

col·lecció eines 3

Bones pràctiques:
comunitats terapèutiques i pisos
amb suport per a persones amb
problemes de drogodependències

3

col·lecció eines

BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

Bones pràctiques: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències. – (Col·lecció Eines ; 3) Bibliografia
ISBN 9788439379966
I. Hilarión, Pilar, ed. II. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials III. Títol: Comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències IV. Col·lecció: Col·lecció Eines ; 3
1. Comunitats terapèutiques 2. Pisos assistits 3. Drogoaddictes – Assistència institucional
364.27:613.81/84

© d'aquesta edició:
Generalitat de Catalunya
Departament d'Acció Social
i Ciutadania
Plaça de Pau Vila, 1
08039 BARCELONA

© dels textos: Pilar Hilarión
coord. [et al.]
Direcció i suport metodològic:
Subdirecció General de Programació
i Avaluació (ICASS) i Institut
Universitari Avedis Donabedian



1a edició: juny 2009
ISBN: 9788439379966
Tiratge: 250 exemplars
Dipòsit legal: B-8193-2009
Disseny: Txell Gràcia
Maquetació i impressió: Ampans



Permesa la reproducció, sempre
que se n'esmenti la procedèn-
cia i no es faci amb finalitats
comercials.

col·lecció eines 3

Bones pràctiques: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències

3

Presentació

El document que presentem, *Bones pràctiques: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències*, és el resultat del desenvolupament d'una de les línies estratègiques del III Pla de qualitat de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), dedicat a impulsar la millora de la qualitat dels diferents recursos assistencials. Com segurament ja sabeu, la qualitat és un dels principis rectors del Sistema públic de serveis socials i la seva millora contínua constitueix un imperatiu ètic per a tots els implicats: Administració, professionals, proveïdors, centres i persones usuàries.

Aquest document és fruit del treball i l'experiència de diferents professionals dels recursos residencials per a persones amb problemes de drogodependències i de tècnics de l'ICASS; així mateix, ha comptat també amb les aportacions de les persones usuàries d'aquests serveis. Gràcies al treball conjunt d'anàlisi de l'exercici de la pràctica professional i la detecció de temes emergents en l'atenció i el suport a les persones, s'han identificat tant els processos clau com els elements que poden aportar major valor afegit a l'hora d'atendre les persones amb drogodependències en el context residencial. D'aquesta manera, respectant la riquesa i pluralitat del sector, s'hi incorporen recomanacions que ajuden a harmonitzar i reduir la variabilitat de la pràctica professional en els processos de treball principals amb la finalitat de millorar la qualitat oferta als diversos serveis.

En aquest manual de bones pràctiques, podreu trobar-hi recomanacions de millora de la qualitat en els diferents processos de treball dels recursos residencials per a persones amb problemes de drogodependències. L'objectiu ha estat crear un marc de referència que integri els criteris principals d'atenció i suport a les persones ateses en comunitats terapèutiques o pisos amb suport, per tal d'assegurar una pràctica professional personalitzada que vetlli per la qualitat dels serveis i especialment per la qualitat de vida de les persones usuàries. També pretén dotar d'eines les entitats i contribuir a potenciar el valor afegit al servei que proporcionen. Aquest manual, conjuntament amb els indicadors de qualitat, ofereix a les entitats una base sòlida per construir o consolidar accions en l'àmbit de la qualitat.

Esperem, doncs, que es converteixi en un document de referència per a les entitats del sector interessades en la qualitat i en la incorporació de millores en els seus processos. Agraïm a tots aquells que hi han contribuït la participació, la implicació i els esforços abocats, que han permès elaborar aquest manual que té com a objectiu fer un pas endavant en la qualitat de vida de les persones amb problemes de drogodependències.

Carolina Homar i Cruz
Directora general de l'ICASS

Índex

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Introducció | 11 |
| | 1.1. <i>La persona amb problemes d'addicció</i> | 13 |
| | 1.2. <i>Les comunitats terapèutiques i els pisos amb suport</i> | 14 |
| | 1.2.1. <i>Definició dels serveis</i> | 14 |
| | 1.2.2. <i>Principis bàsics dels serveis com a recurs social</i> | 15 |
| 2 | La qualitat de vida a les comunitats terapèutiques i als pisos amb suport | 20 |
| 3 | Bones pràctiques en l'accessibilitat, l'acollida i l'alta | 24 |
| | 3.1. <i>Procediment de preadmissió, admissió i acollida</i> | 24 |
| | 3.1.1. <i>Procés de preadmissió i d'admissió</i> | 24 |
| | 3.1.2. <i>Ingrés en el centre i acollida</i> | 26 |
| | 3.2. <i>Estada en la comunitat terapèutica i/o en el pis amb suport</i> | 27 |
| | 3.3. <i>Sortida de la comunitat terapèutica o del pis amb suport</i> | 28 |
| | 3.3.1. <i>Tipus d'alta o comiat</i> | 29 |
| | 3.3.2. <i>Informe d'alta</i> | 33 |
| | 3.3.3. <i>Entrevista de sortida</i> | 33 |
| 4 | Bones pràctiques en fer la valoració integral de la persona | 35 |
| 5 | Bones pràctiques en l'elaboració del Pla de tractament individualitzat (PTI) | 39 |
| | 5.1. <i>L'elaboració del Pla de tractament individualitzat (PTI) i el Programa individual de suports (PIS)</i> | 39 |
| | 5.2. <i>Seguiment del Pla de tractament individualitzat (PTI) i del Programa individual de suports (PIS)</i> | 41 |
| 6 | Bones pràctiques respecte als programes d'atenció i de suport | 43 |
| | 6.1. <i>Processos organitzatius per a la millora de la convivència</i> | 43 |
| | 6.1.1. <i>Mecanismes de participació de les persones residents</i> | 44 |
| | 6.1.2. <i>Informació per a les persones usuàries de l'establiment</i> | 44 |
| | 6.2. <i>Normes generals</i> | 45 |
| | 6.2.1. <i>Normes de funcionament i de convivència</i> | 45 |
| | 6.2.2. <i>Incompliment de la normativa</i> | 46 |
| | 6.2.3. <i>Presència de conductes agressives per part de les persones usuàries</i> | 47 |
| | 6.2.4. <i>Consum o tinença de substàncies</i> | 48 |
| | 6.3. <i>Programa de socialització i de millora de la convivència</i> | 49 |

| | | |
|-----------|---|----|
| | 6.4. Programa de prevenció de recaigudes | 50 |
| | 6.4.1. Model teòric | 51 |
| | 6.4.2. Objectius | 51 |
| 7 | Bones pràctiques en el suport familiar | 55 |
| 8 | Bones pràctiques en el tractament farmacològic | 57 |
| 9 | Bones pràctiques en l'educació per a la salut | 61 |
| 10 | Els protocols d'atenció | 63 |
| 11 | Bones pràctiques respecte a la documentació del procés d'atenció | 65 |
| 12 | Bones pràctiques en els resultats de l'atenció | 67 |
| 13 | Bones pràctiques per valorar la satisfacció de la persona usuària | 68 |
| | 13.1. Enquestes de satisfacció de les persones usuàries | 69 |
| | 13.2. Sistema de recepció, seguiment i resolució de suggeriments, queixes i reclamacions | 69 |
| 14 | Bones pràctiques en els aspectes ètics i per preservar la confidencialitat de la informació | 71 |
| 15 | Bones pràctiques en la gestió i la millora de l'organització | 74 |
| | 15.1. Bones pràctiques relacionades amb la gestió de l'organització | 74 |
| | 15.2. Cartera de serveis | 75 |
| | 15.3. Millora de la qualitat en el centre | 76 |
| | 15.4. Quadre de comandament d'indicadors de qualitat | 80 |
| 16 | Bones pràctiques en la gestió de recursos humans | 82 |
| | 16.1. L'estabilització de l'equip professional | 82 |
| | 16.2. La motivació i la satisfacció dels/de les professionals | 84 |
| | 16.3. La formació contínua | 86 |
| 17 | Coordinació amb altres sectors i entitats | 88 |
| 18 | Entorn de l'atenció. Les infraestructures | 90 |
| | 18.1. Instal·lacions adequades als objectius del programa | 90 |
| | 18.2. Manteniment de l'establiment o el servei d'acolliment residencial | 92 |
| | 18.3. Seguretat en la CT i en el PS segons Joint Comission | 93 |

| | | |
|----------|--|-----|
| | Bibliografia | 95 |
| A | Annexos | 97 |
| | Annex 1. Exemples de suports per a la millora de la qualitat de vida | 99 |
| | Annex 2. Escales de valoració | 101 |
| | Annex 3. Registre Soler | 102 |
| | Annex 4. Àrees d'intervenció del Pla de tractament individualitzat | 105 |
| | Annex 5. Proposta pràctica d'articulació del Pla de tractament individualitzat (PTI) | 108 |
| | Annex 6. Continguts del Reglament de règim intern | 117 |
| | Annex 7. Model de registres d'un pis amb suport | 118 |
| | Annex 8. Tractament dels suggeriments i les reclamacions | 121 |
| | Annex 9. Estructura del codi ètic | 125 |
| | Annex 10. Proposta d'actuació davant una situació conflictiva | 126 |
| | Annex 11. Resum de la Carta de drets i deures en relació amb la salut | 127 |
| | Annex 12. Guia per al desenvolupament de la Cartera de serveis | 130 |
| | Annex 13. Mapa de processos | 131 |
| | Annex 14. Seguiment del projecte de millora | 132 |
| | Annex 15. Fitxa de recursos comunitaris | 134 |
| | Annex 16. Membres del grup de treball | 135 |

Introducció

1

Dins del marc del III Pla de qualitat de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament d'Acció Social i Ciutadania, s'ha desenvolupat aquest manual de bones pràctiques. Amb aquest document es vol donar un pas més en la política de millorar la qualitat de vida i la rehabilitació de la persona amb problemes d'addicció a les drogues i amb altres conductes addictives en els serveis residencials d'atenció a toxicòmans.¹ S'ha promogut l'elaboració d'aquest manual mitjançant la participació activa dels centres, les persones usuàries, les institucions relacionades i els proveïdors d'aquest àmbit d'actuació. La Fundació Avedis Donabedian ha ofert el suport metodològic pertinent.

L'objectiu d'aquest document és ajudar a crear un marc de referència amb els principals criteris d'atenció i suport a la persona per assegurar un procés centrat en l'individu. Per elaborar-lo s'ha partit de les bones pràctiques que es deriven de l'experiència de diferents centres i de les recomanacions existents en aquest sentit. Totes les persones que han integrat el grup de treball han fet aportacions des dels diferents enfocaments metodològics i paradigmàtics existents i, més concretament, des dels centrats en la qualitat de vida.

En la redacció d'aquest manual s'han tingut en compte la definició de la missió, la visió i els valors de dos dels serveis residencials d'atenció a toxicòmans: la comunitat terapèutica (CT) i el pis amb suport (PS).² Així mateix, s'ha considerat l'evolució de la conceptualització de les comunitats terapèutiques i el seu paper en la societat actual i també el document *Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències*, en el qual s'especifiquen les diferents àrees rellevants que cal abordar i alguns dels criteris de bona pràctica recomanats, s'ha utilitzat com a guió per dissenyar aquest manual de bones pràctiques.

Entre els aspectes específics treballats s'inclouen bones pràctiques relacionades amb l'accessibilitat, l'acollida i l'alta, la valoració integral, el Pla de tractament individualitzat, els programes d'atenció i de suport, el suport familiar, el tractament farmacològic, l'educació per a la salut, els protocols d'atenció, la documentació del procés d'atenció, els resultats de l'atenció, la satisfacció de la persona usuària, els aspectes ètics i de confidencialitat de la informació, la gestió del dispositiu, els recursos humans, la coordinació i les infraestructures.

S'ha volgut destacar de manera molt visual tres aspectes d'aquest manual que semblaven rellevants: els indicadors de qualitat, les bones pràctiques i les idees bàsiques.

1. 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.

2. Departament d'Acció Social i Ciutadania. *Catàleg de serveis bàsics dels centres residencials per a persones amb drogodependències*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001.

INDICADORS DE QUALITAT



Aquest símbol ens recorda que l'aspecte tractat és un indicador de qualitat, recollit en el document *Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències*.

BONES PRÀCTIQUES



Aquest símbol ens recorda que l'aspecte tractat es considera una pràctica recomanable de ser implementada tant en la CT com en el PS. Així es desprèn de la reflexió feta pels equips de treball que han participat en l'elaboració d'aquest document.

IDEES BÀSIQUES



Aquest símbol ens recorda els punts clau desenvolupats en el document, de tal manera que facilita la lectura del text i la comprensió de les idees considerades fonamentals per l'equip de treball.

L'aplicació operativa d'aquestes recomanacions posa de manifest la necessitat de millorar la coordinació entre els diferents agents implicats en el procés d'atenció, suport i rehabilitació de la persona en l'entorn comunitari.

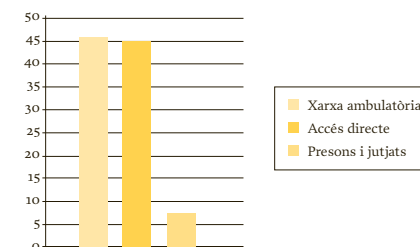
Esperem que aquest document pugui ésser un element de reflexió per a la millora de la pràctica professional que duem a terme amb les persones amb problemes d'addicció a les drogues i que requereixen el suport dels serveis socials especialitzats en el tractament de les addiccions.

1.1. La persona amb problemes d'addicció

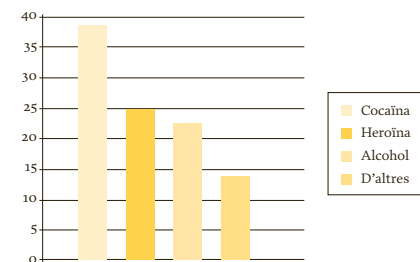
A continuació, a títol orientatiu, s'exposa el perfil bàsic de les persones usuàries de les comunitats terapèutiques (CT) i dels pisos amb suport (PS). Aquest perfil ha estat elaborat a partir de les dades de l'últim estudi de Grupo GID,³ i s'han tingut en compte les aportacions efectuades pels membres del grup de treball que han col·laborat en el disseny i la confecció d'aquest document; per tant, correspon a una aproximació de la situació actual a la qual s'ha de donar resposta.

CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES

- Procedència:
 - Xarxa ambulatoria: 46,1%.
 - Accés directe: 44,8%.
 - Presons i jutjats: 7,3%.



- Respecte a la distribució per sexes, aproximadament un 85% són homes.⁴
- L'edat varia entre els 18 i els 60 anys, amb una mitjana de 28-30 anys.⁵
- L'estat civil correspon majoritàriament al de persones solteres.
- Aproximadament un 3,4% tenen persones menors d'edat a càrrec seu. Aquest fet comporta una sèrie d'adequacions estructurals, funcionals, organitzatives i de planificació d'activitats especials.
- Persones estrangeres: 3,1% (pot ser que algunes no tinguin la situació legal normalitzada).
- Persones amb antecedents judicials: 38,6%.
- Droga principal de consum per la qual es fa el procés de deshabitació:
 - Cocaïna: 38,7%.
 - Heroïna: 24,9%.
 - Alcohol: 22,5%.
 - Altres substàncies: 13,9%.



- Ingress amb consum d'agonistes: 66,3%. Tant al PS com a la CT s'admeten persones en tractament amb metadona.⁶
- Ingress amb consum d'antagonistes: 15%.
- Persones amb patologia dual: 26,4%.
- Reingressos: 8,5%.

3. Comas, D. *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Grupo GID, 2006. <<http://www.pnsd.msc.es/Cat-ego-ria2/publica/pdf/ComunidadesTerapeuticas.pdf>>. (Consulta: 24/11/2006).

4. Atès que a Catalunya els centres són mixtos, cal tenir-ho en compte, per exemple, en l'adequació de les infraestructures (lavabos i habitacions diferenciats) o en l'abordatge de temes com ara la sexualitat.

5. S'observa una certa tendència cap a la disminució de la mitjana d'edat, atès que fa uns anys estava al voltant dels 33 anys. L'ingrés de persones usuàries de franges superiors d'edat acostuma a estar relacionat amb l'addicció a l'alcohol.

6. Segons l'estudi de Domingo Comas, un 81,3% de les persones consumidores d'heroïna que ingressen a les CT estan en un programa de manteniment amb agonistes (tipus metadona).

CARACTERÍSTIQUES SOCIOECONÒMIQUES

- Dificultat o manca de relacions.
- Dificultat per integrar-se en activitats laborals i de lleure.
- Convivència amb problemàtiques mentals.
- Diferents nivells d'implicació familiar en funció de la tipologia del diagnòstic i de l'edat de la persona. En alguns casos, s'evidencia la manca de recursos familiars. Algunes vegades, aquestes persones tenen famílies desestructurades o se separen del/de la cònjuge que també presenta problemes d'addicció.
- Recursos econòmics escassos.

1.2. Les comunitats terapèutiques i els pisos amb suport

1.2.1. Definició dels serveis

El pis amb suport (PS) té com a objectius principals la inserció i la integració socials total de les persones amb conductes addictives que necessiten fer o continuar un procés terapèutic en medi urbà i consolidar les estratègies necessàries per a la definició i l'autogestió personal, social i laboral.

Aquest recurs ofereix el suport necessari perquè les persones que estan en una fase avançada del procés de rehabilitació facin la integració comunitària. Esdevé, doncs, una plataforma per tal que la persona, amb el suport que se li ofereix, pugui plantejar el seu projecte vital interaccionant amb l'entorn i utilitzant els serveis comunitaris que requereix o dels quals es disposa. D'aquesta manera, se'n promou l'autonomia personal, recuperant capacitats o abastant la major competència possible.

La comunitat terapèutica (CT) per al tractament de l'addicció a les drogues és la reproducció d'un espai social, en règim d'internament, constituït amb finalitat terapèutica per a les persones residents i orientat a aconseguir el control i l'extinció de les conductes addictives i a facilitar la integració social. Existeix des de fa més de quaranta anys.

Es pot definir com aquella realitat que, integrant en temps i espai cadascun dels aspectes psicològics i socials de la persona, facilita la creació d'un univers relacional nou que permet construir patrons de comunicació individuals i socials per a la persona i per al grup.⁷

Es basa en el model comunitari, amb etapes de tractament que reflecteixen nivells cada vegada més alts de responsabilitat personal i social. Aquest enfocament es coneix com la comunitat com a mètode.

Difereix d'altres enfocaments de tractament, principalment en l'ús de la comunitat formada pel personal de tractament i les persones en recuperació com a agent clau del canvi. Els membres de la CT interactuen, de manera estructurada i no estructurada, per influenciar les actituds, les percepcions i els comportaments associats a l'ús de drogues.

Moltes de les persones admeses en la CT tenen una història de funcionament social, d'habilitats educatives/vocacionals i de llaços comunitaris i familiars positius que s'han deteriorat per l'abús de les drogues. Per a elles, la recuperació suposa la rehabilitació, és a dir, el reaprenentatge o el restabliment d'un funcionament, d'unes habilitats i d'uns valors saludables i socialment adequats, així com la recuperació de la salut física i emocional.

Altres residents de la CT mai no han tingut estils de vida funcionals. Per a ells, la CT és el primer referent d'una vida ordenada. Si s'escau, la recuperació suposa l'habilitació, és a dir, aprendre per primera vegada les habilitats conductuals, les actituds i els valors associats a convidaure en una societat.

A més de la importància de la comunitat com a agent primari del canvi, un segon principi fonamental de la CT és l'autoajuda, que implica que les persones en tractament són els principals contribuents al procés de canvi. L'ajuda mútua significa que les persones també assumeixen una responsabilitat parcial en la recuperació dels seus companys i companyes, fet que esdevé un aspecte important del propi tractament de la persona.⁸

1.2.2. Principis bàsics dels serveis com a recurs social

La gestió de l'atenció i dels suports implica una actitud centrada en la persona, tant com a individu com amb relació al seu entorn. Suposa passar d'una orientació basada en el dèficit a una estratègia basada en la millora: el treball dels aspectes psicosocials incrementa la qualitat de vida de la persona.

Els principis que orienten la filosofia de l'atenció en l'àmbit dels serveis socials i, per tant, totes les intervencions que se'n deriven, es poden resumir en els punts següents:

• QUALITAT DE VIDA

Afavorir la qualitat de vida de les persones ha de ser l'objectiu dels serveis d'atenció. Es parteix del model de R. Schalock i M. A. Verdugo, que considera que les dimensions de la qualitat de vida són vuit:

- Benestar emocional.
- Relacions interpersonals.
- Benestar material.
- Desenvolupament personal.
- Benestar físic.
- Autodeterminació.
- Inclusió social.
- Drets.

7. Abeijón, J. A.; Pantoja, L. *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto Deusto de Drogodependencias, 2002.

8. NIDA. National Institut on Drug Abuse. *Serie de Reportes de Investigación: La Comunidad Terapéutica*. <<http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica2.html>>. (Consulta: 18/11/2006).

• ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

S'entén la persona des de tres vessants: individual, familiar o de referents socials, i comunitària.

La planificació de suports centrada en la persona ha de partir d'una avaluació acurada de les seves necessitats i potencialitats, així com de la del seu entorn; cal tenir en compte que cada persona és única i diferent. Aquesta avaluació ha de determinar el perfil dels suports necessaris, que ha de quedar recollit en el Pla de tractament individualitzat (PTI), l'eina que cal utilitzar en tots els àmbits.

Cal disposar també d'un programa individual de suports (PIS), en el qual figurin el tractament, l'atenció i la gestió dels suports.

• INCLUSIÓ COMUNITÀRIA

A fi de poder abastar els objectius d'inclusió social de la persona amb problemes d'addicció, cal tenir en compte la dimensió comunitària i la seva projecció. La inclusió suposa el desenvolupament de programes fets a partir d'iniciatives comunitàries que prevegin la implicació en el teixit social.

• CAPACITAT D'ESCOLLIR

La persona té el dret i la responsabilitat d'escollir entre diferents opcions, de decidir per ella mateixa com ha de ser la seva vida i de participar de manera activa en la presa de decisions que l'afecten.

És un principi que cal respectar i desenvolupar, especialment en aquelles persones la conducta addictiva de les quals ha produït una deshabitació a l'autogovern. Aquesta és una dimensió clau de la qualitat de vida que incideix en moltes d'altres.

• DIVERSITAT

Els serveis han d'arribar a totes les persones que se'n poden beneficiar i els sol·liciten, sempre amb la indicació terapèutica corresponent, amb independència de les causes, la gravetat o l'existència d'altres factors intel·lectuals, cognitius o de comportament.

Com en el cas d'altres col·lectius, les persones amb problemes d'addicció poden presentar discapacitats (sensorials, intel·lectuals, etc.), problemes de comportament o malaltia mental, etc.

• FLEXIBILITAT

Els programes dels serveis d'atenció s'han d'adequar, tant com sigui possible, a les necessitats de cada persona, tenint sempre en compte les línies marcades en el programa terapèutic de cada centre i el reglament de règim intern.

• FUNCIONALITAT

L'atenció i els suports que s'ofereixen a cada persona han d'estar dirigits a la millora dels seus dèficits i mancances, i, en conseqüència, de la seva qualitat de vida. Cal evitar les actuacions que no contribueixen a superar el problema de l'addicció a les drogues, que no tenen en compte la participació de la persona i que no generen una utilitat clara per a la rehabilitació i la inclusió social.

• QUALITAT

El centre ha de tenir un sistema que permeti avaluar la qualitat de l'atenció, on constin clarament els objectius i els indicadors, com també els processos que comportin una millora continuada de la qualitat.

Un factor clau d'un sistema de gestió de la qualitat és la participació i la implicació de totes les persones que conformen l'organització, incloent-hi l'entitat titular, la direcció, els i les professionals, les persones usuàries, les seves famílies i el personal voluntari. Tanmateix, cal que tinguin en compte les necessitats d'altres clients (Administració, comunitat, etc.) i dels proveïdors.

Les persones, professionals o voluntàries, que donen suport a les persones ateses en els centres s'han de mantenir motivades i formades en les competències necessàries per desenvolupar correctament les seves funcions. El sistema de gestió de la qualitat ha d'incloure la planificació de la formació continuada, els incentius per assegurar un bon clima i la realització del personal del centre.

• TREBALL INTERDISCIPLINARI

El funcionament adequat de la CT o del PS implica l'existència d'un equip multidisciplinari⁹ que treballa de manera interdisciplinària¹⁰ amb un enfocament transdisciplinari.¹¹

A més d'un sistema de coordinació entre els membres de l'equip del centre, es requereix un treball coordinat amb els diferents dispositius amb què el servei es relaciona. Es recomana definir els mecanismes de coordinació, els sistemes d'interconsulta i de seguiment, i de tot allò que es consideri necessari per assegurar la continuïtat del procés d'atenció i de suport a la persona. En algun cas, pot resultar d'utilitat l'assignació de persones referents.

9. Equip multidisciplinari: format per diferents disciplines per a l'abordatge d'una situació determinada.

10. Treball interdisciplinari: els diferents membres de l'equip multidisciplinari s'integren, participen de manera coresponsable en tot el procés i treballen consensuadament segons els criteris i els acords establerts pels diferents membres. Hi ha intercanvi de metodologies de treball d'una disciplina a l'altra.

11. Enfocament transdisciplinari: parteix del treball interdisciplinari. El marc teòric, metodològic i operatiu és producte de la participació interactiva de l'equip i de la comunitat de persones usuàries, tant individualment com col·lectivament; en la manera de treballar es té en compte la interacció per abastar els resultats esperats conjuntament amb la persona i amb l'articulació i l'engranatge de tota la xarxa de suports existent. Es considera com afecten les relacions personals i interpersonals, els estats d'ànim, les capacitats, les actituds, les aptituds, les postures ideològiques, els estils de vida, la formació i la història de vida, etc. Es tracta d'un treball que s'efectua per mitjà de totes les disciplines sobre la base del respecte i de la llibertat.

Actitud centrada en la persona
Estratègia basada en la millora

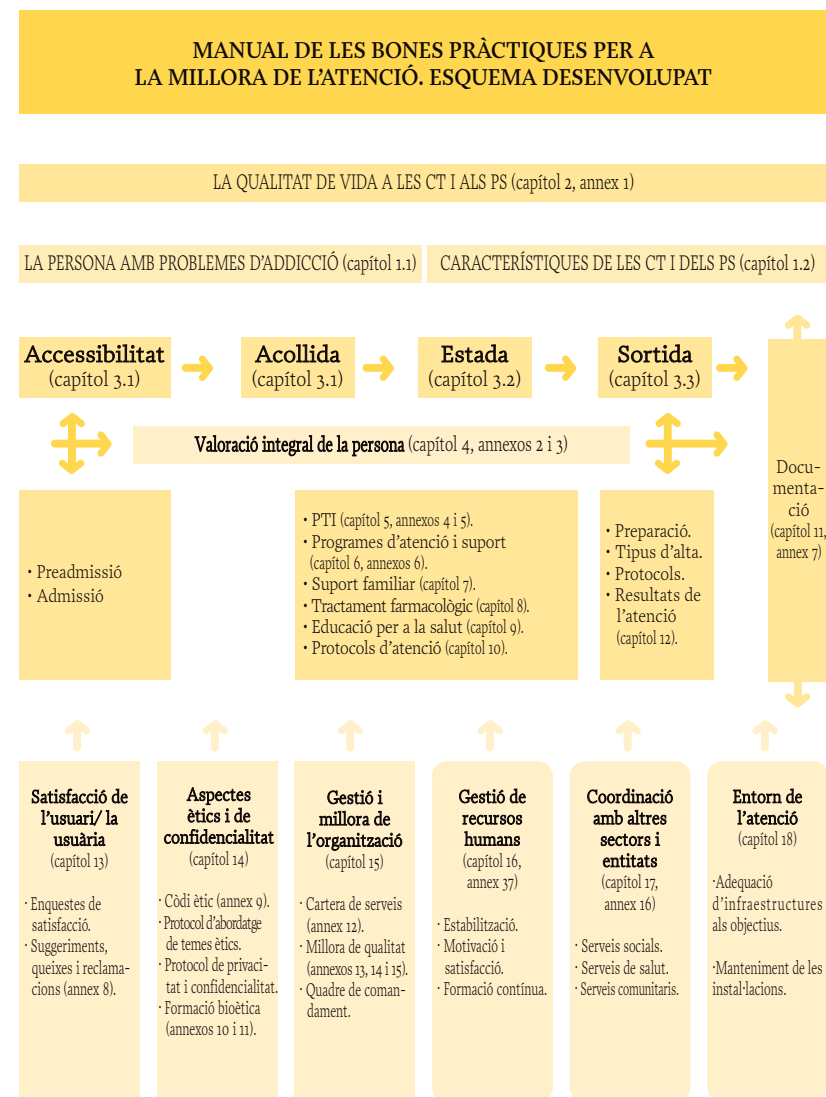


Principis bàsics de l'atenció:

- Qualitat de vida.
- Atenció centrada en la persona.
- Inclusió comunitària.
- Capacitat d'escollir.
- Diversitat.
- Flexibilitat.
- Funcionalitat.
- Qualitat.
- Treball interdisciplinari.

A continuació, s'adjunta l'esquema a partir del qual s'ha estructurat aquest manual de *Bones pràctiques per a la millora de l'atenció*. Diferencia, de manera gràfica, els processos referents a l'atenció directa i els de suport a la part inferior de l'esquema. Tanmateix, els continguts considerats transversals també s'hi han representat: com a encapçalament trobem els que constituïrien l'emmarcament del paradigma (qualitat de vida, perfil de la persona usuària i característiques dels dispositius) i lateralment, la documentació.

A més, a fi de facilitar la consulta de temes específics en aquest manual, s'indica a quin bloc fa referència cada capítol i els annexos que hi estan vinculats.



2

La qualitat de vida a les comunitats terapèutiques i als pisos amb suport



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|------------------------|---|-----------|
| 7 | Qualitat de vida | El dispositiu avalua periòdicament la qualitat de vida de la persona usuària. | 70% |
| 15 | Resultats de l'atenció | Les persones usuàries són avaluades periòdicament i en el moment de l'alta per identificar-ne la millora de la qualitat de vida durant l'estada en el centre. | 75% |

L'abordatge des de la qualitat de vida ha implicat un moviment d'avenç, innovació i canvi en les pràctiques professionals i en els serveis que ha permès promoure actuacions en l'àmbit de l'organització i del sistema social. El concepte s'ha convertit en un marc de referència conceptual per avaluar resultats de qualitat, un constructe social que guia les estratègies de millora de la qualitat i un criteri per avaluar l'eficàcia d'aquestes estratègies. Per aquesta raó, el concepte de qualitat de vida és cada vegada més utilitzat en diferents àmbits pels serveis socials, en la línia de dur a terme unes intervencions més personalitzades i adequades a les necessitats i les exigències actuals i futures.

Però la definició i la concepció de la qualitat de vida ha estat, i continua sent, un procés complex que presenta nombrosos problemes tècnics i filosòfics. És una percepció subjectiva de cada persona i no és igual per a tots, ni tampoc tothom entén el mateix quan es refereix a la seva pròpia qualitat de vida i a la dels altres.

Més que un acord sobre la seva definició, és necessari generar un marc conceptual de qualitat de vida àmpliament acceptat. Afortunadament, hi ha consens sobre els aspectes essencials del constructe, que es podrien resumir en cinc principis conceptuals bàsics:

1. Es compon dels mateixos indicadors i les mateixes relacions que són importants per a totes les persones.
2. S'experimenta quan les necessitats d'una persona es veuen satisfetes i quan es té l'oportunitat de millorar en les àrees vitals més importants.

3. Té components tant subjectius com objectius, però és fonamentalment la percepció de l'individu la que indica la qualitat de vida que experimenta.
4. Es basa en les necessitats, les eleccions i el control individual.
5. És un constructe multidimensional influenciat per factors personals i ambientals, com ara les relacions d'intimitat, la vida familiar, l'amistat, el treball, el veïnatge, la ciutat o el lloc de residència, l'habitatge, l'educació, la salut, el nivell de vida i l'estat de la mateixa nació.

Per elaborar aquest manual de bones pràctiques hem treballat a partir del model de Schalock i Verdugo,¹² que entén la qualitat de vida com un concepte que reflecteix les condicions desitjades per una persona amb relació a vuit necessitats fonamentals que representen el nucli de les dimensions de vida de cadascú: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets.

A continuació, presentem una definició breu de cadascuna de les vuit dimensions del model, així com els indicadors seleccionats per operativitzar les dimensions esmentades. A més, de cada dimensió es recullen les funcions de suport per a aquests indicadors i també alguns exemples de tècniques de millora per assolir major qualitat de vida en la dimensió abordada (vegeu l'annex 1 Exemples de suports per a la millora de la qualitat de vida).

- **Benestar emocional:** fa referència a sentir-se tranquil, segur, no estar nerviós. S'avalua mitjançant indicadors com ara satisfacció, autoconcepte i absència d'estrès i de sentiments negatius.
- **Relacions interprofessionals:** relacionar-se amb diferents persones (veïns/es, companys/es, etc.) i tenir amics o amigues. Es mesura amb indicadors com ara relacions socials, tenir amistats clarament identificades, relacions familiars, contactes socials positius i gratificants, relacions de parella i sexualitat.
- **Benestar material:** tenir prou diners per comprar el que es necessita i es vol tenir, i disposar d'un habitatge i d'un lloc de feina adequat. Alguns dels indicadors avaluats són: habitatge, feina, salari (pensió, ingressos), estalvis i possessions (béns materials).
- **Desenvolupament personal:** es refereix a la possibilitat d'aprendre diferents coses, tenir coneixements i realitzar-se personalment. Es mesura amb indicadors com ara educació (accés a les noves tecnologies, oportunitats d'aprenentatge, etc.), competències (habilitats laborals i funcionals: competència personal, conducta adaptativa i comunicació, etc.), desenvolupament (limitacions, capacitats, etc.) i oci.
- **Benestar físic:** tenir bona salut, sentir-se en bona forma física, tenir hàbits d'alimentació saludables. Inclou indicadors com ara atenció sanitària, estat de salut, activitats de la vida diària, son, accés a ajudes tècniques i alimentació.

12. Schalock, R. Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

- **Autodeterminació:** decidir per un mateix i tenir oportunitat d'elegir les coses que es volen, com es vol que sigui la vida pròpia, el treball, el temps lliure, el lloc on viure o les persones amb les quals estar. Alguns dels indicadors amb els quals s'avalua són: autonomia, control personal, metes i valors personals, decisions i eleccions.
- **Inclusió social:** anar a llocs de la ciutat o del barri on van altres persones i participar en les seves activitats com una persona més. Sentir-se membre de la societat, sentir-s'hi integrat, comptar amb el suport d'altres persones. S'avalua mitjançant indicadors com ara integració, participació en la comunitat, accessibilitat i suports socials.
- **Drets:** ser considerat igual que la resta de les persones, ser tractat de manera similar, que es respecti la forma de ser, les opinions, els desitjos, la intimitat, els drets i la defensa d'aquests. Alguns dels indicadors utilitzats per avaluar aquesta dimensió són: coneixement i exercici de drets, drets humans i drets legals.

Així, entenem les dimensions bàsiques de qualitat de vida com un conjunt de factors que componen el benestar personal i els seus indicadors centrals, com a percepcions, conductes o condicions específiques de les dimensions de qualitat de vida que reflecteixen el benestar d'una persona.

L'adopció d'aquest model implica replantejar la intervenció mitjançant una planificació centrada en les necessitats de la persona i, consegüentment, organitzar i gestionar els suports que s'ofereixen per cobrir aquestes necessitats. La millor manera de materialitzar la mesura de la qualitat de vida és fer servir escales que incloguin la percepció de la persona usuària; la mesura d'aquesta percepció subjectiva es pot contrastar amb una observació per part dels i les professionals que coneguin bé la realitat de cada persona usuària.

A fi que aquest indicador sigui representatiu i objectivable, tots els dispositius han d'avaluar la qualitat de vida de la persona usuària amb escales validades o de consens, o bé amb les proposades pel Departament d'Acció Social i Ciutadania (Escala GENCAT). Alguns altres exemples són el Cuestionario de calidad de vida residencial CAVI-R,¹³ WhoQol, SF-12, EuroQol, HONOS, entre d'altres.

Tot i que cal tenir en compte que experimentar i expressar la qualitat de vida és quelcom complex per a tots els éssers humans, es recomana fer la valoració en tres moments:

- En el moment de l'ingrés: durant els tres primers mesos d'estada en el servei.
- De manera periòdica: la periodicitat mínima ha de ser anual.
- En el moment de l'alta del recurs: sempre que es tracti d'altres programades.

Actualment, a la nostra societat s'està impulsant un canvi de paradigma en els models d'atenció a la persona que permeti passar de plantejaments assistencials als basats en la qualitat de vida de la persona, tenint en compte els suports que les persones requereixin per assolir els objectius proposats.

Així, doncs, en diferents apartats d'aquest manual de bones pràctiques s'identifiquen aspectes fàcilment vinculables a les dimensions de qualitat de vida descrites en aquest capítol. I és que millorar la percepció de la pròpia qualitat de vida hauria de ser un repte per a tots els equips professionals que atenen persones amb problemes de drogodependència.

13. Verdugo Alonso, M. A.; Canal Beida, R.; Gutiérrez Bermejo, B.; De la Parte Herrero, J. M.; López Fraguas, A.; García Castro, L. M. "Cuestionario para evaluar la calidad de vida en servicios residenciales". A: Verdugo Alonso, M. A. *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú, 2006.

3

Bones pràctiques en l'accessibilitat, l'acollida i l'alta



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|------------------------------------|--|-----------|
| 1 | Accessibilitat i acollida | El dispositiu té definit un procés d'admissió i comiat o alta de les persones que han de ser ateses. | 90% |
| 13 | Derivació i sortida del dispositiu | Els/les professionals fan un procés de preparació per a la sortida de la persona del dispositiu. | 90% |

3.1. Procediment de preadmissió, admissió i acollida

Un aspecte fonamental per tal d'assegurar un bon aprofitament del recurs és tenir definits els processos de preadmissió, admissió, acollida i alta en el centre, així com els criteris d'exclusió, considerant les característiques de les persones usuàries ateses, la ubicació del centre i els recursos de què disposa.

D'aquesta manera es garanteix al màxim l'adequació de la persona al programa i es proporciona un context d'acolliment tan favorable com sigui possible des del primer moment.

3.1.1. Procés de preadmissió i d'admissió



1. Valorar l'adequació del tractament.
2. Informar sobre el funcionament general del centre i les condicions de l'ingrés.
3. Treballar el compromís personal.

1. Valorar l'adequació del tractament

- El centre ha de tenir clarament definits els criteris d'inclusió i d'exclusió en el seu programa de tractament; en funció dels serveis prestats en els dispositius, s'ha de determinar si els casos poden ser atesos o no.

Per optimitzar els recursos d'admissió és important que el servei disposi d'un sistema per donar a conèixer aquests criteris als centres derivadors per tal de facilitar-ne la tasca.

- El protocol de preadmissió ha de definir quin sistema s'utilitza per valorar la persona. En el cas que es facin entrevistes per valorar l'adequació del tractament, cal especificar els professionals responsables de dur-les a terme, el nombre necessari d'entrevistes i on cal fer-les (ja sigui en el recurs mateix o en serveis externs de l'entitat).
- S'ha d'especificar com es fa la valoració de l'estat físic, psíquic i social de la persona. Es recomana fer tant una recollida d'informes dels i les professionals que han intervingut en el cas com la verificació i l'actualització d'aquests informes en l'entrevista directa.
- Al llarg del procés d'admissió cal valorar els aspectes clau de la història de vida de la persona per les seves possibles implicacions en l'estada a la CT o al PS, la seva motivació envers l'ingrés i les capacitats reals d'aprofitament de l'estada en el centre.

2. Informar sobre el funcionament general del centre i les condicions de l'ingrés

Caldrà informar dels punts següents:

- Les diferents fases del tractament, la dinàmica que se segueix i els contactes, les visites i les sortides amb la família.
- Els horaris de les diferents activitats que es fan diàriament explicant-ne els objectius terapèutics.
- La normativa del centre.
- La composició de l'equip tècnic d'intervenció.
- Els sistemes de comunicació amb el centre.

3. Treballar el compromís personal

Una part fonamental per garantir l'èxit del procés és que la persona usuària manifesti lliurement interès i voluntat d'incorporar-se al programa terapèutic. Aquest component s'ha de valorar mitjançant una entrevista individual.

És important que, en aquest punt del procés, la persona usuària i algun familiar o persona responsable signin el contracte terapèutic com a senyal d'acceptació de les condicions i de la normativa del centre.

• RESULTATS DEL PROCÉS D'ADMISSIÓ

1. En el cas de no-admissió de la persona sol·licitant, s'ha de reorientar aquesta cap al professional de referència si la persona ha estat derivada des d'un altre servei o cap a algun servei de la xarxa que s'ajusti al perfil de la persona en el cas que la demanda sigui per iniciativa pròpia.
2. En el cas que la persona sigui admesa en el programa, se li ha de proporcionar la llista de coses que ha de portar en el moment de l'ingrés i informar-la d'allò que no està permès portar.
També cal donar una data d'ingrés aproximada, tenint en compte les previsions d'altres programades, i informar que aquesta es pot modificar en funció d'altres no programades o de variacions en la previsió de sortides.
Un cop finalitzat el procés d'admissió, es fa necessari coordinar-se amb el professional de referència que ha derivat el cas per informar-lo de com ha anat el procés, dels acords presos i dels terminis de l'ingrés.
Igualment s'ha d'informar de la incorporació de la nova persona usuària al personal de la CT o del PS a fi que tinguin la màxima informació possible per poder preparar l'acollida.

3.1.2. Ingress en el centre i acollida

En aquest moment del procés, cal garantir tant com sigui possible un ambient de suport i acompanyament de la persona usuària a fi de facilitar-ne la integració en el centre. Per tant, és important que el centre tingui definit un protocol d'acollida que especifiqui els punts següents:

- Quan, qui i com es fa l'acollida de la persona usuària, informació que es facilita, recollida de documents i pertinences que el centre inventaria i es queda en dipòsit explicant degudament per què es fa, signatura de les autoritzacions pertinents (LOPD)¹⁴ i signatura i lliurament del contracte terapèutic.¹⁵
- Cal informar la nova persona ingressada sobre quines són les persones de referència de l'equip (educadors/ores i psicòlegs/òlogues) i, sempre que sigui possible, presentar-les-hi personalment aquell mateix dia.

En la comunitat terapèutica:

- La persona de l'equip encarregada de l'acollida de la nova persona usuària en el centre ha de registrar i revisar personalment les pertinences a fi d'assegurar que no pugui dur a sobre coses o substàncies no permeses (drogues, productes amb alcohol, medicació, diners, etc.). És important explicar molt bé el sentit d'aquesta intervenció i fer-la amb molt de respecte.
- El centre ha de tenir definit un procés d'acollida per part del grup. Es recomana que aquest procés inclogui els elements següents: la persona responsable de l'acollida del grup acompanya la persona usuària, li ensenya

el servei i fa una presentació informal dels companys i companyes que es trobin pels voltants.

En el pis amb suport:

- Uns dies abans de l'ingrés, s'acorda amb la futura persona usuària una visita al recurs a fi que conegui l'espai i els companys i companyes.
- Amb l'objectiu de facilitar la integració a la vida diària de la CT o del PS tan aviat com sigui possible, la persona usuària s'ha d'integrar a la primera dinàmica o activitat que estigui prevista per a aquell moment del dia (sempre que l'estat de la persona ho permeti) i cal fer una presentació grupal en què se li doni la benvinguda.
- Durant la primera setmana, tant l'equip de professionals com un grup definit de persones usuàries, han d'anar proporcionant informació al nou usuari o usuària sobre diferents aspectes del programa: activitats, normativa, horaris, etc.

Cada centre ha de definir un període de prova durant el qual l'equip terapèutic pugui valorar millor l'adequació de la persona usuària al recurs. Es recomana que aquest període de prova sigui de 30 dies per a la CT i de 15 dies per al PS. En cas que la valoració no sigui positiva, s'ha d'informar la família i el centre derivador i adreçar la persona al seu centre de referència.

CAL DEFINIR



- Criteris d'inclusió i d'exclusió en el programa de tractament.
- Sistema que s'utilitza per valorar la persona.
- Informació que es proporciona sobre el funcionament general del centre.
- Metodologia per treballar el compromís personal.
- Protocol d'acollida.

3.2. Estada en la comunitat terapèutica i/o en el pis amb suport



Les intervencions que es fan durant l'estada en el centre s'articulen mitjançant el Pla de tractament individualitzat (PTI) i el Programa individual de suports (PIS).

El Pla de tractament individualitzat (PTI) i el Programa individual de suports (PIS) de cada persona inclouen les diferents dimensions relacionades amb la

14. Agència Catalana de Protecció de Dades. <http://www.apdcat.net/llistNormB.php?cat_id=27>.
(Consulta: 18/1/2007).

15. El contracte terapèutic és el document que regula les condicions de responsabilitat entre la persona usuària i el centre.

qualitat de vida. Es treballen tots els aspectes bàsics i rellevants per a una execució adequada en diverses àrees relacionades amb la rehabilitació, la competència personal, la independència, l'autonomia personal i la inclusió social.

L'atenció personal i el tractament de l'addicció es duen a terme per mitjà de professionals qualificats que presten serveis d'atenció personal i de gestió de suports. Els i les professionals gestionen suports, entrenen habilitats i ajuden a instaurar hàbits contribuint a la promoció de l'ajustament i de la convivència. Hi ha un seguit de bones pràctiques relacionades amb l'estada en el recurs que s'expliquen al llarg d'aquest document.

3.3. Sortida de la comunitat terapèutica o del pis amb suport

La CT i el PS no són una finalitat última en si mateixos, sinó un vehicle perquè els seus membres facin un procés d'inclusió social progressiu d'acord amb les possibilitats evolutives de cadascú.

La valoració per preparar la sortida de la persona usuària es fa des del moment en què aquesta ingressa en el recurs, quan es planifica un temps estimat d'estada i quan es detecten factors que cal treballar i assegurar abans de la sortida del recurs, i s'actualitza mitjançant el seguiment individualitzat de cada resident.

El Pla terapèutic individualitzat (PTI) ha de reflectir la necessitat de preparar la sortida i les activitats que es porten a terme a aquest efecte. La planificació de les accions s'ha d'efectuar conjuntament amb la persona, amb la finalitat d'aconseguir-ne la màxima implicació. És necessari treballar amb la persona usuària la seva independència personal i el desenvolupament de la major autonomia possible, tenint en compte la gestió dels suports disponibles. Cal haver activat estratègies per al desenvolupament d'habilitats socials, educatives, actitudinals i de preparació de l'entorn per afavorir-ne la reincorporació.

S'ha de deixar constància dels pactes i els acords en el dossier individual perquè puguin ser consultats per la resta de membres de l'equip interdisciplinari.

El treball amb la família també esdevé fonamental en aquest procés. En els casos que sigui possible, s'ha de procurar la implicació d'aquesta i del referent social i que la mateixa persona usuària aconsegueixi involucrar els organismes locals, els serveis o els àmbits del seu entorn d'integració social, la qual cosa constitueix un objectiu de canvi personal i d'autonomia en el tractament.

El programa de preparació de la sortida és un procés gradual. Els indicadors de qualitat recomanen l'existència d'un protocol d'alta que cobreixi els aspectes relacionats amb el procés de comiat o de sortida de la persona del centre.

3.3.1. Tipus d'alta o comiat



Hi ha diferents tipus de sortides:

- | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1. Alta terapèutica. | 4. Alta per força major. | 6. Alta per derivació. |
| 2. Alta voluntària. | 5. Alta per fuga. | 7. Alta per defunció. |
| 3. Alta per cessament. | | |

A continuació, es defineixen i s'expliciten una sèrie de bones pràctiques recomanades en funció del tipus d'alta:

1. Alta terapèutica

L'alta terapèutica es produeix quan finalitza el tractament perquè el o la resident ha assolit els objectius acordats al seu PTI, tenint en compte el termini establert per a això.¹⁶

- La preparació de la sortida s'ha d'efectuar conjuntament amb la persona usuària i, si s'escau, amb la família i els referents socials.
- Cal afavorir la vinculació de la persona al centre de referència de la xarxa: centre d'atenció i de seguiment (CAS), centre de salut mental (CSM), etc. S'aconsella que, com a mínim, la persona faci una visita de seguiment al CAS abans de la sortida de la CT o el PS.
- S'ha de notificar l'alta de la persona usuària al centre derivador i enviar-hi l'informe.
- Cal afavorir els processos de comiat amb la resta de residents com un element terapèutic i motivador.
- La persona usuària recull els objectes personals en presència de la persona responsable d'habitació i de l'educador o educadora.
- Cal deixar constància de la devolució de tots els objectes personals, prèvia consulta a la llista inventariada d'objectes personals en el moment de l'ingrés.
- S'ha de facilitar l'informe d'alta amb indicacions concretes i donar una còpia de cites programades, en cas que n'hi hagi.
- S'ha de proporcionar la medicació de les primeres 24 hores o 48 en cas de ser cap de setmana.
- Cal coordinar el transport amb la família, si s'escau.

2. Alta voluntària

L'alta voluntària es produeix quan la persona resident decideix, de manera unilateral, interrompre el seu procés.

- Quan la persona usuària sol·licita l'alta voluntària, se li ha d'indicar que l'ha de demanar amb 48 hores d'antelació, amb la finalitat de poder-li facilitar un procés de reflexió i preparar la sortida.

¹⁶ El temps necessari de permanència en el dispositiu és diferent per a cada persona i per a cada programa de tractament, però, en tot cas, la durada mínima ha de ser de tres mesos.

- b. S'ha d'intentar contactar amb la família per notificar-li la situació.
- c. Cal sol·licitar a la persona usuària que indiqui per escrit els motius pels quals demana l'alta voluntària. Després, cal donar-li temps per llegir en veu alta allò que ha escrit.
- d. Per als casos que es requereix procés de contenció, s'ha d'intentar separar la persona del grup per augmentar el control de la situació.
- e. En funció de la situació, cal treballar amb el grup de companys i companyes els motius pels quals la persona resident vol sol·licitar l'alta voluntària, intentant activar, per mitjà de la dinàmica grupal, un procés de reflexió sobre els motius que condueixen a la sol·licitud d'aquest tipus d'alta.
- f. S'ha d'intentar preparar i acompanyar el procés de sortida. Sempre que sigui possible, cal convidar a fer un procés de tancament de l'alta.
- g. Quant a la signatura del full d'alta voluntària, quan la persona no el vulgui signar, cal la signatura com a mínim d'un testimoni que certifiqui que la persona usuària abandona el recurs voluntàriament.
- h. La persona usuària ha de recollir els objectes personals sota la supervisió de la persona responsable d'habitació i de l'educador o educadora.
- i. Cal deixar constància de la devolució de tots els objectes personals, amb la llista inventariada d'objectes personals en el moment de l'ingrés.
- j. S'han de facilitar indicacions concretes i donar còpia de cites de demandes, en cas que n'hi hagi. També s'ha d'enviar l'informe d'alta al CAS.
- k. Cal donar la medicació de les primeres 24 hores o 48 hores en cas de ser cap de setmana.
- l. S'ha de coordinar el transport amb la família sempre que sigui possible. Si és necessari, es pot facilitar l'import per pagar el transport.

3. Alta per cessament

L'alta per cessament es produeix quan l'equip decideix interrompre el tractament per incompliment d'aquest o de la normativa.

- a. Cal intentar exhaurir tots els recursos i els mitjans possibles abans d'arribar a una alta per cessament per incompliment continuat de la normativa. Si el cessament és per acumulació d'avisos, cal que n'hi hagi constància escrita.
- b. Els casos de cessament sempre han de ser consensuats amb l'equip d'atenció. No és recomanable fer una alta per cessament en una situació "calenta".
- c. En els casos que es prevegin conseqüències del cessament conflictives, és recomanable enviar un informe a la Delegació Territorial. Les CT també ho han de fer a la inspecció i el registre de sanitat.
- d. Cal informar la família que s'ha de produir un cessament i els motius que el condicionen. També s'ha d'indicar quan es notifica a la persona usuària, amb la finalitat de poder preparar, sempre que sigui possible, el desplaçament al seu lloc de residència. En cas de no tenir família, aquesta informació s'ha d'adreçar als serveis socials i cal notificar la derivació de la persona usuària.

- e. Demanar a la persona usuària que truqui a la família, si escau.
- f. Quan es notifica a la persona usuària, és molt important remarcar que hi ha hagut un cessament del tractament i no de la persona.
- g. Cal lliurar per escrit la notificació dels motius del cessament (no funcionament del procés de tractament; acumulació de sancions; acte violent, agressió greu, incitació al consum, consum reiterat, etc.) i arxivar la signatura conforme s'ha rebut.
- h. S'ha de tenir establert un protocol d'intervenció davant situacions de violència.
- i. En els casos de cessament per consum, s'aconsella fer un control analític a la resta de persones usuàries, així com un registre de les instal·lacions.
- j. Si cal, s'ha de facilitar una llista de recursos (albergs i altres).
- k. S'ha de comunicar la situació al centre derivant.

4. Alta per força major

L'alta per força major es produeix quan la sortida del recurs es deriva de causes que no depenen de la voluntat de la persona usuària ni del centre (hospitalització, ingrés a la presó, etc.). En aquests casos, cal tenir present el següent:

- a. Cal recollir ràpidament els objectes personals de la persona per tal d'evitar incidències.
- b. Si es considera oportú, s'ha d'oferir assessorament a la família.
- c. S'ha de fer l'informe d'alta amb recomanacions.
- d. S'han de dur a terme accions de comiat per part dels companys i les companyes del grup.

5. Alta per fuga

L'alta per fuga es produeix per l'abandonament del recurs de manera sobtada, normalment sense preavís a l'equip i sense seguir cap dels procediments establerts per deixar el centre. Davant d'aquesta situació cal seguir els punts que es detallen a continuació:

- a. Cal avisar la família.
- b. Cal avisar el CAS de referència.
- c. Les pertinences s'han de recollir tan aviat com sigui possible.
- d. S'ha de lliurar la documentació d'alta a la família, si escau.

6. Alta per derivació

L'alta per derivació es produeix quan el tractament o el recurs resulten inadequats i cal reorientar la persona cap a un altre servei.

- a. S'ha de valorar i decidir amb l'equip interdisciplinari la necessitat de la derivació de la persona usuària a un altre recurs de la xarxa de drogues,

- de salut mental o d'altres per impossibilitat de complir els objectius previstos en el programa.
- Cal dur a terme una coordinació amb el servei al qual es deriva la persona usuària.
 - S'han d'explicar a la persona usuària i a la família els motius d'aquest tipus de derivació.
 - S'ha de notificar al derivant de la persona usuària en la CT o el PS.
 - Cal lliurar un informe d'alta a la persona usuària incloent-hi recomanacions.
 - S'han de fer les accions comunes descrites en l'alta terapèutica (acompanyament a l'habitació per recollir objectes personals, coordinació amb la família, gestió del sistema de transport, etc.).

7. Alta per defunció

L'alta per defunció es produeix per la mort de la persona usuària mentre està seguint el tractament en el dispositiu.

- Cal notificar-ho al metge o metgessa de la residència o bé al 061. En el cas de no tenir la signatura del certificat de defunció, cal notificar-ho al jutjat de guàrdia.
- En els casos de mort violenta, per suïcidi o per sobredosi, cal notificar-ho al cos policial competent.
- S'ha de comunicar a la família, a l'equip, a la resta de persones usuàries, al centre derivant i a l'Administració.
- Les pertinences personals s'han de recollir tan aviat com sigui possible.
- Cal donar suport a la família o el referent social en els tràmits d'enterrament. S'han de facilitar espais d'entrevista a la família per iniciar el procés del dol.
- En els casos que no hi hagi família, s'aconsella establir prèviament acords amb la persona usuària per establir un sistema d'actuació en cas de necessitat.
- S'han de generar espais que convidin al dol amb la resta de residents.
- S'ha de generar un espai que convidi al dol per part dels i les professionals.
- Davant una mort no esperada o sobtada, s'aconsella fer una anàlisi de la causa originària. Davant d'aquesta situació, cal tenir present el següent:
 - Identificar què ha passat.
 - Identificar les causes immediates.
 - Identificar les causes subjacents.
 - Analitzar les actuacions que es poden millorar.
 - Aprendre de les experiències de l'equip.

3.3.2. Informe d'alta



Amb la finalitat de poder afavorir la continuïtat dels processos d'atenció i suports facilitats, cal elaborar un informe per a la persona usuària i per a la nova institució a què es derivi la persona. Aquest informe tipus s'ha d'adaptar segons a qui s'adreça, i en funció dels seus objectius.

Aquest informe ha d'incloure informació social, cognitiva, funcional i medico-sanitària, i ha de fer referència al programa d'atenció portat a terme. Igualment, cal indicar els suports que ha calgut activar i donar informació referent a disposicions prèvies o a les voluntats anticipades de la persona. S'aconsella que aquest informe estigui redactat per l'equip de professionals responsable de l'atenció a la persona.

Els continguts recomanats per a la redacció de l'informe d'alta són els que es detallen a continuació:

- Dades personals.
- Centre derivador.
- Data d'ingrés.
- Valoració inicial.
- Objectius plantejats.
- Intervencions fetes per àrees (clínicopsiquiàtrica, psicològica, relacional i social).
- Estat en el moment de l'alta.
- Medicació en el moment de l'alta.
- Resultats principals d'analítiques.
- Recomanacions en el moment de l'alta.
- Situació jurídica.
- Temes pendents.
- Motiu de l'alta.
- Data de l'alta.
- Lloc on s'ha de continuar el tractament.

3.3.3. Entrevista de sortida

L'alta és un moment molt delicat del procés en el qual cal oferir a la persona la informació essencial per facilitar l'adequació a l'entorn comunitari; per tant, els centres han d'establir els aspectes que s'han d'abordar en l'entrevista de sortida.



- Prevenir les sobredosis. En el moment de la sortida hi ha cert risc de reprendre el consum de drogues i, a causa de la deshabitació, disminueix la tolerància davant el consum. És per aquest motiu que moltes de les sobredosis apareixen en aquest moment.
- Prevenir els riscos.
 - Ús del preservatiu.
 - Programes d'intercanvi de xeringues.
- Vetllar per l'adhesió al tractament. Cal garantir que la persona continua el seguiment de les possibles patologies cròniques. Cal bona coordinació amb els serveis de salut.
- Facilitar les dades de contacte dels recursos comunitaris específics.

Bones pràctiques en fer la valoració integral de la persona



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|--------------------|---|-----------|
| 2 | Valoració integral | Els i les professionals del pis amb suport i de la comunitat terapèutica fan una valoració integral de la persona en el moment de l'ingrés i de manera periòdica. | 90% |

S'aconsella que la CT o el PS elabori una guia que determini un protocol i orienti l'avaluació completa de les necessitats, les capacitats i les potencialitats de la persona, tant la que es fa inicialment com la que es fa de manera periòdica.¹⁷



Es recomana que hi hagi un procediment estàndard que expliqui els instruments utilitzats per avaluar el cas, els moments d'aplicació, el personal encarregat de fer-ho i la periodicitat.

A l'annex 2 "Escala de valoració", figura una relació de les escales més utilitzades en el sector, i, a l'annex 3 "Registre Soler", s'adjunta un resum sobre aquesta escala específica per a les comunitats terapèutiques.

Per a cadascuna de les àrees que cal valorar, es recomana tenir en compte, almenys, els aspectes següents:

- **Dades personals i biogràfiques:** educació, aspectes laborals, disposició personal a rebre l'atenció, motivacions reals, sexualitat i dades jurídiques i judicials, situació actual, antecedents i temes pendents.
- **Situació social:** situació familiar (dinàmica familiar i possibilitats de col·laboració o no en el pla previst), situació socioeconòmica personal i familiar, grau d'acceptació de la malaltia i de les seves repercussions en la vida quotidiana, valoració de l'adaptació al dispositiu i dinàmiques relacionals.
- **Estat de salut:** dades mèdiques antecedents, situació actual,¹⁸ diagnòstics i problemes de salut (infecció per VIH, hepatitis B i C, tuberculosi i in-

17. Tanmateix, s'aconsella que el protocol de valoració del centre especifiqui quina informació s'ha de recollir en el moment de l'ingrés i durant les primeres 48 hores, amb la finalitat de poder efectuar un pla provisional d'atenció mentre es planteja el programa d'atenció. També cal valorar, després del primer mes d'estada, com ha anat el procés d'integració a l'establiment o servei d'acolliment residencial.

18. Inclou els resultats d'anàlisis i proves diagnòstiques.

feccions de transmissió sexual),¹⁹ tractaments que se segueixen, centres on es rep l'atenció, estat actual de la patologia, adhesió al tractament, vinculació als serveis de salut responsables del seguiment del cas, grau d'acceptació de la malaltia, antecedents i conductes relacionades amb la sobredosi, situació immunològica i necessitat de vacunació de l'hepatitis B, i hàbits sexuals.

- **Dades psicològiques i psiquiàtriques:** antecedents, situació actual, estructura i trets de la personalitat més rellevants, diagnòstics i problemes de salut mental, autonomia, autocontrol, agressivitat i risc de suïcidi i d'heteroagressió; prescripció de la medicació i adhesió a aquesta.
- **Dades de consum de drogues:** inici del consum, substàncies consumides, tractaments seguits, actitud, hàbits de consum, funció de la conducta addictiva en l'origen i al llarg de la història de drogodependència, i factors externs (familiars, escolars, socials, laborals, etc.) i somàtics que han influït en la conducta addictiva.
- **Funcionament:** capacitat i autonomia per fer activitats de la vida diària (s'aconsella utilitzar escales validades, com ara l'escala Lawton, per valorar les activitats instrumentals de la vida diària).
- **Dimensions bàsiques de qualitat de vida de la persona:** benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets. Cal incidir en la valoració dels riscos de cadascuna de les diferents àrees i dimensions de la qualitat de vida. S'aconsella l'equip de professionals identificar si els diversos apartats de la valoració tenen en consideració les diferents dimensions de qualitat de vida.
- **Necessitats de suport de la persona:** per a cadascuna de les dimensions de qualitat de vida, cal identificar els suports que cal activar i la seva intenció.²¹

19. Aquesta valoració pot estar efectuada pel mateix dispositiu, pel CAS i pel CAP.

20. Suports individualitzats:
- Són recursos i estratègies que incrementen el benestar personal.
- Són un vehicle mitjançant el qual es pot millorar la qualitat de vida pròpia.
- Redueixen la discrepància entre les limitacions funcionals i les habilitats o els comportaments involucrats per ser més independent, productiu i integrat en la comunitat.
- Per ser més efectius, necessiten ser enfocats cap a totes les dimensions clau de la qualitat de vida.

ASPECTES QUE CAL TENIR EN COMPTE EN UNA VALORACIÓ INTEGRAL



- Dades personals i biogràfiques.
- Situació social.
- Estat de salut.
- Dades de consum de drogues.
- Funcionament.
- Dimensions bàsiques de qualitat de vida.
- Necessitats de suport de la persona.

Genèricament, el procés d'avaluació integral consta de dues parts seqüencials: l'avaluació inicial i la periòdica. Mitjançant totes dues se cerca la comprensió

fenomenològica del cas que cal tractar, la funció diagnòstica i la descripció i l'establiment d'objectius de millora i de canvi personal.

L'objectiu bàsic de la **valoració inicial** és la recopilació, l'organització, la clarificació i l'avaluació de la informació inicial sobre la persona usuària. Aquesta informació s'ha de recollir d'acord amb els diferents apartats que s'especifiquen a l'indicador número 2 del document *Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències*.²¹

Les fonts d'informació i els instruments que s'utilitzen per dur a terme la valoració integral inicial són els següents:

- L'informe de derivació del cas.
- La coordinació i els contactes complementaris que s'estableixen amb el centre o el/la terapeuta derivants que les característiques del cas puguin requerir eventualment.
- Les dades de les entrevistes fetes prèviament amb la persona resident i la família en la preadmissió i l'admissió.
- Els tests i les proves psicològiques que s'apliquen per a l'exploració multifactorial de la personalitat, els trets de caràcter, l'estat anímic, els trastorns psicopatològics i els diferents factors adaptatius del subjecte.

La valoració inicial s'ha de fer abans de finalitzar el primer mes d'ingrés (tot i que alguns aspectes que s'han d'avaluar durant aquest primer mes es cobreixen durant la fase de preadmissió o mitjançant la informació proporcionada per altres dispositius). En els PS, el termini establert per completar la valoració inicial és de quinze dies.

La **valoració periòdica** s'ha de fer sempre que hi hagi un canvi significatiu en la condició de la persona, en el canvi de fase del tractament i, com a mínim, semestralment. La característica diferencial més rellevant de la valoració periòdica quan el subjecte ja resta incorporat al servei, amb la valoració inicial en el moment de l'admissió i la preadmissió, és la possibilitat de disposar d'informació que provingui de l'observació directa durant les 24 hores del dia i del control de les contingències que el marc d'internament ofereix en aquests tipus de serveis.

Es tracta d'un procés d'avaluació continuada en què participa tot l'equip interdisciplinari del servei recollint la informació en els diferents espais, tant individuals com col·lectius, tal com descriuen els diferents protocols. Cal fer el registre pertinent de les dades obtingudes i, per mitjà de l'anàlisi de les dades, s'ha de cercar el consens en els espais establerts per a aquesta funció (normalment, reunions setmanals d'equip i reunions interprofessionals del centre).

Mitjançant l'anàlisi i l'estudi d'aquests factors es determinen els trastorns i els focus de conflicte que cal tractar al llarg del procés d'intervenció de la persona en la CT o en el PS. També es delimiten les conductes i les àrees del subjecte (hàbits, cognicions, capacitats, percepcions, relació, adaptació, etc.) que requereixen una millora o un canvi per aconseguir posteriorment una inserció/inclusió i una adaptació social adequades.

21. Cada dispositiu ha d'especificar quina informació s'ha de recollir en les primeres 24 hores de l'ingrés en la CT o en el PS amb la finalitat d'adequar la primera atenció o el primer suport que es dona a la persona.

Hi ha un registre individual amb la documentació d'aquesta valoració disponible per a tots els membres de l'equip interdisciplinari.²²

A fi d'operativitzar aquesta avaluació integral en funció dels objectius i de la metodologia pròpia de la CT, es proposa aplicar els indicadors del Registre Soler²⁴ o bé un esquema similar adaptat a les possibilitats i les característiques de cada centre (vegeu l'annex 3 "Registre Soler").

22. Si és necessari i la persona hi dóna el consentiment, aquesta documentació s'ha de compartir amb altres serveis comunitaris que intervenen en el seguiment.

23. Sánchez Carbonell J.; Maestre LL, Sales J. A.; Fàbregas X.; Arqué P. Moratalla T. *Indicadores de evolución y criterios de alta en la comunidad terapéutica profesional*. Barcelona, 1991.

Bones pràctiques en l'elaboració del Pla de tractament individualitzat (PTI)

5



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-----------------------------------|---|-----------|
| 3 | Pla de tractament individualitzat | Les persones disposen d'un pla de tractament individualitzat (PTI), actualitzat i elaborat per l'equip d'atenció interdisciplinari. | 90% |
| 4 | Pla de tractament individualitzat | El dispositiu desenvolupa estratègies que permeten a l'equip interdisciplinari fer el seguiment i l'avaluació del nivell de compliment del PTI. | 80% |
| 14 | Resultats de l'atenció | Les persones usuàries assoleixen els objectius de millora en el termini de temps establert en el PTI. | 60% |

5.1. L'elaboració del Pla de tractament individualitzat (PTI) i el Programa individual de suports (PIS)

L'article 18.12 del Decret 176/2000, que modifica el Decret 284/96, estableix que el centre ha de disposar d'un programa individualitzat per assolir els objectius fixats per a cada persona.

Els diferents processos clau d'atenció de la persona s'integren a través del Pla de tractament individualitzat (PTI) amb la participació activa de la persona usuària, de la seva família o les persones de referència, de l'entorn comunitari i dels i les professionals del dispositiu; així, doncs, esdevé un instrument imprescindible per articular un bon procés de tractament.

A l'annex 4 "Àrees d'intervenció del PTI", figuren els ítems que es poden integrar en cadascuna de les àrees d'intervenció proposades per articular el PTI, que es relacionen amb les dimensions de qualitat de vida descrites en el model de Schalock i Verdugo. A l'annex 5 "Proposta pràctica d'articulació de PTI", es completa aquesta informació.

Es consideren processos clau d'atenció a la persona els següents:

- Valoració de les necessitats, les capacitats i les potencialitats de les persones residents.
- Establiment d'objectius terapèutics consensuats amb la persona.
- Atenció integral a la persona en funció de les dimensions de la qualitat de vida tenint en compte, a més, la seva relació amb la família, els referents socials i l'entorn de procedència.
- En la formulació del PTI, cal tenir en compte les necessitats específiques de la dona que es puguin presentar durant l'internament en la CT o en el PS.
- Seguiment i avaluació dels resultats del procés d'atenció.



Durant la primera setmana d'estada en el centre es recomana elaborar un pla d'atenció provisional, basat en les dades recollides durant els processos d'admissió i preadmissió, que orienti la primera etapa d'adaptació i prova.

L'equip interdisciplinari ha d'elaborar un PTI consensuat amb la persona interessada per afavorir-ne la implicació en el procés. El PTI s'ha d'actualitzar en cada valoració del resident o quan hi hagi canvis significatius en el procés de tractament. Cada centre ha de tenir definit el marc teòric que orienta el desenvolupament de les diferents accions portades a terme.

El PTI s'ha de basar en evidències científiques contrastades, tenint presents les necessitats de la persona observades i les que han estat posades de manifest durant la valoració integral. Aquest Pla té en compte les necessitats, les limitacions i els punts forts o les potencialitats detectats en la valoració.

Es recomana que el Pla inclogui, almenys, els continguts següents:

1. Problemàtiques identificades en funció de les dimensions que integren la qualitat de vida definides en el model de Schalock i Verdugo o àrees d'intervenció psicològica, relacional, laboral, judicial, de salut (incloent-hi el resultat de la valoració d'hàbits de risc) i familiar.
2. Priorització de la importància que tenen aquests problemes o àrees per a la persona usuària. Cal deixar constància de les expectatives i les prioritats de la persona usuària, especialment en el cas que no coincideixin amb la priorització establerta en el PTI.
3. Objectius d'intervenció i criteris d'avaluació.
4. Intervencions i suports que cal activar (estratègies específiques que cal dur a terme per complir aquests objectius).
5. Responsable de les intervencions.

6. Temporalitat de les intervencions, amb especificació del temps previst per assolir els objectius fixats.

5.2. Seguiment del Pla de tractament individualitzat (PTI) i del Programa individual de suports (PIS)

El PTI requereix un seguiment periòdic cada vegada que es presentin canvis significatius i, com a mínim, amb cada canvi de fase; en els casos de fases llargues de tractament ha de ser reavaluat, com a mínim, de manera semestral. És necessari avaluar la persona usuària per tal de constatar el grau de realització dels objectius prefixats.

Cal deixar constància de la informació en el full individual de seguiment després de les reunions de l'equip interdisciplinari en les quals es tracti el cas i després de les intervencions de qualsevol dels professionals que afectin la valoració o el seguiment del PTI de la persona resident.

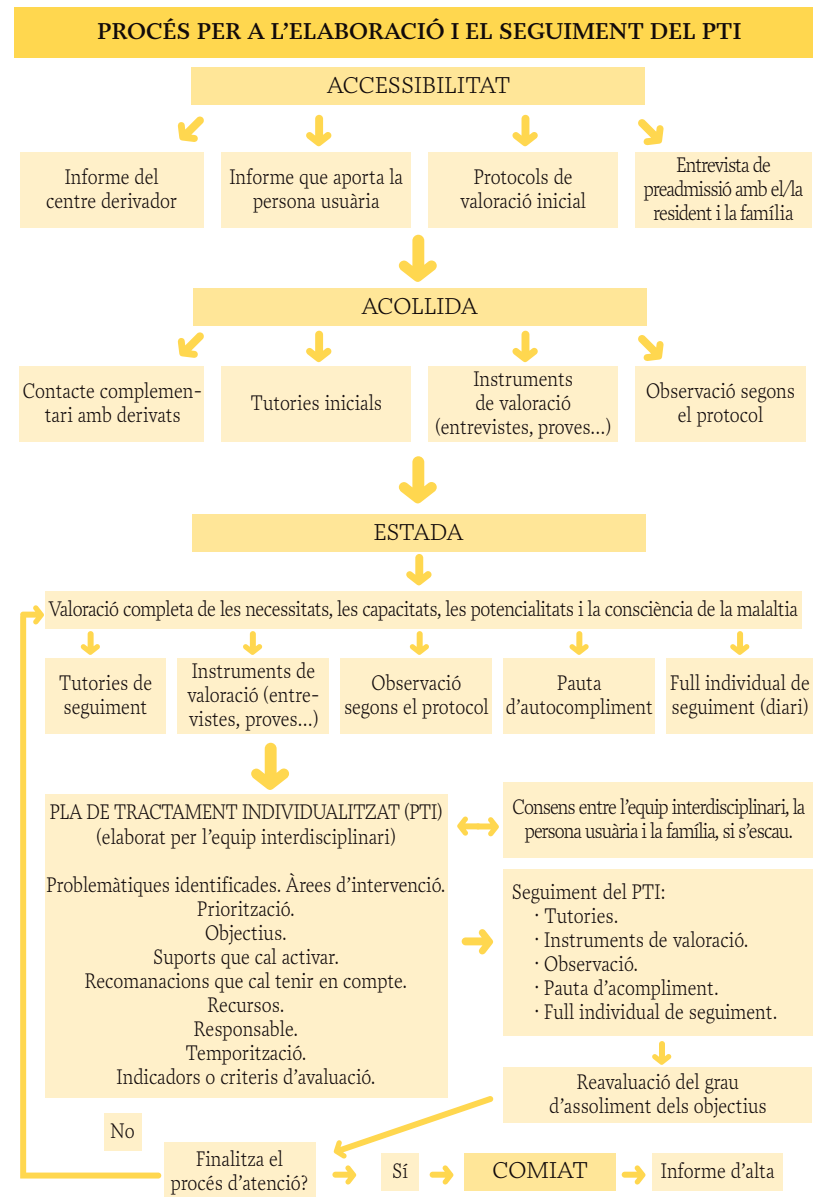
En el PTI ha de quedar reflectida qualsevol indicació per orientar la participació de la persona resident en el Programa de socialització i en el Programa de prevenció de recaigudes estàndard.



És el document sobre el qual s'articula el procés d'atenció, tant en la CT com en el PS, i conté els objectius i els processos clau en el tractament a la persona, amb un abordatge interdisciplinari i amb el consens de les diferents disciplines implicades en el cas des del moment de l'ingrés fins a l'alta. Els requisits establerts per elaborar el PTI són els que es detallen a continuació:

1. S'ha de fer després de la valoració inicial de cada resident (el termini màxim d'elaboració són els primers 30 dies d'estada en el dispositiu per a la CT i 15 dies per al PS).
2. L'ha d'elaborar l'equip interdisciplinari.
3. Sempre que sigui possible, cal treballar amb la persona interessada per trobar el consens, així com les accions per afavorir l'adhesió al programa.
4. S'ha de reavaluar quan hi hagi canvis significatius en la persona usuària o quan aquesta no avanci en l'acompliment dels objectius. Tots els PTI tenen una reavaluació mínima semestral (trimestral en el PS), en cada canvi de fase i sempre que es produeixin canvis significatius en la persona, de tal manera que el PTI sempre està actualitzat.

A continuació, s'adjunta un esquema que facilita la comprensió del procés d'elaboració del PTI descrit en aquest capítol que correspon a l'estada contextualitzada en el procés global d'atenció (accessibilitat, acollida, estada i comiat).



Bones pràctiques respecte als programes d'atenció i de suport



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|------------------------------|---|-----------|
| 5 | Programes d'atenció i suport | La comunitat terapèutica i el pis amb suport disposen d'un programa de socialització i d'adquisició o reeducació d'hàbits socials, tant individual com col·lectiu, així com de millora de la convivència. | 90% |
| 6 | Programes d'atenció i suport | El dispositiu té un programa de prevenció de recaigudes actualitzat. | 100% |

Els programes d'atenció i suport que es poden desenvolupar en les CT i en els PS són molt variats i han de permetre atendre les diferents dimensions que determinen la qualitat de vida de la persona segons el model de Schalock i Verdugo.

Tots els programes parteixen d'una anàlisi de necessitats i inclouen la descripció dels objectius, les activitats que cal fer, la tipologia de persones usuàries, el sistema de valoració, els recursos necessaris, el calendari d'activitats, el sistema de seguiment i l'avaluació del programa. També cal valorar la constància documental de la realització del programa.

Tal com s'indica a la descripció dels indicadors proposats en el document *Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències*, en la CT i en el PS, ha d'existir un programa d'activitats de socialització i adquisició o reeducació d'hàbits socials, tant d'abast individual com col·lectiu, i un programa de prevenció de recaigudes actualitzat.

A continuació, doncs, es desenvolupen amb més aprofundiment els continguts que fan referència a aquests aspectes.

6.1. Processos organitzatius per a la millora de la convivència

Els processos organitzatius de la CT i del PS han d'assegurar l'atenció a la persona i a la família o el referent social. Per tant, els aspectes relacionals i orga-

nitzatius han d'estar definits, sempre que sigui possible, entre el personal i les persones, les entitats i els serveis implicats, atès que esdevenen el pilar per configurar el programa de socialització i millora de la convivència. Són els següents:

- Mecanismes de participació de les persones residents.
- Informació per a les persones usuàries de l'establiment.

6.1.1. Mecanismes de participació de les persones residents

L'objectiu bàsic que es vol aconseguir utilitzant els mecanismes de participació és augmentar l'autonomia, la capacitat de decisió, l'expressió i la responsabilitat. La participació afavoreix la transmissió d'informació i la possibilitat d'expressar queixes i de fer suggeriments.



Alguns mecanismes de participació són els següents:

- Consells assessors i de seguiment.
- Reunions periòdiques.
- Sistema d'atenció a la persona usuària.
- Sistema de notificació per escrit de queixes i reclamacions.
- Grups focals.

El mecanisme utilitzat normalment són els consells assessors i de seguiment. Esdevenen un bon instrument de participació quan s'assoleixen els objectius pels quals van ser creats.²⁴ S'aconsella, però, la utilització d'estratègies complementàries, com ara la celebració de les reunions periòdiques amb els i les residents, en les quals el personal té un paper de suport. Per assegurar que la reunió resulti un element d'inclusió social, es recomana que hi hagi un ordre del dia, la preparació de la reunió conjuntament, l'elaboració de l'acta de la reunió, etc.

Una altra manera d'afavorir la participació de les persones residents és la instauració d'un sistema d'atenció a la persona usuària on l'escolta activa dels i les professionals permet identificar suggeriments i qüestions no resoltes. Aquest mecanisme és complementari del sistema de notificació per escrit de queixes i reclamacions. També es poden crear grups focals per tractar un tema determinat; és fonamental que aquesta metodologia sigui utilitzada adequadament, com un espai d'intercanvi i de foment de la participació.

6.1.2. Informació per a les persones usuàries de l'establiment

Per facilitar la informació a la persona usuària, la família o el referent social i la comunitat, la CT i el PS han de disposar de material escrit de manera clara, amb un llenguatge i una presentació que en facilitin la comprensió.

24. Decret 108/1998, de 12 de maig, sobre la participació en els serveis socials (DOGC núm. 2641, de 18 de maig).



S'aconsella que el centre disposi de tríptics informatius adreçats a les persones interessades -familiars, professionals i personal d'altres entitats i serveis. La informació que, com a mínim, han de contenir els tríptics és la següent: serveis que s'ofereixen, professionals responsables, horaris, adreça i telèfon de contacte, entitat gestora i existència d'un sistema d'atenció a la persona usuària.

Tanmateix, els centres han de tenir editat el seu reglament de règim intern (RRI). La informació que es lliuri a la persona resident mitjançant aquest document ha d'estar redactada en un llenguatge entenedor i amb una presentació que en faciliti la comprensió. A l'annex 6 "Continguts del Reglament del règim intern", es detalla la informació que ha d'incloure aquest document.²⁵

S'aconsella que la CT i el PS explicitin com es garanteixen i s'exerceixen els drets de la persona dins del centre. Cal divulgar aquests drets i deures entre les persones usuàries i el personal del centre, tal com preveuen els articles 5 (drets) i 6 (deures) del Decret 284/1996, modificat pel Decret 176/2000.

6.2. Normes generals

6.2.1. Normes de funcionament i de convivència

Les accions per millorar la convivència s'han d'adaptar a la naturalesa del recurs, a la tipologia de les persones residents i a la grandària del centre. Per afavorir la convivència en el centre cal tenir en compte els aspectes següents, que figuren a l'article 18.9 del Decret 284/1996, modificat pel Decret 176/2000:

- La direcció de la CT i del PS ha de garantir que totes les persones usuàries tinguin la informació i la comprensió necessàries de les normes de convivència i funcionament general.
- Els horaris de les diferents activitats han d'estar exposats i ser coneguts per les persones residents.
- Tots els membres de l'equip han d'estar informats dels pactes i les condicions contractuals de cada persona usuària, així com dels aspectes concrets que cal tenir en compte en el maneig del cas respecte a la normativa i al funcionament general.
- El personal ha de comunicar les incidències diàries, cal establir-ne un sistema de registre per assegurar que la informació arriba de manera continuada i oportuna a fi de donar resposta a les necessitats detectades.
- El centre ha de disposar d'un sistema que permeti que els i les professionals estiguin assabentats de l'entrada i de la sortida de residents.

25. L'article 18.3, apartat B, del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials especifica els continguts del reglament de règim interior.

- Per garantir la bona dinàmica de funcionament del centre és fonamental assegurar la manifestació prèvia i lliure de la voluntat d'ingressar-hi de la persona, fins i tot en el cas de persones incapacitades.
- S'aconsella especificar els hàbits esperats per ajudar a conservar una bona convivència, tenint en compte la higiene, l'aspecte personal correcte, la utilització dels espais, el sistema de visites, els objectes personals i de valor, la política d'entrades i el consum de menjar en el centre, entre d'altres.
- S'ha de descriure el sistema de participació en les tasques comunitàries quotidianes.
- Cal fer un seguiment periòdic de la percepció que la persona usuària té del funcionament de la CT i del PS, i cal garantir-ne la participació continuada mitjançant espais grupals i individuals.
- La CT i el PS han d'afavorir la comunicació de la persona resident amb el seu entorn, per la qual cosa ha de disposar de telèfon/s públic/s. En el cas de la CT, aquests telèfons s'han d'utilitzar en funció de la fase de tractament en la qual es trobi la persona.
- El centre ha de tenir previst un horari per facilitar informació als familiars tenint en compte les disposicions i les necessitats de la persona resident i també la seva situació familiar.

6.2.2. Incompliment de la normativa

El Reglament de règim interior és un instrument regulat normativament que, a més, ajuda a identificar possibles àrees d'intervenció i suport que la persona necessiti.

Quan es presenta una situació conflictiva en el centre, cal tenir en compte les consideracions que s'indiquen tot seguit per interpretar i aplicar el reglament.

Consideracions tècniques:

a. Indicadors per a la valoració del problema:

1. Context en el qual es desenvolupa la conducta:
 - Desencadenants previs.
 - Repercussió en l'entorn físic i en el grup.
2. Estat psicopatològic en el moment en què es produeix la conducta.
3. Capacitat d'autogestió: responsabilitat, autonomia i presa de decisions.

b. Criteris per determinar el tipus d'acció que cal portar a terme en funció de dues variables bàsiques:

1. Gravetat de la conducta.
2. Freqüència de la conducta.

c. Objectiu de les mesures que cal adoptar:

1. Restituir el dany:
 - Pagar algun desperfecte si es tracta de béns materials o reparar la destrossa feta.

- Disculpar-se individualment o públicament.
2. Estudiar la possibilitat de sortir per incompliment reiterat del Reglament de règim intern.

d. Es poden considerar exemples de faltes lleus i greus les següents:

- Faltes lleus:
 - Incompliment puntual dels deures. En són exemples habituals:
 - Cura inadequada dels béns.
 - Abandonament parcial de la higiene personal.
 - No respectar mai els horaris i les normes de funcionament.
 - Problemes lleus de convivència i respecte.
 - Deteriorament lleu, intencionat, dels béns.
- Faltes greus:
 - Consum i tràfic de tòxics.
 - Problema greu de respecte davant qualsevol company/a o professional.
 - Manca de pagament de les quotes.
 - Acumulació de faltes lleus.

L'incompliment continuat, no relacionat amb una fase de descompensació clínica que eximeix de responsabilitat directa la persona usuària, implica revisar la situació de la persona en l'establiment o el servei d'acolliment residencial. S'aconsella activar estratègies prèvies a un procés de cessament, per exemple, l'amonestació per escrit.

6.2.3. Presència de conductes agressives per part de les persones usuàries

Davant l'aparició d'una conducta agressiva per part de les persones usuàries, s'aconsella portar a terme els punts següents:

1. Treballar prèviament de manera consensuada amb l'equip interdisciplinari un protocol d'actuació per prevenir aquest tipus de situacions i actuar-hi.
2. Intentar identificar situacions prodròmiques en les persones usuàries per iniciar accions preventives i de contenció.
3. Identificar les persones usuàries amb trastorn límit de personalitat, atès que en aquests casos l'aparició d'aquest tipus de conducta és més sobtada.
4. Identificar si l'agressió està associada a una conducta disruptiva, a un quadre de privació, a agitació psicomotriu o a un episodi de violència amb heteroagressivitat.
5. Iniciar la intervenció en funció de les causes immediates o subjacents detectades.
6. Quan es preveu que pot haver-hi una situació conflictiva, cal trucar prèviament als cossos de seguretat de referència per indicar la possible necessitat de la seva intervenció i l'estat de la situació, de tal manera que si els i les professionals no han pogut fer una contenció de la situació dins del centre o el pis, només calgui sol·licitar-ne la presència.²⁶ S'aconsella afavorir el coneixement del recurs per part dels cossos de seguretat.

26. S'aconsella la visita periòdica —com a mínim cada un o dos anys— als Mossos d'Esquadra i a la policia local per explicar els objectius de les CT i dels PS, així com les principals situacions que es poden presentar esporàdicament i en les quals seria necessària la seva intervenció.

7. Trucar al 061 o al/a la metge/essa de referència del centre sempre que no es pugui contenir verbalment la persona usuària.
 8. En relació amb la persona usuària:
 - Intentar separar-la del grup.
 - Mirar d'identificar què està passant.
 - Intentar fer seure la persona.
 - Escoltar i no agreujar la situació.
 - Sempre que sigui possible, intentar sortir a espais oberts.
 - En el cas de pisos, quan es detecti una probable situació conflictiva que pugui generar una resposta inadequada per part de la persona usuària, cal intentar parlar amb ella en un entorn diferent del pis, per exemple, a les oficines de l'entitat gestora.
 9. En relació amb l'equip:
 - Dedicar, com a mínim, una o dues persones de l'equip a l'abordatge de la situació, amb el suport d'alguna persona resident si és necessari.
 - Actitud de contenció per part dels i les professionals.
 - Formar els i les professionals sobre com fer una contenció física o una immobilització de manera segura en cas que sigui necessari i mentre arriba el suport extern sol·licitat.
 - El o la professional sempre s'ha d'ubicar en posició d'evacuació i tan a prop de la porta com sigui possible. En alguns casos cal adaptar els despatxos per aconseguir una posició de sortida del/de la professional.
 - Pel que fa al llenguatge no verbal, cal evitar col·locar el cos del/de la professional en posició de confrontació davant la persona usuària. La col·locació en posició diagonal és percebuda de manera menys agressiva per la persona usuària.
 - Quan s'ha produït un cas en el qual ha estat necessària la intervenció de professionals o de suport extern, cal analitzar el fet en profunditat. Es recomana que l'esquema per a l'anàlisi inclogui, com a mínim, els apartats següents:
 - Què ha passat.
 - Causes immediates.
 - Causes subjacents.
 - Accions que es poden millorar un cop feta l'anàlisi.
 - Lliçons apreses per l'equip.
- Es recomana deixar constància en acta d'aquests punts.

6.2.4. Consum o tinença de substàncies

Per millorar la seguretat de les persones residents i afavorir la convivència, la CT i el PS han de tenir definit un protocol sobre el procediment que cal seguir davant el consum o la tinença de substàncies il·legals o no permeses. A continuació, es presenten alguns elements que poden ajudar a prevenir aquesta situació:

- La informació en el moment de l'ingrés ha de fer esment de la prohibició de consumir i tenir substàncies psicoactives i fer-ne tràfic.
- La valoració inicial i periòdica ha d'explorar l'hàbit tòxic de la persona.

Cal comentar en la reunió de l'equip interdisciplinari els casos problemàtics o amb risc que es presentin, i fomentar mesures preventives i de pacte amb la persona resident i la família o el referent social.

6.3. Programa de socialització i de millora de la convivència

Cal tenir en compte que la CT i el PS disposen d'un programa de socialització i d'adquisició o reeducació d'hàbits socials, tant des del punt de vista individual com col·lectiu, així com de millora de la convivència, que cal incorporar en el PTI. La detecció de necessitats de socialització i d'adquisició o reeducació d'hàbits socials també ha de quedar registrada, i cal deixar constància en el PTI dels objectius i les accions necessàries per a aquesta finalitat.

Algunes qüestions que cal tenir en compte:

- Existència d'un procés d'ajustament en el moment d'ingrés en el dispositiu.
- Afavoriment del procés adaptatiu.
- Presa de consciència d'allò que aporten els altres.
- Reproducció d'espais socials per afavorir l'adquisició d'hàbits.
- Creació de sentiment de pertinença.
- Gestió de conflictes en un entorn socialitzador.
- Importància de l'actitud i la competència de l'equip professional per assolir aquest objectiu de millora de la socialització.

Algunes estratègies que hi poden ajudar:

- Habitacions compartides.
- Reunió diària com a espai de debat (en el PS, la reunió és setmanal).
- Adquisició de rols socials.
- Espais de crítica i confrontació.
- Creació de cultura.
- Valors transmesos mitjançant la dinàmica de funcionament del centre.



- Crear grups d'habilitats socials.
- Generar espais i dinàmiques per identificar i resoldre conflictes, tant de manera individual com grupal. Incloure tècniques per treballar diàriament l'abordatge de les situacions conflictives.
- Crear en la CT grups de tutories per fases de tractament per abordar els principals conflictes que es puguin produir segons la fase de tractament en què es trobi la persona.
- Gestionar els conflictes interns i externs que es puguin produir. És habitual que en els PS els conflictes siguin més externs i estiguin més relacionats amb l'entorn.
- Treballar els conflictes generats per àrees de responsabilitat de les persones usuàries.

- Donar eines de modulació per abordar els conflictes intrapersonals i interpersonalmentals.
- Gestionar el temps lliure de cap de setmana, atès que sovint és una font de problemàtiques que afecta la convivència.

6.4. Programa de prevenció de recaigudes



El programa de prevenció de recaigudes està format per un conjunt de coneixements i tècniques de modificació de conducta dirigides a fomentar l'aprenentatge de les habilitats d'afrontament necessàries per mantenir l'abstinència, així com impulsar canvis en l'estil de vida que el facin incompatible amb el consum de drogues.

Objectius per àrees de treball:

- Identificació d'antecedents.
- Estratègies d'afrontament.
- Identificació i control del procés de recaiguda.

Les tècniques de prevenció de recaigudes es basen en els principis de la teoria de l'aprenentatge social de Bandura. La prevenció de recaigudes té com a objectiu facilitar que qualsevol individu implicat en el procés de canvi d'una conducta addictiva pugui preveure, evitar i afrontar la recaiguda en la conducta que intenta modificar.

Es basa també en la combinació de tècniques d'entrenament següents:

- Estratègies per afrontar situacions de risc (l'objectiu de les quals és capacitar l'individu per identificar i afrontar estats emocionals negatius, conflictes interpersonalmentals i pressions socials, entre d'altres).
- Procediments de reestructuració cognitiva (dissenyats per conceptualitzar el procés de canvi com un procés d'aprenentatge).
- Desenvolupament d'estratègies cognitives que permeten controlar l'impuls de seguir la conducta que es vol modificar i reestructurar les reaccions cognitivoafectives davant un error en el procés de canvi.
- Estratègies de reequilibri de l'estil de vida (dissenyades per enfortir la capacitat global d'afrontar situacions adverses i disminuir la freqüència i la intensitat de les situacions de risc).

6.4.1. Model teòric

Segons el model teòric de prevenció de recaigudes proposat per Marlatt i Donovan (2005),²⁷ la recaiguda es produeix quan el subjecte s'exposa a una situació de risc sense ser capaç de respondre amb les estratègies d'afrontament adequades per garantir el manteniment de l'abstinència.

Tal com Marlatt i Donovan reflecteixen en el seu model, si davant una situació de risc el subjecte pot fer una resposta d'afrontament adequada, la probabilitat de la recaiguda disminueix significativament. L'afrontament satisfactori davant una situació de risc és percebut pel subjecte com una sensació de control que, a més, s'associa a l'expectativa positiva de ser capaç de superar amb èxit el proper contacte conflictiu que es presenti; es produeix un augment considerable de la percepció de l'autoeficàcia.

A mesura que augmenta la duració de l'abstinència i l'individu pot afrontar eficaçment cada vegada més situacions de risc, la percepció de control s'incrementa acumulativament i la probabilitat de recaiguda disminueix. Però si, per contra, el subjecte no és capaç d'afrontar amb èxit una situació d'alt risc, la probabilitat de recaure en situacions posteriors augmenta. D'una banda, perquè disminueix la seva percepció d'autoeficàcia i, de l'altra, perquè li és més fàcil, per la seva experiència prèvia i pel seu patró de conducta habitual, anticipar l'expectativa positiva derivada del consum de la droga que anticipar les conseqüències negatives derivades de la conducta del consum.

6.4.2. Objectius

a. Objectius generals de la prevenció de recaigudes

- Proporcionar a les persones usuàries un model que els permeti comprendre i analitzar el seu problema d'abús de drogues.
- Aprendre a identificar les situacions, els pensaments i els estats emocionals que poden apropar-los al consum i com afrontar-los adequadament utilitzant determinades tècniques.
- Aprendre a identificar les claus i els senyals que anuncien la possibilitat d'una recaiguda.
- Aprendre a afrontar una recaiguda abans i després que s'hagi produït un consum.

b. Objectius per àrees de treball

- Identificació d'antecedents.
- Estratègies d'afrontament.
- Identificació i control del procés de recaiguda.

27. Marlatt, G.; Donovan, D. *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nova York: The Guilford Press, 2005.

1. Identificació d'antecedents

- Aprendre a analitzar el comportament des d'una perspectiva conductual.
- Comprendre la funció que exerceixen els antecedents i les conseqüències sobre els comportaments.
- Identificar les situacions elicitadores antecedents al consum de drogues.
- Aprendre a valorar les conseqüències que deriven de cada comportament.

- **Identificació de dificultats:** identificar les dificultats que cada persona usuària pugui tenir per mantenir-se abstinent.
- **Cadenes de conducta:** dotar les persones usuàries d'un esquema explicatiu d'anàlisi dels seus propis comportaments.
- **Aprenentatge i consum de drogues:** proporcionar un esquema explicatiu de l'aprenentatge i el manteniment de les conductes en general i de la conducta de consum en particular.
- **Identificació d'antecedents:** aprendre a diferenciar els estímuls externs dels estímuls interns. Saber identificar les situacions que amb major probabilitat els porten o els poden portar a consumir drogues.
- **Identificació d'estímuls interns. Pensaments:** reconèixer que els pensaments són mediadors entre la situació i el sentiment. Identificar aquells pensaments que poden generar estats emocionals negatius amb major probabilitat.
- **Identificació d'estímuls interns. Sentiments:** reconèixer els sentiments com a senyals per al canvi de conducta. Aprendre a observar les pròpies respostes fisiològiques dels sentiments.
- **Identificació d'estímuls interns. El desig de consum:** reconèixer el desig de consum com una sèrie de respostes fisiològiques. Augmentar la probabilitat d'identificar respostes fisiològiques del desig de consumir, fonamentalment quan aquest és de baixa intensitat.
- **Anàlisi de conseqüències:** aprendre a anticipar i valorar les conseqüències que deriven de les nostres conductes.

2. Estratègies d'afrontament

- Aprendre estratègies d'afrontament davant els antecedents del consum de drogues.
- Constatar la importància de disposar de situacions i activitats que facilitin l'aparició de comportaments alternatius al consum de drogues.
- Incrementar les habilitats d'autoreforç.

- **Estratègies d'afrontament davant el desig de consum:** entendre i analitzar el desig de consum com un fet habitual dins del procés de deshabitació. Canviar la idea sobre el fet inevitable de consumir davant dels desitjos de consum. Proporcionar a la persona usuària estratègies d'afrontament davant el desig de consum.
- **Estratègies d'afrontament davant estímuls externs:** proporcionar estratègies de control, evitació i fugida davant situacions identificades com d'alt risc.
- **Creació d'ambients nous:** constatar la importància de disposar de situacions i activitats que facilitin l'aparició de comportaments alternatius al consum de drogues. Elaborar una llista, tan àmplia com sigui possible, de situacions i activitats que facilitin l'aparició de comportaments alternatius al consum de drogues.
- **Estratègies per afrontar la pressió per al consum. Dir no:** identificar situacions de pressió per al consum de drogues. Proporcionar i entrenar les estratègies necessàries per afrontar situacions en què s'hagi de rebutjar la droga.
- **Habilitats d'afrontament davant pensaments "molestos":** canviar l'activitat davant pensaments "molestos" i repetitius.
- **Autoreforç:** conèixer la importància de l'autoreforç. Incrementar la capacitat de reforç potencial.
- **Fixació de metes:** incrementar la probabilitat de portar a terme els nostres objectius mitjançant la planificació correcta. Conèixer els passos per a la planificació correcta dels objectius.
- **Revisió de dificultats:** comprovar la quantitat i la qualitat d'estratègies d'afrontament utilitzades davant les dificultats identificades prèviament.

3. Identificació i control del procés de recaigudes

- Conèixer la diferència entre una recaiguda i un consum, així com la manera més eficaç d'intervenir en cada un d'aquests aspectes per facilitar el manteniment de l'abstinència.
- Aprendre a identificar els successos i els comportaments que anticipen un procés de recaiguda amb l'objectiu de fer-ne més fàcil el control.
- Dotar d'un esquema teòric que faciliti l'anàlisi d'una recaiguda, així com d'estratègies que ajudin a combatre els efectes de la violació de l'abstinència.

- **El procés de recaiguda:** conèixer la diferència entre recaiguda i consum. Entendre la recaiguda com un procés. Reconèixer que és més fàcil remuntar una recaiguda tan bon punt s'identifica com a tal.

- **Claus que anticipen un procés de recaiguda:** aprendre a identificar els successos i els comportaments que anticipen un procés de recaiguda amb l'objectiu de fer-ne més fàcil el control.
- **Anàlisi del procés de recaiguda:** anàlisi d'exemples de processos de recaigudes reals, presents o passats. Estratègies d'afrontament.
- **Efectes de la violació de l'abstinència:** aprendre a remuntar una recaiguda quan s'ha produït el primer consum. Saber combatre els efectes de la violació de l'abstinència.
- **Revisió de dificultats:** comprovar la quantitat i la qualitat d'estratègies d'afrontament utilitzades davant les dificultats identificades prèviament.

Bones pràctiques en el suport familiar

7



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-----------------|--|-----------|
| 8 | Suport familiar | El dispositiu promou estratègies per donar suport i facilitar la implicació de la família i/o el referent social en el procés de rehabilitació i integració de la persona. | 80% |

S'ha de tenir en compte que moltes de les dinàmiques i les estructures familiars es poden haver vist afectades pel problema de l'addicció. De fet, en alguns casos, la situació sociofamiliar és a la base de les problemàtiques existents en la persona. A fi de coordinar les intervencions, cal tenir en compte el treball fet pel CAS amb les famílies.



Per aclarir el marc de les relacions familiars i les persones de referència, s'aconsella que hi hagi un protocol en el qual s'expliqui com es gestionen les relacions amb la família, que detalli el sistema de trucades, visites, etc. de manera adaptada a la fase del procés en què es troba la persona usuària. Ha de ser, però, suficientment adaptable a les circumstàncies personals de cadascú sense generar sensació de preferències (familiars de fora del país, estona de la visita i freqüència si els familiars són de la mateixa ciutat o d'una altra, etc.). Igualment, cal explicar clarament aquest protocol a les persones usuàries i a les famílies.

S'ha de tenir en compte la valoració de la situació familiar —que s'ha d'arxivar en l'expedient d'atenció—, que es recomana que inclogui els aspectes següents:

- Estructura interna, límits i jerarquia.
- Processos morfofostàtics i morfogenètics i la seva interacció amb el procés d'adaptació.
- Distància emocional en les relacions o existència de fronteres intergeneracionals.
- Evolució de la vida familiar.
- Tipus de comunicació.
- Estil de les transaccions i dels intercanvis.
- Grau d'autonomia i sentiment de pertinença a la unitat familiar.
- Conflictes existents i capacitat de resolució.

S'aconsella fer un seguiment de l'evolució de les relacions amb la família, atès que totes aquestes funcions es poden veure afectades per l'addicció. La possibilitat de treballar algunes d'aquestes funcions en la CT i el PS amb noves regles de convivència, amb una gestió dels conflictes adequada, és un instrument terapèutic potent.²⁸

Tot i que és responsabilitat dels centres d'atenció i seguiment (CAS), es recomana que les CT i els PS dissenyin un programa formatiu complementari que abordi continguts sobre les dependències i les addiccions adreçats als membres de la família implicats en el procés de reinserció, bé sigui mitjançant xerrades o bé per mitjà de dinàmiques de grup. És una bona pràctica oferir una formació específica per a les parelles estables de les persones ateses en els serveis.

Alguns dels continguts que es poden abordar en el programa educatiu per a familiars són els següents:

- Taller de primers auxilis.
- Reanimació cardiopulmonar.
- Prevenció de sobredosis.
- Mesures preventives per a parelles estables: vacunació d'hepatitis B i altres.

El programa educatiu es pot complementar amb trobades de cada família individualment amb els educadors i educadores corresponents a fi d'aclarir conceptes i promoure actituds que facilitin el procés de rehabilitació.

Igualment, abans de les visites es recomana generar un espai per recordar les normes que cal seguir durant la visita (llocs on no anar, entre altres aspectes); també es pot preveure reservar un temps, un cop finalitzada la visita, per comentar amb la família com ha anat. Cal elaborar un registre per a cada persona usuària de les visites que rep i de les sortides que fa.

Tenir un referent familiar que acompanyi el procés esdevé un element que facilita la rehabilitació. Cal consensuar qui pot ser aquesta persona entre l'equip terapèutic i la persona usuària.

El pla de treball i la valoració del nivell de compliment dels objectius s'han d'abordar conjuntament entre la família o el referent i la persona usuària, sempre que sigui procedent. La coordinació amb la família o el referent implica mantenir contactes periòdics en funció de l'evolució i del pla de treball de la persona.

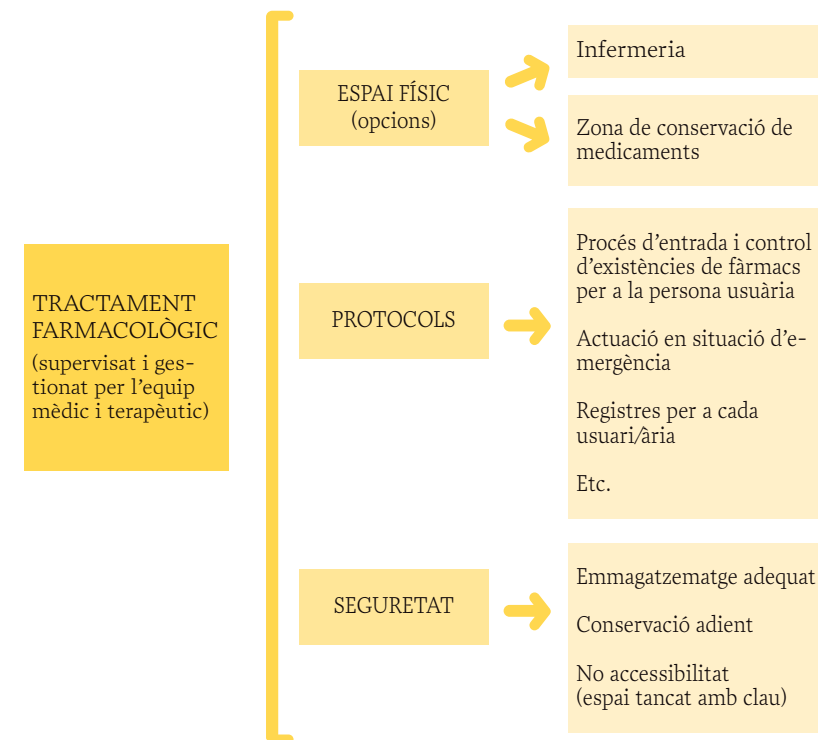
Cal respectar el fet que la persona i la seva família no es vulguin relacionar. El protocol ha de preveure clarament aquesta possibilitat. En aquest cas, el contacte amb la família s'ha de tallar.

28. Abeijón, J. A; Pantoja, L. *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro. Avances en drogodependencias.* Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias, 2002.

Bones pràctiques en el tractament farmacològic



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-------------------------|--|-----------|
| 9A | Tractament farmacològic | El dispositiu té un mecanisme per gestionar la dispensació, la conservació i l'administració de la medicació de manera segura. | 90% |
| 9B | | El dispositiu té un sistema de registre de preparació de la medicació de la persona usuària. | 90% |



El personal del centre, tant de la CT com del PS, ha de col·laborar en el control i la dispensació de la medicació. Cal tenir en compte els aspectes següents:



- Qualsevol medicació s'ha de dispensar amb una ordre mèdica prèvia. En cas de dubte, sempre s'ha de tornar a consultar el metge o la metgessa de referència.
- Cal definir qui és la persona responsable de la custòdia i la preparació de la medicació, així com el circuit que cal seguir per assegurar-ne la disponibilitat, la conservació adequada i el sistema d'administració de manera segura.
- La persona que prepara la medicació ha de deixar constància de la preparació.
- Cal supervisar que la persona usuària pren correctament la medicació.
- Cal anotar el registre de medicació i les incidències (cal tenir per escrit la pauta mèdica i els canvis).
- Si es percep l'aparició de reaccions adverses a la medicació, s'ha de notificar al metge o metgessa de referència.
- Cal assegurar que la medicació es trobi en condicions adients abans d'administrar-la.

En el PS, el sistema d'administració de la medicació és sempre l'autoadministració, però amb l'existència de dues modalitats del programa:

- Autoadministració total: la persona usuària guarda, prepara i pren tota sola la medicació; el personal del centre només en fa la supervisió. Se n'exclou la medicació psicotròpica.
- Autoadministració parcial: el personal del centre és qui guarda i prepara la medicació, però administra totes les dosis d'un sol dia a la persona usuària, que és qui es fa responsable de prendre la medicació a les hores pautades. En cap de setmana i festius, se li deixen les dosis per als diferents dies.

El Programa d'autoadministració de la medicació en els pisos és fonamental per fomentar l'autonomia. Sempre que sigui possible, és aconsellable que la persona participi en les sessions educatives pertinents per millorar-ne la competència en el control de la pròpia medicació i és important que conegui les dosis i els noms dels medicaments que pren. L'objectiu és educar cap a la responsabilitat de prendre la medicació pautada.

Les persones usuàries que inicien el Programa d'autoadministració de la medicació han de tenir un procés coordinat amb el centre d'atenció primària i la seva inclusió ha de constar en el Pla individual de suports.

En l'expedient individual de qui participa en aquest programa cal deixar constància de la data d'inici, la fase en què es troba, la resposta de la persona usuària i la supervisió efectuada.

Els programes d'autoadministració de medicació han d'especificar els objectius, els criteris d'inclusió i d'exclusió, les fases i les mesures per assegurar que la medicació es troba protegida. Cal disposar de l'autorització i de la signatura de la persona usuària conforme es fa responsable de l'autoadministració de la medicació. És recomanable que també quedi registrat per escrit que pot prendre la medicació segons el sistema d'autoadministració.

Per identificar l'efectivitat d'aquest programa, cal dur a terme un seguiment, tenint en compte indicadors de participació, d'acceptació, d'adequació, l'existència d'incidents i l'efectivitat a la sortida del recurs.

Per un estudi de l'addicció i del nivell de dependència és essencial abans de començar a prescriure la metadona. La inducció, el pla de tractament i la determinació de la dosi inicial s'haurien de decidir amb cautela. Cal informar les persones usuàries sobre els efectes farmacològics de la metadona, del perill que corren en barrejar-la amb altres substàncies i del risc de sobredosi.

La metadona es prescriu de diferents formes: com a tractament de manteniment o de desintoxicació a llarg o curt termini. Com més gran és la dependència, més alta ha de ser la dosi i més temps dura el tractament.

Convé mantenir en observació durant les primeres hores les persones que entren per primera vegada en tractament. Les dosis inicials convé que siguin baixes; pel fet d'estar en observació, se'ls pot administrar una dosi complementària en el moment que apareguin els símptomes d'abstinència.

S'aconsella començar el tractament amb metadona al matí i preferiblement a principis de setmana, per tal que, quan apareguin les concentracions més altes de metadona en la sang, el centre de salut estigui obert i el personal pugui intervenir si és necessari.

Algunes bones pràctiques que cal tenir en compte per a un tractament farmacològic correcte són les que es detallen tot seguit:



- S'aconsella que la CT i el PS disposin de protocols i d'informació per a la utilització correcta de la medicació. S'ha de descriure com fer-ne la dispensació, les interaccions entre medicaments i aliments, així com els fàrmacs no triturables. També cal un sistema de control per a la medicació psicotròpica.
- S'aconsella que els centres disposin d'un protocol d'actuació davant les principals emergències sanitàries per poder donar els primers auxilis abans que arribi l'equip d'intervenció sanitària. Aquest protocol ha de ser conegut pels/per les professionals d'atenció directa del centre. Algunes de les principals emergències sanitàries són: crisis convulsives, ennuegaments, lipotímies i aturades cardiorespiratòries.

- Cal definir qui és la persona responsable de la custòdia i la preparació de la medicació, així com el circuit que s'ha de seguir per assegurar-ne la disponibilitat, la conservació adequada i el sistema d'administració de manera segura. Es recomana tenir un protocol del procés d'entrada, sortida i control d'existències dels fàrmacs al dispositiu.
- L'equip de cada centre ha de decidir els continguts referents al tractament farmacològic que s'han de treballar en el programa educatiu de les persones usuàries.
- El moment de l'alta és especialment delicat. S'han d'adoptar les mesures més adients a cada cas per tal de garantir la continuïtat en el tractament farmacològic.

Bones pràctiques en l'educació per a la salut



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-------------------------|---|-----------|
| 11A | Educació per a la salut | Els/les professionals fan una avaluació de les necessitats de la persona usuària respecte a l'educació per a la salut. | 90% |
| 11B | Educació per a la salut | Les persones usuàries participen en el Programa d'educació per a la salut que inclou aspectes sobre la prevenció de riscos en aquesta àrea. | 80% |

El dispositiu fa una valoració de les necessitats de la persona usuària respecte a l'educació per a la salut. Aquesta avaluació s'efectua mitjançant un qüestionari, i s'ha de fer durant el primer mes d'estada en el dispositiu i juntament amb la resta de valoració integral inicial.

La valoració de les necessitats educatives implica una valoració dels punts següents:

1. **Què necessita aprendre** la persona: qüestionari sobre necessitats en educació per a la salut.
2. **Predisposició** per a l'aprenentatge.
3. **Barreres** principals.
4. **Mecanismes** que afavoreixen l'aprenentatge.

Cal deixar constància de la valoració d'aquestes necessitats educatives en l'expedient individual de cada resident. Dins del PTI es desenvolupa un pla educatiu individualitzat per a cada persona segons les seves necessitats.



L'objectiu general del Programa d'educació per a la salut és que les persones usuàries adquireixin uns coneixements bàsics en temes de salut per prevenir els riscos derivats del consum de substàncies psicoactives i de l'activitat sexual.

El Programa d'educació per a la salut ha de tenir especificats els objectius, les estratègies d'intervenció, els recursos necessaris, el calendari d'activitats i la programació de l'avaluació.

Els continguts proposats són els següents:

- Higiene corporal i salut bucodental.
- Prevenció de sobredosis.
- Primers auxilis.
- Alimentació i manipulació dels aliments.
- Sexualitat:
 - Trastorns de la sexualitat.
 - Malalties de transmissió sexual.
 - Mètodes anticonceptius.
- Prevenció d'altres malalties transmissibles:
 - Hepatitis B i C.
 - VIH.
 - Altres.
- Drogues:
 - Informació general.
 - Efectes nocius. Trastorns relacionats amb el consum.
 - Disminució de riscos.
 - Ús de la medicació.

Les sessions formatives les ha de dur a terme el/la metge/essa, l'/la infermer/a del dispositiu o l'educador/a. S'han de fer intervencions de 60 a 90 minuts en forma de xerrada amb un col·loqui posterior per aclarir dubtes i fixar millor els continguts abordats.

Per a un aprofitament òptim d'aquesta activitat educativa, és aconsellable que el programa es divideixi en sis sessions (dues cada mes), de manera que una persona que s'estigui com a mínim tres mesos en el recurs —temps considerat com un indicador de retenció acceptable— sigui present en totes les sessions. Si la persona s'està més temps en el centre, es repeteixen els conceptes, fet que en millora la interiorització.

És necessari un espai ampli i confortable per fer les sessions. Hi ha elements audiovisuals que milloren la capacitat de comprensió i d'adquisició dels coneixements, com ara la pissarra, el projector de transparències o de diapositives, el DVD, entre d'altres.

Respecte a l'avaluació del programa, es consideren diferents inputs. Per a l'avaluació inicial de la persona resident es passa un qüestionari de les seves necessitats en educació per a la salut. Igualment, cal fer un qüestionari postprograma per veure el grau d'adquisició de coneixements teòrics. En l'expedient de la persona usuària cal deixar constància de la participació en les sessions.

Una altra forma d'avaluar el programa és la implicació de cada resident en les sessions: atenció, interès, participació, etc. Aquestes dades, que poden estar condicionades pel grau d'experiència de la persona formadora, es recomana que també quedin registrades en l'expedient de la persona usuària.

Els protocols d'atenció



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|---------------------|--|-----------|
| 10 | Protocols d'atenció | El recurs disposa de protocols d'actuació que ajuden a unificar els criteris d'actuació i millorar l'efectivitat de les intervencions que es porten a terme. | 80% |



Els protocols són documents sistematitzats en els quals s'exposa tota la informació necessària i els passos que cal seguir per dur a terme una determinada intervenció tant en situacions i activitats previstes i reglades com en algunes de les situacions imprevistes o d'emergència que es poden presentar.

Els apartats en els quals es recomana estructurar els protocols són els següents:

- Objectius.
- Població a la qual s'adreça.
- Actuacions que cal desenvolupar.
- Arbre de decisions o diagrames de flux.
- Data de realització.
- Data de la propera revisió.
- Indicadors d'avaluació.
- Persones que han aprovat/revisat el protocol.
- Coordinador o responsable del protocol.

El recurs ha de disposar de protocols de compliment obligat per tal d'unificar els criteris d'atenció a les persones usuàries i, així, disminuir l'efecte de variabilitat segons el/la professional. Asseguren que la intervenció es fa segons el model definit en el centre i les metodologies més efectives.

Els protocols s'han de revisar cada tres anys per mantenir-los actualitzats, de tal manera que s'ajustin a la realitat canviant i a les necessitats emergents de les persones usuàries i dels/de les professionals.

Tal com es defineix al document *Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències*, el centre ha de disposar, com a mínim, dels protocols següents:

1. Funcionament de les activitats diàries desenvolupades en el dispositiu.
2. Elaboració i seguiment del PTI.
3. Intervencions socioeducatives.
4. Intervencions en situació de crisi (agitació, quadres de privació, entre altres), en cas d'emergències (aturada cardiorespiratòria, crisis convulsives, lipotímies, etc.) i de gestió d'incidents (intent de suïcidi, risc social, mesures penals, fugides, etc.).

Bones pràctiques respecte a la documentació del procés d'atenció

11



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|----------------|--|-----------|
| 12 | Documentació | El centre té un dossier documental individual, actualitzat i complet, emplenat per l'equip interdisciplinari per a cada persona usuària. | 95% |

Es recomana que el centre disposi d'un model de dossier personal de la persona usuària que, a més d'incloure el PTI, estigui organitzat per les àrees del procés d'intervenció.

Àrees: Dades personals i biogràfiques
 Medicopsiquiàtrica
 Psicològica
 Educativa
 Social
 Judicial

El dossier ha de recollir el tractament i les valoracions periòdiques de tots els membres de l'equip interdisciplinari i dels/de les professionals externs/es que atenen la persona i que fan intervencions durant tot el seu procés, i també s'hi ha de poder veure l'evolució de la persona usuària en el programa. A més, cal registrar-hi totes les incidències, de manera que hi ha d'haver els registres següents:

- Dades personals.
- Contracte terapèutic.
- Reglament de règim intern signat.
- Full de consigna.
- Autorització del tractament de dades signada.
- Autorització de transmissió d'informació a persones referents signada.
- Dades socials (laborals, econòmiques, judicials, familiars, etc.).
- Valoració inicial i periòdica de la persona en totes les àrees d'intervenció (proves mèdiques, exploracions, avaluacions, diagnòstics, prescripció farmacològica, tractaments).
- PTI (objectius marcats i evolució durant tot el procés).
- Registre de seguiment interdisciplinari.
- Tractament i orientació als familiars.

- Registre de tots els espais terapèutics a què la persona usuària assisteixi (tallers ocupacionals, espais on es treballen els hàbits d'higiene i ordre, educatius, teràpies de grup i individuals, tutories, sortides d'oci, visites familiars, espais convivencials i sociorelacionals).

El dossier s'ha d'obrir el dia d'ingrés de la persona en el centre i s'ha d'anar completant al llarg del procés.

Tal com s'estableix en el Reial decret 994/1999, d'11 de juny, pel qual s'aproven les mesures de seguretat dels fitxers automatitzats que contenen dades de caràcter personal, els nivells de les mesures de seguretat exigibles són tres: bàsic, mitjà i alt. Segons l'article 4.3, els fitxers que contenen dades referents a ideologia, religió, creences, origen racial, salut o vida sexual han de reunir, a més de les mesures de nivell bàsic (capítol 2), les qualificades com a nivell alt (capítol 4).

És convenient informatitzar els dossiers i atorgar un codi d'accés per protegir la confidencialitat de la informació.

Els dossiers han d'estar custodiats i han de ser d'accés restringit a l'equip interdisciplinari. Per assegurar-se'n, és convenient que es trobin en un lloc tancat amb clau i d'accés únic per a tots els membres de l'equip; d'aquesta manera també se n'agilita la consulta.

Quan la persona usuària és donada de baixa del centre, el seu dossier s'ha d'arxivar en un lloc segur, en compliment de la Llei de protecció d'informació confidencial, i s'ha de custodiar durant el temps que dictamina la llei (Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal).²⁹

Finalment, s'ha considerat adjuntar a l'annex 7, "Model de registres d'un pis amb suport", una matriu per facilitar el seguiment de la documentació elaborada en un centre.

29. BOE núm. 298, de 14/12/1999, edició catalana del suplement núm. 17, de 30/12/1999. Disponible a <http://www.apdcat.net/llista-NormB.php?cat_id=27>. (Consulta efectuada el 18/1/2007).

Bones pràctiques en els resultats de l'atenció



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|------------------------|--|-----------|
| 16 | Resultats de l'atenció | L'estada de les persones usuàries en el dispositiu és suficient per poder portar a terme els objectius previstos en el moment de l'ingrés. | 75% |


Per poder obtenir els resultats del tractament desitjats, cal que la persona usuària s'estigui en el dispositiu durant el temps adequat. El temps necessari de permanència en el dispositiu és diferent per a cada persona i per a cada programa de tractament, però en cap cas no és inferior a tres mesos. Una estada mínima de tres mesos en el dispositiu fa pensar, per tant, que és un dels requisits mínims perquè el tractament es pugui dur a terme adequadament.

A continuació, es proposen algunes bones pràctiques per millorar la implicació al programa terapèutic per part de la persona usuària.



- Treballar el procés d'admissió.
- Treballar espais d'acollida entre iguals i per part de l'equip.
- Contribuir a millorar la consciència de malaltia.
- Treballar amb la família per tal que serveixi de suport durant el procés d'acollida, especialment en els casos amb risc de desvinculació.
- Establir vincles terapèutics.
- Generar espais de participació i desenvolupament del propi rol en l'entorn de la CT o el PS.
- Assignar responsabilitats en la CT o el PS.
- Procurar que els i les professionals tinguin capacitats per liderar i integrar el grup. Crear un clima i una cultura que potenciïn el sentiment de pertinença per part de les persones usuàries.
- Procurar la detecció precoç de riscos de desvinculació.


Bones pràctiques per valorar la satisfacció de la persona usuària



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-----------------------------------|---|-----------|
| 17 | Satisfacció de la persona usuària | El dispositiu valora periòdicament el grau de satisfacció de les persones usuàries. | 100% |

La valoració periòdica del grau de satisfacció i de l'opinió de les persones residents forma part dels indicadors de qualitat definits.

L'estudi d'opinió s'ha de dur a terme amb una periodicitat mínima bianual. S'aconsella fer-lo de manera diferenciada per a persones usuàries i familiars o referents socials. Quan es fa un estudi d'opinió de les persones usuàries cal explicitar la metodologia, la representativitat de la mostra, els criteris d'inclusió i el tractament de la informació.



Per identificar el grau de satisfacció, la CT i el PS han de disposar de sistemes de recollida de suggeriments, queixes i reclamacions, com ara la bústia, l'escolta activa, les enquestes de satisfacció, els grups focals i les reunions periòdiques.


A partir de l'anàlisi de les queixes, les reclamacions i els suggeriments, s'ha d'elaborar, com a mínim, un informe cada any. Aquest informe ha d'incloure els resultats obtinguts i les propostes de millora. Sempre que sigui possible, l'informe ha de ser consensuat entre professionals, residents i familiars o referents socials.

A l'annex 8 "Tractament dels suggeriments i les reclamacions", s'adjunten les definicions de suggeriment i de reclamació. També es descriuen els mitjans de presentació i els procediments de tramitació i de resolució, tant dels suggeriments com de les reclamacions.

13.1. Enquestes de satisfacció de les persones usuàries

A continuació, s'expliciten algunes recomanacions específiques per valorar el grau de satisfacció de les persones usuàries mitjançant enquestes:

- Periodicitat: semestral en cas del PS i anual en el cas de la CT.
- Convé que inclogui les àrees següents:
 - Moment de l'acollida en el recurs.
 - Les instal·lacions.
 - Servei de menjador.
 - Convivència amb els companys i companyes.
 - Relació amb els educadors i educadores.
 - Relació amb la resta de personal de l'entitat.
 - Informació rebuda.
 - Participació en activitats de formació externes.
 - Participació en activitats de lleure.
 - Atenció psicològica rebuda.
 - Atenció sanitària rebuda.
 - Ajut rebut en la cerca de feina.
 - Relació amb la família.
 - Ajut rebut en la cerca d'habitatge.



- És recomanable que les preguntes de l'enquesta siguin entenedores i concretes, amb un llenguatge proper.
- S'aconsella deixar un espai obert amb la finalitat que la persona usuària pugui afegir comentaris o suggeriments.

13.2. Sistema de recepció, seguiment i resolució de suggeriments, queixes i reclamacions

El sistema de reclamacions i suggeriments d'un establiment és una manera de participació ocasional que permet a l'entitat aprofitar el capital intel·lectual i humà d'un major nombre dels seus components (així com dels clients o clientes i altres persones externes que hi estiguin relacionades) i expressar també les seves opinions i rebre'n resposta.

- Cal explicitar el sistema de recepció, seguiment i resolució dels suggeriments, les queixes i reclamacions.
- És aconsellable que hi hagi models estandarditzats dels fulls de suggeriments i queixes.

- Cal disposar dels recursos següents:
 - Fulls de reclamacions.
 - Bústia de suggeriments a l'abast de les persones usuàries.
 - Registre intern per a suggeriments o reclamacions verbals (escolta activa).

A cada establiment hi ha d'haver una persona responsable de la recepció de suggeriments i reclamacions que, al mateix temps, ha de garantir que es tramitin degudament: recollida i anàlisi de dades i gestió de les accions que se'n deriven, si és el cas. Aquesta persona ha de tenir la qualificació i l'entrenament suficients per portar a terme la tasca encomanada.

Bones pràctiques en els aspectes ètics i per preservar la confidencialitat de la informació

14



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-----------------------------------|---|-----------|
| 18A | Aspectes ètics | El centre disposa d'un codi ètic de l'organització. | 100% |
| 18B | Aspectes ètics | El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària de l'organització. | 90% |
| 19 | Confidencialitat de la informació | L'entitat disposa d'un protocol per preservar la confidencialitat de la informació. | 100% |

Els centres han de tenir definit el codi ètic de l'entitat, que és el document que determina el marc deontològic del centre, ja que recull els principis continguts en els codis ètics de cada professió. Entre els aspectes que detalla el codi es poden ressenyar els següents: principis ètics, respecte als valors, ideologia i creences de cadascun dels individus, i drets i deures principals de les persones usuàries. El codi ètic estableix el marc que regula els principis d'actuació davant un conflicte ètic i la dinàmica per preservar els drets de les persones usuàries. Hi han de constar les responsabilitats, les obligacions i els drets del personal remunerat i voluntari, així com del personal extern que col·labori amb el centre. A l'annex 9 "Estructura del codi ètic", es proposa un guió orientatiu de la informació que pot incloure el codi ètic d'una entitat.

Ha de ser conegut i acceptat per tots els i les professionals del centre i de la mateixa manera, cal que les persones usuàries i els familiars el puguin consultar fàcilment.

El centre ha de definir i facilitar **un protocol per a l'abordatge dels temes ètics** de l'organització. És aconsellable que el protocol inclogui els continguts següents:

1. Intervenció davant risc social: detecció i actuació davant les situacions de maltractament, negligència o abús.

2. Definició de qui ha de vetllar pel compliment del codi ètic: funcions del personal d'atenció directa, de les persones responsables del centre, del director o directora de l'entitat i supervisió externa.
3. Existència de fulls de reclamacions.
4. Accions per evitar l'incompliment d'aspectes ètics.
5. Abordatge dels valors culturals de les persones usuàries.

Els dispositius han de tenir un **protocol de privacitat³⁰ i confidencialitat³¹ de la informació** que determini les accions que ha de portar a terme la institució per intentar complir la normativa vigent i adaptar-s'hi.³²

La Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, té per objecte garantir i protegir, en allò que es refereix al tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, especialment el seu honor i la intimitat personal i familiar.

La Llei esmentada indica que les dades de caràcter personal només es poden recollir i sotmetre a tractament quan siguin adequades, pertinents i no excessives amb relació a l'àmbit i les finalitats determinades, explícites i legítimes per les quals es van obtenir. D'acord amb el que estableix l'apartat 2 de l'article 16 de la Constitució espanyola, ningú no pot ser obligat a declarar sobre la seva ideologia, religió o creences.

Les dades de caràcter personal que facin referència a l'origen racial, a la salut i a la vida sexual només poden ser recollides, tractades i cedides quan, per raons d'interès general, així ho disposi una llei o quan la persona afectada hi doni consentiment de manera expressa.

Aquestes dades poden ser objecte de tractament quan resulti necessari per a la prevenció o per al diagnòstic mèdic, la prestació d'assistència sanitària o de tractaments mèdics o la gestió de serveis sanitaris, sempre que el tractament de les dades sigui fet per un o una professional de l'àmbit sanitari subjecta al secret professional o per una altra persona subjecta a una obligació de secret equivalent.

Per tant, es recomana que el protocol de privacitat i confidencialitat de la informació descriu els aspectes següents:

- Tractament de la informació, tant en suport documental com en suport informàtic o en altres tipus de suport (fotografies, entre d'altres). Caldrà especificar la persona responsable, els canals establerts i quan han de ser utilitzats. La protecció i la confidencialitat es garanteixen amb l'ús de fitxers que necessitin contrasenya per accedir-hi.
- Sistema per garantir la protecció i la integritat de la informació de la persona.
- Sistema d'informació a persones alienes a l'organització.
- Obligacions de l'equip professional (tant del personal remunerat com del voluntari) referides a la confidencialitat i al secret de la informació.

- Sistema de custòdia de la documentació de la persona usuària amb un registre de professionals que la utilitzen o la consulten. Ha d'incloure la definició de la informació que es proporciona als familiars o a la persona responsable, tenint en compte que caldrà el permís de les persones usuàries (signatura de consentiment).
- Excepcions al secret professional, per exemple, l'imperatiu legal, el perjudici a terceres persones o pel propi bé de la persona.

Es recomana la formació contínua en bioètica dels membres de l'organització. A l'annex 10 "Proposta d'actuació davant una situació conflictiva", s'adjunta un esquema per orientar la reflexió sobre com actuar tenint en compte els paràmetres ètics.

Finalment, s'indiquen algunes bones pràctiques que es deriven de la Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària (vegeu l'annex 11 "Resum de la Carta de drets i deures"):

- L'organització té unes directrius que defineixen el mecanisme que cal seguir per comunicar a les persones usuàries els seus deures.
- Les directrius inclouen els deures de facilitar informació, fer preguntes, seguir instruccions, acceptar-ne les conseqüències, seguir les normes i els reglaments, mostrar-se respectuosos i considerats i complir amb els compromisos econòmics establerts.
- S'informa les persones usuàries dels seus deures verbalment, per escrit o utilitzant ambdós mitjans, segons les directrius de cada entitat.
- S'informa les persones usuàries dels seus deures des d'un principi i, també més endavant, sempre que resulti necessari.
- Es mantenen la privacitat i la confidencialitat de la informació.
- El programa s'adhereix a tots els requeriments legals de confidencialitat.

30. Privacitat: dret de l'individu a limitar el fet que es reveli informació personal.

31. Confidencialitat: manteniment de les dades de manera segura, per tal de restringir-hi l'accés únicament a individus que en tinguin necessitat, motius o permís.

32. Àmbit normatiu:
 - Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.
 - Directiva 95/46/CE, del Parlament Europeu i del Consell, de 24 d'octubre de 1995, relativa a la protecció de les persones físiques en allò que fa referència al tractament de les dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.
 - Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (article 5). Carta dels drets i deures dels ciutadans (article 3.5). Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Pàgina web: <<http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/ass.pdf>>, 15 d'abril de 2002, publicada el 24 de juliol de 2001 a la web del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Bones pràctiques en la gestió i la millora de l'organització



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|----------------|---|-----------|
| 20 | Gestió | Els dispositius de drogodependències tenen definida la cartera de serveis que ofereixen a la comunitat. | 90% |
| 21 | Gestió | El centre té definits els processos organitzatius principals del recurs. | 90% |
| 22 | Gestió | El personal de les CT i els PS aplica la metodologia de millora de la qualitat i porta a terme projectes de millora utilitzant la metodologia adient. | 75% |
| 23 | Gestió | El recurs disposa d'un procés sistemàtic per evaluar resultats que inclou un quadre de comandament d'indicadors de les àrees d'atenció i de gestió. | 80% |

15.1. Bones pràctiques relacionades amb la gestió de l'organització

El recurs ha de tenir un sistema documental que reculli i sistematitzi tots els processos de treball de l'organització. Aquest fet ajuda a unificar els criteris i les dinàmiques d'actuació dels diferents professionals de l'entitat, així com a millorar l'efectivitat i l'eficiència en el treball desenvolupat.

Els continguts bàsics que ha d'incloure la documentació del dispositiu, com a mínim, són els que es detallen a continuació:

1. Definició de la missió, els valors i els objectius del dispositiu.
2. Organigrama del dispositiu.
3. Sistemes d'organització.
4. Sistemàtica de coordinació interna.
5. Sistemàtica de coordinació amb altres recursos de la comunitat.
6. Programa d'atenció.
7. Elaboració del mapa de processos, en què s'especifiqui els processos estratègics, els processos clau o principals i els de suport.

A partir d'aquesta base, cada centre ha de desenvolupar el seu sistema documental, replantejant-se els processos que es duen a terme i consensuant amb l'equip la documentació necessària i la manera d'arxivar-la per facilitar-hi l'accés.

Tot i que les dificultats de les entitats més petites per seguir aquest procés són previsible, el sistema documental proposat dotaria el sector amb una estructura comuna, fet que el reforçaria.

També seria una bona pràctica que existís un document elaborat pel sector on figurés una relació de totes les llars residència i dels pisos amb suport, indicant-hi els serveis oferts i les entitats que formen la xarxa amb una breu ressenya de cadascuna.

15.2. Cartera de serveis

La cartera de serveis ha d'estar orientada a la inclusió social sobre la base del màxim desenvolupament personal, tenint en compte les diferents dimensions de qualitat de vida individual i social.

Quan un centre es planteja quina és la seva cartera de serveis, això implica un procés de reflexió, atès que es tracta d'allò que l'identifica davant la societat. Cal revisar, com a mínim una vegada l'any, si la cartera de serveis dona resposta a les variacions dels diferents perfils habituals de persones usuàries del servei i les diferents intensitats de tractament i suport requerides. D'aquesta manera, se'n valora el funcionament, s'estudien noves demandes i s'identifiquen oportunitats de millora. A l'annex 12, s'adjunta una guia per al desenvolupament de la cartera de serveis.

La informació desenvolupada en la cartera de serveis es pot sintetitzar en uns fulletons, tant per a persones usuàries com per a organismes derivadors, amb la finalitat de millorar l'adequació dels ingressos produïts.

Els serveis que es recomana oferir són els següents:

Atenció personal:

- Allotjament i manutenció.
- Dinamització i suport a la participació.
- Gestió dels acompanyaments, tenint en compte els suports familiars i comunitaris existents.

Atenció en el manteniment i la recuperació de funcions cognitives i socials:

- Programes de manteniment i potenciació d'habilitats cognitivofuncionals.

- Programes d'activitat física i esport.
- Gestió de suports per afavorir la inclusió social.
- Potenciació de les capacitats de comunicació, adequació del llenguatge i dels aspectes externs més associats a l'addicció:
 - Activitats i gestió de suports per afavorir la socialització i les competències socials.

Support al benestar emocional i promoció de l'autodeterminació:

- Informació, assessorament i suport.
- Foment de la participació i la vinculació.
- Nuclis de convivència que afavoreixen les interrelacions.
- Suport psicològic i emocional.
- Suports per al desenvolupament personal: hàbits i actituds; potenciació de la creativitat.
- Suport per a la millora de l'autoconeixement, plans i projectes personals i presa de decisions responsables.

Accions per a la millora de la salut:

- Aplicació de mesures preventives i de foment de la salut.
- Control i subministrament de la medicació i altres teràpies amb supervisió.
- Seguiment de pautes i instruccions facultatives.

15.3. Millora de la qualitat en el centre

Es recomana que cada centre defineixi el mapa dels principals processos que configuren el servei (vegeu l'annex 13 "Mapa de processos"). Poden ser de tres tipus:

- Processos estratègics.
- Processos clau o principals.
- Processos de suport.

La CT i el PS han de tenir un sistema de gestió de la qualitat amb el disseny previ del programa, tenint-ne en compte la definició, la missió, la visió i els valors. Han de desenvolupar un sistema per garantir l'atenció a la persona usuària i disposar de mecanismes que li permetin identificar el grau de satisfacció de les persones residents, de les famílies i de les organitzacions clau amb les quals es relaciona.

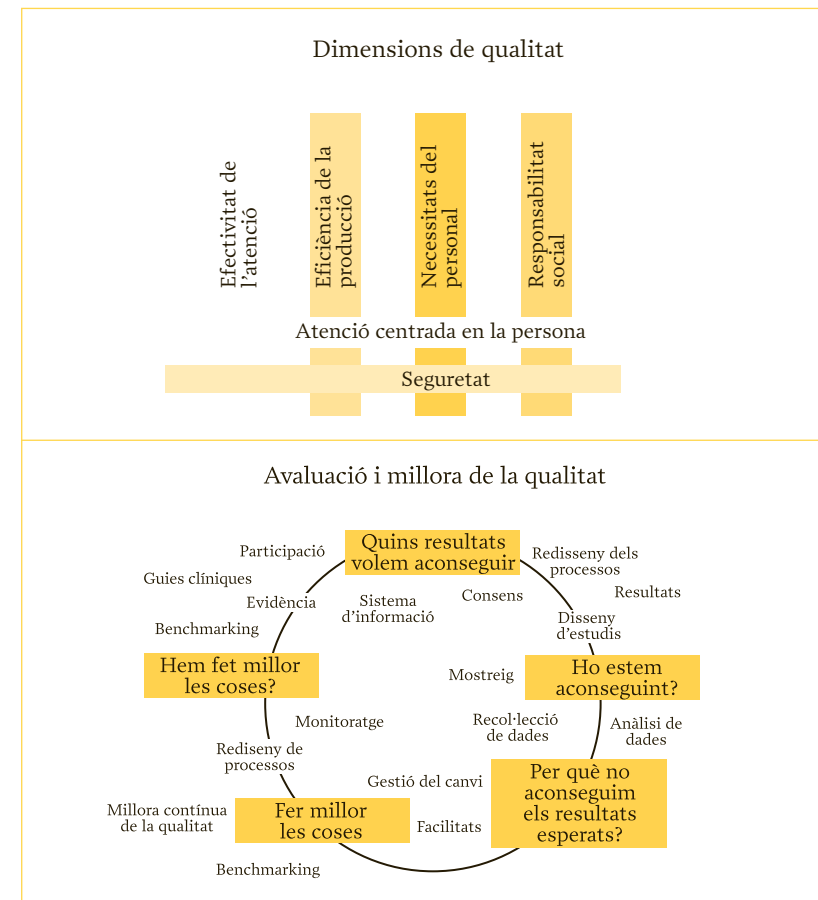
Aquest sistema té per finalitat identificar oportunitats de millora, així com avaluar els resultats del procés d'atenció i suport a la persona i a la família en un entorn comunitari. El cercle de millora contínua de la qualitat ajuda l'equip professional a planificar (P), dur a terme (D), controlar (C) i passar a la pràctica les intervencions de manera ajustada, en funció del que s'ha après de l'anàlisi dels resultats (A).

La CT i el PS han de tenir un sistema per monitorar els indicadors principals del procés d'atenció, que són els següents:

- Indicadors relacionats amb la gestió i la utilització dels recursos.
- Indicadors d'activitat.
- Indicadors de participació.
- Indicadors de resultats clau.

De la mateixa manera, es convenient que el centre defineixi la metodologia, la infraestructura i els mitjans per portar a terme els diferents processos de millora que es plantegin en funció dels resultats obtinguts i dels recursos existents.

A continuació, es presenten les dimensions bàsiques de la qualitat, així com diferents metodologies que poden ser aplicables en diverses fases del procés de millora.



ALGUNES RECOMANACIONS D'ORGANISMES INTERNACIONALS

A continuació, s'adjunten algunes recomanacions incloses en els estàndards de qualitat dels programes de tractament de l'addicció als opioïdes de la Joint Commission Accreditation Health Care Organizations i altres organismes internacionals aplicables a la CT i al PS:

1. L'organització recull dades sobre els aspectes que els coordinadors i coordinadores han considerat prioritaris.
2. L'organització creu convenient recollir dades sobre els aspectes següents:
 - Opinions i necessitats del personal.
 - Percepció del risc per part dels individus i per part del personal, i suggeriments per millorar la seguretat de les persones.
 - Disposició del personal a informar sobre esdeveniments adversos imprevistos.
 - Resultats de l'atenció, el tractament i els serveis.
3. L'organització recull dades sobre la percepció que els clients i clientes tenen sobre l'atenció, el tractament i els serveis rebuts, en concret, sobre els conceptes següents:
 - Les seves necessitats i les seves expectatives específiques.
 - Fins a quin punt l'organització satisfà aquestes necessitats i expectatives.
 - De quina manera l'organització pot millorar la seguretat de la persona.
4. L'organització recull dades que mesuren l'actuació en cadascun d'aquests processos d'alt risc potencial. En cas que es prestin, cal tenir present aquests punts:
 - Control de la medicació.
 - Ús de l'aïllament.
 - Control del comportament i del tractament.
 - Atenció, tractament i serveis que es proporcionen a grups d'alt risc o vulnerables, tal com ho defineix l'organització.
5. La informació rellevant que es desprèn de les activitats següents s'integra en iniciatives de millora de l'actuació. Això es dona de manera coherent amb les directrius o els procediments de qualsevol organització que tinguin com a objectiu conservar la confidencialitat o el privilegi de la informació establerts per la llei corresponent. Es destaquen els punts següents:
 - Control del risc.
 - Control de la utilització.
 - Control de les infeccions, vigilància i informes (per exemple, toxiinfeccions alimentàries, grip, presència de malalties infectocontagioses).
6. Els resultats i els processos convé que es mesurin i supervisin de la manera següent:
 - Cal eliminar el consum de substàncies il·lícites o que produeixin addicció.
 - S'ha de millorar la qualitat de vida mitjançant la recuperació de la salut física i mental, així com de l'estatus funcional.
 - Cal reduir o eliminar les activitats delictives associades al consum (en persones usuàries que hagin estat donades d'alta de les CT o els PS).
 - S'ha de reduir els comportaments que contribueixen a la propagació de malalties infeccioses.
7. L'organisme recull i utilitza les dades per millorar l'atenció i els serveis prestats. Les mesures específiques que s'han de tenir en compte són: seguretat, permanència en el programa i permanència del resultat, com també manteniment i millora del nivell de funcionament de la persona.
8. Les dades s'incorporen i s'analitzen sistemàticament.
 - Les dades s'incorporen amb la freqüència adient segons l'activitat o el procés que s'està estudiant.
 - Per analitzar i exposar les dades s'utilitzen eines i tècniques estadístiques.
 - Les dades s'analitzen i es comparen internament durant un cert temps i de manera externa amb altres fonts d'informació, quan n'hi ha.
 - Quan n'hi ha, s'utilitzen dades comparatives per determinar si hi ha una variabilitat excessiva o uns nivells d'actuació inacceptables.
9. S'analitzen els patrons o les tendències no desitjats.
 - Es porta a terme una anàlisi quan la comparació de les dades indica que els nivells d'actuació, els patrons o les tendències varien substancialment respecte als previstos.
 - S'analitzen aquells aspectes que els coordinadors i coordinadores han assenyalat com a prioritats de millora de l'actuació.
 - Es porta a terme una anàlisi quan es produeix una variació no desitjada que canvia les prioritats.
10. Es fa monitoratge de tots els esdeveniments de medicació adversos seriosos, així com de tots els errors de medicació significatius segons la definició de l'organització.
11. Es defineixen i s'implementen processos per identificar i controlar casos sentinella. Se n'inclouen els següents:
 - Definir cas sentinella i divulgar aquesta definició dins l'organització (com a mínim, la definició de l'organització inclou aquells casos que, quan ocorren, impliquen una possibilitat significativa que es produeixi un resultat advers seriós en un esdeveniment advers).
 - Comunicar casos sentinella per mitjà dels canals establerts per l'organització i, segons escaigui, comunicar-los a organismes externs d'acord amb la normativa vigent.

- Portar a terme anàlisis exhaustives de les causes d'origen, centrades en el procés i en els factors del sistema.
- Crear, documentar i implementar una estratègia i un pla d'acció per reduir els riscos i mesurar l'efectivitat del procés i les millores del sistema.
- El procés es porta a terme.
- La informació extreta de l'anàlisi de les dades s'utilitza per fer canvis que millorin l'actuació i la seguretat de la clientela i redueixin el risc de casos sentinella.
- L'organització utilitza la informació obtinguda de l'anàlisi de les dades per identificar els canvis que han de millorar la seguretat de les persones usuàries.
- Els canvis efectuats per millorar els processos o els resultats s'avaluen per garantir que aconseguen els resultats esperats.
- Quan les millores previstes no s'aconsegueixen o no es mantenen, es prenen mesures adequades.

12. Es defineix i s'aplica un programa continu i proactiu per identificar i reduir els esdeveniments adversos imprevistos i els riscos per a la seguretat dels clients. Es porten a terme les activitats proactives següents:

- Selecció d'un procés d'alt risc³³ per analitzar-lo. L'elecció s'ha de basar en els riscos i els casos sentinella més freqüents al centre.
- Descripció del procés escollit (per exemple, mitjançant diagrames).
- Identificació de maneres en què el procés podria fallar i no aconseguir la funció desitjada.³⁴
- Identificació dels possibles efectes i de la gravetat que una fallada o un fracàs del procés pot tenir per als clients i clientes.
- Priorització de les fallades o dels fracassos potencials.
- Determinació de les raons per les quals es poden produir les fallades i els fracassos prioritzats; això pot implicar la realització d'una anàlisi hipotètica de les causes primàries.
- Redisseny del procés i/o dels sistemes subjacents per minimitzar el risc dels efectes sobre les persones usuàries.
- Avaluació i aplicació del procés redissenyat.
- Supervisió de l'efectivitat del procés redissenyat.

A l'annex 14 "Seguiment del projecte de millora", s'adjunta una proposta de model per facilitar el seguiment dels projectes i, a l'annex 15 "Anàlisi causal", es proporcionen algunes eines metodològiques.

15.4. Quadre de comandament d'indicadors de qualitat

Es recomana que el dispositiu tingui un quadre de comandament d'indicadors de qualitat i de gestió del risc relacionat amb l'atenció a les persones usuàries, amb la finalitat de poder contribuir a la millora de l'atenció i del suport donat. Per millorar, es necessita tenir informació de l'efectivitat i els resultats dels programes portats a terme.

El fet de disposar del quadre proposat permet desenvolupar el suport del lideratge en la millora de la qualitat de l'organització, ajuda a implicar el personal en les activitats de monitoratge i millora, facilita el procés de presa de decisions i promou millores basades en comparacions amb el desenvolupament propi i amb el d'altres organitzacions.

Així mateix, el quadre ha de reflectir el sistema de monitoratge d'indicadors de cadascuna de les àrees. Hi ha d'haver integrat, com a mínim, un indicador de cada àrea:

- **Riscos prevenibles:** caigudes, errors de medicació, quadres de síndromes d'abstinència, etc.
- **Relacionats amb l'atenció a la persona:** cada centre ha d'incloure indicadors de resultats dels seus propis processos d'atenció. A continuació, a tall d'exemple, s'expliciten alguns indicadors possibles: estat i cura de la salut, gestió de l'oci i del temps lliure durant l'últim any, capacitat de mantenir-se econòmicament, capacitat de resolució de conflictes sense necessitat de recórrer a l'addicció, canvi en l'estil de vida després de la sortida del dispositiu, absència de consum de substàncies addictives després d'un any de ser donats d'alta, recaigudes en la conducta addictiva als tres, sis i dotze mesos, capacitat de mantenir la feina, conductes delictives associades al consum, etc.
- **Esdeveniments sentinella:** fugues, suïcidi, intents de suïcidi, heteroagressions amb lesions a altres persones usuàries o al personal.
- **Indicadors d'activitat i flux:** tipologia d'ingressos, derivacions, ús de recursos després de l'alta, tipus d'alta, temps d'estada i altres.
- **Indicadors d'opinió de les persones usuàries i de la percepció que tenen de la seva qualitat de vida.**³⁵

Cal deixar-hi constància de l'anàlisi de les tendències i de les propostes de millora efectuades en funció de la interpretació dels resultats. Aquest estudi amb les propostes de millora s'ha d'elaborar, com a mínim, anualment.

De cadascun dels indicadors utilitzats en el quadre de comandament de l'entitat, cal disposar d'una fitxa en què es defineixi la fórmula i es detallin el numerador, el denominador, la font d'informació, la periodicitat de recollida de la informació, la persona responsable de la recollida d'informació, l'estàndard de referència i les persones a les quals s'han de notificar els resultats.

Prèviament a la redacció d'aquest manual de bones pràctiques, es van dissenyar uns indicadors de qualitat consensuats pel sector, que són els que apareixen a l'inici de cada capítol d'aquest manual.³⁶ Aquests esdevenen un element que facilita que els centres s'iniciïn en l'ús dels quadres de comandament d'indicadors de qualitat.

33. Procés d'alt risc: procés amb un potencial considerable d'afectar la seguretat de la persona si no es planifica o s'executa correctament.

34. Les maneres en què un procés podria fallar o deixar de complir la funció desitjada sovint s'anomenen modalitat de fracàs.

35. S'aconsella incloure-hi els resultats de l'estudi d'opinió del/de la client/a intern/a de l'organització.

36. Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències.

Bones pràctiques en la gestió de recursos humans



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|-----------------|--|-----------|
| 24A | Recursos humans | El dispositiu té un sistema de gestió d'activitats formatives per als/a les professionals. | 80% |
| 24B | Recursos humans | Els i les professionals realitzen activitats formatives per tal d'actualitzar els seus coneixements i mantenir i millorar la seva competència professional relacionada amb el lloc de treball. | 70% |
| 25 | Recursos humans | L'organització valora de manera periòdica el grau de satisfacció dels treballadors i treballadores per tal d'identificar oportunitats de millora en el recurs. | 100% |
| 26 | Recursos humans | L'estabilització dels equips és adequada per donar resposta a les necessitats de les persones usuàries i ajuda a afavorir la continuïtat de l'atenció. | 100% |



Una de les estratègies per millorar la qualitat de vida de la persona resident és crear un bon clima laboral i incrementar el grau de satisfacció dels i les professionals de l'entitat.³⁷ Així, doncs, les bones pràctiques pel que fa al personal esdevenen un tema cabdal. Cal tenir en compte els punts següents:

- L'estabilitat de l'equip professional.
- La satisfacció i la motivació dels i les professionals.
- La formació contínua i la gestió del coneixement.

16.1. L'estabilització de l'equip professional

Els equips que treballen en les comunitats terapèutiques i en els pisos amb suport estan formats per diferents perfils professionals. La CT i el PS han de definir clarament el paper que ha de desenvolupar cadascuna de les àrees

professionals, tenint en compte la cartera de serveis i el nivell i el tipus de suports que s'ofereixen a les persones residents.

Per a un funcionament correcte, es recomana especificar la gestió de les competències professionals, cosa que comporta la concreció dels coneixements, les actituds i les habilitats necessàries per als diferents perfils professionals.

El sistema de gestió de personal implica també l'existència d'una mecànica de definició, selecció, contractació, orientació, formació, desenvolupament i avaluació dels treballadors i treballadores que ajuda a garantir l'existència de personal suficient en nombre, perfil i competències necessàries.

A més, per garantir una pràctica professional correcta, cal introduir el concepte d'estabilització dels equips, que resulta adequat per millorar el seguiment i la satisfacció de la persona usuària, la continuïtat de l'atenció, la seguretat de l'atenció, l'efectivitat de les intervencions terapèutiques i la satisfacció dels/de les professionals amb l'activitat feta.

La política per millorar l'estabilització del personal especifica les estratègies que cal portar a terme. A continuació, s'especifiquen, a tall d'exemple, alguns dels continguts possibles:



- Desenvolupament i promoció del personal.
- Sistemes de motivació i incentivació del personal.
- Sistemes per a la millora de la seguretat i de les condicions a la feina.
- La comunicació interna i la participació en els processos de presa de decisions, potenciant el sentiment de pertinença al centre, i els objectius fundacionals i estratègics.
- Estratègia per facilitar la comunicació entre els diferents membres de l'equip, tant d'atenció directa com indirecta.
- Estratègies formatives per afavorir la millora de les competències del personal.
- Mecanismes per facilitar la creació d'un clima de treball adequat.
- Sistemes de supervisió, formació i acompanyament dels i les professionals de nova incorporació i durant els canvis interns.
- Protocol d'actuació establert per a la sortida de professionals, promouent una finalització òptima i orientant altres entitats per a incorporacions noves.
- Pràctica de l'escolta activa.
- Pla de prevenció de riscos laborals.
- La participació i la implicació de l'equip en els diferents processos són fonamentals per assegurar els resultats que es volen assolir. Les reunions són el mecanisme adient per afavorir el procés de participació dels/de les professionals.
- Foment de la contractació indefinida, per tal de donar certa seguretat als/a les professionals.

37. Schalock, R. *Jornades de qualitat de vida en els serveis socials*. Barcelona: ICASS, 2006.

16.2. La motivació i la satisfacció dels/de les professionals

La satisfacció dels membres de l'equip és a la base del seu grau de motivació i de cohesió. La valoració de la satisfacció dels/de les professionals és un instrument de *survey-feedback* per al desenvolupament organitzatiu, és un bon desencadenant del diàleg organitzatiu estructurat per activar processos de millora en el centre i és una bona eina per identificar i proposar factors de millora de la motivació i de la cohesió d'equip.

L'organització valora de manera periòdica el grau de satisfacció dels treballadors i treballadores per tal d'identificar oportunitats de millora en el recurs; hi ha un estudi de satisfacció dels/de les professionals per aconseguir una major retenció, que repercuteix en la satisfacció del personal i l'atenció a la persona resident.

Es valora que es faci l'estudi en un període de temps no superior als dos anys previs a la valoració de l'indicador. Hi han de quedar ben explicitats la metodologia, els resultats, les conclusions i les possibles estratègies de millora en funció dels resultats obtinguts.

Les metodologies emprades s'haurien d'adaptar al nombre de professionals del servei. Es poden utilitzar: l'enquesta de valoració de la satisfacció professional, l'entrevista semiestructurada, l'anàlisi de grup focal, la recollida de suggeriments i queixes per escrit, la pluja d'idees, el grup nominal o altres metodologies que es considerin adients.

La població de l'estudi hauria d'incloure una mostra representativa de totes les professions de l'equip interdisciplinari i el personal administratiu, tant remunerat com voluntari.

A continuació, es proposen algunes estratègies per millorar la participació i la implicació de l'equip en els diferents processos. Esdevé un procés fonamental per assegurar els resultats que es volen assolir.

Per **potenciar i afavorir la motivació** dels professionals es poden dur a terme les activitats següents:

- Donar suport durant els processos de canvi i que els treballadors i treballadores hi puguin accedir.
- Conèixer la dinàmica de treball dels diferents torns.
- Practicar l'escolta activa amb els i les professionals.
- Avaluar la competència dels i de les professionals amb un enfocament de millora de l'actuació i del clima de treball.
- Millorar la retenció mirant de convertir-se en centres atractius pels professionals del sector.
- Tenir cura de l'entorn laboral dels i les professionals per tal que puguin desenvolupar un treball en condicions segures, que n'afavoreixi el desenvolupament professional i personal.

Per **fomentar l'autonomia professional**, en un enfocament de treball transdisciplinari es poden dur a terme les activitats següents:

- Assignar les responsabilitats de cada àrea.
- Afavorir el desenvolupament personal i professional dels diferents membres de l'equip de treball de l'establiment o el servei d'acolliment residencial.
- Promoure un enfocament proactiu en la resolució de problemes i cercar les oportunitats de millora.
- Facilitar la comunicació entre els diferents membres de l'equip, tant d'atenció directa com indirecta.
- Fomentar la creativitat dels i les professionals.
- Potenciar la formació continuada relacionada amb el desenvolupament de les competències pròpies i la implementació del Pla estratègic del centre i del sector.

Igualment, les reunions són un mecanisme adient per afavorir el procés de participació dels i les professionals. El o la professional ha de posseir les actituds necessàries per treballar interdisciplinàriament. Cal promoure una visió integradora i la capacitat per mantenir el flux d'informació adequat amb la resta de membres de l'equip.

En tot cas, s'aconsella fer una convocatòria indicant l'ordre del dia, mantenir la reunió en l'horari previst i elaborar l'acta amb els temes tractats, els acords presos i els temes pendents.

Les reunions de l'equip interdisciplinari per tractar temes relacionats amb el Programa d'atenció de les persones residents i els seguiments han de permetre, a més de presentar els casos, l'intercanvi d'informació, l'explicació de les activitats i el comentari de les incidències i de les valoracions. També es poden convocar reunions d'organització del treball i d'anàlisi.

Es recomana establir un sistema de valoració d'aquestes reunions en què es tinguin en compte l'assistència, la puntualitat, les intervencions, l'acompliment de l'ordre del dia, les aportacions i el seguiment de l'aplicació de les decisions preses.

16.3. La formació contínua



La formació és necessària per tal d'oferir un servei de qualitat a les persones usuàries i gestionar correctament els recursos disponibles. Permet adaptar-se millor a les noves necessitats. També té els impactes següents: fa créixer la motivació i el grau de satisfacció dels i les professionals, augmenta l'ocupabilitat, fomenta la revisió periòdica d'allò que es fa i per què es fa i promou les relacions amb altres centres i institucions.

Els i les professionals dels centres han de mantenir una actitud creativa i en evolució constant. És necessari innovar i construir estratègies que permetin una evolució real i positiva de les persones amb problemes d'addicció. Així mateix, i des dels equips, cal dissenyar projectes i programes d'intervenció innovadors.

És un deure del i la professional, amb el suport de l'entitat en la qual treballa, participar en accions de formació contínua a fi d'evitar que els seus coneixements quedin obsolets en perjudici propi i dels altres.

Es recomana que el centre disposi d'un sistema de gestió sostenible d'activitats formatives per als professionals que tingui en compte tots els treballadors del dispositiu, tan el personal remunerat –d'atenció directa i indirecta– com el voluntari.

S'aconsella que hi hagi una persona responsable que, amb les funcions i les tasques ben definides, coordini i implementi el Pla de formació. No obstant això, es recomana que en la planificació de la formació participi l'equip interdisciplinari. D'aquesta manera, es facilita considerar les diferents propostes de cadascuna de les àrees professionals implicades. Cal tenir present les necessitats prèviament definides i consensuades per aquest efecte.

Per definir el Pla de formació de l'entitat, els passos que cal seguir són els següents:

- Analitzar la situació: detectar les **necessitats de formació**, tant les actuals com les que puguin haver en un futur. És recomanable efectuar una valoració periòdica durant el procés d'acollida i orientació del personal, en els canvis de situació contractual i de manera anual quan els contractes són indefinits. Així mateix, s'aconsella definir un pla de formació específic per a les persones de nova incorporació que inclogui unes nocions d'orientació general a l'organització i els continguts específics del servei.
- Establir **objectius** relatius a la formació de manera anual.
- Fer una **assignació pressupostària** destinada a la formació continuada de l'equip de professionals.

- Assignar un percentatge de l'horari laboral a la formació. La formació no pot anar en detriment dels i les professionals que es troben de servei; per tant, s'ha de preveure que es garanteixi el servei i no se sobrecarregui la resta d'empleats i empleades.
- Establir un **pla d'accions** temporalitzat i amb fites a mitjà i llarg termini. Aquest pla s'ha de revisar anualment.
- **Registrar-hi** l'activitat formativa portada a terme o en la qual s'ha participat, especificant-ne la data, el nom, el lloc, els continguts i els objectius. Convé disposar d'un sistema de control de les certificacions de la formació feta, deixant en l'expedient personal una còpia dels títols dispensats.

Es consideren activitats formatives els cursos interns i externs, els seminaris, els tallers, les jornades i els congressos. En el cas dels cursos interns, han d'estar estructurats i s'hi han d'adjuntar els programes formatius i els/les professionals que imparteixen l'activitat. L'estructura de qualsevol acció formativa ha de constar per escrit dels punts següents:

- Títol.
- Objectius.
- Continguts.
- Metodologia.
- Professorat.
- Data de realització.
- Durada.
- Assistents.

Cal comprovar l'assistència a les activitats formatives mitjançant la revisió de la fotocòpia dels certificats acreditatius d'assistència i participació (un 70% del personal, com a mínim).

S'aconsella incloure també com a indicadors el nombre d'hores de formació per professional i la separació de les activitats de tipus intern i extern, i recollir l'opinió dels professionals sobre les activitats formatives que cursen.

Coordinació amb altres sectors i entitats



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|----------------|--|-----------|
| 27A | Coordinació | El dispositiu té definit el sistema de coordinació amb les diferents entitats i organismes socials per millorar la continuïtat de l'atenció i la gestió dels suports que requereix la persona. | 90% |
| 27B | Coordinació | El dispositiu té definit el sistema de coordinació amb les diferents entitats i els organismes de salut per millorar la continuïtat de l'atenció a la persona. | 90% |

Davant la diversitat de problemàtiques que afecten les persones ateses i la visió dels nostres recursos com un pas dins del seu itinerari personal, es fa imprescindible la coordinació amb diversos sectors i entitats de salut de la Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD), la Xarxa de salut mental, els serveis socials d'atenció primària, les unitats hospitalàries de referència, els centres ambulatoris de primària i altres entitats i professionals del sector. Tot això ajuda a garantir una millora en l'atenció integral a la persona usuària i, especialment, a la continuïtat del procés d'atenció i gestió dels suports necessaris.

Cal tenir definits per escrit els sistemes i els protocols de coordinació amb els diferents serveis, recursos i entitats, administracions i xarxes de serveis de salut amb els quals es relaciona el dispositiu:

1. Centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS).
2. Unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD).
3. Unitats de patologia dual.
4. Atenció primària de salut (APS).
5. Centres de salut mental d'adults (CSMA).
6. Hospital de referència.
7. Programa d'atenció a la dona (revisions ginecològiques cada 6-12 mesos en funció de l'estat immunològic de la dona, entre d'altres).

Per a cadascun dels recursos cal tenir en compte l'existència documental dels punts següents:

- Criteris i protocols definits.
- Criteris de derivació.
- Sistema de coordinació i de seguiment dels casos.
- Sistema de registre de coordinacions efectuades.
- Reunions de coordinació periòdiques.
- Llista de persones de referència, telèfons de contacte, adreça electrònica o de correu, càrrecs i competències i funcions principals.

La prevalença de problemàtiques socials i judicials associades al consum de drogues, així com la influència d'aquestes problemàtiques en l'evolució i el pronòstic del seu tractament, fa necessari un nivell de col·laboració i de coordinació adequat amb la Xarxa de serveis socials i els organismes competents en matèria jurídica del Departament de Justícia (jutjat, serveis penitenciaris, mesures alternatives, etc.). L'expedient d'atenció de cada persona usuària ha de tenir les dades dels centres i els/les professionals amb els quals s'estigui coordinant l'atenció.

Per facilitar els processos de relació i inclusió en la comunitat, i afavorir la integració i la rehabilitació, el centre ha d'establir les estratègies i les aliances necessàries amb el seu entorn. Per optimitzar el procés de planificació, seguiment i avaluació de la utilització adequada dels recursos de l'entorn, es recomana emplenar una fitxa dels recursos comunitaris amb els quals es col·labora habitualment (vegeu l'annex 16 "Fitxa de recursos comunitaris").



Les directrius elaborades per Joint Comission per als programes de tractament de l'addicció recomanen tenir en compte el següent:

- Mesures per tal que s'ofereixin opcions per combinar la teràpia d'addicció amb l'atenció i el tractament de qualsevol altre tractament.
- Les necessitats específiques de les usuàries. Les dones embarassades requereixen recursos específics (no la CT ni el PS) per seguir les teràpies contra l'addicció.
- Les necessitats individuals a l'hora de fer l'abordatge i les derivacions oportunes en casos com, per exemple, la violència domèstica o els abusos sexuals.
- La situació dels fills menors d'edat en el cas de persones ingressades en la comunitat terapèutica.
- Mesures per tal que s'ofereixi tractament per grups classificats segons les necessitats especials, com ara gent gran, joves, persones amb dificultats de comunicació per l'idioma, entre d'altres.

Entorn de l'atenció. Les infraestructures



| Núm. | Àrea rellevant | Criteri | Estàndard |
|------|------------------|--|-----------|
| 28A | Infraestructures | El dispositiu té unes instal·lacions adequades als objectius del programa. | 90% |
| 28B | Infraestructures | El dispositiu té unes instal·lacions confortables. | 90% |

18.1. Instal·lacions adequades als objectius del programa

Les **normes** que fan referència directament a les infraestructures són les que es detallen a continuació:

- Ordre de 15 de juliol de 1987, de desplegament de les normes d'autorització administrativa de serveis i establiments de serveis socials i de funcionament del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials, fixades al Decret 27/1987, de 29 de gener.
- Decret 135/1995, de 24 de març, de desplegament de la Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, i d'aprovació del Codi d'accessibilitat.

I altres normes no tan directament relacionades són les següents:

- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials.
- Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996.

Les instal·lacions resulten confortables i segures si es compleixen els punts següents:

- El centre disposa de mitjans per tenir una temperatura, una il·luminació i una ventilació adequades, amb sistemes de control per a insectes i rosegadors.
- Els espais són accessibles per a persones amb mobilitat reduïda.
- El centre compleix la normativa de seguretat.

- L'equipament i el mobiliari estan en bon estat de funcionament.
- Se segueix un protocol de neteja general i de manteniment.
- Se segueix un protocol de control d'habitacions.
- Se segueix un protocol per a cuines i menjadors.
- El repintat es fa de manera protocol·litzada, suficient per tal que el centre es trobi en bon estat (entre tres i cinc anys).
- Hi ha un pla d'evacuació en situacions d'urgència (catàstrofes).
- Es fa un simulacre d'evacuació cada tres mesos.
- Hi ha guies de manteniment: ascensor, cuina, llums, calefacció, cambres, etc.
- Se segueix un protocol per a l'aigua de consum humà.
- Se segueix un protocol i control d'aigües destinades al sanejament.
- Hi ha un sistema de control per a les persones usuàries.
- Hi ha la senyalització mínima.
- Hi ha rètols de les habitacions.
- Hi ha una temperatura òptima a l'hivern (uns 22° de màxima durant el dia i uns 16° a la nit).

Des de les bones pràctiques, proposem treballar els punts següents:



1. Espais de preacollida

- Són espais diferenciats del centre, que figuren imputats als costos generals i que són recomanables per a la recepció –avaluació– i l'admissió –derivació– de la persona assistida.
- Han d'estar ben ubicats perquè s'hi pugui accedir amb transport públic i estar situats, si és possible, en zones poc conflictives socialment.
- Han de gaudir d'accessibilitat sense barreres arquitectòniques des del carrer i han de tenir les condicions necessàries a fi de garantir els drets dels treballadors i treballadores i de les persones usuàries (característiques d'il·luminació, espais, climatització, mobiliari, mitjans tècnics de comunicació, etc.).

2. Espais de l'establiment o d'acolliment residencial

- Hi ha una identificació perfecta del lloc des de les vies d'accés principals, amb una senyalització correcta perquè els residents i familiars puguin ubicar-se fàcilment.
- Hi ha sistemes de transport públic disponibles per accedir al recurs: trens, autobusos o transport privat ofert per l'entitat a centres urbans reconeguts.
- La distància fins a centres assistencials i hospitals és adequada.
- Hi ha accessibilitat per a ambulàncies.
- Totes les estructures residencials són accessibles per a persones usuàries amb problemes de mobilitat.
- Es compleixen les normes de detecció i d'evacuació d'incendis.

A més, cal tenir en compte els aspectes que es detallen a continuació:

a. Dormitoris. Cal garantir que disposen dels elements estructurals d'intimitat i de seguretat necessaris.

b. Banys.

- Són individuals o col·lectius; en tot cas, garanteixen la privacitat.
- Els espais físics, incloent-hi els lavabos, tenen en compte les necessitats específiques de les dones.

c. Espais d'atenció individualitzada. Estan diversificats; permeten el desenvolupament de diferents activitats sense interferències, com ara:

- Farmaciola.
- Infermeria.
- Medicina.
- Psicologia.
- Reunions amb familiars per a teràpia, si és possible.
- Gerència i administració.

d. Espais d'atenció col·lectiva. Estan diversificats; permeten el desenvolupament de diferents activitats sense interferències.

e. Espais lúdics o d'esbarjo. Estan diversificats; permeten el desenvolupament de diferents activitats sense interferències.

f. Cuina i menjador. Compleixen la normativa de menjadors col·lectius.

g. Bugaderia. Es pot subcontractar, però si aquest servei el presta l'entitat, cal tenir en compte els punts següents:

- Lloc: ha de ser accessible, ha d'estar correctament ventilat i il·luminat i tenir calefacció.
- Sistemes automatitzats de tractament per a la roba (bruta, neta, blanca, etc.).
- Protocol de treball amb registre de funcionament.

18.2. Manteniment de l'establiment o el servei d'acolliment residencial

A continuació, s'expliciten una sèrie de recomanacions que convé tenir en compte per a la millora de l'adequació i el confort de les instal·lacions:

1. L'equipament i el mobiliari estan en bon estat de funcionament i no tenen restes d'òxid o d'altres substàncies que puguin ocasionar lesions a les persones usuàries.
2. Se segueix el protocol de neteja i no hi ha olors provinents de detritus fisiològics.
3. El repintat de les parets es fa amb la periodicitat suficient –almenys, cada tres anys– perquè es trobin en bon estat.
4. El centre disposa dels mitjans per gaudir d'una temperatura adequada.

5. Hi ha telèfons disponibles, accessibles per a les persones residents.
6. Hi ha un espai de primers auxilis.
7. El centre compleix la normativa de seguretat.
8. Tots els espais són accessibles per a persones amb mobilitat reduïda.

En els processos de millora de la convivència la participació i la col·laboració de la persona resident en les activitats comunes de manteniment i millora de l'establiment són bàsiques. S'hi inclouen tots aquells aspectes que cal tenir en compte per a una bona cura de la neteja i una millora de l'entorn individual i col·lectiu.

El personal de la CT o del PS ha de contribuir a crear un ambient que permeti treballar diferents aspectes i hàbits de les persones residents, millorar la competència personal i afavorir la convivència. Cal promoure que els i les residents tinguin cura dels espais comunitaris que ocupen habitualment a fi de potenciar les seves habilitats individuals i recuperar o millorar els seus hàbits.

La persona ha de saber quina aportació ha de fer al manteniment dels espais comuns. Dins del Programa d'atenció pactat amb el o la resident, ha de quedar reflectit com ha de ser la seva participació i quin ha de ser el grau d'implicació.

Hi ha d'haver una planificació detallada de les tasques que han de dur a terme els i les residents; s'hi han d'especificar les activitats concretes i els dies i els horaris de cada tasca.

S'aconsella dissenyar un full de seguiment de la programació i de la realització de cada activitat. Es recomana especificar-hi la data prevista, la periodicitat, les persones responsables de portar-la a terme, els suports que cal activar, els productes que s'han d'utilitzar i les observacions.

18.3. Seguretat en la CT i en el PS segons Joint Commission

1. L'organització identifica i controla els seus riscos de seguretat.
 - L'organització desenvolupa i manté un pla de control per escrit que descriu els processos que implementa per gestionar de manera efectiva la seguretat de les persones usuàries, el personal i altres persones que vagin a les seves instal·lacions.
 - L'organització nomena una persona, o més, designada per la seva capacitat de lideratge, per coordinar el desenvolupament, la implementació i la supervisió de les activitats de control de la seguretat.
 - L'organització porta a terme avaluacions de risc proactives que calculen el potencial d'impacte advers de l'entorn extern i dels serveis prestats sobre la seguretat dels/de les clients/es, del personal i d'altres persones que vagin a les seves instal·lacions.³⁸
 - L'organització utilitza aquests riscos identificats per seleccionar i posar en pràctica procediments i controls per aconseguir el potencial més baix d'impacte advers en la seguretat.

38. Durant l'avaluació del risc també es té en compte el potencial de la violència laboral.

- L'organització identifica clients/es, personal i altres persones que entren a les instal·lacions de l'organització segons convingui.
- L'organització controla l'accés a les àrees d'alta seguretat i també la sortida, segons la seva normativa.
- L'organització identifica i posa en pràctica procediments de seguretat amb mesures que es porten a terme en cas d'incident que posi en risc la seguretat.

2. L'organització tracta la gestió d'emergències.

- El Pla de catàstrofes inclou vincles amb centres de la comunitat i garanteix la resposta davant una emergència.
- El programa manté una línia telefònica d'atenció les 24 hores del dia per respondre a les emergències tant en les instal·lacions com de les persones usuàries.
- El personal de guàrdia té accés a una llista de torns i a un registre de la medicació per poder fer-ne verificacions.

Bibliografia

- Abeijón, J. A.; Pantoja, L. *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Bilbao: Universidad de Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencias, 2002.
- Agència Catalana de Protecció de Dades. <http://www.apdcat.net/llistaNormB.php?cat_id=27>. (Consulta: 18/1/2007).
- Cardona Iguacen, X. "Continguts fonamentals de bioètica. Reptes i perspectives del discurs bioètic". A: *De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la salut*. Barcelona: Càtedra Ramon Llull Blanquerna, 2003.
- Comas, D. Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Grupo GID, 2006. <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ComunidadesTerapeuticas.pdf>>.
- Decret 135/1995, de 24 de març, de desplegament de la Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, i d'aprovació del Codi d'accessibilitat (DOGC núm. 2043, de 28 d'abril de 1995, pàg. 3369).
- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 2237, de 31 de juliol de 1996, pàg. 8210).
- Decret 108/1998, de 12 de maig, sobre la participació en els serveis socials (DOGC núm. 2641, de 18 de maig de 1998).
- 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 (DOGC núm. 3148, de 26 de maig de 2000, pàg. 6743).
- Departament de Benestar Social. *Catàleg de serveis bàsics dels centres residencials per a persones amb drogodependències*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. (24 de juliol de 2001). <<http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/ass.pdf>>.
- Directiva 95/46/CE, del Parlament Europeu i del Consell, de 24 d'octubre de 1995, relativa a la protecció de les persones físiques en allò que respecta al tractament de les dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades (DOCE L 281, de 23 de novembre de 1995).

- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (BOE 298, de 14 de desembre de 1999, pàg. 43088).
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303, d'11 de gener de 2001, pàg. 464. Correcció d'errades, DOGC núm. 3353, de 22 de març de 2001, pàg. 4211).
- Marlatt, G.; Donovan, D. *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nova York: The Guilford Press, 2005.
- NIDA. National Institut on Drug Abuse. *Serie de Reportes de Investigación - La Comunidad Terapéutica*. <<http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica2.html>>. (Consulta: 18/11/2006).
- Ordre de 15 de juliol de 1987, de desplegament de les normes d'autorització administrativa de serveis i establiments de serveis socials i de funcionament del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials, fixades al Decret 27/1987, de 29 de gener (DOGC 878, de 17 d'agost de 1987, pàg. 3289).
- Reial decret 994/1999, d'11 de juny, d'aprovació del Reglament de mesures de seguretat dels fitxers automatitzats que continguin dades de caràcter personal (BOE núm. 151, de 25 de juny de 1999, pàg. 24241).
- Sánchez Carbonell, J.; Maestre, L. L.; Sales, J. A.; Fábregas, X.; Arqué, P.; Moratalla, T. *Indicadores de evolución y criterios de alta en la comunidad terapéutica profesional*. Barcelona, 1991.
- Schalock, R. *Jornades de qualitat de vida en els serveis socials*. Barcelona: ICASS, 2006.
- Schalock R.; Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- Verdugo Alonso, M. A.; Canal Beida, R.; Gutiérrez Bermejo, B.; De la Parte Herrero, J. M.; López Fraguas, A.; García Castro, L. M. "Cuestionario para evaluar la calidad de vida en servicios residenciales". A: Verdugo Alonso, M. A. *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú, 2006.

Annexos

Annex 1. Exemples de suports per a la millora de la qualitat de vida³⁹



| Dimensió | Indicadors més utilitzats | Funcions de suport | Tècniques de millora |
|---------------------------------|--|--|--|
| Benestar emocional | <ul style="list-style-type: none"> · Satisfacció. · Autoconcepte. · Absència d'estrès i de sentiments negatius. | <ul style="list-style-type: none"> · Suport emocional. · Grups de suport. · Orientació. · Serveis d'atenció a les addiccions. · Serveis de salut mental. · Assessorament. · Tractament. | <ul style="list-style-type: none"> · Incrementar la seguretat. · Permetre l'espiritualitat. · Proporcionar feedback positiu. · Mantenir un nivell de medicació psicotròpica tan baix com sigui possible. · Reduir l'estrès. · Promoure l'èxit. · Fomentar ambients estables, segurs i predictibles. |
| Relacions interpersonals | <ul style="list-style-type: none"> · Interaccions. · Relacions. · Sexualitat. | <ul style="list-style-type: none"> · Amistats. · Desenvolupament d'habilitats grupals. · Socialització. · Promoció de grups de suport entre iguals. · Ajuts per a la comunicació. | <ul style="list-style-type: none"> · Permetre la intimitat. · Afavorir l'afectivitat. · Donar suport a la família. · Fomentar les interaccions. · Potenciar les amistats. |
| Benestar material | <ul style="list-style-type: none"> · Habitatatge. · Feina. · Estatus financer. · Possessions. | <ul style="list-style-type: none"> · Suport econòmic. · Suport en el maneig dels diners. · Accés a ajudes econòmiques. · Adequació de beneficis laborals. · Creació de llocs de treball. | <ul style="list-style-type: none"> · Permetre tenir propietats. · Promoure la seguretat econòmica. · Crear entorns segurs. · Donar suport en la feina. |
| Desenvolupament personal | <ul style="list-style-type: none"> · Educació. · Competències personals. · Desenvolupament. · Oci. | <ul style="list-style-type: none"> · Estratègies compensatòries. · Estratègies de resolució de problemes. · Autocontrol. · Entrenament en l'ús del transport. | <ul style="list-style-type: none"> · Proporcionar educació i rehabilitació. · Ensenyar habilitats funcionals. · Promoure activitats professionals i no professionals. · Afavorir la utilització de tecnologia augmentativa. · Donar suport a oportunitats significatives d'oci i de temps lliure. |

39. Schallock, R.; Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

| Dimensió | Indicadors més utilitzats | Funcions de suport | Tècniques de millora |
|-------------------------|---|---|--|
| Benestar físic | <ul style="list-style-type: none"> Atenció sanitària. Estat de salut. Activitats de la vida diària. Son. Accés a ajudes tècniques. Alimentació. | <ul style="list-style-type: none"> Provisió d'atenció sanitària domiciliària. Activitats terapèutiques. Intervencions mèdiques. Realització de transferències. Aplicació de procediments d'emergència. | <ul style="list-style-type: none"> Assegurar l'atenció sanitària. Potenciar la mobilitat. Donar suport en activitats de la vida diària. Promoure la bona forma física, la nutrició, els estils de vida saludables i el maneig de l'estrès. |
| Autodeterminació | <ul style="list-style-type: none"> Autonomia. Control personal. Metes i valors personals. Decisions. Eleccions. | <ul style="list-style-type: none"> Incorporació de preferències individuals en les activitats diàries. Formació en habilitats per a la presa de decisions. Promoció de grups reivindicatius. Foment de la capacitat d'elegir i de prendre iniciatives. Desenvolupament d'habilitats d'autodefensa. | <ul style="list-style-type: none"> Permetre fer eleccions. Promoure el control personal. Afavorir la presa de decisions. Donar suport en l'establiment de metes personals. |
| Inclusió social | <ul style="list-style-type: none"> Integració. Participació en la comunitat. Accessibilitat. Suport social. | <ul style="list-style-type: none"> Activitats inclusives a la comunitat. Participació en activitats normalitzades. Informació sobre la comunitat identificant suports a l'entorn. Sentit de comunitat. | <ul style="list-style-type: none"> Promoure el contacte amb xarxes de suport naturals. Afavorir el desenvolupament de rols i estils de vida positius. Potenciar entorns normalitzats i integrats. Donar suport al voluntariat. |
| Drets | <ul style="list-style-type: none"> Coneixement i exercici de drets. Drets humans (respecte, dignitat i igualtat). Drets legals (ciutadania, accessos, processos legals, etc.). | <ul style="list-style-type: none"> Protecció i assistència legal. Reivindicació de beneficis. Reivindicació de la capacitat de ser lliure i de ser el propi tutor. Coordinació de recursos i serveis necessaris per a l'individu. Grups reivindicatius. | <ul style="list-style-type: none"> Assegurar la privacitat. Fomentar el vot. Reduir barreres. Garantir processos legals justos. Fomentar l'accés a la propietat. Fomentar les responsabilitats cíviques. |

Annex 2. Escales de valoració



| Escales recomanades | Utilitat | Font on es poden localitzar |
|-----------------------------|--|--|
| Índex de Barthel | Escala funcional d'activitats bàsiques de la vida diària. | Mahoney, F. I.; Barthel, D. W. "Functional evaluation: The Barthel index". Md. St. Med. J. 1965, 14: 61-65. |
| Índex de Lawton | Escala funcional d'activitats instrumentals de la vida diària. | Lawton, M. P.; Brody, E. M. "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living", Gerontologist 1969, 9: 179-86. |
| Escales de qualitat de vida | Valoració de la percepció individual de la qualitat subjectiva individual. | En funció del tipus d'escala que s'utilitzi. |
| Enquesta de satisfacció | Valoració del clima laboral. | Salvador García. Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona. |

A 3

Annex 3. Registre Soler

L'aplicació del Registre Soler es recomana efectuar-la entre els quinze i vint primers dies de l'ingrés, per obtenir la línia base, i, almenys, entre trenta i quaranta-cinc dies abans de l'alta, per avaluar quins objectius de cada àrea s'han assolit i quins resten per millorar.

El Registre Soler consta d'antecedents i d'objectius revisables. Es concreten en forma de diversos ítems a l'entorn de vuit àrees diferents que, genèricament, són objecte d'intervenció en les CT:

- Drogues (7 ítems).
- Psicològic (15 ítems).
- Comportamental (18 ítems).
- Orgànic (22 ítems).
- Laboral (12 ítems a la primera fase i 15 a la segona).
- Legal (10 ítems).
- Temps lliure (10 ítems a la primera fase i 17 a la segona).
- Projecte de reinserció (9 ítems).

1. Valoració de la persona

Valoració relacionada amb l'addicció

1. La història dels comportaments addictius de la persona:
 - a. Història del consum d'alcohol, drogues, nicotina i altres comportaments addictius de la persona. La informació obtinguda és la següent:
 - Edat d'inici del consum.
 - Duració del consum.
 - Patrons de consum (continuat, episòdic o ús compulsiu).
 - b. Conseqüències mentals, emocionals, conductuals, legals i socials de la dependència o de l'addicció de la persona, les possibles coincidències que puguin haver-hi amb problemes de consum de substàncies, així com el seu tractament (per exemple, problemes legals, divorci, pèrdua d'amistats, incidents laborals, problemes econòmics, pèrdues de memòria, etc.).
2. La història dels problemes físics associats amb l'abús o la dependència de substàncies i amb altres comportaments addictius.
3. La història de l'abús o la dependència de substàncies de la família.
4. La informació sobre la religió i les creences espirituals de la persona.

5. La història de tractaments anteriors i recaigudes:

- Les avaluacions inclouen informació sobre tractaments rebuts anteriorment.
- Les avaluacions inclouen informació sobre la resposta de la persona a tractaments anteriors.
- Les avaluacions inclouen informació sobre la història de les recaigudes de la persona.
- La valoració de l'abús simultani d'altres drogues.

2. Valoració mèdica

1. Es porta a terme una revisió mèdica física de la persona usuària que inclou la confecció de la història clínica i una avaluació de la salut física. Es fa generalment abans de l'ingrés o durant els primers quinze dies d'estada en el centre.
2. Història mèdica i de família actualitzada. Conté informació recent per determinar estats mèdics crònics o aguts, com ara diabetis; afeccions renals; hepatitis B, C i delta; exposició al VIH; tuberculosi; malalties de transmissió sexual; altres malalties infeccioses; cèl·lules falciformes o anèmia; embaràs (incloent-hi la història d'embarassos anteriors i implicació actual en atenció prenatal) i malalties pulmonars cròniques. Aquesta informació ha de venir donada des del CAS abans d'ingressar en la CT o el PS.
3. Valoració d'hàbits de salut.
4. L'examen físic s'ha de centrar en els punts següents:
 - Signes clínics.
 - Complicacions provocades per l'addicció (problemes de fetge, poli-traumatismes).
 - Síntomes de l'addicció (marques d'agulles, pupil·les contretes o dilatades i septe nasal erosionat o perforat; estat de sedació o abstinència caracteritzat per badalls, nerviosisme, irritabilitat, calfreds, transpiració, mareig o diarrea).
5. La revisió mèdica inclou els aspectes que es detallen a continuació:
 - Prova de tuberculosi a la pell abans de l'ingrés.
 - Prova per detectar la sífilis i altres infeccions de transmissió sexual (ITS): gonorrea i altres.
 - Anàlisis selectives d'orina per detectar la presència de drogues. Aquestes proves formen part del procés d'admissió i de controls periòdics en la CT o el PS.⁴⁰
 - Les mostres toxicològiques i d'orina es recullen amb el màxim rigor i respecte possibles i cal evitar-ne la falsificació.⁴¹
 - Les proves de droga en orina s'utilitzen com a ajuda per supervisar i avaluar l'evolució d'un/a resident durant el tractament. S'aconsella fer les proves d'orina a les noves incorporacions en el moment de l'ingrés. Cada dispositiu ha d'especificar en el seu protocol la política de

40. S'aconsella sempre recollir dos tubs de mostres d'orina, per als casos que calgui enviar-ne al laboratori. És important no deixar les mostres d'orina exposades a l'aire, atès que l'alcohol es pot evaporar. S'aconsella la utilització de tubs homologats, perquè el processament de les mostres sigui l'adequat. Es recomana conservar les mostres d'orina mentre es fa la contraanàlisi. D'altra banda, cal instaurar un sistema per assegurar la fiabilitat de les tires reactives (sempre conservades segons les indicacions de la casa comercial). Cal comprovar periòdicament la fiabilitat de la lectura, contrastant els resultats obtinguts amb les mostres enviades al laboratori.

41. Tot i ser necessaris, en el cas d'algunes persones usuàries, l'observació directa, l'ús de miralls unidireccionals i les càmeres per minimitzar la falsificació de mostres no són recursos imprescindibles ni adequats per a tothom.

periodicitat i la sistemàtica de recollida de mostres durant el tractament. En els pisos, s'aconsella que, com a mínim, sigui setmanal. En la CT es recomana fer-les després de cada sortida. Serveix com a element de control i autocontrol en el programa de tractament.

- Les proves de droga en orina serveixen per determinar la presència de substàncies d'abús i es porten a terme vuit vegades l'any, com a mínim (la realització de proves de droga en orina per determinar la presència o l'absència d'altres drogues ha de ser determinada per patrons de consum de drogues d'una comunitat en concret o per recomanació de l'equip de professionals a títol individual).
- El personal del programa remet els resultats de les proves d'orina amb rapidesa per tal de facilitar una intervenció urgent en cas que es detecti el consum de qualsevol droga.
- El programa estableix procediments per tractar proves d'orina o toxicològiques amb un resultat presumptament positiu o negatiu.

Annex 4. Àrees d'intervenció del Pla de tractament individualitzat (PTI)⁴²



El Pla de tractament individualitzat (PTI) és un document que defineix els objectius que ha d'assolir la persona usuària en cada àrea d'intervenció en què s'han identificat dificultats específiques.

Atès el canvi de paradigma per abordar l'atenció a les persones des del model de la qualitat de vida, hem considerat adient relacionar les àrees d'intervenció en què s'estructura el PTI amb les dimensions de la qualitat de vida descrites per Schalock i Verdugo.

Àrees d'intervenció:

| Dimensions de la qualitat de vida relacionades | Àrees d'intervenció del PTI |
|--|---------------------------------|
| Benestar emocional | Treball personal psicològic |
| Benestar emocional | Aspectes conductuals |
| Benestar material | Aspectes econòmics |
| Relacions interpersonals | Relacional |
| Relacions interpersonal | Familiar |
| Desenvolupament personal | Organització del temps |
| Benestar físic | Salut orgànica |
| Autodeterminació | Capacitat per prendre decisions |
| Benestar físic | Drogues |
| Inclusió social | Inclusió comunitària |
| Drets | Aspectes judicials |

42. Sánchez Carbonell, J.; Maestre, L. L.; Sales, J. A.; Fábregas, X.; Arqué, P.; Moratalla, T. *Indicadores de evolución y criterios de alta en la comunidad terapéutica profesional*. Barcelona, 1991.

A continuació, es descriuen alguns dels ítems que es poden integrar en cadascuna de les àrees d'intervenció proposades per articular el PTI.

1. Treball personal psicològic:
 - Plantejament d'objectius realistes.
 - Seguiment de les cites al CAS.
 - Relacions amb els membres de l'equip.
 - Seguiment d'indicacions.
 - Verbalització de conflictes.
 - Estat d'ànim.
 - Autoestima.
 - Tolerància a la frustració.
 - Conductes de manipulació.
2. Drogues:
 - Motivacions per renunciar al consum.
 - Situacions de risc i estratègies per fer-hi front.
 - Simbologia toxicòmana.
3. Organització del temps:
 - Ocupació del temps de lleure.
 - Recerca de feina o manteniment d'aquesta.
 - Accés a la informació.
 - Equilibri entre responsabilitats i gratificacions.
4. Aspectes econòmics:
 - Realitat econòmica.
 - Ús dels diners.
 - Capacitat d'estalvi.
5. Aspectes conductuals:
 - Compliment de la normativa.
 - Compliment de les planificacions setmanals.
 - Seguiment d'horaris.
 - Participació a les activitats.
6. Relacional:
 - Relacions establertes.
 - Conductes passives-agressives.
 - Assertivitat.
 - Integració en el grup del centre.
 - Relacions afectives dependents.
7. Salut orgànica:
 - Automedicació.
 - Seguiment dels controls mèdics.
 - Adhesió als tractaments crònics.
 - Realització d'activitats esportives.
 - Hàbits apropiats: consum, sexualitat...
 - Mesures de prevenció.

8. Aspectes judicials:
 - Actitud davant el problema.
 - Seguiment del procés.
9. Familiar:
 - Tipus de relació amb la família.
 - Límits.
 - Existència de conductes de manipulació o no.
10. Inclusió comunitària:
 - Activitats comunitàries en les quals es participa.
 - Identificació dels suports disponibles a l'entorn.
11. Capacitat per prendre decisions
 - Grau d'autonomia de la persona.
 - Procés de decisió que es fa habitualment.
 - Establiment de metes personals.

Quan:

El primer mes d'estada, l'equip tècnic avalua les necessitats de la persona usuària. A les tutories, l'educador/a parla amb la persona usuària sobre la importància i la prioritització de les diferents àrees d'intervenció i es consensua la planificació del PTI. Posteriorment, l'equip tècnic fa valoracions del tractament als tres i als sis mesos. Si l'estada en el recurs s'allarga, l'equip ha d'especificar la data de la valoració següent.

Qui:

La responsabilitat de registrar el PTI i de fer-ne el seguiment és del tutor o tutora. Les tutories han d'anar enfocades al treball de la consecució dels objectius mitjançant les estratègies previstes.

Com:

En el PTI es determinen les estratègies específiques que cal implementar i la temporalitat de les intervencions per assolir els objectius fixats.

Cal fer el registre pertinent en els fulls de seguiment de la persona usuària. En aquests fulls també cal registrar tota la informació relacionada amb el seguiment de les tutories.

Si es considera que l'equip pot aportar estratègies per abordar o realitzar els objectius terapèutics, el cas s'ha de treballar de manera interdisciplinària. Si no, l'equip només consensua els objectius.

Les valoracions globals del PTI poden ser positives o negatives; en cas de ser negatives, s'ha d'avaluar la necessitat que la persona usuària continuï en el recurs.

A 5

Annex 5. Proposta pràctica d'articulació del Pla de tractament individualitzat (PTI)⁴³

Nom: _____

Data: _____

DROGUES

Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | Utilitza argot toxicòman amb els seus companys | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Es recrea en converses sobre drogues | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Bon nivell de consciència sobre la seva drogodependència | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Integració correcta de la seva ambivalència sobre drogues | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | S'aproxima a situacions de risc de consum | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Manté la simbologia toxicòmana | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Posició adequada respecte a les drogues que no van motivar l'ingrés | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

PSICOLÒGIC

Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | És autocrític | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Accepta les crítiques | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | S'atribueix els èxits i els fracassos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | És sincer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Verbalitza els seus conflictes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Manega bé els seus estats d'ànim negatius | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Té una autoestima ajustada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Té capacitat per endarrerir satisfaccions immediates | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Ha adquirit habilitats d'autocontrol | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | S'autojustifica | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Té un nivell adequat d'autonomia personal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Canalitza positivament la seva afectivitat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Utilitza la seducció en la seva relació amb la resta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Tendeix a deprimir-se i entristir-se | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Té molta ansietat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

43. Sánchez Carbonell, J.; Mestre, L. L.; Sales, J. A.; Fábregas, X.; Arqué, P.; Moratalla, T. *Indicadores de evolución y criterios de alta en la comunidad terapéutica profesional*. Barcelona, 1991.

Nom: _____

Data: _____

COMPORTAMENTAL

Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Compleix les normes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Qüestiona les normes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Entén i aprova la normativa del centre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Segueix les indicacions de l'equip | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Segueix les assignacions de tasca de les persones responsables | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Té l'habitació neta i endreçada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Exerceix un paper de líder | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Està integrat en el grup | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Forma part de subgrups | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sap mantenir les seves opinions | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Es relaciona amb tots els/les companys/es | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Evita els conflictes amb els/les companys/es | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Soluciona els conflictes amb els/les companys/es | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Manipula les informacions | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Respecta els drets dels altres | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Utilitza formes verbals agressives | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Participa activament en les activitats grupals | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Reforça les conductes desadaptatives dels/de les companys/es | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

ORGÀNIC

Antecedents i objectius individuals revisables

Manca d'hàbits de consum (com consumeix, com s'injecta, etc.)

Hàbits sexuals

Riscos de sobredosi

Anti hbc

Anti hvc

Hcv-rna

Efectes secundaris de la medicació (antiretroviral i antivírica hepatitis c)

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Adquireix hàbits d'higiene personal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Adquireix hàbits alimentaris | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Adquireix un ritme de son adequat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Aspecte físic general | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. No presenta trastorns secundaris a VIH | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Control del tabaquisme en situacions específiques | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Segueix el tractament farmacològic prescrit | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Té queixes somàtiques | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Valoració correcta del seu cos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Accepta la seva situació orgànica | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. VIH | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. GOT | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. GPT | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. GGT | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. PPD | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Radiografia de tòrax | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. HBs Ag | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Hbe Ag | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

LABORAL, PRIMERA FASE

Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Compleix la tasca planificada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. S'adapta al treball en grup | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Accepta la jerarquia de la persona resident responsable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Accepta la jerarquia del/de la monitor/a o educador/a del taller | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. És puntual | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. És curós amb el material i les eines | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Mostra interès per aprendre al taller | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Es mostra actiu i disposat per aprendre i treballar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No necessita pressió externa per complir la tasca assignada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. No fa interrupcions innecessàries | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Compleix les responsabilitats assignades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Se sent satisfet amb la feina que realitza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

LABORAL, SEGONA FASE

Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Exigeix als altres | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sap transmetre coneixements | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Té capacitat de ser responsable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Assumeix el seu paper de responsable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Posa interès en la responsabilitat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Posposa noves activitats o té iniciatives | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Planifica correctament el temps necessari | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Planifica correctament el material i les eines | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No abusa del poder | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Compleix les normes del taller laboral | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sap treballar en equip | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ajuda els altres en el taller laboral | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. S'exigeix en allò que no li agrada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Coneix el taller | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. És constant en el ritme de treball | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

LEGAL

Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Utilitza argot de delinqüent | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Inicia converses sobre delinqüència/marginalitat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. S'afegeix a converses sobre delinqüència/marginalitat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Talla les converses sobre delinqüència/marginalitat | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Entén el paper de la justícia i la policia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Té conductes delinqüencials (robatoris de tabac i de menjar) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Es considera dependent d'activitats delictives | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Manté esquemes de valors propis de la delinqüència | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Es relaciona només amb persones amb la seva mateixa problemàtica | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Veure joies o diners l'estimula a robar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

TEMPS LLIURE, PRIMERA I SEGONA FASE

Antecedents i objectius individuals revisables

PRIMERA FASE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. És actiu en la relació amb els altres | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Col·labora en les activitats proposades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Planifica activitats | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tolera l'avorriment | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Proposa alternatives | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Té recursos propis (lectura, instruments musicals i altres aficions) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Diversifica les opcions de temps lliure | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Utilitza el seu temps de manera creativa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Busca recursos de temps lliure | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Pren iniciatives de temps lliure en el grup | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | 1 | 2 | 3 | 4 |

SEGONA FASE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13. Sap administrar els diners en les sortides | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Coneix els recursos de temps lliure de la comunitat (ciutat) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Proposa activitats sense risc de consum | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Intenta activitats alternatives | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Planifica activitats dins de les seves possibilitats reals | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Estableix contactes amb persones no consumidores a les sortides | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Es comporta adequadament a les sortides | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Nom: _____

Data: _____

PROJECTE DE REINSERCIÓ
Antecedents i objectius individuals revisables

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Actitud de col·laboració en el tractament | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Verbalitza plans de futur realistes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Valora positivament el seguiment en rebre l'alta del centre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Està disposat a millorar el seu nivell cultural i laboral | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Coincideix amb les indicacions de l'equip sobre la seva reinserció | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Té expectatives positives sobre la seva reinserció | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Prepara les condicions per a la seva reinserció | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Pressiona l'equip per canviar la previsió d'alta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. És realista sobre el seu nivell cultural i laboral | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observacions

Annex 6. Continguts del Reglament de règim intern



Tal com s'estableix a l'article 18.3 del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials, els aspectes que, com a mínim, ha de regular el Reglament de règim intern són els següents:

- Normes de funcionament de l'establiment.
- Causes de suspensió o cessament de la prestació del servei.
- Sistemes d'admissions i baixes.
- Sistemes de cobrament del preu pels serveis complementaris, si escau.
- Mecanismes d'informació en tots els serveis i la participació democràtica de les persones usuàries.
- Sistema de l'horari de funcionament de l'establiment, així com de les visites i sortides.

A 7

Annex 7. Model de registres d'un pis amb suport

| LLISTA DE REGISTRES QUE HI HA EN UN PIS AMB SUPORT | | | | | | | | |
|--|--|----------------|--------------|----------------------|----------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| Origen | Nom | Núm. de versió | Núm. de pàg. | Format del document* | Ubicació | Data de creació | Data de revisió | Responsable del document |
| DEMANDA D'USUARIS/ÀRIES, FAMILIARS I XARXA SOCIAL | | | | | | | | |
| Intern | Llista d'espera | | | | | | | |
| Intern | Full de registre, entrevistes preingrés | | | | | | | |
| Intern | Full de seguiment, preingrés | | | | | | | |
| Intern | Registre de reunions | | | | | | | |
| Intern | Dades preingrés | | | | | | | |
| Intern | Fitxa preingrés | | | | | | | |
| Extern | Contracte del centre de deshabitació | | | | | | | |
| Extern | Sol·licitud d'ingrés | | | | | | | |
| CONTRACTE AMB L'USUARI/LA USUÀRIA | | | | | | | | |
| Intern | Compromís de tractament (sense nom). Versió catalana | | | | | | | |
| Intern | Compromís de tractament (sense nom). Versió castellana | | | | | | | |
| Intern | Contracte terapèutic. Usuaris/àries de la XAD de Catalunya | | | | | | | |
| Intern | Contracte terapèutic. Usuaris/àries de la Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació | | | | | | | |
| Intern | Contracte econòmic. Usuaris/àries de la XAD de Catalunya | | | | | | | |
| Intern | Contracte d'analítiques (sense nom) | | | | | | | |
| Extern | Contracte del centre de deshabitació | | | | | | | |
| DISSENY | | | | | | | | |
| Intern | Normativa interna | | | | | | | |
| Extern | Projecte | | | | | | | |

* Suport en paper o bé suport informàtic.

| Origen | Nom | Núm. de versió | Núm. de pàg. | Format del document* | Ubicació | Data de creació | Data de revisió | Responsable del document |
|--|--|----------------|--------------|----------------------|----------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| PRESTACIÓ DEL SERVEI: SERVEIS SOCIALS | | | | | | | | |
| Intern | Previsió d'ingressos | | | | | | | |
| Intern | Fitxa de l'usuari/la usuària | | | | | | | |
| Intern | Indicadors d'avaluació de l'evolució dels/de les usuaris/àries del recurs | | | | | | | |
| Intern | Serveis setmanals | | | | | | | |
| Intern | Menú setmanal | | | | | | | |
| Intern | Menú setmanal i serveis | | | | | | | |
| Intern | Recompte de medicació | | | | | | | |
| Intern | Pauta de medicació mensual | | | | | | | |
| Intern | Pauta d'analítiques mensual | | | | | | | |
| Intern | Medicació mes... / Analítiques de control | | | | | | | |
| Intern | Comunicació d'expulsió per a usuaris/àries procedents del centre penitenciari | | | | | | | |
| Intern | Comunicació d'expulsió per a usuaris/àries procedents d'ICASS | | | | | | | |
| Intern | Comunicació d'alta voluntària | | | | | | | |
| Intern | Reunió de l'equip educatiu | | | | | | | |
| Intern | Reunió de funcionament | | | | | | | |
| Intern | Reunió de temes personals, prevenció, habilitats socials... | | | | | | | |
| Intern | Llibreta de coordinació de l'equip educatiu | | | | | | | |
| Intern | Llibreta de les dues reunions de grup: funcionament i temes personals (prevenció, habilitats socials...) | | | | | | | |
| Extern | Informe de seguiment | | | | | | | |

* Suport en paper o bé suport informàtic.

| Origen | Nom | Núm. de versió | Núm. de pàg. | Format del document* | Ubicació | Data de creació | Data de revisió | Responsable del document |
|--|--|----------------|--------------|----------------------|----------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| PRESTACIÓ DEL SERVEI: SERVEIS SOCIALS | | | | | | | | |
| Extern | Llista de casos atesos | | | | | | | |
| Extern | Perfil d'usuaris/àries de les associacions de la UNAD amb programes subvencionats pel Ministeri de Treball i Afers Socials | | | | | | | |
| Extern | Memòria anual de centres residencials per a drogodependents | | | | | | | |
| Extern | Memòria de l'any anterior | | | | | | | |
| Extern | Llibre de registre de residents (alta-baixa) | | | | | | | |
| Extern | Fitxa sociosanitària | | | | | | | |
| Extern | Notificació d'alta | | | | | | | |
| Extern | Informe de tractament | | | | | | | |
| Extern | Control d'assistència (activitat d'esport) | | | | | | | |
| AVALUACIÓ DE LA SATISFACCIÓ DELS CLIENTS I CLIENTES | | | | | | | | |
| Intern | Proposta per valorar la satisfacció de l'usuari/la usuària | | | | | | | |
| Intern | Proposta per valorar la satisfacció de la família de l'usuari/la usuària | | | | | | | |
| ATENCIÓ A LES RECLAMACIONS DELS CLIENTS I CLIENTES | | | | | | | | |
| Extern | Full de reclamació | | | | | | | |

* Suport en paper o bé suport informàtic.

Annex 8. Tractament dels suggeriments i les reclamacions



Una de les premisses de la gestió de la qualitat total és la de l'aprofitament de les aportacions de tots els components de l'organització i, fins i tot, de clients/es i altres persones externes que, de qualsevol manera, hi estiguin relacionades. En aquest sentit, les opinions i, especialment, les queixes han de ser considerades i tractades com a oportunitats de millora i innovació.

La necessitat i la conveniència de recollir l'opinió i valorar la satisfacció dels/de les clients/es, interns/es i externs/es, fan necessària l'existència d'un sistema de recepció i, fins i tot, de foment d'aquestes aportacions.

1. Definicions

Suggeriment

Un suggeriment és una proposta de fer una nova actuació, d'ometre o modificar-ne una que es duu a terme o, en definitiva, d'introduir un canvi en el servei, el programa o l'organització d'algun aspecte que n'afecta el funcionament, la dotació o la pràctica a fi de produir una millora o resoldre un defecte en la qualitat de l'atenció, el treball, el producte o el servei.

Reclamació

Una reclamació és l'expressió d'una disconformitat o una queixa o la demanda d'una rectificació d'algun aspecte que afecta el funcionament, la dotació, la pràctica o el producte d'un servei, un programa o una organització per considerar que el seu estat actual perjudica l'exercici dels drets dels/de les clients/es o minva la qualitat a la qual tenen dret.

No s'han de considerar les reclamacions sobre fets ocorreguts fora d'un termini superior a sis mesos o que hagin estat objecte o estiguin pendents de resolució judicial.

2. Mitjans de presentació

Formulari

Els suggeriments i les reclamacions s'han de consignar en un formulari dissenyat amb aquesta finalitat que cal lliurar i explicar als components de l'establiment, tant als i les professionals com als/a les clients/es i als seus

familiars o representants, en el moment de l'ingrés o durant el contacte inicial, i ha d'estar sempre a la disposició d'aquests. Cal animar-los a utilitzar-lo com una eina per al creixement i la millora de l'entitat i garantir que no hi haurà cap conseqüència negativa per a qui ho faci.

El formulari ha d'estar redactat amb claredat, amb un llenguatge senzill que en faciliti la comprensió. Així mateix, cal disposar dels suports necessaris perquè les persones amb qualsevol tipus de dificultat puguin emplenar-lo.

Els i les professionals han de proporcionar el formulari a totes les persones que el sol·licitin o que expressin el seu desig de fer un suggeriment o una reclamació. També han d'oferir totes les indicacions i les ajudes necessàries per garantir la tramitació correcta del suggeriment o la reclamació.

Responsable de la recepció i tramitació

Les funcions de la persona responsable de la recepció de suggeriments i reclamacions són les següents:

- Facilitar la informació necessària per presentar un suggeriment o una reclamació.
- Ajudar, quan sigui necessari, a emplenar el formulari.
- Respectar i fer respectar, quan així se sol·liciti, el caràcter confidencial de la identitat de la persona sol·licitant fins a la fi de les seves actuacions.
- Tramitar els suggeriments o les reclamacions conforme al procediment establert.
- Garantir i, si escau, fer arribar a la persona interessada la resposta i les conseqüències, si n'hi hagués, de la seva iniciativa.

3. Procediment de tramitació i resolució

Suggeriments

La persona responsable de la recepció i la tramitació dels suggeriments els ha d'analitzar i remetre'ls a l'òrgan o a la persona amb capacitat per resoldre'ls segons el tema de què es tracti. Aquest òrgan o persona pot recaptar l'opinió d'altres persones relacionades amb el tema de què tracti el suggeriment, dintre i fora de l'organització, de manera que pugui, amb major coneixement i varietat de perspectives, valorar els avantatges i els inconvenients del suggeriment proposat.

La resposta al suggeriment plantejat s'ha de notificar a la persona que el va presentar en un termini no superior a quinze dies naturals a comptar des de la data de recepció de la proposta.

Tots els suggeriments acceptats que puguin tenir alguna conseqüència d'interès general per a les persones relacionades amb el servei, l'establiment o l'entitat, així com tots aquells que no siguin considerats, s'han de comunicar mensualment a l'òrgan de gestió o govern corresponent perquè pugui incorporar el debat del suggeriment plantejat en les seves reunions. La persona que ha fet la proposta, si no se sent satisfeta amb la resposta rebuda, pot defensar-la davant aquesta instància de gestió o govern.

En cas que el suggeriment doni lloc a modificacions, cal revisar també els documents que hi estiguin relacionats (reglaments, fulletons informatius, etc.).

Cada establiment ha de mantenir un arxiu amb els formularis de suggeriments. El contingut de cadascun dels formularis presentats s'ha de reflectir en un registre destinat a aquest efecte, fent-hi constar la identitat de la persona que ha fet la proposta, les dates de presentació i resolució, la identitat de les persones que han participat en la seva anàlisi i la seva acceptació o denegació degudament motivada.

Reclamacions

La persona responsable de la recepció i la tramitació de reclamacions les ha d'analitzar i, en un termini màxim de set dies naturals, ha d'iniciar la investigació dels fets al·legats per la persona que reclama. En un termini màxim de deu dies naturals ha d'informar la persona o l'òrgan competent segons el tipus de reclamació sobre totes les gestions portades a terme. Aquest últim pot proposar un procediment de mediació de caràcter informal en el marc del qual tant el o la reclamant com l'altra part tinguin l'oportunitat d'exposar i argumentar la seva postura a fi d'arribar a un acord.

Si aquest procediment de mediació informal no és procedent o no dona un resultat satisfactori, la persona o l'òrgan competent ha de resoldre la reclamació. En tot cas, no poden transcórrer més de trenta dies naturals entre la recepció de la reclamació per part d'aquest òrgan o persona i la seva resolució. La resolució de la reclamació plantejada s'ha de notificar a la persona que la va presentar.

En cas que la reclamació s'accepti, la seva resolució ha d'indicar expressament les modificacions que s'han de fer i el termini en què s'han de dur a terme.

Les reclamacions contra actuacions o conductes del personal s'haurien de resoldre atenent les normes específiques d'aplicació, sense perjudici de les responsabilitats que puguin correspondre pels fets.

Les reclamacions acceptades que puguin tenir alguna conseqüència d'interès general per a les persones relacionades amb el servei, l'establiment o l'entitat, així com totes aquelles que no siguin considerades, s'han de co-

municar mensualment a l'òrgan de gestió o govern corresponent perquè pugui incorporar el debat de la reclamació plantejada en les seves reunions. La persona que reclama, si no se sent satisfeta amb la resposta a la seva reclamació, pot defensar-la davant aquesta instància de gestió o govern.

Cada establiment ha de mantenir un arxiu amb els formularis de reclamacions. El contingut de cadascuna de les reclamacions presentades s'ha de reflectir en un registre destinat a aquest efecte, fent-hi constar la identitat de la persona que reclama, les dates de presentació i resolució, la identitat de les persones que han participat en la seva anàlisi i també la seva acceptació o denegació degudament motivada.

Annex 9. Estructura del codi ètic⁴⁴



A continuació, es proposa un exemple d'estructura per elaborar el codi ètic de les entitats.

MISSIÓ - VISIÓ - FINALITAT

VALORS CORPORATIUS

- Foment de la participació interna.
- Organització i funcionament democràtics.
- Transparència econòmica.
- Gestió respectuosa dels recursos humans.
- Sostenibilitat.
- Confiança, base de la relació.
- Congruència de les activitats.
- Relacions solidàries amb altres entitats del sector.
- Relacions autònomes amb les administracions públiques.

DISPOSICIONS ADDICIONALS

ANNEXOS

44. Codi ètic de les associacions de Barcelona
(<http://www.bcn.es/cmab/pdf/codietic.pdf>). (Consulta: 5/11/2006).

A 10

Annex 10. Proposta d'actuació davant una situació conflictiva⁴⁵

1. Fer una valoració completa del cas:
 - Revisar l'estat de salut de la persona i el grau d'estabilitat.
 - Identificar el grau de preparació i entrenament que ha rebut la persona per integrar-se al seu entorn.
 - Identificar la competència de la persona per prendre decisions.
 - Revisar el pla d'atenció proposat per l'equip d'atenció, així com les estratègies d'intervenció comunitària.
2. Clarificar els conflictes o els problemes presentats:
 - Identificar-los.
 - Definir-los.
 - Enumerar-los.
 - Relacionar-los.
 - Prioritzar-los.
3. Valorar, un per un, els conflictes o els problemes presentats:
 - Des de les conseqüències concretes previsibles.
 - Des de les repercussions socials en la comunitat.
 - Des dels principis ètics implicats.
 - Tenint en compte:
 - Els valors en joc de la persona, del seu entorn afectiu, dels/de les professionals i les institucions que hi intervenen.
 - Els principis d'actuació.
 - Els acords presos.
 - La legalitat vigent.
4. Elaborar un arbre de decisions amb les alternatives possibles:
 - Justificació.
 - Anàlisi de viabilitat.
5. Definir, per part de l'equip d'atenció, conjuntament amb la persona, la família o el representat legal i la direcció del centre, si escau, si la persona no és competent en el procés de presa de decisions i les alternatives més adients per al cas.
6. Planificar el sistema de seguiment i avaluació per assegurar el procés que ajudi a resoldre i a preveure una situació conflictiva nova.

45. Cardona Iguacen, X. "Continguts fonamentals de bioètica. Reptes i perspectives del discurs bioètic". A: *De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la salut*. Barcelona: Càtedra Ramon Llull Blanquerna, 2003, p. 341-342.

A 11

Annex 11. Resum de la Carta de drets i deures en relació amb la salut⁴⁶

Els punts principals de la Carta de drets i deures són els següents:

Drets

- **A la igualtat i la no-discriminació** en l'atenció sanitària i en els serveis de salut.
 - Cal tenir en compte, però, la discriminació positiva referent a la justícia equitativa, en especial amb els més vulnerables: nens/es, persones grans, malalts mentals i persones amb malalties cròniques i invalidants.
- **A l'autonomia de la persona**
 - Sempre s'ha d'informar la persona, tot i que tingui una capacitat o una competència disminuïda.
 - Consentiment informat. Cal fer un document específic per escrit amb una base general. S'aplica en intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius o en aquells amb riscos i inconvenients notoris i previsibles. La revocació sempre és possible.
 - Dret a escollir entre les diferents opcions terapèutiques i a renunciar a rebre els tractaments mèdics o les actuacions sanitàries proposades.
 - Dret del menor a ser consultat.
 - Dret a viure el procés de mort d'acord amb el concepte propi de dignitat, lluny de l'aferrissament terapèutic, fomentant els tractaments pal·liatius i el respecte a la intimitat.
 - Dret que es tinguin en compte les voluntats anticipades (testaments vitals); hi apareix la figura de l'interlocutor/a vàlida i necessària per al diàleg.
- **A la intimitat i la confidencialitat**
 - Dret a escollir qui pot estar present durant l'acte sanitari si la intervenció ho permet.
 - Són molt importants les mesures que vetllen per la intimitat del cos.
 - Dret a triar els hàbits de vida propis si són compatibles amb el procés de salut i la convivència en l'establiment o el servei d'acolliment residencial.
 - Llibertat ideològica, religiosa i de culte.
 - Confidencialitat de la informació.
 - Accés a les dades personals obtingudes en l'atenció sanitària.
 - Dret a demanar el consentiment abans d'elaborar i difondre registres iconogràfics.

46. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (2002): *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Disponible a <<http://www.gencat.net/salut/depsan/unitats/sanitat/pdf/ass.pdf>>. (Consulta efectuada el 2/10/2006).

- **A la constitució genètica**
 - Confidencialitat de la informació del propi genoma.
 - Dret a gaudir de les noves tecnologies genètiques.
- **A la investigació i l'experimentació científiques**
 - Aplicar l'informe Belmont com a base del respecte a l'autonomia, la mesura dels beneficis i dels riscos i la selecció sense discriminació.
 - Comptar amb els comitès d'ètica de la investigació clínica de referència.
 - Disposar de les preparacions de teixits o les mostres biològiques provinents d'una biòpsia o una extracció per a una segona opinió professional.
- **A la prevenció i la promoció de la salut**
 - Coneixement adequat dels problemes de salut pública.
 - Dret a gaudir d'un medi ambient de qualitat.
 - Dret a consumir aliments segurs i aigua potable.
 - Conèixer els plans, les prestacions i les accions.
 - Rebre les prestacions preventives dins el marc de la consulta habitual (10').
 - Dret a rebutjar si no afecta a tercers.
- **A la informació assistencial i l'accés a la documentació clínica (Llei 21/2000)**
 - Dret a rebre la informació sobre el procés assistencial i l'estat de salut, informació verídica donada de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments de les persones residents, per ajudar a prendre decisions autònomes i responsables. Dret de les persones vinculades —des del permís exprés o tàcit de la persona resident o per la incapacitació— a rebre la informació.
 - Dret a no voler rebre la informació.
 - Dret a accedir a la documentació i obtenir-ne una còpia (amb consentiment). Aquest procediment ha de ser regulat pels centres, respectant el dret a la confidencialitat de les observacions, les apreciacions personals i les anotacions subjectives.
 - Dret a disposar d'informació escrita sobre el procés assistencial i l'estat de salut en termes comprensibles. Informes i certificats (Llei de protecció de dades 15/1999).
- **A l'accés a l'atenció sanitària**
 - Accés als serveis sanitaris públics.
 - Dret a escollir els/les professionals i el centre sanitari.
 - Obtenció de medicaments i productes sanitaris necessaris per promoure, conservar o restablir la salut.
 - Dret a ser atès dins un temps adequat i equitativament.
 - Dret a sol·licitar una segona opinió.

- **A la informació sobre els serveis de salut i la participació de les persones usuàries**
 - Disposar de la Carta de drets i deures.
 - Dret a rebre informació general i sobre les prestacions i els serveis.
 - Dret a conèixer les prestacions que cobreix l'assegurança.
 - Dret a conèixer i identificar els/les professionals que presten l'atenció sanitària.
 - Dret a presentar reclamacions i suggeriments.
 - Dret a participar en les activitats sanitàries (fòrum dels/de les pacients).
 - Dret a utilitzar les tecnologies de la informació i de la comunicació.
- **A la qualitat assistencial**
 - Dret a l'assistència sanitària de qualitat, humana i científica.
 - Dret a conèixer el nivell de qualitat dels centres assistencials.
 - Dret a rebre una atenció sanitària continuada i integral; coordinació i cooperació entre els diferents nivells assistencials.

Deures

- Tenir cura de la pròpia salut i responsabilitzar-se'n, en especial quan hi ha la possibilitat de riscos per a tercers.
- Fer ús dels recursos, les prestacions i els drets, afavorint l'atenció en condicions d'igualtat efectiva.
- Complir les prescripcions sanitàries generals o específiques.
- Respectar i complir les mesures sanitàries adoptades per a la prevenció de riscos, la protecció de la salut o la lluita contra les amenaces a la salut pública.
- Usar adequadament les prestacions (farmacèutiques, complementàries, incapacitat laboral, social). Justícia equitativa: solidaritat social i efectivitat econòmica.
- Gaudir responsablement de les instal·lacions i els serveis sanitaris i utilitzar-los.
- Respectar les normes establertes pels centres.
- Respectar la dignitat personal i professional del personal d'atenció.
- Facilitar de manera lleial i certa les dades d'identificació i de l'estat de salut.
- Signar el document adequat en cas de negació de l'acceptació de determinats serveis, prestacions o accions preventives.
- Acceptar l'alta un cop s'ha acabat el procés assistencial que el centre o la unitat poden oferir.

A 12

Annex 12. Guia per al desenvolupament de la Cartera de serveis

En l'elaboració de la Cartera de serveis de la CT o el PS, s'aconsella tenir en compte els elements següents:

- La Cartera de serveis inclou la definició dels apartats següents:
 - Descripció del servei.
 - Objectius.
 - A qui s'adreça (perfil de persones usuàries al qual es destinen les diferents activitats que s'ofereixen en el dispositiu).
 - Capacitat.
 - Preu del servei.
 - Qui l'ofereix.
 - Personal responsable.
- La Cartera de serveis especifica els requeriments per accedir al servei:
 - Requisits.
 - Procés que cal seguir.
 - Presentació de la sol·licitud.
 - Termini de resposta.
 - Criteris de valoració.
- La Cartera de serveis defineix els àmbits d'atenció següents:
 - Instal·lacions del centre.
 - Recursos humans disponibles.
 - Procés d'admissió i acollida estructurat.
 - Atenció personalitzada i individualitzada.
 - Programació d'activitats terapèutiques.
 - Alimentació equilibrada i variada.
 - Avaluació de l'opinió de les persones usuàries.
 - Relació amb les famílies.
 - Atenció mèdica.
 - Atenció als problemes judicials.
 - Contribució als costos.
 - Seguiment després de l'alta.

A 13

Annex 13. Mapa de processos

| PROCESSOS ESTRATÈGICS | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Protecció dels drets i ètica de l'organització. • Gestió del programa de qualitat, riscos laborals i seguretat dels residents. • Docència i formació continuada. | <ul style="list-style-type: none"> • Relació amb l'ICASS. • Relació amb el Departament d'Acció Social i Ciutadania. • Relació amb l'ajuntament. • Relació amb organismes locals. • Relació amb dispositius de salut (CAP, hospitals de referència, CSMA, CAS, farmàcies). | <ul style="list-style-type: none"> • Pla de comunicació. • Veu dels usuaris/àries. • Veu dels familiars. • Veu dels professionals. | <ul style="list-style-type: none"> • Relació amb proveïdors. • Gestió d'empreses subcontractades. • Relació amb entitats socials (casals, voluntariat, etc.). |
| PROCESSOS PRINCIPALS | | | |
| Atenció integral a la persona: acolliment, estada i comiat. PTI (Pla de tractament individualitzat) | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoració integral de la persona i la família 2. Detecció i prioritització de problemes 3. Formulació d'objectius i estratègies d'intervenció | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Aplicació del pla proposat i seguiment de la persona resident 5. Avaluació i reformulació del Pla | |
| ACOLLIMENT <ol style="list-style-type: none"> 1. Preingrés • Notificació. • Visita i entrevista. • Valoració. • Informació. • Assignació d'habitació. <ol style="list-style-type: none"> 2. Ingress • Acolliment. • Procés d'adaptació. • Valoració integral per l'equip interdisciplinari. | ESTADA <ol style="list-style-type: none"> 1. Atenció a la persona resident • Diagnòstic. • Elaboració PAI. • Seguiment. • Medicació. • Suport per a l'alimentació. • Control del risc. • Confort. • Autonomia. 2. Coordinació • Amb altres dispositius. • Amb l'equip. 3. Aspectes organitzatius d'atenció a la persona resident. 4. Implicació i participació de la persona resident en la vida diària del centre. 5. Atenció a la família. 6. Aspectes organitzatius de la unitat. | COMIAT <ol style="list-style-type: none"> 1. Baixa de la persona resident • Alta. • Trasllat. • Derivació. • Renúncia. • ... 2. Registres relacionats amb la baixa. | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PERIÒDICA DELS RESULTATS PLA DE MILLORA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Benestar emocional. • Relacions interpersonals. | <ul style="list-style-type: none"> • Benestar material. • Desenvolupament personal. | <ul style="list-style-type: none"> • Benestar físic. • Autonomia en presa de decisions. | <ul style="list-style-type: none"> • Integració social. • Drets. |
| PROCESSOS DE SUPORT | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Administració del centre. • Sistemes d'informació i informatització. • Protocol·lització. • Gestió dels serveis de suport: cuina, bugaderia, neteja, magatzem i manteniment. | | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humans. • Salut laboral. • Prevenció de riscos. • Gestió de recursos materials. • Gestió de l'entorn de l'assistència. • Gestió d'emergències i catàstrofes. | |

A 14

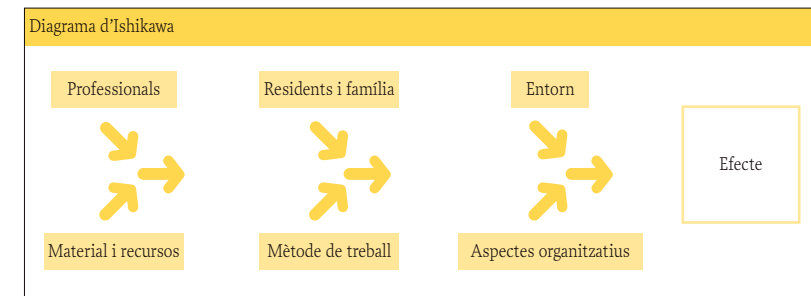
Annex 14. Seguiment del projecte de millora

Seguiment del projecte de millora

| PROJECTE: | | Data d'inici: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|------------|------|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | Data final: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Equip de treball | 4. Anàlisi i desenvolupament | 6. Resultats | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.1. Causes principals del problema | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadors</th> <th>1Tr</th> <th>2Tr</th> <th>3Tr</th> <th>4Tr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Indicadors | 1Tr | 2Tr | 3Tr | 4Tr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicadors | 1Tr | 2Tr | 3Tr | 4Tr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Selecció del projecte | 4.2. Accions proposades | Comentaris: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Àrea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motiu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectius | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Situació actual (inicial) | 5. Accions de millora o correctores | 7. Adaptacions i sistematització a la pràctica diària | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acció</th> <th>QUI</th> <th>QUAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Acció | QUI | QUAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acció | QUI | QUAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Accions per superar les resistències o dificultats d'implantació: | 8. Conclusions i plans de futur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A continuació, adjuntem tres models d'eines metodològiques per facilitar el seguiment dels projectes. El primer és un camp obert, el segon és un diagrama d'Ishikawa i el tercer és una matriu per definir indicadors que ens permetin monitorar el procés.

| Seguiment del projecte | |
|------------------------|--|
| Data | |



| Definició d'indicadors | | | | | | |
|--------------------------|-----------|-------------|----------------|----------|-----------|--------------|
| Criteri de bona pràctica | Numerador | Denominador | Resp. acollida | Font id. | Estàndard | Periodicitat |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Observacions | | | | | | |

A 15

Annex 15. Fitxa de recursos comunitaris

Fitxa per emplenar sobre cada recurs comunitari amb el qual es treballa o del qual es facilita informació a les persones usuàries

- Nom del recurs, l'entitat, l'organisme o el servei.
- Adreça.
- Telèfon.
- Correu electrònic.
- Persona responsable.
- Persona de contacte.
- Serveis que s'ofereixen.
- Tipus d'acords establerts.
- Relació d'activitats que s'hi poden fer.
- Tipus d'activitat: individual/grupal, participació activa/passiva, etc.
- Calendari d'activitats.
- Horaris.
- Preus.
- Subvencions.
- Relació d'activitats en què han participat els residents del centre.
- Relació de residents que hi acudeixen o hi participen.
- Tipus de suport que es dona a les persones residents per afavorir-ne la inclusió social.
- Possibilitat que les persones residents estableixin relacions significatives.
- Incidents.
- Avaluació del recurs a càrrec de l'equip interdisciplinari.
- Avaluació del recurs a càrrec de les persones residents.
- Observacions.
- Persona de referència de l'establiment o el servei d'acolliment residencial.

A 16

Annex 16. Membres del grup de treball

| ENTITAT | REPRESENTANT |
|---|--------------------------|
| Associació Aldebaran | Sr. Juan Carlos Vernet |
| Associació Egueiro | Sr. Pere Martí |
| Associació Rauxa | Sra. M. Luisa Marín |
| Associació Rauxa | Sr. Óscar Gárate |
| ATRA I ATART | Sr. Joan Artur Sales |
| ATRA I ATART | Sra. Mercè Cervantes |
| CECAS | Sra. Maria Roig |
| CECAS | Sra. Tere Batanás |
| Dianova | Sr. Antoni Tort |
| Dianova | Sra. Esther Martos |
| Fundació Acollida i Esperança | Sr. Mijail Acosta |
| Fundació Font Picant | Sra. Elvira Bartolomé |
| Fundació Mercè Fontanilles | Sra. Ana Rodríguez |
| Fundació Salut i Comunitat | Sra. Maite Tudela |
| Fundació Sant Ignasi de Loiola | Sra. Natàlia Méndez |
| ICASS | Sra. Isabel Garcia |
| ICASS | Sr. Xavier Canals |
| Institut Universitari Avedis Donabedian | Sra. M. Elisabet Herrera |
| Institut Universitari Avedis Donabedian | Sra. Pilar Hilarión |
| Pisos Forma 21 | Sr. Francisco Esquívias |
| Pisos Forma 21 | Sra. Marian Aimee |
| Projecte Home Catalunya | Sr. Oriol Esculies |

ISBN 978-84-393-7996-6



9 788439 379966