del deure de socors (qualsevol altre professional o persona del Centre coneixedor de la situació desvalguda del resident) són, freqüentment, les conductes de caràcter més greu que transcendeixen el sector residencial.

El seu fonament rau en la creença (si és provança es donaria delictes) que el metge o el professional hauria pogut o pot evitar el resultat danyós al resident o residents amb la seva actuació, atesa la preparació i competència que racionalment s'ha d'esperar de la seva titulació i funció en el Centre. També se'ls culpa sovint d'un excés de confiança en el responsable gerencial del Centre. Cal tenir present que aquestes omissions únicament seran punibles quan constitueixen una infracció de l'acció deguda jurídicament, és a dir, quan el metge estigui obligat a prestar assistència. El metge que estarà obligat a prestar l'assistència –si la Residència Geriàtrica no gaudeix de cap metge contractat per a aquesta prestació– serà el metge d'Atenció Primària del CAP, l'APD o el metge de guàrdia segons correspongui per l'organització assistencial.

Quan el metge no es troba en l'exercici de la seva professió en el servei en el qual té posició de monopoli d'ajut, la seva obligació s'assimila a la de qualsevol ciutadà.

És impossible descriure els supòsits que en la pràctica podrien donar lloc a una situació d'imprudència professional, en ser aquestes infinitament variables. En qualsevol cas, les circumstàncies en què el professional es trobi i en relació amb el cas concret en què es considera que havia d'intervenir seran els elements claus per determinar la seva conducta conforme a la Lex Artis Professional i contractual.

El "quantum" d'inexcusable negligència determinarà el grau de responsabilitat penal i civil i, en el seu cas, també laboral.

b Requeriments de restriccions físiques o farmacològiques a alguns residents

La limitació d'un dret fonamental com és la llibertat i dins d'aquest la de moviment i consciència, únicament i exclusivament estan legalment autoritzades quan s'adrecin a impedir en el resident la causació d'un dany a ell mateix o a un tercer d'entitat superior al qual la limitació de dret a què se'l sotmet suposa.

A títol d'exemple, es pot dir que en cap cas serà legalment ni èticament correcte procedir a una restricció d'aquest tipus per insuficiència o comoditat dels professionals del Centre.

Caldrà que la seva necessitat d'adopció consti establerta –per escrit– pel metge responsable del resident i que es prevegi la revisió periòdica del seu manteniment. També poden estar autoritzades pel Jutge.

En conclusió, cal manifestar que l'adopció d'aquestes mesures per persones diferents a les esmentades serà causa de responsabilitat penal i civil per qui les acordi i, si s'escau, podent evitar-lo o denunciar-lo les toleri.

c Negatives de residents a l'ingrés a la residència o al seu manteniment

La negativa d'una persona a l'ingrés en un Centre del tipus que sigui, únicament i exclusivament pot efectuar-se prèvia declaració judicial a aquest efecte. Està previst un tràmit d'urgència per a alguns casos molt taxats que no afecten l'àmbit residencial.

Així mateix, la manifestació expressa d'un resident, del seu desig d'abandonar la residència –si gaudeix de les facultats mentals conservades– ha d'ésser respectada. En cas que la família s'hi oposés, és recomanable posar en coneixement dels Serveis Socials i/o del Jutjat aquesta circumstància.

L'existència d'alguna disminució física o altra situació de risc (malaltia) no haurien d'ésser impediment per impedir que el resident torni al seu domicili, i s'ha de contactar amb els serveis de suport dels serveis socials i sanitaris.

d Elaboració d'informes i certificats sobre el resident no lligats directament a les seves necessitats sanitàries

Un resident no ha d'ésser sotmès –per tractar-se d'una persona gran– a cap restricció dels seus drets a rebre informació i consentir qualsevol acció o activitat que l'afecti i que es respectin els seus desitjos. Els professionals del Centre tenen l'obligació de defensar-lo davant de les imposicions de terceres persones que puguin tenir interessos d'algun tipus finalista o que intentin coartar la seva llibertat.

Quan calgui informar o certificar quelcom caldrà cenyir-se a la més estricta objectivitat i certesa. No s'ha d'informar ni certificar res, amb convenciments massa subjectius o fent constar coses no demostrables. Caldrà evitar donar credibilitat o valorar com a fets certs les afirmacions d'altres, si els fets no estan contrastats o no tenen característiques de versemblança.

Especialment, cal ser curós de no certificar “per complaença” estats de salut física i/o psíquica a petició del resident i/o la seva família o Centre sense tenir la certesa que es correspon amb la realitat del resident que ens consta i, no serà utilitzat per als propòsits de persones interessades. Per exemple, algú pot interessar la incapacitació d'un resident per disposar dels seus bens, o perquè no atorgui un testament o altres de similars.

Certificacions d'estats de salut físics o psíquics no reals, poden arribar a ser qualificables com a delictes de falsificació de documents, i de concórrer amb algun altre delictes més.

e

Confidencialitat de la informació mèdica al resident

En circumstàncies normals, només el mateix resident i el seu metge tenen dret a la informació d'aquest tipus. La divulgació d'informació confidencial pot comportar que el metge sigui denunciat per revelació de secrets que afecten la pròpia intimitat.

Cal introduir informació sobre la confidencialitat a tots els estaments laborals dels centres com una norma.

També és responsabilitat ètica del metge la incorporació de coneixements sobre els valors i preferències dels pacients respecte a la seva qualitat de vida.

També es pot incórrer en responsabilitat penal pel fet de “deixar accedir a aquesta informació que al metge li ha estat confiada pel resident a persones sense la deguda autorització” i per tal com suposa una custòdia inadequada d'històries clíniques.

Les circumstàncies excepcionals en què es pot facilitar informació a persones diferents al malalt són:

- 1 Necessitat de coneixement d'altres metges, professionals de la salut, que intervenen en el diagnòstic o tractament de resident.
- 2 Investigació judicial penal, si bé caldrà salvaguardar les qüestions alienes a la investigació judicial en curs.
- 3 Inspecció mèdica en el compliment de les seves tasques de control i avaluació, salvaguardant, però, les qüestions alienes a l'objecte de la inspecció.
- 4 Procés judicial d'incapacitació del resident i exclusivament adreçat al Jutjat.
- 5 Obligació legal per raó de Salut Pública (Malalties de Declaració Obligatòria).

f

Prescripció farmacèutica i receptes

Per tal com la importància principal de la recepta mèdica és la seva constitució com a mitjà de seguretat que garanteix l'aprofitament dels beneficis i la reducció dels riscos que els medicaments són susceptibles de causar en una persona i, que per tant, han d'ésser esteses pel metge que atén el pacient, cap metge està obligat en general a transcriure a les seves receptes les prescripcions d'un altre metge. Resulta inconvenient que –en aquells casos de residents controlats pel metge contractat per la Residència Geriàtrica per prestar l'atenció mèdica– l'extensió de la recepta finançada amb fons públics l'hagi d'efectuar el metge del CAP.

Raons de control de la prescripció o de les receptes públiques, així com l'única disposició d'aquestes per metges del sistema públic, no semblen suficients per l'obstacle als drets dels residents que comporten. Ans al contrari, aquestes raons semblen desconèixer que el dret al finançament públic de la prescripció farmacèutica no neix de la relació que el metge manté amb l'Administració sanitària sinó del pacient com a contribuent.

Tampoc s'impedeix –permeten l'ús de receptes públiques pel metge de la residència– el degut control de la prescripció i l'ús adequat de les receptes.

D'aquesta realitat, ja en són exemples, actualment, els Centres Sanitaris Concertats i els Centres Sociosanitaris Concertats que disposen de receptes públiques i, per tant, caldria avançar per possibilitar-ne l'ús pels metges de les Residències Geriàtriques, a fi i efecte de no obstaculitzar l'exercici ple del dret a la prescripció i al finançament dels residents, com tampoc d'oblidar a desplaçaments al CAP innecessaris o del metge d'Atenció Primària a la Residència Geriàtrica.

És especialment rellevant en aquest apartat la racionalització dels recursos pel que fa a la despesa farmacèutica en aquests pacients, en la gran majoria dels casos, amb pluripatologies de caràcter crònic. També és important remarcar que cal defugir pràctiques comissionistes en la despesa farmacèutica per tal com són difícilment defensables des del punt de vista deontològic com a administratiu.

6.2

Responsabilitats ètiques

La responsabilitat ètica o deontològica manté com a element diferencial més important de la responsabilitat legal o jurídica, la no-necessitat d'ocurrència d'un dany

Responsabilitats legals

- *Omissió del deure de socors o denegació d'auxili sanitari.*
- *Requeriments de restriccions físiques o farmacològiques a alguns residents.*
- *Negatives de residents a l'ingrés a la residència o al seu manteniment.*
- *Elaboració d'informes i certificats sobre els residents no lligats directament a les seves necessitats sanitàries.*
- *Confidencialitat de la informació mèdica del resident.*
- *Prescripció farmacèutica i receptes.*

Taula 3

en un pacient. S'hi incorre si es constata l'existència d'incompliment d'algun dels preceptes deontològics o de transgressió dels principis ètics (autonomia, beneficència, no maleficència, justícia).

És evident que el primer deure ètic és el respecte a la vida i que aquesta sigui digna, malgrat en aquests casos la possible vulnerabilitat i/o fragilitat d'alguns residents.

Dels preceptes deontològics vigents, interessa relatar

el referent al concepte general de salut (norma 1) i intervenció en aquesta del metge (1,3,4), així com el de respecte, protecció (defensa) i promoció de la vida humana de les persones que s'atenen (5).

El contingut d'aquests preceptes obliguen el metge de la Residència Geriàtrica i si s'escau, el metge per a la prestació assistencial a tenir en compte la dimensió interpersonal, participant activament en el benestar físic, psicològic, social i espiritual del resident, així com el respecte humà, es a dir, la seva dignitat com a ésser humà.

També el precepte 39 obliga a declinar testificar davant un Tribunal sobre la informació de caràcter mèdic de què es disposa d'un resident i, per tant, d'haver-se de resistir –llevat que s'autoritzi pel resident– dintre dels límits legals establerts a actuar en consciència arriscant-se, però, a ser condemnat per delictes de desacatament al Tribunal.

En darrer terme, el capítol VII sobre la mort, orienta el metge sobre la pauta d'actuació mèdica ètica i deontològica adreçada principalment a facilitar el resident que mori d'acord amb allò que ha donat significat a la seva vida.

L'incompliment manifest i provat de conductes contràries als preceptes deontològics són causa de sanció disciplinària col·legial de conformitat amb el que es preveu als corresponents Estatuts de la Corporació mèdica.

Conclusions

7

• És altament recomanable que el metge contractat com a Responsable higienicosanitari o com a Director Tècnic per a una residència incorpori al contracte com a CLÀUSULA ESPECIAL un text que manifesti clarament i sense ambigüitats que les funcions de la prestació d'actes d'assistència sanitària als residents queden excloses de les seves funcions, llevat de situacions excepcionals d'urgència.

• Les funcions queden limitades a la prestació de les condicions higienicosanitàries, en el cas del Responsable Higienicosanitari, o a les d'organització, administratives o de direcció del servei d'atenció, en el cas del Director Tècnic. Les funcions d'ambdues figures estan descrites al Decret 284/96 de 23 de juliol de regulació

del sistema Català de Serveis Socials, modificat pel Decret 176/00 de 15 de maig i al contracte.

• És altament recomanable que el metge extraresidencial en l'àmbit d'actuació del qual estigui situada la Residència Geriàtrica tingui especial cura a atendre les sol·licituds d'assistència i els motius que, des de la residència, se li formulin, així com en les instruccions de cura de residents en tractaments que pertoqui seguir, identificant el professional del Centre a aquest efecte.

En el moment d'un litigi o procés judicial, acostuma a ser molt difícil delimitar les responsabilitats per omissió o per comissió del Centre i del personal intervenint, existint en la pràctica la tendència d'imputar al metge la màxima responsabilitat.

El servei de residència assistida per a gent gran està definit a l'article 4 (Modificacions de l'annex) del Decret 176/2000, de 15 de maig com a "serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependències" amb els objectius de "facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència" i "afavorir la recuperació o el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social". Les funcions que compleixen aquest tipus de serveis són "Allotjament, manutenció, acolliment i convivència, atenció personal en les activitats de la vida diària, hàbits d'autonomia, dinamització sociocultural, manteniment de les funcions físiques i cognitives, bugaderia i repàs de roba, higiene personal, suport social, atenció familiar adreçada a l'afavoriment de les relacions de la família amb l'usuari i el seu entorn i garantir l'assistència sanitària"

■ *Responsable higienicosanitari*

L'article 20.4 del Decret 284/1996 modificat al Decret 176/2000 estableix que els serveis de centres residencials hauran de comptar amb el suport d'un responsable higienicosanitari amb titulació idònia que es responsabilitzi juntament amb el director tècnic dels aspectes organitzatius del servei.

■ *Informe mèdic previ a l'ingrés*

S'exigeix un informe, efectuat com a màxim en els tres mesos anteriors a l'ingrés (llevat dels casos urgents) i amb un contingut mínim.

■ *Expedient assistencial*

El contingut mínim, segons el Decret és el següent: Dades identificatives, familiars o persona responsable de l'usuari, prescripció medicofarmacèutica, pauta alimentària (art 20) i circumstàncies de l'ingrés de persones que no poden manifestar lliurement la seva voluntat (art 7.3 paràgraf final).

■ *Reglament de Règim Interior*

Contingut mínim que es recull en aquest treball:

- Norma de funcionament de l'establiment
- Causes de suspensió o cessament de la prestació del servei.
- Sistemes d'admissió i baixes
- Sistemes de cobrament del preu dels serveis complementaris si s'escau
- Mecanismes d'informació en tots els serveis i la participació democràtica dels usuaris o llurs representants legals en aquells serveis que així s'estableixi.

Bibliografia

- Ouslander JG y Osterweil D. Medical care in the nursing home. Mc Graw Hill. 2a. edició 1997.
- Wesdine R, Rubinstein LZ, Cassel Ch. Nursing home residents need physicians' service. Annals of Internal Medicine 1997; 120:616-617.
- Reuss JM. Manual de medicina geriàtrica en residències. Edimsa 2000.
- Libow LS, Starer T. Care of the nursing home patient. New England Journal of Medicine 1989; 321:93-96.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Activitats preventives per a la gent gran. Llibre blanc. Generalitat de Catalunya 1999.
- San José A, Jacas C, Selva A, Vilardell M. Valoración geriàtrica. Medicine 1999; 7:5797-5802.
- Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Guía práctica para la prevención de caídas y accidentes. Madrid 1999.

- Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia. Valoración geriátrica ante el proceso de rehabilitación. Rehabilitación Geriátrica. Barcelona 1997.
- Fontanals MD, Martínez-Mateo F, Vallés Forcada E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995; 30:189-198.
- Hawes C, Morris JN, Philips CD et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing 1997; 26:19S-26S.
- DECRET 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials Modificat pel Decret 176/2000.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303, de 11.01.2001, p. 464 ss. Correcció d'errades DOGC núm.3353, de 22.03.2001, p. 4211).

Annex 1. Funcions dels metges segons el contracte de treball amb la residència

10

Funcions	Director Tècnic	Responsable HS	Metge del CAP
Organitzatives administratives	SÍ	NO	NO
Garantir accés a l'atenció sanitària pública	SÍ	SÍ	NO
Correcta organització i administració de medicaments	SÍ	SÍ	NO
Supervisió dels menús i adequació a les pautes d'alimentació contingudes a l'expedient assistencial	SÍ	SÍ	NO
Actualització de les dades que consten en el document de control assistencial de cada resident	SÍ	SÍ	NO
Condicions higièniques de l'establiment, dels usuaris i del personal	SÍ	SÍ	NO
Elaboració dels protocols necessaris per una correcta atenció dels usuaris i de la seva aplicació	SÍ	SÍ	NO
Assistència sanitària	NO	NO (*)	SÍ
Elaboració i manteniment expedient assistencial	NO	SÍ	NO
Manteniment registres obligatoris	NO	SÍ	NO

• Quan es tracti d'establiments residencials d'entitats d'iniciativa social amb 25 usuaris o menys, el director de l'establiment podrà assumir la responsabilitat dels aspectes previstos a la taula anterior.

• Les funcions de director tècnic i les de responsable higienicosanitari podran recaure en la mateixa persona quan aquesta reuneixi la capacitat requerida per exercir-les totes dues, sempre que sigui compatible amb la dedicació horària d'ambdues.

(*) Llevat que en el seu contracte de treball consti específicament aquesta funció

Quaderns de la Bona Praxi



Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.