



col·lecció eines 8

---

**Bones pràctiques:**  
recursos residencials per a persones  
afectades per VIH/sida amb  
dificultats per a la inclusió social

8

col·lecció eines

BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

**Bones pràctiques:** recursos residencials per a persones afectades per VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social. – (Col·lecció Eines ; 8)  
Bibliografia

ISBN 9788439382515

I. Hilarión, Pilar, ed. II. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials III.

Col·lecció: Col·lecció Eines ; 8

1. Llars de pas 2. Pisos assistits 3. Sida – Pacients – Assistència institucional 4. Persones seropositives – Assistència institucional  
364.65-056.265



*Permesa la reproducció, sempre que se n'esmenti la procedència i no es faci amb finalitats comercials.*

---

© d'aquesta edició:

ICASS

Departament d'Acció Social i Ciutadania

Generalitat de Catalunya

Plaça de Pau Vila, 1

08039 BARCELONA

Coordinació de continguts: Pilar Hilarión

Direcció i Suport metodològic:

Subdirecció General de Programació i Avaluació de l'ICASS

i Institut Universitari Avedis Donabedian

**AVEDIS  
DONABEDIAN**  
INSTITUT UNIVERSITARI-UB

XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXX

---

1a edició: març 2010

Edició electrònica

ISBN: 978-84-393-8251-5

Dipòsit legal: B-13624-2010

Maquetació: Ampans

col·lecció eines 8

---

8

**Bones pràctiques:**  
recursos residencials\* per a persones  
afectades per VIH/sida amb  
dificultats per a la inclusió social

\* Llars residència i pisos amb suport.



---

## Presentació

Estem vivint uns moments difícils, però hem de saber aprofitar aquests moments per fer el canvi que ens ha de dur a la Catalunya capdavantera que tots volem. Des del Departament d'Acció Social i Ciutadania, treballem amb l'objectiu de construir a Catalunya un sistema de serveis socials ordenat, descentralitzat, equilibrat territorialment i sostenible.

Segons la programació territorial del Departament, fins al 2012 es promouran 168 places més en llars residència i llars amb suport per atendre persones amb VIH/sida. Amb aquest increment, des del Departament d'Acció Social oferirem un total de 360 places. Des d'aquests centres, amb la bona tasca de tot el personal, continuarem treballant per millorar la qualitat de vida de les persones usuàries i procurar la seva inclusió social.

Però més enllà de l'increment de places, de recursos, etc., hi ha nombroses actuacions que el Departament d'Acció Social i Ciutadania presta als col·lectius més vulnerables de la societat, entre ells les persones afectades de sida. La col·lecció d'aquests manuals de “bones pràctiques” que teniu a les mans, n'és un bon exemple. Entre les seves pàgines, els i les professionals trobareu consells, orientacions i recomanacions, és a dir, “bones pràctiques”, que ajudaran a millorar el servei i l'atenció de les persones afectades de sida en les llars residència i llars amb suport.

Cada cop més, en editar els manuals de “bones pràctiques”, ens reafirmem en la necessitat d'orientar-les cap a un suport i atenció centrat en la persona, seguint un model on l'eix principal sigui la qualitat de vida de la persona, amb el seu propi pla d'atenció individualitzat, sense oblidar, però, l'atenció a la seva família i a l'entorn comunitari.

Dono les gràcies a totes les persones que han dedicat els seus esforços i han aportat els seus coneixements i experiències per tirar endavant aquest manual. Estic convençuda que l'aplicació de les seves recomanacions i consells contribuiran a fer que les persones afectades de sida, les i els professionals, familiars i tota la societat en sortim beneficiats.

**Carme Capdevila i Palau**

Consellera d'Acció Social i Ciutadania



---

## Presentació

El document que presentem a continuació, *Bones pràctiques: recursos residencials per a persones afectades per VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social*, 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, dedicat a impulsar la millora de la qualitat dels diferents recursos assistencials.

Tal com s'esmenta a la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, la qualitat dels serveis esdevé un dels principis rectors del Sistema públic de serveis socials i un dret de les persones usuàries. Dins d'aquest marc, publicacions d'aquest tipus són una eina útil per als processos de millora contínua de la qualitat dels dispositius d'atenció a les persones. En aquesta ocasió, la publicació està destinada específicament a donar suport als professionals que treballen a les llars residència i els pisos amb suport, dedicats a prestar servei a les persones afectades per VIH/sida que tenen dificultats per a la inclusió social.

Aquest document ha estat fruit de la implicació i experiència de diferents centres, professionals dels serveis residencials per a persones afectades per VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social, tècnics i tècniques del Departament i persones usuàries. 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 principals.

L'objectiu ha estat crear un marc de referència que integri els principals criteris d'atenció i suport a la persona que viu en un servei d'acolliment residencial, per tal d'assegurar una pràctica professional personalitzada, que vetlli per la qualitat de vida de les persones usuàries del servei.

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 els implicats 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 d'atenció.

**Carolina Homar i Cruz**

Directora general de l'Institut Català  
d'Assistència i Serveis Socials





---

## Índex

<b>1</b>	Introducció	13
	1.1. <i>Perfil bàsic de les persones usuàries</i>	15
	1.2. <i>Característiques de les llars residència (LLR) i els pisos amb suport (PS)</i>	17
	1.2.1. <i>Definició del servei</i>	17
	1.2.2. <i>Objectiu</i>	18
	1.2.3. <i>Recursos humans</i>	19
	1.2.4. <i>Principis bàsics d'actuació</i>	19
<b>2</b>	La qualitat de vida a les llars residència i als pisos amb suport	23
<b>3</b>	Bones pràctiques en el procés d'accessibilitat i d'acollida	27
	3.1. <i>Procediment de preadmissió, admissió, acollida i alta o sortida</i>	27
	3.2. <i>L'estada a la llar residència o a pis amb suport</i>	31
	3.3. <i>Sortida de la llar residència o del pis amb suport</i>	31
<b>4</b>	Bones pràctiques referents a la documentació del procés d'atenció	33
<b>5</b>	Bones pràctiques en fer la valoració integral de la persona	35
<b>6</b>	Bones pràctiques en l'elaboració del pla d'atenció individualitzat (PAI)	39
	6.1. <i>L'elaboració del pla d'atenció individualitzat (PAI) i el programa individual de suports (PIS)</i>	39
	6.2. <i>Seguiment del pla d'atenció individualitzat (PAI)</i>	40
<b>7</b>	Bones pràctiques respecte als programes d'atenció	43
	7.1. <i>Aspectes relacionals i organitzatius</i>	43
	7.2. <i>Normes generals</i>	46
	7.3. <i>Programa de socialització i de millora de la convivència</i>	51
<b>8</b>	Bones pràctiques en el suport familiar	53
<b>9</b>	Bones pràctiques en el tractament farmacològic	55
<b>10</b>	Bones pràctiques en l'educació per a la salut	59
<b>11</b>	Els protocols d'atenció	62

<b>12</b>	Bones pràctiques en la derivació i la sortida	64
	12.1. Preparació del comiat durant el procés d'estada al centre	65
	12.2. Tipus d'alta	65
	12.3. Protocol de comiat	70
<b>13</b>	Bones pràctiques respecte a la satisfacció de la persona usuària	72
	13.1. Enquestes de satisfacció de les persones usuàries	73
	13.2. Sistema de recepció, seguiment i resolució de suggeriments, queixes i reclamacions	73
<b>14</b>	Bones pràctiques respecte als aspectes ètics i de confidencialitat de la informació	75
<b>15</b>	Bones pràctiques en la gestió i la millora de les llars residència i dels pisos amb suport	78
	15.1. Bones pràctiques relacionades amb la gestió de l'organització	78
	15.2. La cartera de serveis	79
	15.3. Millora de la qualitat al centre	80
	15.4. Quadre de comandament d'indicadors de qualitat	82
<b>16</b>	Bones pràctiques en la gestió dels recursos humans	84
	16.1. L'estabilització de l'equip professional	85
	16.2. La motivació i la satisfacció dels/de les professionals	86
	16.3. La formació continuada i la gestió del coneixement	88
<b>17</b>	Coordinació amb altres sectors i entitats	90
<b>18</b>	Entorn de l'atenció. Les infraestructures	92
	18.1. Instal·lacions adequades als objectius del programa	92
	18.2. Manteniment de l'establiment o el servei d'acolliment residencial	95
	18.3. Seguretat a la llar residència i al pis amb suport segons Joint Commission	96
	Bibliografia	97
<b>A</b>	Annexos	99
	Annex 1. Suports per a la millora de la qualitat de vida	101
	Annex 2. Circuit d'accés	103
	Annex 3. Full de sol·licitud d'admissió	105
	Annex 4. Full de requeriment de documentació	106
	Annex 5. Model de contracte assistencial	107
	Annex 6. Graella d'anàlisi de la situació social	109
	Annex 7. Escala Lawton	110
	Annex 8. Barems de selecció dels recursos assistencials per a persones amb VIH/sida	112
	Annex 9. Model de registres d'un pis amb suport	122
	Annex 10. Escales de valoració més utilitzades	125
	Annex 11. Proposta pràctica d'articulació del PAI	126

Annex 12. Recomanacions per als/a les professionals que treballen amb persones amb VIH/sida	129
Annex 13. Cronograma per a l'elaboració del PAI	131
Annex 14. Pauta autoregistrada de valoració	133
Annex 15. Propostes de millora	150
Annex 16. Mecanismes de millora de la participació	153
Annex 17. Reglament de règim interior (RRI)	158
Annex 18. Drets de les persones usuàries de serveis socials	161
Annex 19. Sistemàtica d'anàlisi causal d'un esdeveniment sentinella	162
Annex 20. Programes d'actuació	163
Annex 21. Exemple de registre d'administració de medicació	167
Annex 22. Habilitats per al desenvolupament integral de la persona	168
Annex 23. Programa educatiu	169
Annex 24. Protocols i registres recomanats	174
Annex 25. Exemple de protocol de funcionament de les activitats diàries	179
Annex 26. Exemples de models d'alta	185
Annex 27. Tractament dels suggeriments i les reclamacions	189
Annex 28. Variables recomanades per a una enquesta de satisfacció	193
Annex 29. Enquesta de satisfacció de les persones usuàries	194
Annex 30. Estructura del codi ètic	197
Annex 31. Proposta d'actuació davant una situació conflictiva	198
Annex 32. Resum de la carta de drets i deures en relació amb la salut	199
Annex 33. Guia per al desenvolupament de la cartera de serveis	202
Annex 34. Mapa de processos	203
Annex 35. Seguiment del projecte de millora	204
Annex 36. Funcions proposades per al personal	207
Annex 37. Fitxa de recursos comunitaris	210
Annex 38. Membres del grup de treball	211



---

# Introducció



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 fer un pas més en la política de millorar la qualitat de vida i l'atenció a les persones amb afectació pel VIH/sida i amb dificultats per a la inclusió social.

S'ha promogut la realització 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 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. El conjunt de membres 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'ha tingut en compte la definició de la missió, la visió i els valors d'aquest tipus de dispositius. També s'ha considerat l'evolució de la seva conceptualització i del seu paper en la societat.

El Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials, defineix el "servei de residència temporal per a persones adultes en situació de marginació" i el "servei de suport social a la prestació socio sanitària". Atesa l'evolució terminològica produïda en el sector, en aquest manual s'han utilitzat els termes "llar residència" (LLR) i "pis amb suport" (PS) per fer referència a aquest tipus de serveis.

El document *Avaluació externa de la qualitat dels dispositius d'atenció social per a persones afectades per VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social. Llars residències i pisos amb suport*, en què 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 i l'acollida, la valoració integral, el Pla d'atenció individualitzat, el suport familiar, el tractament farmacològic, l'educació per a la salut, els protocols d'atenció, derivació i sortida, la satisfacció de la persona usuària, els aspectes ètics i de confidencialitat de

la informació, la gestió i la millora del dispositiu, els recursos humans, la coordinació i les infraestructures.

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 i suport de la persona en l'entorn comunitari.

Les organitzacions i els sistemes que treballen des de l'acció social es troben en un procés de canvi vinculat al desenvolupament de la Llei de serveis socials i a l'abordatge de la dependència. També s'està en un procés de canvi de paradigma, que passa d'un model assistencialista a un model basat en la qualitat de vida de les persones en un entorn comunitari.

Aquestes redefinicions s'estan produint juntament amb els processos següents:

- Canvi de programes basats en l'organització de sistemes de suport basats en la comunitat.
- Canvi d'organitzacions com a proveïdores de serveis primaris a organitzacions que actuen com a pont amb la comunitat.
- Èmfasi en la millora dels resultats de la qualitat de vida.

Cal tenir en compte aquests processos de canvi, atès que el paradigma que orienta l'acció social també ha d'impregnar els aspectes clau de la valoració de la persona i la família en un entorn comunitari.

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

## INDICADORS DE QUALITAT



Aquest símbol ens recorda que l'aspecte tractat és un indicador de qualitat, recollit en el document *Avaluació externa de la qualitat dels dispositius per a persones afectades pel VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social*.

## BONES PRÀCTIQUES



Aquest símbol ens recorda que l'aspecte tractat es considera una pràctica recomanable de ser implementada tant en la LLR 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 text, de tal manera que facilita la lectura i comprensió de les idees considerades fonamentals per l'equip de treball.

Esperem que aquest document pugui ésser un element de reflexió per a la millora de la pràctica professional que portem a terme amb les persones afectades pel VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social.

### 1.1. Perfil bàsic de les persones usuàries

A continuació, a títol orientatiu, s'exposa el perfil bàsic de les persones usuàries de les LLR i dels PS.<sup>1</sup> S'hi atenen persones amb diagnòstic de VIH/sida que:

- Pateixen desestabilització de la malaltia o quadres associats i necessiten suport d'altres persones: orientació, suport psicoafectiu, acompanyament mèdic, control de la medicació...
- Pateixen problemes d'exclusió social: per manca de recursos socioeconòmics, per manca d'habitatge, per manca de suport familiar, per problemes judicials...

Aquests criteris d'admissió fan que el col·lectiu atès sovint estigui format per persones amb fortes desestructuracions personals i socials, associades a la seva trajectòria com a consumidores de drogues o com a persones que segueixen un programa de manteniment amb metadona. En molts casos, hi ha afectacions mentals que requereixen intervencions de professionals de la salut mental. Necessiten un seguiment i un suport sanitari no continuat.

Per norma general, no són destinatàries d'aquests recursos les persones majors de 65 anys, les persones amb perfil sociosanitari, les persones amb consum actiu de drogues i les persones amb malaltia mental no compensada. El motiu d'exclusió d'aquests dos darrers grups és que aquestes persones tenen dret a una intervenció especialitzada en la patologia principal que pateixen.

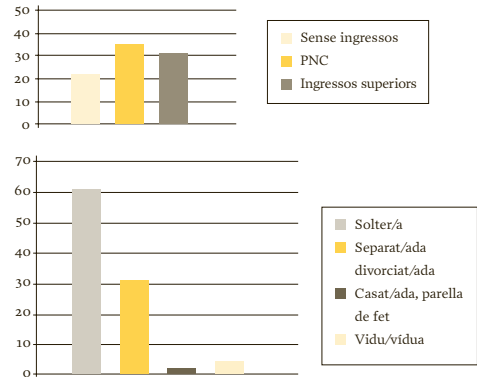
Després d'analitzar les dades de les persones amb VIH/sida ateses en els darrers anys, podem presentar algunes característiques sociodemogràfiques del col·lectiu. Cal matisar que les dades corresponen al perfil de persones amb VIH/sida ateses a Catalunya als PS i a les LLR; no fan referència, doncs, a tot el col·lectiu de persones amb VIH/sida de Catalunya.

1. Aquest perfil ha estat elaborat amb la informació recollida en els documents utilitzats en el sector per a l'elaboració del model d'atenció en aquest tipus de dispositius i en el butlletí de juny de 2006 de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB); també s'ha tingut en compte la valoració efectuada pel grup de treball que ha col·laborat en el disseny i la confecció d'aquest document i, per tant, correspon a una aproximació de la situació actual a la qual s'ha de donar resposta.



Perfil bàsic:

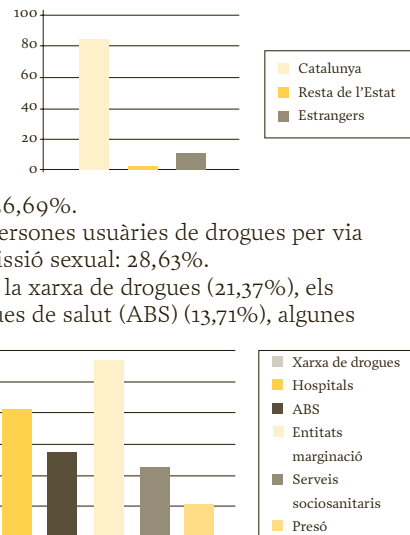
- Mitjana d'edat: 38,9 anys.
- Homes: 84,27%.
- Recursos econòmics escassos:  
Sense ingressos: 23,39%; pensió no contributiva (PNC): 44,35%; ingressos superiors: 32,26%.
- Estat civil: solter/a: 60,48%; separat/ada, divorciat/ada: 31,85%; casat/ada - parella de fet: 2,82%; vidu/vídua: 4,84%.



Es detecten diferents nivells d'implicació familiar en funció del diagnòstic i de l'edat de la persona. Algunes vegades tenen famílies desestructurades o separacions del/de la cònjuge, que també pot presentar problema d'addicció.

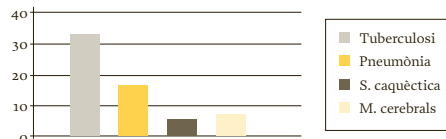
En alguns casos, s'evidencia la manca de recursos familiars. En general, manifesten dificultats o manca de relacions externes.

- Vida desestructurada des de la infància o l'adolescència. Manca de suport familiar. Dificultat en les relacions interpersonals.
- Contactes amb ambients marginals o d'exclusió.
- Baixa formació escolar i laboral.
- Pocs hàbits de treball; dificultat per integrar-se en activitats laborals i de lleure.
- Baixa autoestima.
- Procedència: Catalunya: 85,08%; resta de l'Estat: 2,82%; estrangers: 12,10%.  
Cal tenir en compte que les persones estrangeres pot ser que no tinguin la situació legal normalitzada.
- Persones usuàries amb metadona: 36,69%.
- Via de transmissió de la malaltia: persones usuàries de drogues per via parenteral (UDVP): 71,37%; transmissió sexual: 28,63%.
- La persona atesa és derivada des de la xarxa de drogues (21,37%), els hospitals (20,97%), les àrees bàsiques de salut (ABS) (13,71%), algunes entitats que treballen amb persones en situació de marginació (27,42%), els serveis socio-sanitaris (11,29%) o de la presó (5,24%).



- Les principals malalties a través de les quals es va detectar el VIH/sida són:

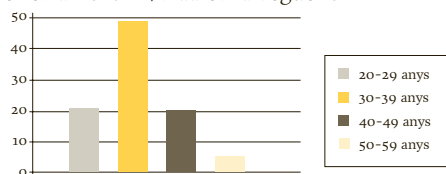
- Tuberculosi: 32%.
- Pneumònia per pneumocistis carini: 17,7%.
- Síndrome caquèctica: 6,7%.
- Manifestacions cerebrals: 8,1%.



- La malaltia de la sida es presenta amb múltiples patologies associades.
- Convivència amb problemàtiques mentals. Patologies psiquiàtriques derivades del consum de drogues i les associades a l'efecte del VIH al llarg del temps (inici de demències/sida). Necessitat de treball coordinat amb serveis de salut mental i xarxa de drogodependències per problemes de patologia dual.
- Dificultat per seguir correctament els tractaments prescrits. Es detecten dificultats per acceptar la malaltia.

- La distribució per edats de persones amb VIH/sida és la següent:

- 20-29 anys: 21%.
- 30-39 anys: 49,1%.
- 40-49 anys: 20,1%.
- 50-59 anys: 5,8%.



- La letalitat global de la malaltia des del seu inici ha estat del 66%, i actualment aquesta xifra ha disminuït significativament gràcies als nous tractaments. Avui dia, se situa en un 8%, segons l'informe de l'ASPB.

## 1.2. Característiques de les llars residència (LLR) i els pisos amb suport (PS)

### 1.2.1. Definició del servei

És un servei d'acolliment residencial temporal amb suport professional, que ofereix una llar alternativa a persones amb VIH/sida i amb problemes d'exclusió social. Garanteix una atenció integral i la rehabilitació personal individualitzada. El servei engloba diversos recursos assistencials en funció de les necessitats socials i sanitàries de la persona usuària, així com de la temporalitat de la intervenció.

S'identifiquen com a unitats recomanables les de 25 persones usuàries per a les LLR i les de 8 persones usuàries per als PS.

Les necessitats de les persones usuàries del servei queden cobertes mitjançant quatre tipus de recursos assistencials, que tenen diferents característiques estructurals i funcionals. Són els següents:

1. Pisos amb suport de baixa intensitat.
2. Pisos amb suport d'alta intensitat.

3. Llars residència de capacitat reduïda (menor intensitat de suport i capacitat entre vuit i dotze persones usuàries).
4. Llars residència.

Els criteris en funció dels quals es distribueixen les persones usuàries a les LLR i als PS es basen en:

- El grau d'autonomia de les persones usuàries (físic, psíquic o social).
- El nivell diari de presència de l'equip en el recurs (hores/dia).
- El temps d'estada en el recurs (limitat o no).
- El grau d'adaptació de les instal·lacions per a persones amb discapacitats.
- El nivell de suport medicosanitari del centre.

Així, dins el servei podem trobar des de pisos que treballen per una reinserció social plena fins a residències amb persones amb problemes crònics de salut i amb seqüeles físiques o psíquiques greus.

### **1.2.2. Objectius**

Oferir atenció social individual en coordinació amb els serveis socials i sanitaris, proporcionar una llar de manera transitòria, garantir el seguiment de la rehabilitació terapèutica, millorar la qualitat de vida, potenciar les habilitats i les capacitats personals i facilitar la integració social i laboral tant com es pugui.

#### *A. Objectius generals*

Proporcionar una intervenció orientada al desenvolupament de la màxima autonomia possible alhora que es millora la qualitat de vida.

#### *B. Objectius específics*

- a. Cobrir les necessitats bàsiques:
  - Oferir allotjament, menjar, higiene i un espai de relació convivencial.
  - Promocionar hàbits saludables en relació amb la higiene personal, la dieta, els horaris, les relacions personals...
- b. Atendre davant la malaltia:
  - Acompanyar la persona en el seu procés d'estabilització de la malaltia: seguiment de les visites mèdiques, suport en els tractaments, informació sobre la malaltia, suport emocional.
  - Promoure els hàbits que han de permetre la cura i l'atenció de la salut.
- c. Facilitar el procés socioeducatiu individual:
  - Potenciar l'autoestima i ajudar a conèixer les capacitats i aptituds pròpies.
  - Oferir formació en aquelles àrees on es valora que és necessària.
  - Motivar inquietuds i potenciar un oci i un lleure enriquidors per a la persona.
  - Oferir orientació laboral i promoció de la reinserció social plena.

### 1.2.3. Recursos humans

Els serveis d'atenció a persones afectades pel VIH/sida integren personal de diferents disciplines, com ara educació social, infermeria, treball social, monitors/es, cuidadors/es i la direcció tècnica.<sup>2</sup>

El funcionament adequat de la LLR o del PS implica l'existència d'un equip multidisciplinari<sup>3</sup> que treballa de manera interdisciplinària<sup>4</sup> amb un enfocament transdisciplinari.<sup>5</sup>

### 1.2.4. Principis bàsics d'actuació

La gestió de l'atenció i dels suports implica una actitud centrada en la persona, tant com a individu com en relació amb el seu entorn. Suposa passar d'una orientació basada en el dèficit a una estratègia de millora: es treballa el concepte de qualitat de vida com a agent de canvi en el procés d'inclusió social de la persona.

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

- 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, 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.

- Atenció centrada en la persona

La planificació de suports centrada en la persona ha de partir d'una avaluació acurada de les seves necessitats i potencialitats, així com 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 cal recollir en el Pla d'atenció individualitzat (PAI), l'eina que s'ha d'utilitzar en tots els àmbits.

És necessari disposar d'un programa individual d'atenció i de gestió dels suports. Per realitzar aquesta planificació, cal partir de la persona, entesa des de tres vessants: individual, familiar o de referents socials i comunitària.

2. La ràtio i la dotació de professionals s'han d'ajustar a les recomanades pel Departament d'Acció Social i Ciutadania, tenint en compte les necessitats d'atenció existents.

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

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

5. Enfocament transdisciplinari: parteix del treball interdisciplinari. S'utilitza aquest terme per descriure un grau alt de desenvolupament en la cooperació de les disciplines, de manera que s'arriba a aconseguir una axiomàtica comuna entre aquestes. Hi ha un sentit de globalitat, de fecundació mútua, d'unitat en les relacions i accions, d'interpretació de sabers.

- Inclusió comunitària

Per tal de poder assolir els objectius d'inclusió social de la persona amb afectació pel VIH/sida, es recomana tenir en compte la dimensió comunitària de la LLR o del PS i la seva projecció. La inclusió requereix el desenvolupament de programes elaborats a partir d'iniciatives comunitàries que tinguin en compte la implicació en el teixit social.

- Capacitat d'escollir

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

La capacitat d'autogovern de la persona per prendre decisions i per triar lliurement entre diferents opcions o alternatives és un principi que cal respectar i desenvolupar, especialment en aquelles persones a qui la manca d'oportunitats ha produït una deshabituació a l'autogovern. Aquesta és una dimensió clau de la qualitat de vida que incideix en moltes altres dimensions.

- Diversitat

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

Igual que en altres col·lectius, les persones amb afectació pel VIH/sida poden presentar altres discapacitats (sensorials, intel·lectuals...), trastorns de conducta o malaltia mental, com qualsevol ciutadà/ana.

- Flexibilitat

Els suports dels serveis d'atenció s'han de modificar per adequar-se a les necessitats de cada persona en cada moment i situació. Això exigeix disposar de serveis flexibles amb un ventall de programes que s'ofereixen en funció de les necessitats individuals i grupals detectades.

- Funcionalitat

L'atenció i els suports que s'ofereixen a cada persona han d'anar dirigits a la millora de les seves oportunitats i de la seva qualitat de vida. Cal evitar actuacions que no contribueixin a generar un impacte positiu per a la seva vida.

- Qualitat

El centre ha de tenir un sistema que permeti avaluar la qualitat de l'atenció on constin clarament els objectius i els indicadors, així com 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/les professionals, les persones usuàries i les seves famílies i el personal voluntari. Tanmateix, es recomana que tingui en compte les necessitats d'altres clients (Administració, comunitat...) i dels proveïdors.

Les persones, professionals o voluntàries, que donen suport a les persones ateses als 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 formació continuada i incentius per assegurar un bon clima de treball i la realització del personal.



### Estratègia basada en la millora

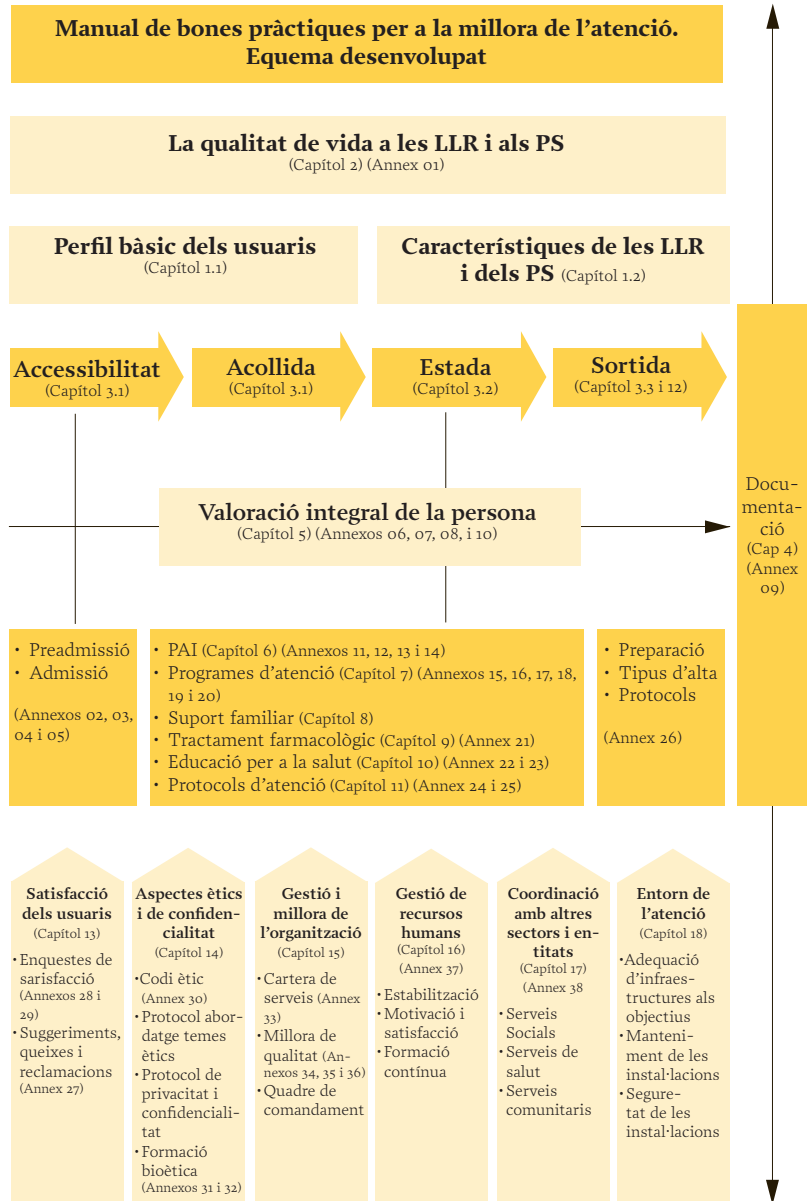
Principis bàsics de l'atenció:

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

A continuació, s'adjunta la figura a partir del qual s'ha estructurat aquest *manual de bones pràctiques per a la millora de l'atenció*. Diferència, de manera gràfica, els processos referents a l'atenció directa i els de suport —part inferior de la figura. Tanmateix, els continguts considerats transversals també s'hi han representat: com a encapçalament, 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, per 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.

Figura 1. Estructura d'aquest manual de bones pràctiques



## La qualitat de vida a les llars residència i als pisos amb suport



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
6	Qualitat de vida	El dispositiu avalua periòdicament la qualitat de vida de la persona usuària.	70%
14	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 al 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* s'utilitza cada vegada més en diferents àmbits dels serveis socials, per 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 encara és, 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 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, 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 breu definició de cadascuna de les vuit dimensions del model, així com els indicadors seleccionats per operativitzar-les. 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: Suports per millorar 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 interpersonals:** relacionar-se amb diferents persones (veïns/es, companys/es...) i tenir amistats. 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, 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...), competències (habilitats laborals i funcionals: competència personal, conducta adaptativa, comunicació...), desenvolupament (limitacions, capacitats...) 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.

**Autodeterminació:** decidir per un mateix i tenir oportunitat d'eleger 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 qui 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 un 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 dels drets. 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, cal 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/de les professionals que coneixen bé la realitat de cada persona usuària.

Per tal 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 la proposada pel Departament d'Acció Social i Ciutadania<sup>6</sup> (Escala GENCAT). Alguns altres exemples són el *Cuestionario de Calidad de Vida Residencial (CAVI-R)*,<sup>7</sup> WhoQol, SF-12, EuroQol, HONOS...

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 al 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.

6. Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L. E. i Schalock, R. L. (2008). ESCALA GENCAT. *Formulari de l'Escala GENCAT de qualitat de vida - Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de qualitat de vida*. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

7. 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.

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 afectades pel VIH/sida amb dificultat per a la inclusió social.

## Bones pràctiques en el procés d'accessibilitat i d'acollida



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%

Un aspecte fonamental per assegurar un bon aprofitament del recurs és tenir definits els processos de preadmissió, admissió, acollida i alta al 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.

Això facilitarà que els serveis i els/les professionals que fan les derivacions coneguin la idoneïtat de les sol·licituds, que les persones usuàries valorin l'atenció que poden esperar i que els equips dels centres proporcionin un context d'acolliment tan favorable com sigui possible des del primer moment.

Es recomana que la definició d'aquests processos estigui consensuada per tot l'equip.

### 3.1. Procediment de preadmissió, admissió, acollida i alta o sortida

#### A. Procés de preadmissió i d'admissió

Cal tenir un protocol d'aquests processos. Els punts clau que cal definir són:



#### Punts claus que cal definir

- Circuit d'accés al centre.
- Criteris d'admissió en el recurs.
- Informació que cal aportar.
- Procés de valoració.
- Informació que es proporciona sobre el centre.
- Visita al recurs.

El circuit d'accés al centre es recomana que sigui una adaptació del model proposat pel sector i l'ICASS (vegeu l'annex 2 "Circuit d'accés"). Els criteris d'admissió en el recurs haurien d'estar en consonància amb el perfil de les persones usuàries descrit.

És especialment important que la informació que aporten els/les professionals derivadors de la xarxa i les persones usuàries potencials estigui actualitzada i doni una visió ajustada de l'estat actual de la malaltia. S'aconsella utilitzar els models elaborats per la comissió de responsables dels recursos i pactats amb l'ICASS (vegeu l'annex 3 "Full de sol·licitud d'admissió" i l'annex 4 "Full de requeriment de documentació").

S'aconsella estudiar i analitzar amb els/les diferents membres de l'equip implicats/ades tota la informació rebuda mitjançant els informes i la documentació sol·licitada.

Es recomana que la informació que es facilita a la persona sol·licitant per donar a conèixer el funcionament general i les condicions de l'ingrés i de l'atenció que ha de rebre inclogui com a mínim aquest contingut:

- Funcionament del centre.
- Naturalesa i objectius de l'atenció que s'ofereix.
- Contracte assistencial. Es recomana la utilització del model de contracte dissenyat per l'ICASS i consensuat pel sector (vegeu l'annex 5 "Model de contracte assistencial").
- Reglament de règim intern. És un document propi de cada entitat que defineix l'estil de cada llar, però que, en tot cas, sempre ha de respectar i promoure els principis bàsics de qualsevol servei d'acollida, així com la normativa establerta pel Departament d'Acció Social i Ciutadania en aquest sentit. Es recomana llegir-lo i proporcionar-ne una còpia.

Sempre que sigui possible, cal fer una visita al recurs, prèvia a l'ingrés, amb la finalitat que la persona usuària conegui el centre abans de l'ingrés.

També s'aconsella definir les eines i els mecanismes per facilitar la tasca de valoració de la situació i de les necessitats de les persones que sol·liciten plaça al centre.

- L'entrevista a la persona sol·licitant és molt important. Pel que fa a la valoració, ens ajuda a conèixer la motivació i a començar a 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.
- És recomanable fer servir un instrument sistematitzat (vegeu l'annex 6 "Graella d'anàlisi de la situació social") per intentar resumir les dades dels informes i de l'entrevista i quantificar el grau de precarietat i vulnerabilitat social.
- També és aconsellable la utilització d'alguna escala per valorar el nivell d'autonomia per a la realització de les activitats de la vida diària (vegeu l'annex 7 "Escala Lawton"); es pot passar durant l'entrevista, si es considera adient.
- Finalment, hi ha un document generat per la comissió de recursos del sector (vegeu l'annex 8 "Barems de selecció dels recursos assistencials de VIH/sida") que resulta d'utilitat per valorar les necessitats de la persona un cop és acceptada al recurs i abans de fer-li el PAI. En casos de dubte, en la valoració del preingrés, també es pot passar a la persona sol·licitant aquesta valoració per contribuir al procés de presa de decisions sobre l'adequació de l'ingrés al dispositiu.

## B. Procés d'acollida

En aquest moment del procés, cal garantir al màxim un ambient de suport i acompanyament de la persona usuària per tal de facilitar-ne la integració al centre. Així, doncs, es recomana que el centre tingui definit un protocol d'acollida que especifiqui:

- Quan i com es fa l'acollida de la persona usuària el dia de l'ingrés i qui la fa: passos que cal seguir en el moment de l'ingrés, informació que es facilita, recollida de documents i pertinences que el centre ha d'inventariar i quedar-se en dipòsit —explicant degudament per què es fa— i signatura de les autoritzacions pertinents.
- Que s'informa la persona nouvinguda sobre quines són les persones de referència de l'equip i que, sempre que sigui possible, li són presentades personalment aquell mateix dia. Progressivament se li presenta la resta de membres de l'equip.
- Com es fa l'acomodació a l'habitació. La persona de l'equip encarregada de l'acollida l'ha d'acompanyar a l'habitació i també en el procés de preparació; es fa una supervisió indirecta de les pertinences per tal d'assegurar que no disposi de substàncies no permeses (productes amb alcohol, medicació, etc...). És important explicar molt bé el sentit d'aquesta intervenció i fer-la amb molt de respecte.
- El procés d'acollida per part del grup. Se li presenten tots/es els/les companys/es del recurs.

- Com es proporciona informació sobre diferents aspectes de la vida al centre (activitats, normativa, horaris, etc.). Durant els primers dies, cal tenir especial cura de fer-ho de manera progressiva.
- Assignació d'educador/a social de referència. S'ha de fer durant la primera setmana i també cal programar la primera entrevista personal de seguiment.



El procés d'acollida és fonamental per millorar el procés d'integració de la persona al nou dispositiu. A continuació, s'expliciten algunes bones pràctiques relacionades amb aquest procés:

- Establir el Pla d'acollida, en el qual s'han d'especificar les accions que cal portar a terme amb la persona usuària durant el primer mes d'estada al recurs.
- Crear una comissió de residents per efectuar tant l'acollida de noves persones usuàries com el comiat.
- Assignar una persona usuària referent per facilitar el procés d'acollida del/ de la resident nou/nova en funció de les característiques del grup i sempre que sigui possible.
- Presentar els/les companys/es, ensenyar les instal·lacions i clarificar els horaris de les activitats.
- Mostrar en un tauler l'horari d'activitats del centre i les recomanacions que cal tenir en compte per participar-hi.
- Realitzar les activitats de manera compartida evitant deixar sola la persona usuària i proporcionar-li més autonomia progressivament.
- Fer, de manera periòdica, dinàmiques amb les noves persones usuàries en les quals expressin allò que els va fer sentir bé en arribar al centre i quines oportunitats de millora detecten per afavorir el procés d'acollida. Recollir de manera sistemàtica aquesta informació per tenir-la en compte en el disseny de les accions del procés d'acollida.
- Avaluar el procés d'acollida i deixar constància en l'expedient individual d'atenció dels resultats obtinguts i dels temes pendents que calgui incloure en el Pla d'atenció un cop transcorregut el primer mes d'estada al centre.
- Editar fulletons amb la informació bàsica del dispositiu en diferents idiomes.

---

### 3.2. L'estada a la llar residència o a pis amb suport



Les intervencions que es duen a terme durant l'estada al centre s'articulen mitjançant el Pla d'atenció individualitzat (PAI).

El Pla d'atenció individualitzat (PAI) inclou les diferents dimensions relacionades amb la qualitat de vida. Es treballen tots els aspectes que són bàsics i rellevants per al desenvolupament de la persona des d'una visió holística.

Hi ha una sèrie de bones pràctiques relacionades amb l'estada al recurs que s'expliquen al llarg d'aquest document.

---

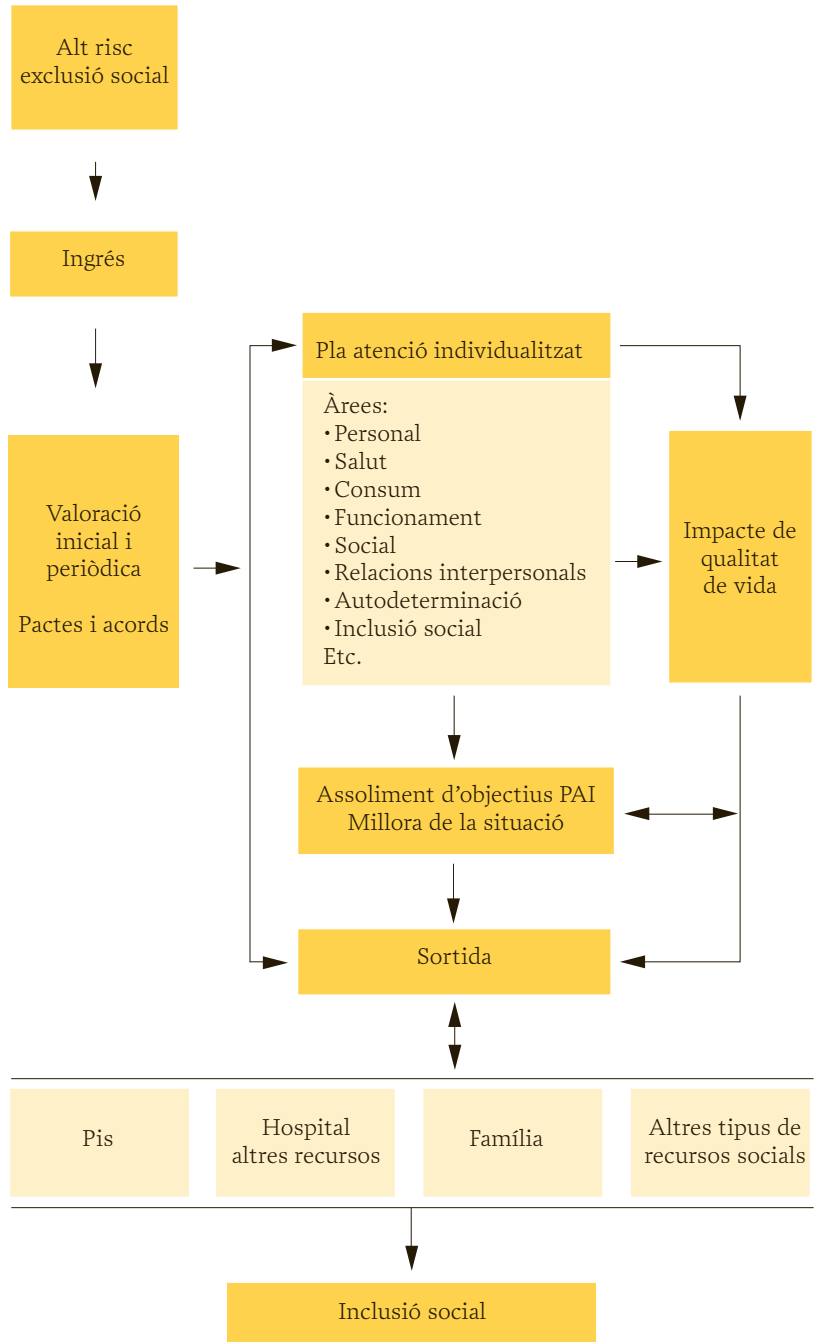
### 3.3. Sortida de la llar residència o del pis amb suport

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

La preparació de la sortida de la persona usuària es fa des del moment que la persona ingressa en el recurs i s'actualitza mitjançant el seguiment individualitzat de cada resident.

Hi ha diferents tipus d'alta, però en qualsevol d'aquests és necessària l'elaboració d'un protocol en què es recullin els mecanismes que cal seguir en cada cas. Aquest punt es desenvolupa en el capítol 12 d'aquest manual: "Bones pràctiques en la derivació i sortida".





## Bones pràctiques referents a la documentació del procés d'atenció



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
11	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 PAI, estigui organitzat per àrees del procés d'intervenció.

Àrees: Dades personals i biogràfiques  
 Medicopsiquiàtrica  
 Psicològica relacional afectiva  
 Educativa  
 Social  
 Laboral  
 Judicial

El dossier ha de recollir el tractament i les valoracions periòdiques de tots/es els/les membres de l'equip interdisciplinari i dels /de les professionals externs/es que atenen la persona durant el procés. Ha de permetre veure l'evolució de la persona; per tant, cal registrar-hi totes les incidències.

La documentació del procés d'atenció es recomana que inclogui, com a mínim:

- Dades personals.
- Autorització signada per a la transmissió d'informació a persones referents.
- Dades socials (laborals, econòmiques, judicials, familiars...).
- Valoració inicial i periòdica de la persona en totes les àrees d'intervenció (proves mèdiques, exploracions, avaluacions, diagnòstics, prescripció farmacològica, tractaments...).
- PAI.
- Explicitació de pactes i acords efectuats amb la persona.
- Registre de seguiment interdisciplinari.

- Seguiment de les activitats en què la persona usuària participa (tallers ocupacionals, espais on es treballen els hàbits d'higiene i ordre, activitats educatives, teràpies de grup i individuals, tutories, sortides d'oci, visites familiars, espais convivencials i sociorelacionals).

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

Tal com s'estableix al 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 de 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 als/a les 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.<sup>8</sup>

Finalment, hem considerat adjuntar a l'annex 9 "Model de registres d'un pis amb suport" una matriu per facilitar el seguiment de la documentació elaborada en un centre.

8. Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 298, de 14 desembre de 1999, edició catalana al suplement núm. 17, de 30 de desembre de 1999). <[http://www.apdcat.net/lListaNormB.php?cat\\_id=27](http://www.apdcat.net/lListaNormB.php?cat_id=27)>. Consulta: 18/1/2007.

## Bones pràctiques en fer la valoració integral de la persona



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
2	Valoració integral	Els/les professionals fan una valoració integral de la persona en el moment de l'ingrés i de manera periòdica.	90%
15	Resultats de l'atenció	Les persones usuàries són avaluades a l'inici, periòdicament i en el moment de l'alta per identificar-ne la millora de la consciència de malaltia durant el temps d'estada.	75%

S'aconsella que la LLR o el PS elabori una guia que protocol·litzi 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.<sup>9</sup>



Es recomana l'existència d'un procediment estàndard que expliqui els instruments utilitzats per a l'avaluació del cas, els moments d'aplicació, el personal encarregat de fer-ho i la periodicitat.

A l'annex 10 “Escala de valoració més utilitzades”, figura una relació de les escales més utilitzades en el sector.

Per a cadascuna de les àrees que s'han de 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, dades jurídiques i judicials —situació actual, antecedents i temes pendents.

9. 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.

- **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,<sup>10</sup> diagnòstics i problemes de salut (infecció per VIH, hepatitis B i C, tuberculosi i infeccions de transmissió sexual)—, 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 per 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 (competència mental), autocontrol, agressivitat, risc de suïcidi i d'heteroagressió; adhesió a la medicació, si es té prescrita.
- **Dades de consum i tractament de les drogodependències:** inici del consum, substàncies consumides, tractaments seguits, actitud.
- **Funcionament i discapacitat:** capacitat i autonomia per fer activitats de la vida diària (s'aconsella la utilització d'escala 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 a l'equip de professionals identificar si els diversos apartats de la valoració tenen en consideració les diferents dimensions de la qualitat de vida.
- **Necessitats de suport de la persona:** per cadascuna de les dimensions de qualitat de vida, cal identificar els suports que és necessari activar i la seva intensitat<sup>11</sup>

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

11. Suports individualitzats:
- Són recursos i estratègies que incrementen el benestar personal.
  - Són un vehicle mitjançant el qual es pot millorar la qualitat de vida.
  - 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 —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: llars residència i pisos amb suport per a persones amb SIDA*.

Les fonts d'informació i els instruments que s'utilitzen per fer la valoració integral inicial són:

- L'informe de derivació del cas.
- Les coordinacions i els contactes complementaris amb el centre o el/la terapeuta derivants que les característiques del cas puguin requerir.
- Les dades de les entrevistes celebrades prèviament amb la persona resident i la família en la preadmissió i l'admissió.
- Les dades facilitades en les entrevistes amb la persona resident, la família o la persona significativa o l'entitat de referència en la preadmissió i l'admissió.
- L'observació directa del funcionament i de les reaccions i les respostes de la persona en les diferents situacions i exigències de les activitats de la LLR i el PS.

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). Als 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 de tractament i, com a mínim, anualment.

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.

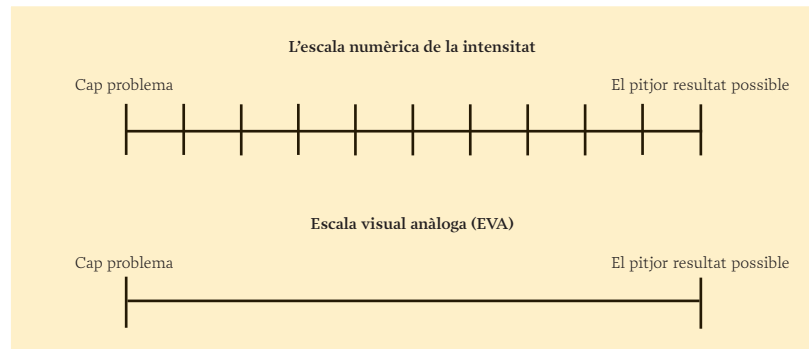
Hi ha un registre individual amb la documentació d'aquesta valoració disponible per a tot l'equip interdisciplinari.<sup>12</sup>

Per la seva importància, destaquem especialment l'avaluació de la consciència de malaltia. Aquesta avaluació s'ha de fer a l'inici de l'atenció i s'ha de repetir en la reavaluació periòdica del Pla d'atenció (amb una periodicitat mínima anual) i en el moment de l'alta o en finalitzar l'estada al centre.

L'avaluació de la consciència de malaltia s'ha de fer mitjançant una escala de valoració com ara l'escala visual analògica (EVA). Es pot avaluar amb qualsevol escala global de valoració de la consciència de malaltia que diferencii les variables següents:

- Seguiment del tractament / vinculació al sistema sanitari.
- Comprensió del tractament propi.
- Interès sobre l'estat de la pròpia salut (càrrega viral, estat immunològic, etc.).
- Consciència sobre la prevenció de riscos (sexe segur, punció higiènica, etc.).

A tall d'exemple, es presenta a continuació l'esquema de l'EVA.



Per fer el seguiment, cal comparar la puntuació mitjana de l'avaluació inicial amb la puntuació mitjana de l'última avaluació prèvia a la finalització de l'estada al centre, amb la finalitat d'identificar la millora de la persona usuària. S'espera trobar una millora mínima d'un 20% entre aquestes puntuacions.

12. 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.

## Bones pràctiques en l'elaboració del pla d'atenció individualitzat (PAI)



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

### 6.1. L'elaboració del pla d'atenció individualitzat (PAI) 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 pla d'atenció individualitzat (PAI) per a l'assoliment dels objectius fixats per a cada persona.

A través del PAI, s'integren els diferents processos clau d'atenció de la persona, amb la participació activa de la persona usuària, de la seva família o les persones de referència, de l'entorn comunitari i dels/de les professionals del dispositiu; així doncs, esdevé un instrument imprescindible per articular un bon procés de tractament (vegeu l'annex 11 "Proposta pràctica d'articulació del PAI").

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

- Valoració de les necessitats, les capacitats i les potencialitats de les persones residents.<sup>13</sup>
- Establiment d'objectius terapèutics consensuats amb la persona.

13. Cal tenir en compte la informació facilitada pels/per les professionals que han derivat el cas, així com els plans d'intervenció proposats per altres professionals de la xarxa de salut i social implicats en el seguiment del cas.



- 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.
- Seguiment i avaluació dels resultats del procés d'atenció.

L'equip interdisciplinari ha de formular el PAI per escrit, de manera consensuada amb la persona interessada, per afavorir-ne la implicació en el procés. Cada centre ha de tenir definit el marc teòric que orienta el desenvolupament de les diferents accions portades a terme. S'ha d'anar incorporant l'abordatge terapèutic basat en les evidències científiques.

Es recomana que el PAI 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 cas que no coincideixin amb la priorització establerta en el PAI.
3. Objectius d'intervenció.
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.
7. Criteris d'avaluació.

A l'annex 12 “Recomanacions per a professionals”, s'adjunta una selecció de la informació bàsica per tenir cura de persones amb VIH/sida i per facilitar l'elaboració del PAI tant en les LLR com en els PS.

---

## 6.2. Seguiment del pla d'atenció individualitzat (PAI)

El PAI requereix un seguiment periòdic per tal de constatar el grau d'assoliment dels objectius prefixats. S'ha de fer cada vegada que es presentin canvis significatius; si no n'hi ha, en el cas de la LLR cal reavaluar-lo de manera semestral i en el del PS, trimestralment (vegeu l'annex 13 “Cronograma per a l'elaboració del PAI”).

Es recomana deixar constància de la informació en el **full individual de seguiment** després de les reunions de l'equip interdisciplinari en què es tracti el cas i després de les intervencions de qualsevol dels/de les professionals que afectin la valoració o el seguiment del PAI de la persona resident. També cal registrar tota la informació relacionada amb la consecució d'objectius i el seguiment de les tutories.

A les **tutories**, l'educador/a parla amb la persona usuària sobre la importància i la prioritització de les diferents àrees d'intervenció i consensua amb ella la planificació del PAI. Les tutories s'han d'enfocar cap al treball per la consecució dels objectius mitjançant les estratègies previstes.

Per afavorir la implicació de la persona atesa en el seu procés, es recomana l'autoregistre d'una pauta de valoració conjuntament entre el/la professional tutor/a i la persona usuària (vegeu l'annex 14 "Pauta d'autocompliment de valoració").

També hi ha el **protocol d'observació**, document on figuren tots els ítems de la graella en què s'ha de fixar el/la professional i facilitar-ne la puntuació. S'emplena inicialment durant el primer mes d'estada al centre, al cap de sis mesos i al cap d'un any; permet visualitzar de manera gràfica els canvis i l'evolució de la persona.

A fi d'incentivar el seguiment dels objectius, una bona pràctica recomanable és incorporar a les reunions setmanals de l'equip, de manera rotatòria, el seguiment d'un dels objectius de les persones residents. D'aquesta manera, entre reavaluació i reavaluació, l'equip ja ha efectuat un seguiment del PAI i aquest es manté actualitzat.

Les valoracions globals del PAI poden ser positives o negatives; si són negatives, cal considerar la conveniència que la persona usuària continuï en el recurs.

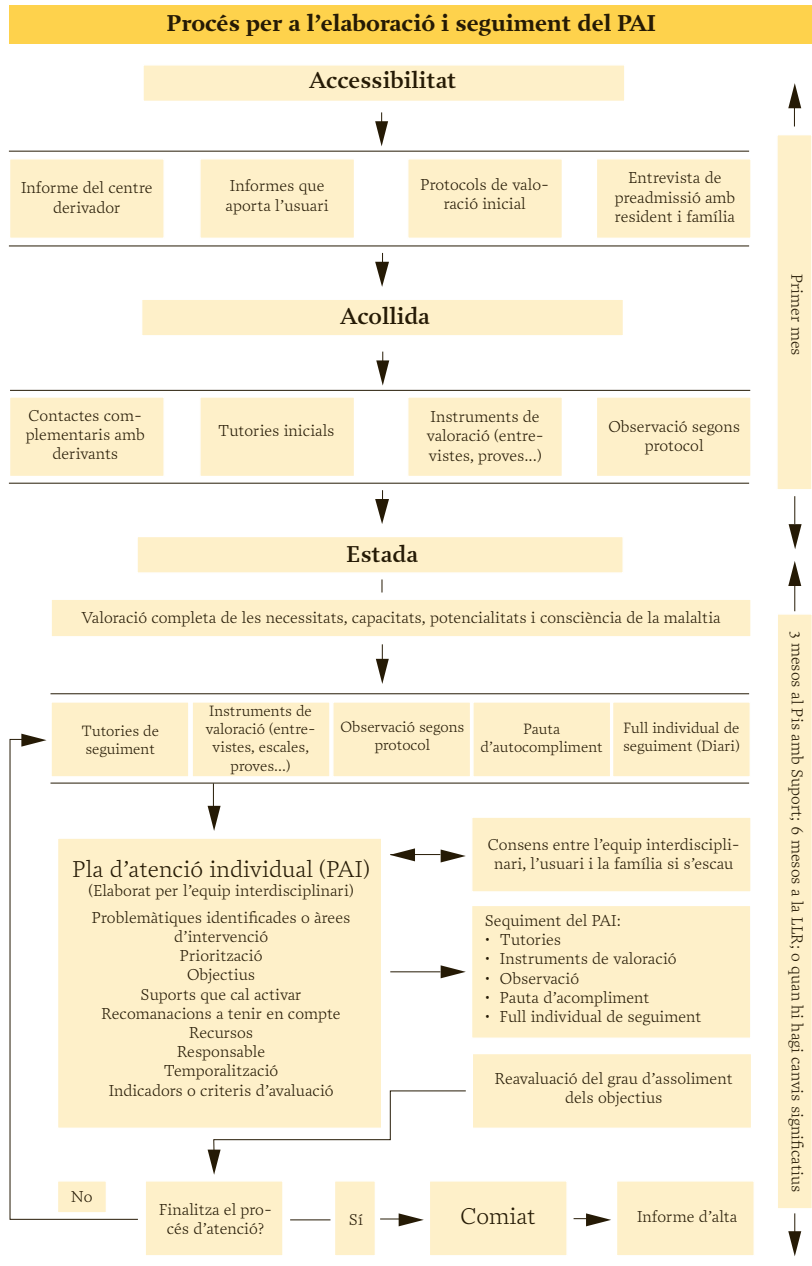


El PAI és el document sobre el qual s'articula el procés d'atenció, tant en la LLR com en el PS, i conté els objectius que cal aconseguir i els processos clau que s'han de dur a terme en el tractament de la persona, amb un abordatge interdisciplinari i amb el consens de les diferents disciplines implicades en el cas des del moment de l'ingrés fins a l'alta.

Els **requisits** establerts per elaborar el PAI són:

1. S'ha de fer després de la valoració inicial de cada resident (el termini màxim d'elaboració és el primer mes d'estada en el dispositiu).
2. L'ha d'elaborar l'equip interdisciplinari.
3. Cal treballar amb la persona interessada, sempre que sigui possible, per cercar el consens sobre les accions plantejades i afavorir d'aquesta manera 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 PAI 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 manera que el PAI sempre està actualitzat.

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



## Bones pràctiques respecte als programes d'atenció



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
5	Programes d'atenció i suport	El Pla d'atenció individualitzat (PAI) inclou l'existència d'activitats de socialització i d'adquisició o reeducació d'hàbits socials, en els àmbits individual i col·lectiu.	90%

Els programes d'atenció i suport que es poden desenvolupar en les LLR 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 realitzar, 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 en la descripció dels indicadors proposats per l'avaluació externa de la qualitat dels dispositius d'atenció social per a persones afectades pel VIH/sida en els serveis de LLR i PS, al centre ha d'existir un programa d'activitats de socialització i adquisició o reeducació d'hàbits socials, tant d'abast individual com col·lectiu. D'aquesta manera, s'incideix en les dimensions de desenvolupament personal i d'interrelacions personals.

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

### 7.1. Aspectes relacionals i organitzatius

Els processos organitzatius de les LLR i dels PS han d'assegurar l'atenció a la persona i a la família o el referent social. Per tant, els aspectes relacionals i organitzatius 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 a les persones usuàries de l'establiment.

### **A. 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; intenta contrarestar la sensació generalitzada de no ser escoltat que verbalitzen moltes de les persones residents.

#### **Alguns mecanismes de participació**



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

El mecanisme utilitzat normalment són les assemblees mensuals, en les quals s'aconsella la participació dels/de les membres de l'equip i la presència d'algun representant de la institució amb capacitat per prendre decisions. Es recomana, a fi d'assegurar que la reunió resulti un element d'inclusió social, l'existència d'un ordre del dia —consensuat amb la direcció del centre—, la preparació de la reunió conjuntament, l'elaboració de l'acta de la reunió per part del/de la secretari/ària —que pot ser una de les persones residents—, el registre de les propostes de millora plantejades, etc. (vegeu l'annex 15 “Propostes de millora”, recollides a partir de la realització de la tècnica nominal de grup).

En el cas dels centres públics, funcionen els consells assessors i de seguiment. 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 per part dels/de les professionals permet identificar suggeriments i temes no resolts. 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 (vegeu l'annex 16 “Mecanismes de millora de la participació”).

## B. Informació per a les persones usuàries de l'establiment

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



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 reglament de règim interior (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.

La informació que cal incloure-hi és la següent:

- Descripció detallada dels serveis.
- Dinàmica de treball en funció dels diferents perfils professionals.
- Pla de treball individualitzat.
- Convivència.
- Sistema d'informació a persones usuàries i familiars o referents socials.
- Descripció de la utilització dels espais.
- Sistemes de comunicació i d'inclusió en la comunitat.
- Pagament, finançament i tarifes.
- Atenció a la persona usuària i sistema de recollida de queixes i reclamacions.
- Mecanismes de participació.
- Drets i deures de les persones residents.
- Aspectes clau de la normativa en relació amb el procés d'admissió, estada i finalització de l'estada.
- Elaboració del programa individual de suports i compromisos que comporta.

S'aconsella que la LLR i el PS explicitin com es garanteixen i exerceixen els drets de la persona dins del centre, ja que, per tal que pugui exercir els seus drets, els ha de conèixer. 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 284/96, modificat pel Decret 176/2000. Una recomanació de bona pràctica és lliurar una síntesi dels aspectes principals del RRI com a annex al contracte assistencial.

---

## 7.2. Normes generals

### A. Normes de funcionament i de convivència

Les accions per a la millora de 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 al centre cal tenir en compte els aspectes següents, que figuren a l'article 18.9 del Decret 284/96, modificat pel Decret 176/2000:

- La direcció de la LLR i del PS ha de garantir que totes les persones usuàries tinguin la informació i la comprensió necessària de les normes de convivència i funcionament general.
- 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'ha de descriure el sistema de participació en les tasques comunitàries quotidianes.
- Els horaris de les diferents activitats han d'estar exposats i ser coneguts per les persones residents.
- 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 al centre, entre d'altres.
- La LLR i el PS han d'afavorir la comunicació de la persona resident amb el seu entorn, per la qual cosa han de disposar de servei de telèfon d'emergència.
- El centre ha de disposar d'un sistema perquè els/les professionals estiguin al corrent de l'entrada i de la sortida de residents.
- Cal fer un seguiment periòdic de la percepció que la persona usuària té del funcionament de la LLR o el PS, i garantir-ne la participació continuada mitjançant espais grupals i individuals.
- Tot l'equip ha d'estar informat 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 tenir previst un referent entre els/les membres de l'equip per facilitar informació als familiars tenint en compte les disposicions i les necessitats de la persona resident i també la seva situació familiar.

Cal tenir en compte que s'està actuant educativament amb un col·lectiu que, en la majoria de casos, ha transgredit les normes de manera sistemàtica des de fa molt temps. Per tant, treballar la interiorització de les normes esdevé un punt fonamental del procés de canvi.

Es recomana que, en allò que sigui possible, les normes es redactin amb una terminologia positiva, evitant els termes prohibitius, que difícilment eduquen i fan créixer. Així mateix, s'aconsella que el nombre de normes sigui el mínim possible i que aquestes siguin genèriques i abordin els aspectes bàsics de la convivència i de l'atenció. En l'establiment d'algunes normes, fins i tot poden col·laborar-hi les mateixes persones residents per afavorir-ne la integració.

Els/les diferents membres de l'equip han de vetllar pel compliment de les normes i entendre-les de la mateixa manera, ja que esdevenen un referent per a les persones usuàries, que equiparen l'educador/a amb la norma. L'educador/a ha de ser capaç de transmetre aquestes normes de manera subtil, ajudant a comprendre les raons que les justifiquen. Resulta fonamental el tarannà de l'educador/a i la seva capacitat per educar a partir de les situacions quotidianes compartides amb les persones usuàries.

Convé destacar també el paper de les persones residents més antigues dels centres per donar a conèixer les normes i treballar el seu compliment entre les persones d'incorporació més recent.

## **B. Incompliment de la normativa**

El reglament de règim interior és un instrument regulat normativament que, a més, ens ajuda a identificar possibles àrees d'intervenció i suport que la persona necessiti (vegeu l'annex 17 "Reglament de règim interior"). Tanmateix, cal tenir en consideració els drets de les persones usuàries dels serveis socials (vegeu l'annex 18).

L'equip ha de reflexionar sobre el sistema de faltes i sancions vigent en cada centre, així com sobre el sistema de registre de les faltes més adient. En cas d'haver d'aplicar una sanció, la decisió l'ha de prendre l'equip. Quan es presenta una situació conflictiva al centre, l'equip ha de tenir en compte algunes consideracions per interpretar i aplicar el reglament, ja que, atès que els processos s'estableixen de manera individual —a partir del PAI—, les sancions també ho haurien de ser. No obstant això, cal tenir en compte que aquestes particularitats són molt mal vistes per la resta de residents.

### **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, 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. Afavorir el procés de reflexió:  
Atès que la persona coneix les normes des de l'ingrés al centre, quan es produeix una transgressió cal acompanyar la persona per fer un procés de reflexió.
2. Restituïr el dany:
  - Pagar algun desperfecte si es tracta de béns materials o reparar la destrossa feta.
  - Disculpar-se individualment o públicament.  
En cas que la transgressió de la norma generi un dany, per reforçar el procés de reflexió, caldrà treballar la restitució del dany.
3. Davant l'incompliment reiterat del reglament de règim intern, cal valorar la possibilitat de la sortida del centre; en alguns casos es pot plantejar que sigui una sortida temporal per tal que la persona revalorï l'oportunitat que el servei li proporciona.

### **d) Exemples de faltes lleus i greus:**

1. Faltes lleus:
  - Incompliment puntual dels deures. En són exemples habituals:
    - Cura inadequada dels béns.
    - Abandonament parcial de la higiene personal.
    - No respectar sempre els horaris i les normes de funcionament.
  - Problemes lleus de convivència i respecte.
  - Incompliment de pactes econòmics acordats.
  - Deteriorament lleu, intencionat, dels béns.
2. Faltes greus:
  - Consum. Cal treballar educativament les recaigudes, que, depenent del moment del tractament, de l'actitud, de la repercussió en la resta, etc., poden ser considerades faltes lleus o greus.
  - Tràfic de tòxics.
  - Problema greu de respecte davant qualsevol company/a o professional.
  - Acumulació de faltes lleus.

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

## **C. 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:

1. Treballar prèviament de manera consensuada amb l'equip interdisciplinari un protocol d'actuació per prevenir i actuar davant aquest tipus de situacions.

2. Intentar 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. 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/les professionals no han pogut fer una contenció de la situació dins del centre o el pis, només calgui sol·licitar-ne la presència. S'aconsella afavorir el coneixement del recurs per part dels cossos de seguretat.
5. Trucar al 061 o al/a la metge/essa de referència del centre sempre que no es pugui contenir verbalment la persona usuària.
6. Amb relació a 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, intentar parlar amb ella en un entorn diferent del pis, per exemple, a les oficines de l'entitat gestora.
7. Amb relació a l'equip:
  - Dedicar, com a mínim, una o dues persones de l'equip a l'abordatge de la situació, amb el suport d'algun/a resident si és necessari.
  - Actitud de contenció per part dels/de les professionals.
  - Formar els/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/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. L'esquema per a l'anàlisi es recomana que inclogui, com a mínim, els apartats:
    - Què ha passat.
    - Causes immediates.
    - Causes subjacents.
    - Accions de millora que es deriven de l'anàlisi feta.
    - Lliçons apreses per l'equip.

## D. Consum o tinença de substàncies

Per millorar la seguretat de les persones residents i afavorir la convivència, la LLR 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 de fer-ne tràfic.
- La valoració inicial i periòdica ha d'explorar l'hàbit tòxic de la persona.
- Quan a la valoració inicial o periòdica es detecta un risc tòxic, aquesta qüestió s'ha de treballar amb el/la resident i cal oferir-li suport, si és necessari, als centres d'atenció i seguiment per als casos de drogoaddicció (CASD). Els/les professionals de la LLR o del PS han d'estar assabentats de l'existència d'aquest risc, amb la finalitat de poder detectar de manera oportuna situacions que requereixin intervenció de l'equip.



Els centres han de tenir un espai dedicat a la revisió de casos per part de l'equip d'atenció interdisciplinari amb la finalitat de trobar oportunitats de millora de l'equip en funció de la reflexió feta de l'anàlisi del cas.

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

La unitat ha de tenir previst un sistema per registrar les conclusions bàsiques de l'anàlisi del cas. L'anàlisi del cas implica, com a mínim, registrar per a cada cas què ha passat, identificar les causes immediates i subjacents i identificar estratègies d'actuació en funció dels factors associats. Finalment, cal registrar el que s'ha après a partir del cas i les seves implicacions per a l'equip. Aquesta informació s'ha de tenir en compte per al redisseny de sistemàtiques de treball, de programes i de protocols.

Un dels motors principals de la millora contínua dels equips és la capacitat d'aprendre de la pràctica. Per aquesta raó, esdevé fonamental que els equips adquireixin competències per a la revisió crítica de la seva praxi, amb la finalitat d'identificar aspectes clau de l'atenció sobre els quals han d'incidir.

A l'annex 19 "Sistemàtica d'anàlisi causal d'un esdeveniment sentinella", s'adjunta una relació d'aspectes per facilitar la reflexió interdisciplinària i el registre del procés seguit i de les conclusions que se n'obtinguin. Els punts indicats es consideren un ajut per organitzar una anàlisi causal. Cal tenir en compte que no totes les preguntes són aplicables a tots els casos.

---

### 7.3. Programa de socialització i de millora de la convivència

Segons s'estableix al *Indicadors de qualitat: llars residència i pisos amb suport per a persones amb SIDA*, les LLR i els PS han de disposar 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, que cal incorporar al PAI. La detecció de necessitats de socialització també hi ha de quedar registrada.

No obstant això, s'ha elaborat un document amb tots els programes que es recomana implementar a les llars residència i als pisos amb suport (vegeu l'annex 20 "Programes d'actuació"). Qualsevol dels programes elaborats al centre ha d'incloure la descripció dels objectius, les activitats que cal realitzar, la tipologia de persones usuàries, el sistema de valoració de la capacitat de socialització i les necessitats de convivència de les persones, els recursos necessaris, el calendari d'activitats i el sistema de seguiment i avaluació del programa. També cal valorar la constància documental de la realització del programa.

A continuació, s'expliciten algunes àrees que es recomana incloure en les estratègies d'intervenció del programa de socialització i millora de la convivència per afavorir la inclusió social:

- Existència d'un procés d'ajust i adaptació en el moment d'ingrés en el dispositiu.
- Detecció de problemes en l'àrea de socialització.
- Establiment d'objectius en l'àrea de socialització consensuats amb la persona.
- Potenciació de l'autodeterminació.
- Presa de consciència d'allò que aporten els altres.
- Creació de sentiment de pertinença.
- Reproducció d'espais socials per afavorir l'adquisició d'hàbits.
- Gestió dels conflictes en un entorn socialitzador.
- Recuperació del concepte de ciutadà/ana oferint activitats normalitzades de les quals puguin gaudir com la resta de la població. Exercici dels drets i els deures com a ciutadans/es.
- Planificació del temps d'oci amb l'objectiu de millorar la socialització.
- Activitats d'interacció amb la comunitat, amb el barri, amb les entitats, etc. tant com sigui possible.
- Planificació de la inclusió en l'entorn laboral o formatiu sempre que sigui possible.
- Actitud i competència dels/de les professionals per abordar la socialització.

Algunes d'aquestes estratègies per afavorir la inclusió social es poden concretar en:

- Creació d'espais de debat, grups de millora...
- Espais de reflexió i de crítica.
- Inventari de recursos comunitaris.

- Adquisició de rols socials.
- Participació i responsabilització en tasques pròpies del dia a dia.

La possibilitat de treballar alguns d'aquests aspectes en les LLR, amb regles de convivència noves i amb una gestió dels conflictes adequada, és un potent instrument rehabilitador i d'inclusió social.

## Bones pràctiques en el suport familiar



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
7	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 recuperació i integració de la persona.	80%

S'ha de tenir en compte que les dinàmiques familiars es poden haver vist afectades per l'impacte de la malaltia en la família i, de vegades, per problemes d'addiccions. De fet, en alguns casos, la situació sociofamiliar és a la base de les problemàtiques existents en la persona.



Per aclarir el marc de les relacions familiars o amb les persones de referència, s'aconsella l'existència d'un protocol on 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... 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.
- Distància emocional en les relacions familiars.
- 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.
- Vinculació de la família o el referent en el procés d'atenció.
- Pactes i acords a què s'hagi arribat amb la família o el referent.
- Constància del familiar o el referent social principal.
- Registre de les visites realitzades.
- Risc de claudicació familiar o del referent social principal.

Així mateix, els centres han de disposar d'un programa per potenciar els vincles de la persona resident amb la família. Aquest programa ha d'explicitar de manera clara els objectius, la població a la qual s'adreça, les estratègies d'intervenció, el calendari d'activitats, els recursos assignats, els criteris d'avaluació i els sistemes de registre utilitzats. Aquest programa ha d'estar actualitzat i, com a màxim, s'ha de revisar cada tres anys.

Per formular el programa cal tenir en compte:

1. Necessitats d'informació i assessorament de la família.
2. Educació relacionada amb les necessitats de la persona resident.
3. Mesures de contenció i de suport activades.
4. Valoració del grau de coneixement de la malaltia i de la capacitat cuidadora.
5. Anàlisi de la resistència de la família a acceptar la millora.
6. Informació sobre l'adequació de l'entorn per afavorir l'autonomia.
7. Ajuda en processos de dol i acceptació d'una nova situació. Implicació desitjada en el moment de la mort. Disposicions prèvies. Abordatge de problemes no resoltos que requereixi el suport de l'equip.

El PAI 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 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. Es pot oferir a la família participar en l'elaboració del PAI a fi de facilitar la presa de consciència.

Cal acompanyar la família en l'acceptació de la persona malalta de VIH/sida, amb les seves implicacions en l'àmbit sociofamiliar, fent especial èmfasi en la recuperació de les relacions de confiança intrafamiliar. S'han d'aclarir conceptes i promoure actituds facilitadores pel procés de rehabilitació i reinserció.

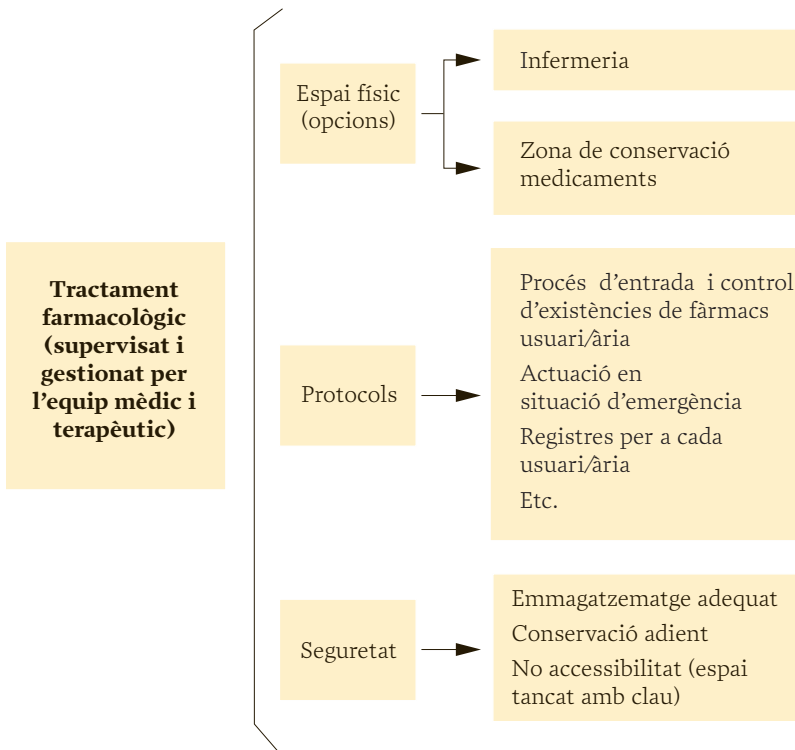
Cal treballar els processos d'acceptació de la malaltia i la desestigmatització del que representa. En el cas de les persones estrangeres, es pot donar la demanda de reactivació del contacte amb la família; en aquestes situacions, els centres han d'oferir tot el suport pertinent.

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

## Bones pràctiques en el tractament farmacològic



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
8A	Tractament farmacològic	El dispositiu té un mecanisme per gestionar la dispensació, la conservació i l'administració de la medicació de manera segura.	90%
8B	Tractament farmacològic	El dispositiu té un sistema de registre de la medicació que ha preparat per a la persona usuària.	90%





El personal del centre, tant de la LLR 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 un ordre mèdica prèvia. En cas de dubte, sempre s'ha de tornar a consultar el/la metge/essa de referència.
- 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.
- 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 (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/a la metge/essa de referència.
- Cal assegurar que la medicació es trobi en condicions adients abans d'administrar-la.

S'aconsella que les LLR i els PS disposin de protocols i d'informació per a la utilització correcta de la medicació. S'han de descriure les interaccions entre medicaments i aliments, així com els fàrmacs no triturables. També s'ha de disposar d'una relació dels efectes secundaris que cal tenir en compte per identificar la necessitat o no de derivar la persona resident als dispositius de salut per al control i el seguiment adequats.

Cal disposar d'un sistema de registre de preparació de la medicació individual per a cada persona usuària, amb constància del nom del medicament, la dosi, la via i la freqüència, així com les recomanacions especials per a l'administració. S'hi ha de deixar constància del nom i la signatura del/de la professional responsable de la preparació. Aquest registre s'ha d'efectuar amb cada grup de medicació preparada (vegeu l'annex 21 " Exemple de registre d'administració de medicació").

El **programa d'autoadministració de la medicació** és fonamental per al foment de l'autonomia. Sempre que sigui possible, és aconsellable que la persona es pugui beneficiar dels tallers de medicació per millorar-ne la competència en el control de la pròpia medicació coneixent les dosis i els noms dels medicaments que pren. L'objectiu és educar cap a l'adherència terapèutica i 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.

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 la persona pot prendre la medicació segons el sistema d'autoadministració. Aquesta és una decisió conjunta entre el/la resident, el/la responsable de la prescripció facultativa i el mateix establiment o el servei d'acolliment residencial, atès que s'han de garantir les mesures de seguretat per a la conservació i la utilització de la medicació adequades.

Cal assegurar que es disposa dels elements estructurals adequats per a la conservació de la medicació. El dispositiu ha de tenir un espai específic per guardar-hi els fàrmacs que garanteixi ventilació suficient i els preservi de temperatures extremes. A més, en el cas de la LLR, cal aplicar les mesures de seguretat adequades per impedir l'accés de les persones usuàries als fàrmacs. L'espai per emmagatzemar-hi la medicació ha de ser tancat amb clau, amb accés restringit només al personal de l'equip. És aconsellable disposar d'una caixa forta dins d'aquest espai per guardar-hi els fàrmacs psicoactius i la metadona. La medicació que requereix conservar la cadena del fred ha d'estar guardada adequadament en nevera sense combinar-la amb aliments. També cal disposar d'un sistema de control de caducitats per assegurar l'estat correcte de la medicació.

En els PS hi ha dues modalitats del programa d'autoadministració:

- Autoadministració total: la persona usuària guarda, prepara i pren tota sola la medicació; el personal del centre només en fa supervisió. D'aquesta modalitat, s'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.

Es recomana que, en les primeres fases del programa, la persona resident mateixa demani la seva medicació als/a les professionals de l'establiment o el servei d'acolliment residencial. Es potencia que el/la resident demani el medicament pel nom, especificant-ne la dosi i si cal tenir en compte alguna indicació.

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 en el dispositiu. El protocol ha d'incloure també

l'actuació davant una demanda urgent de medicació, així com el control de la medicació especial. És aconsellable que contingui els punts següents: fer receptes, comprar la medicació a la farmàcia, recollir antiretrovirals a l'hospital i freqüència de la recollida, control d'existències i eliminació de medicaments, de manera que es detecti ràpidament qualsevol irregularitat.

En l'expedient individual de la persona usuària que participa en el programa d'autoadministració de la medicació cal deixar constància de la data d'inici, la fase en què es troba, la resposta de la persona usuària i la constància de la supervisió realitzada. Es recomana elaborar una fitxa de l'evolució històrica del tractament conservant les diferents prescripcions de medicació fetes al llarg del temps. D'altra banda, cal identificar el grau d'adhesió de la persona al seu tractament, tenint en compte que el tractament del VIH/sida és llarg i crònic.

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

A continuació, es presenten algunes recomanacions que poden ajudar la persona en el procés d'administració i control de la medicació:



- Les persones usuàries que inicien un tractament nou cal que tinguin un seguiment acurat, que s'ha de coordinar amb el centre de salut.
- Prevenció de les malalties oportunistes. Es prevenen de manera primària amb tractament farmacològic quan els CD4 disminueixen d'un llindar determinat i de manera secundària, també amb fàrmacs, després de patir-les. No hi ha mesures clares higienicodietètiques per evitar-les, només defugir el contacte amb cadells, els vegetals crus, etc.
- Prevenció de la infecció/reinfecció i de les malalties de transmissió sexual (MTS): conscienciar sobre l'ús del preservatiu, etc.
- En el moment de l'alta s'ha de garantir la continuïtat de l'assistència. D'una banda, es recomana proporcionar la medicació per a una setmana i supervisar-ne l'autoadministració. De l'altra, cal garantir la visita al centre hospitalari, recordant el dia, l'hora i l'especialista que correspongui.

## Bones pràctiques en l'educació per a la salut



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
10A	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%
10B	Educació per a la salut	Les persones usuàries participen en el programa d'educació per a la salut que inclou prevenció de riscos en aquesta àrea.	80%

El dispositiu fa una valoració de les necessitats de la persona usuària pel que fa 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 la valoració integral inicial.

La valoració de les necessitats educatives implica una valoració de:

1. Què necessita aprendre la persona.
2. Predisposició per a l'aprenentatge.
3. Barreres principals.
4. Mecanismes que afavoreixen aquest aprenentatge.

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

A més de l'abordatge individual, el dispositiu ha de tenir un programa d'educació per a la salut en funció de les necessitats més rellevants de les persones residents de les LLR o dels PS.



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 de la mateixa malaltia.

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.

**Objectius específics:**

- Que les persones usuàries entenguin la seva salut de manera global per poder valorar-ne l'estat anímic des de totes les perspectives.
- Que les persones usuàries adquireixin uns coneixements bàsics en temes de salut per prevenir els riscos derivats de la mateixa malaltia.
- Que les persones usuàries adquireixin i desenvolupin hàbits saludables per a una millora del seu estat biopsicosocial.

**Continguts:**

- El VIH/sida. Explicar en què consisteix la malaltia.
- Prevenció de les infeccions oportunistes.
- El control de l'evolució de la malaltia.<sup>14</sup>
- Seguiment en l'atenció sanitària.
- Confidencialitat.
- Millora de la consciència de la malaltia.
- Ús de la medicació: adherència, resistències, efectes secundaris, com actua, classes, pors freqüents, problemes...
- Adquisició d'hàbits saludables.
- Higiene corporal i salut bucodental.
- Primers auxilis.
- Gestió dels fluids corporals.<sup>15</sup>
- Alimentació i manipulació dels aliments.
- Activitats que afavoreixen la disminució del risc.
- Salut reproductiva. Serveis de planificació familiar.
- Dones embarassades. Formació prenatal bàsica.
- 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.
  - Disminució de riscos.
- Responsabilitat social.
- Educació psicosocial (vegeu l'annex 22 "Habilitats per al desenvolupament integral de la persona" relacionades amb els continguts següents):
  - Capacitat per a la presa de decisions.
  - Habilitat per resoldre problemes.
  - Capacitat per pensar de manera creativa.
  - Capacitat per pensar de manera crítica.
  - Capacitat de comunicar-se de manera efectiva.
  - Capacitat per establir i mantenir relacions interpersonals.
  - Coneixement d'un mateix.
  - Capacitat d'establir empatia.
  - Habilitat per a l'ús de les pròpies emocions.
  - Habilitat per a l'ús de les tensions o l'estrès.

14. Interpretació bàsica dels resultats de la càrrega viral i les seves implicacions.

15. Secrecions vaginals, semen i sang.

**Estratègies d'intervenció:**

Les intervencions han d'anar a càrrec de professionals del dispositiu o bé d'altres entitats prestadores de salut. S'han de fer intervencions de 60 a 90 minuts en forma de xerrada amb col·loqui posterior per aclarir dubtes i fixar millor els continguts de la intervenció, i proposar activitats en les quals es puguin desenvolupar aquests continguts (dinàmiques grupals/individuals...). El programa educatiu pot ser impartit de manera individual o en grup. Per a la intervenció grupal, ha d'existir una planificació acurada de l'espai, la durada, la persona responsable de la conducció i la previsió de les persones que hi participaran.

**Recursos necessaris:**

És necessari un espai ampli i confortable per fer la formació. Hi ha elements audiovisuals que ajuden a millorar la capacitat de comprensió i d'adquisició dels coneixements, com ara la pissarra, el projector de transparències o de diapositives, el vídeo... S'aconseja l'aprovisionament de material escrit de suport, amb la finalitat de poder ajudar a clarificar i recordar a la persona els temes clau tractats.

**Calendari d'activitats:**

Per al millor aprofitament d'aquesta activitat educativa, convé que el programa es divideixi en sis sessions (dues cada mes), de manera que una persona que s'estigui com a mínim tres mesos —temps que hem marcat com un indicador de retenció acceptable— sigui present en totes les sessions. Si el temps d'estada és superior, es repeteixen els conceptes, amb el guany consegüent d'intervenció educativa.

**Avaluació del programa:**

Per a l'avaluació inicial de la persona resident es passa un qüestionari de les seves necessitats en educació per a la salut. Cal fer un qüestionari postprograma per veure el grau d'adquisició de coneixements teòrics. Valoració de cada sessió realitzada per poder veure l'evolució de la persona usuària. Hi ha d'haver temàtiques del programa que són més factibles mitjançant l'observació de les persones usuàries per part dels/de les professionals i el modus operandi de la persona, com es desenvolupa en el seu dia a dia.

Cal deixar constància en l'expedient de la persona usuària de la participació en les sessions. Una altra manera d'avaluar el programa és el grau d'experiència de la persona formadora i la seva capacitat per veure in situ la implicació de cada resident en les sessions: atenció, interès, participació..., que també pot quedar registrada.

A l'annex 23 "Programa educatiu", s'adjunta un model de programa elaborat per l'Associació Antisida de Lleida.

# 11

## Els protocols d'atenció



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
9	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.
- Persona/es que han aprovat/revisat el protocol.
- Coordinador/a 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 disminuir així l'efecte de variabilitat segons el/la professional. Asseguren que la intervenció es fa segons el model definit al centre i les metodologies més efectives.

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

Tot i que els protocols recomanats són molts (vegeu l'annex 24 "Protocols i registres recomanats"), tal com s'indica en la descripció dels indicadors proposats per a l'avaluació externa de la qualitat dels dispositius d'atenció social per a persones afectades pel VIH/sida en els serveis de LLR i PS, el centre, a més dels exigits per la normativa, ha de disposar, com a mínim, dels protocols següents:

1. Funcionament de les activitats diàries desenvolupades en el dispositiu.  
(Vegeu l'annex 25 "Exemple de protocol de funcionament de les activitats diàries")
2. Protocol d'elaboració i seguiment del PAI.
3. Intervencions socioeducatives.
4. Intervencions específiques que, d'acord amb el protocol, es fan abans que arribi l'equip d'intervenció sanitària.
  - En situació de crisi (agitació...).
  - En cas d'emergències (aturada cardiorespiratòria, crisis convulsives, ennuegaments, lipotímies...).
  - Gestió d'incidents (intent de suïcidi, risc social, mesures penals, fugides...).



# 12

## Bones pràctiques en la derivació i la sortida



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%
12	Derivació i sortida del dispositiu	Els/les professionals fan un procés de preparació i suport per a la sortida de la persona del dispositiu.	90%

Com ja hem comentat, les LLR i els PS generalment 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.

Qualsevol persona atesa pot presentar una evolució clínica i social favorable cap a la millora o l'estabilització de la seva situació. Aquest fet pot incidir en els motius que van motivar l'ingrés i es fan necessàries les reavaluacions periòdiques per identificar si la persona ha deixat de mantenir els criteris inicials que van justificar l'ingrés. Quan aquest fet es produeix, els equips han d'activar un procés de preparació per a la sortida de la persona.

El Pla d'atenció i el seguiment interdisciplinari de la persona usuària han de reflectir la necessitat de la preparació de la sortida i les activitats portades a terme. Cal deixar constància dels pactes i els acords en el dossier individual, en un lloc fàcilment identificable perquè puguin ser consultats per la resta de membres de l'equip interdisciplinari.

1. La planificació de les accions s'ha d'efectuar conjuntament amb la persona i ha de constar en el programa d'atenció que es porta a terme.
2. En els casos que sigui possible, s'ha de procurar la implicació de la família o el referent social, i que la persona usuària mateixa aconsegueixi la implicació dels organismes locals, els serveis o els àmbits del seu entorn d'integració social, la qual cosa és un objectiu de canvi personal i d'autonomia en el tractament.

---

### 12.1. Preparació del comiat durant el procés d'estada al centre

Des de la primera entrevista amb la persona usuària que demana ingressar al centre es procura parlar i pactar quin tipus d'evolució i procés vol fer en el recurs. Així, d'alguna manera, ja es fa una primera temporalització de la intervenció i una possible previsió d'alta.

És cert que això depèn molt de la situació individual de cada persona. A vegades, la persona arriba amb un nivell de precarietat pel que fa a la salut o de desestructuració personal i social que impossibilita, d'entrada, plantejar unes línies de temporalització de l'assistència. Això es fa molt palès quan la persona arriba després de viure durant un temps al carrer o quan és derivat d'un hospital per fer una convalescència, però encara té moltes seqüeles d'alguna malaltia oportunista (tant paràlisis físiques com seqüeles psíquiques i cognitives).

En la mesura que la situació de la persona usuària ho permet, i com a part del procés d'elaboració del PAI, s'han d'anar introduint elements i pactes que ajudin la persona a preparar, tot i que sigui a llarg termini, la seva futura marxa del recurs assistencial.

Quan un/a resident proposa la marxa del centre o bé l'equip considera que ja ha assolit els objectius socioeducatius que li permeten preparar una nova etapa (sigui reingrés familiar, cerca de pis propi o compartit, o bé anar a un pis amb suport per seguir el seu procés cap a una major autonomia) s'han de començar a incorporar dins del PAI individualitzat objectius específics que ajudin en aquest procés.

Durant aquesta preparació a l'alta, cal valorar i potenciar els factors següents: possible implicació de familiars o referents afectius i capacitat de suport en l'alta, vinculació amb la xarxa de recursos i serveis socials i sanitaris, possibilitats de fer un procés d'inserció laboral realista i possibilista, estudi de l'autosuficiència econòmica i necessitat de buscar algun tipus de recurs intermedi.

---

### 12.2. Tipus d'alta

#### Diferents tipus de sortides



1. Alta programada.
2. Alta voluntària.
3. Alta per cessament.
4. Alta per derivació.
5. Alta per abandonament.
6. Alta per finalització.
7. Alta per defunció.

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

**1. Alta programada:** és l'alta desitjable com a resultat de la intervenció socioeducativa, sempre que es produeixi una recuperació de la persona. Dins d'aquesta categoria d'alta programada tenim establerts els itineraris següents:

- Sortida cap a la casa familiar.
  - Sortida cap a pis propi, de lloguer o compartit.
  - Sortida cap a pis tutelat (derivació vers una major autonomia).
- a. La preparació de la sortida comença des del mateix moment de l'ingrés, quan es planifica un temps estimat d'estada i quan es detecten factors que cal treballar i assegurar abans de la sortida del recurs.
  - b. La preparació de la sortida s'ha d'efectuar conjuntament amb la persona usuària i, si escau, amb la seva família o els referents socials.
  - c. Cal afavorir la vinculació de la persona amb els dispositius socials i de salut que requereixi després de la sortida; s'aconsella que, com a mínim, faci una visita de seguiment als centres amb els quals ha de tenir una especial vinculació pel seguiment de la seva situació. En el cas dels PS, cal assegurar-se que la persona s'ha vinculat als dispositius de seguiment de salut mental i drogues.
  - d. S'ha de notificar al centre derivador l'alta de la persona usuària i enviar-hi l'informe.
  - e. Cal afavorir els processos de comiat amb la resta de residents com un element motivador.
  - f. La persona usuària recull els objectes personals en presència del/de la responsable d'habitació i de l'educador/a.
  - g. Cal deixar constància de devolució de tots els objectes personals, amb la consulta prèvia al llistat inventariat d'objectes personals en el moment de l'ingrés.
  - h. S'ha de facilitar l'informe d'alta amb indicacions concretes i donar una còpia de cites programades, en cas que n'hi hagi.
  - i. S'ha de proporcionar la medicació de les primeres 24 hores, o 48 en cas de ser cap de setmana.
  - j. Cal coordinar el transport amb la família, si escau.

**2. Alta voluntària:** es produeix quan la persona usuària/resident decideix, de manera unilateral, interrompre el seu procés.

- a. 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 facilitar-li un procés de reflexió i preparar la sortida.
- b. S'ha d'intentar contactar amb la família per notificar 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 en què es requereix procés de contenció, cal garantir la intimitat necessària.

- e. En funció de la situació, s'ha de treballar amb el grup de companys/es els motius pels quals vol sol·licitar l'alta voluntària, intentant mitjançant la dinàmica grupal activar un procés de reflexió dels motius que condueixen a aquesta sol·licitud.
- f. Cal intentar preparar i acompanyar el procés de sortida. Sempre que sigui possible, s'ha de convidar a fer un procés de tancament de l'alta.
- g. S'ha de signar el full d'alta voluntària. Quan la persona no 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 del/de la responsable d'habitació i de l'educador/a.
- 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 una còpia de cites de demanda, en cas d'haver-ne.
- k. S'ha de donar la medicació de les primeres 24 hores, o 48 en cas de ser cap de setmana.
- l. S'ha de coordinar el transport amb la família sempre que sigui possible. Si és necessari, s'ha de facilitar l'import econòmic per poder pagar el transport.
- m. En algunes ocasions es pot suggerir la possibilitat d'una alta provisional per 24 hores, amb la finalitat d'afavorir el procés de reflexió de la persona usuària.
- n. Cal treballar l'impacte que generi la marxa voluntària de la persona usuària en el grup.

**3. Alta per cessament:** es produeix quan l'equip decideix la interrupció del 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.
- c. No és recomanable fer una alta per cessament en una situació de crisi. En cas d'una situació de violència que requereixi una actuació immediata, es recomana una alta temporal fins que l'equip pugui prendre una decisió definitiva.
- d. En casos que es prevegin conseqüències conflictives del cessament, es recomanable enviar un informe a la Delegació Territorial.
- e. Cal informar la família que s'ha de produir un cessament i els motius que el condicionen. S'ha d'indicar quan se li notifica a la persona usuària, amb la finalitat de poder preparar, sempre que sigui possible, el desplaçament al seu lloc de residència habitual. En cas de no tenir família, aquesta informació s'ha d'adreçar als serveis socials i cal notificar la derivació de la persona usuària.
- f. Demanar a la persona usuària que truqui a la família.
- g. Quan es notifica a la persona usuària, és molt important remarcar que hi ha hagut un cessament del tractament, i no de la persona.

- h. Cal lliurar per escrit la notificació dels motius de cessament i arxivar la signatura conforme s'ha rebut.
  - No funcionament del procés de tractament.
  - Acumulació de sancions.
  - Acte violent, agressió greu...
- i. S'ha de tenir establert un protocol d'intervenció davant de situacions de violència.
- j. Si cal, s'ha de facilitar un llistat de recursos (albergs, etc.).
- k. S'ha de comunicar al centre derivant.

**4. Alta per derivació:** es produeix quan la sortida del recurs deriva de causes que no depenen de la voluntat de la persona usuària.

- Derivació a un recurs sanitari: quan l'equip valora que pel deteriorament de l'estat de salut es fa necessària una atenció sanitària de més intensitat, com ara hospitals d'aguts, centres sociosanitaris o altres tipus de dispositius.
  - Derivació a un altre recurs social de la xarxa: l'equip aconsella una derivació cap a un altre servei de la mateixa xarxa per a aquelles persones usuàries que fa molt de temps que són al centre en situació d'estancament personal o de no acceptació del recurs.
- a. S'ha de valorar i decidir amb l'equip interdisciplinari la necessitat de derivació de la persona usuària a un altre recurs de la xarxa per impossibilitat de complir els objectius previstos en el programa.
  - b. Cal dur a terme una coordinació amb el servei al qual es deriva la persona usuària.
  - c. S'han d'explicar a la persona usuària i a la família els motius d'aquest tipus de derivació.
  - d. S'ha de notificar al derivant de la persona usuària a la LLR o el PS.
  - e. Cal lliurar un informe d'alta a la persona usuària incloent-hi recomanacions.
  - f. 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, accions de comiat pels/per les companys/es del grup...).

**5. Alta per abandonament de la persona resident:** es produeix quan la persona usuària decideix deixar el servei. Ho acostuma a fer de manera sobtada i unilateral, normalment sense preavis a l'equip i sense seguir cap dels procediments establerts per deixar el centre.

- a. Cal avisar la família, si l'equip ho considera adient.
- b. Cal avisar el centre derivador de referència, si l'equip ho considera adient.
- c. S'ha de decidir quina medicació i quina documentació s'ha de donar o no a la persona que marxa.

- d. S'han de recollir les pertinences tan aviat com sigui possible.
- e. S'ha de lliurar la documentació d'alta a la família, si escau.

**6. Alta per finalització de l'estada:** es produeix quan no ha estat possible la renovació del contracte per continuar en el recurs.

- a. Cal valorar amb el centre derivant la situació per tal d'assessorar la persona sobre altres recursos de la xarxa als quals pot tenir accés.
- b. S'ha d'explicar a la persona usuària i a la família les opcions de què disposa.
- c. S'ha de lliurar l'informe d'alta a la persona usuària, incloent-hi recomanacions.
- d. S'han de dur a terme 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, accions de comiat pels/per les companys/es del grup...).

**7. Alta per defunció:** es produeix per la mort de la persona usuària en el dispositiu.

- a. Cal notificar-ho al/a la metge/essa de la residència o al 061. En cas de no tenir la signatura del certificat de defunció, cal notificar-ho al jutjat de guàrdia.
- b. En els casos de mort violenta, per suïcidi o per sobredosi, cal notificar-ho al cos policial competent.
- c. S'ha de comunicar a la família, a l'equip, a la resta de persones usuàries, al centre derivant i a l'Administració.
- d. Les pertinences personals s'han de recollir tan aviat com sigui possible.
- e. 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 d'elaboració del dol.
- f. En els casos en què no hi hagi família, s'aconsella establir acords prèviament amb la persona usuària per a la sistemàtica d'actuació en cas de necessitat.
- g. S'han de generar espais d'elaboració del dol amb la resta de residents. Cal establir quan i com comunicar la defunció als/a les companys/es.
- h. S'ha de generar un espai d'elaboració del dol per part dels/de les professionals.
- i. S'ha d'acompanyar al tanatori i a l'enterrament.
- j. Davant una mort no esperada o sobtada, s'aconsella fer una anàlisi de la causa originària per als casos d'esdeveniments sentinella.
  - Identificar què ha passat.
  - Identificar les causes immediates.
  - Identificar les causes subjacents.
  - Accions de millora que derivin de l'anàlisi realitzat.
  - Lliçons apreses per l'equip.

---

### 12.3. Protocol de comiat

És necessari que cada centre elabori un protocol on es recullin els mecanismes que cal seguir en cadascun dels tipus d'alta prèviament esmentats.



Amb la finalitat d'afavorir la continuïtat dels processos d'atenció i els 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 els seus objectius.

Aquest informe ha d'incloure informació social, cognitiva, funcional i medicosanitària, i s'hi ha d'adjuntar el programa d'atenció portat a terme. També cal indicar els suports que ha calgut activar i informació referent a disposicions prèvies o a les voluntats anticipades de la persona. S'aconsella que aquest informe estigui elaborat per l'equip de professionals responsable de l'atenció a la persona.

L'informe esdevé un dret de les persones usuàries, per tant, és imprescindible en els casos d'alta programada i d'alta per derivació a recurs sanitari o a un altre recurs de la mateixa xarxa (vegeu l'annex 26 "Exemples de model d'alta").

Els continguts recomanats per a l'elaboració de l'informe d'alta són:

- Dades personals.
- Centre derivador.
- Data d'ingrés.
- Valoració inicial.
- Objectius plantejats.
- Intervencions realitzades per àrees (clínicopsiquiàtrica, psicològica, relacional i social).
- Estat en el moment de l'alta.
- Medicació en el moment de l'alta.
- 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 tracta



- Cal fer signar les altes a les persones usuàries, independentment del tipus d'alta que sigui.
- També cal elaborar el document en el qual es deixa constància de la devolució de les claus del recurs.
- S'aconsella que en el reglament de règim interior o qualsevol altre tipus de documentació s'indiqui quan i com poden tornar al recurs les persones usuàries després de ser donades d'alta: moments de visita, si cal avis o consentiment previs dels/de les professionals, si hi ha un espai establert per fer-ho...



# 13

## Bones pràctiques respecte a la satisfacció de la persona usuària



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
16	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 ha d'estar elaborat amb una periodicitat mínima anual. 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 LLR o 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 i les reunions periòdiques.

A partir de l'anàlisi de les queixes, les reclamacions i els suggeriments cal elaborar, com a mínim, un informe cada any. Aquest informe ha d'incloure els resultats obtinguts i les propostes de millora.

A l'annex 27 "Tractament de suggeriments i reclamacions", s'adjunten les definicions de suggeriment i de reclamació. Igualment, 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 efectuar la valoració del grau de satisfacció de les persones usuàries mitjançant enquestes:

- Periodicitat semestral en el cas del PS i anual en el cas de la LLR.
- Convé que inclogui les àrees següents:
  - Moment de l'acollida en el recurs.
  - Les instal·lacions.
  - Servei de menjador.
  - Convivència amb els/les companys/es.
  - Relació amb els/les professionals.
  - Informació rebuda.
  - Participació en activitats de formació externes.
  - Participació en activitats de lleure.
  - Atenció psicològica rebuda.
  - Atenció sanitària rebuda.
  - Atenció socioeducativa rebuda.



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

Com a exemple, podeu consultar l'annex 28 "Variables recomanades per a una enquesta de satisfacció" i l'annex 29 "Enquesta de satisfacció de les persones usuàries".

---

### 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/de les clients/es i altres persones externes que hi estiguin relacionades, i a aquests, expressar les seves opinions i rebre'n una resposta completa.

- Cal explicitar el sistema de recepció, seguiment i resolució de suggeriments, queixes i reclamacions.
- És aconsellable l'existència de models estandarditzats de fulls de suggeriments i queixes.

- Cal disposar de:
  - 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 seu torn, ha de garantir que es tramitin degudament: recollida i anàlisi de dades i gestió de les accions que se'n derivin, si és el cas. Aquesta persona ha de tenir la qualificació i l'entrenament suficients per portar a terme la tasca encomanada.

## Bones pràctiques respecte als aspectes ètics i de confidencialitat de la informació



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
17A	Aspectes ètics	El dispositiu té un codi ètic de l'organització.	100%
17B	Aspectes ètics	El centre desenvolupa instruments que ajuden a garantir l'abordatge dels temes ètics en la pràctica diària de l'organització.	90%
18	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. Recull els principis continguts en els codis ètics de cada professió. Entre els aspectes que detalla el codi es poden ressenyar: principis ètics, respecte als valors, ideologia i creences pròpies 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 30 "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/les professionals del centre; de la mateixa manera, ha de ser fàcilment consultable per les persones usuàries i els familiars.

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, dels/de les responsables del centre, del director/a de l'entitat i supervisió externa.
3. Existència de fulls de reclamacions.

4. Accions preventives per evitar l'incompliment d'aspectes ètics.
5. Abordatge dels valors culturals de les persones usuàries.
6. Establir revisions del codi ètic actual per valorar si necessita ser actualitzat.

S'aconsella que l'entitat tingui especificades les accions per preservar els drets de persones que requereixen protecció especial o les orientacions sobre la utilització del document de voluntats anticipades.

Els dispositius han de disposar d'un **protocol de privacitat<sup>16</sup> i confidencialitat<sup>17</sup> de la informació** que faci esment de les accions que ha de portar a terme la institució per intentar complir la normativa vigent i adaptar-s'hi.<sup>18</sup>

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

17. 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.

18. Àmbit normatiu:

- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (BOE 298 de 14/12/1999) edició catalana al suplement núm. 17, de 30/12/1999.
- 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.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303, de 11/01/2001, p. 464 ss. (article 5). Disponible a: <http://civil.udg.edu/normacivil/cat/persona/pf/L2100.htm>
- Carta dels drets i deures dels ciutadans (art. 7.1). 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* (<http://www.gencat.cat/sanitat/portal/cat/ass.pdf>, 15 d'abril de 2002, publicada el 24 de juliol a la web del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya).

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 respecta al tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, especialment del seu honor i de la seva 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, 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/a professional sanitari/a subjecte 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 descrigui els aspectes següents:

- Tractament de la informació, tant en suport documental com en suport informàtic o en altres tipus de suport (fotografies...), especificant-ne el/la 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 dels/de les professionals (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 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 el permís proporcionat per les persones usuàries (amb signatures de consentiment).
- Excepcions al secret professional com, 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/de les membres de l'organització. A l'annex 31 "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, indiquem 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 32 "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/ses i considerats/ades i complir amb els compromisos econòmics establerts.
- A les persones usuàries se les informa dels seus deures verbalment, per escrit o utilitzant ambdós mitjans, segons les directrius de cada entitat.
- A les persones usuàries se les informa dels seus deures en un principi, i més endavant, sempre que resulti necessari.

# 15

## Bones pràctiques en la gestió i la millora de les llars residència i dels pisos amb suport



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
19	Gestió	Els dispositius tenen definida la cartera de serveis que ofereixen a la comunitat.	90%
20	Gestió	El centre té definits els principals processos organitzatius del recurs.	90%
21	Gestió	El personal aplica la metodologia de millora de la qualitat i porta a terme projectes de millora utilitzant la metodologia adient.	75%
22	Gestió	El recurs disposa d'un procés sistemàtic d'avaluació de resultats que inclou l'existència d'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/de les 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:

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. Existència del mapa de processos, amb especificació dels processos estratègics, els processos clau o principals i els processos 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 d'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. La 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 la qualitat de vida individual i social.

Quan un centre es planteja quina és la seva cartera de serveis, això implica iniciar un procés de reflexió, atès que es tracta d'allò que l'identifica davant la societat. Cal revisar, com a mínim una vegada a l'any, si la cartera de serveis dóna resposta a les variacions dels diferents perfils habituals de persones usuàries del servei i a 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 33, 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 s'han d'oferir com a mínim 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.



- Programes de millora de la comunicació i el llenguatge.
- Gestió de suports per afavorir la inclusió social i laboral.
- Gestió de la utilització del temps de lleure.
- Activitats i gestió de les competències socials.

#### **Suport 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 responsable.

#### **Accions per a la millora de la salut**

- Aplicació de mesures preventives i de foment de la salut.
- Coneixement de la malaltia (simptomatologia, efectes secundaris...).
- Adherència als diversos tractaments.
- Control i subministrament de la medicació i altres teràpies amb supervisió.
- Seguiment de pautes i instruccions facultatives.
- Assessorament professional per a l'aprofitament i la gestió del temps de les visites facultatives (saber preguntar, entendre, aclarir dubtes, contenir angoixes...).
- Realització de tallers educatius per al desenvolupament integral de la persona.

### **15.3. Millora de la qualitat al centre**

Es recomana que cada centre defineixi el mapa dels principals processos que configuren el servei (vegeu l'annex 34 "Mapa de processos"). Poden ser de tres tipus:

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

La LLR 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 cicle de millora contínua de la qualitat (PDCA) ajuda

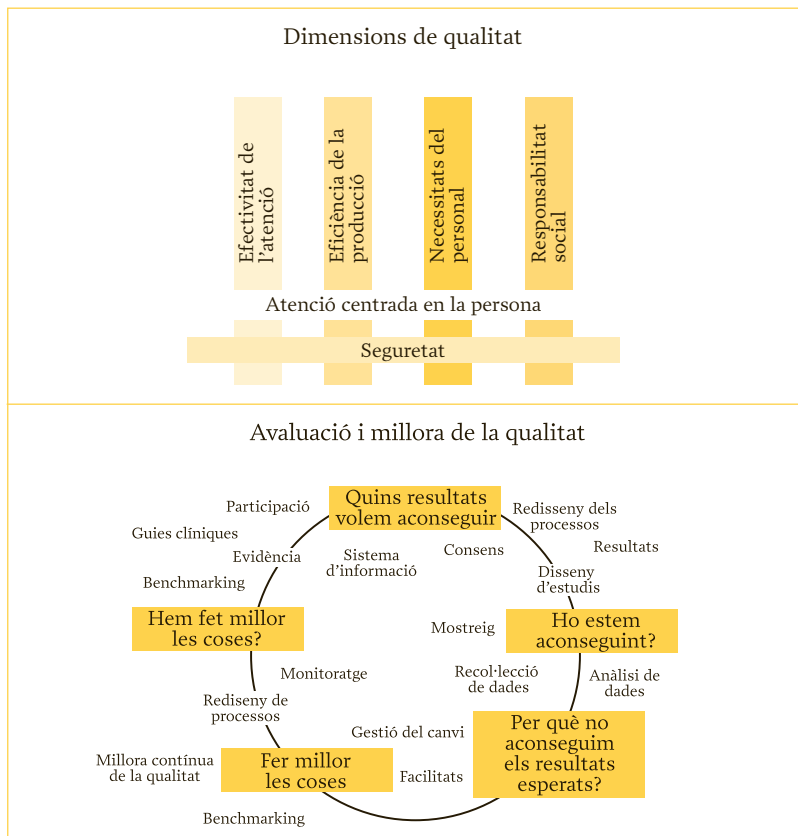
els/les professionals a planificar (P), dur a terme (D), controlar (C) i passar a la pràctica les intervencions de manera ajustada, en funció del que s'ha après de l'anàlisi dels resultats (A).

La LLR i el PS han de tenir un sistema per monitorar els principals indicadors 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.

Igualment, és 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.



A l'annex 35 "Seguiment projecte de millora", s'adjunta una proposta de model per facilitar el seguiment dels projectes i a l'annex 36 "Anàlisi causal" es proporcionen algunes eines metodològiques.

---

#### 15.4. Quadre de comandament d'indicadors de qualitat

Per implementar la metodologia de la millora contínua de la qualitat, cal tenir informació de l'efectivitat i dels resultats dels programes portats a terme. 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.

Aquest fet 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.

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 evitables:** caigudes, errors de medicació, quadres de recaigudes associades a gèrmens oportunistes...
- **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: millora en els ingressos econòmics percebuts, millora en la vinculació laboral, millora en el seguiment de l'atenció de la pròpia salut, millora en la consciència de la malaltia...
- **Esdeveniments sentinella:** 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...
- **Indicadors d'opinió de les persones usuàries i de percepció de la qualitat de vida pròpia.**<sup>19</sup>

Cal deixar-hi constància de l'anàlisi de 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 amb la definició de la fórmula amb detall del numerador, el denominador, la font d'informació, la periodicitat de recollida

---

19. En aquest apartat d'indicadors de valoració de l'opinió del/de la client/a s'aconsella incloure els resultats de l'estudi d'opinió del/de la client/a intern/a de l'organització.

de la informació, el 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. Considerem que esdevenen un element facilitador per iniciar els centres en l'ús dels quadres de comandament d'indicadors de qualitat.

# 16

## Bones pràctiques en la gestió dels recursos humans



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
23A	Recursos humans	El dispositiu té un sistema de gestió d'activitats formatives per als/a les professionals.	80%
23B	Recursos humans	Els/les professionals fan activitats formatives per tal d'actualitzar els seus coneixements i mantenir i millorar la seva competència professional relacionada amb el lloc de treball.	70%
24	Recursos humans	L'organització valora d'una manera periòdica el grau de satisfacció dels/de les treballadors/es per tal d'identificar oportunitats de millora en el recurs.	100%
25	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.	80%



Una de les estratègies per a la millora de la qualitat de vida de la persona resident és crear un bon clima laboral i incrementar el grau de satisfacció dels/de les professionals de l'entitat.<sup>20</sup> Així doncs, les bones pràctiques amb relació al personal esdevenen un tema cabdal. Cal tenir en compte:

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

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

---

## 16.1. L'estabilització de l'equip professional

Els equips que treballen a les llars residència i als pisos amb suport estan formats per diferents professionals. A l'annex 39, s'adjunta el document Funcions proposades per al personal per clarificar les funcions que fa cadascú.

La LLR 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'ofereix 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/de les treballadors/es 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 estabilització dels equips, que resulta adequat per millorar el seguiment i satisfacció de la persona usuària, la continuïtat i la seguretat de l'atenció, l'efectivitat de les intervencions terapèutiques i la satisfacció dels/de les professionals amb l'activitat realitzada.

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.
- Comunicació interna i participació en els processos de presa de decisions, potenciant el sentiment de pertinença al centre, i els objectius fundacionals i estratègics.
- Facilitar la comunicació entre els/les 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/de les professionals de nova incorporació i durant els canvis interns.
- Protocol d'actuació establert per a la sortida de professionals, promovent una finalització òptima i orientant altres entitats per a incorporacions noves.
- Practicar 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.
- Fomentar la contractació indefinida per tal de donar certa seguretat als/a les professionals.

---

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

La satisfacció dels/de les 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 al 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/de les treballadors/es 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 de la persona resident.

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

Les metodologies utilitzades s'han 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 ha 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** del/de les professionals es poden dur a terme les activitats següents:

- Acompanyar durant els processos de canvi i ser accessibles per als/a les treballadors/es.
- Conèixer la dinàmica de treball dels diferents torns.
- Practicar l'escolta activa amb els/les professionals.
- Avaluar la competència dels/de les professionals amb un enfocament de millora de l'actuació i del clima de treball.
- Millorar la retenció i arribar a convertir-se en centres magnètics per als/a les professionals del sector.
- Tenir cura de l'entorn laboral dels/de 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/de les diferents membres de l'equip de treball de l'establiment o servei d'acolliment residencial.
- Promoure un enfocament proactiu en la resolució de problemes i cercar les oportunitats de millora.
- Facilitar la comunicació entre els/les diferents membres de l'equip, tant d'atenció directa com indirecta.
- Fomentar la creativitat dels/de 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/de les professionals. El/la professional ha de posseir les actituds necessàries per treballar interdisciplinàriament. Cal promoure una visió integradora i 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, el compliment de l'ordre del dia, les aportacions i el seguiment de l'aplicació de les decisions preses.

### 16.3. La formació continuada i la gestió del coneixement



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/de les professionals, augmenta l'ocupacionalitat, fomenta la revisió periòdica d'allò que es fa i per què es fa i promou les relacions amb altres centres i institucions.

Els/les professionals del 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. A més, des dels equips, cal dissenyar projectes i programes d'intervenció innovadors.

És un deure del/de la professional, amb el suport de l'entitat en la qual treballa, participar en accions de formació contínua, perquè els seus coneixements no quedin obsolets en perjudici propi i dels altres.

Es recomana que el centre disposi d'un sistema de gestió sostenible d'activitats formatives per al personal que tingui en compte tots els/les professionals del dispositiu, tant 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 hi participi l'equip interdisciplinari. D'aquesta manera, es facilita considerar les diferents propostes de cadascuna de les àrees professionals implicades. Cal tenir presents les necessitats prèviament definides i consensuades a 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 actuals com de desenvolupament 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.
- Realitzar una **assignació pressupostària** destinada a 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/de les professionals que es troben de servei, per tant, s'ha de preveure que es garanteixi el servei i no se sobrecarregui la resta de personal.
- 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 realitzada 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 realitzada, i deixar 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 de 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 de:

- 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/de les professionals sobre les activitats formatives que cursen.

## Coordinació amb altres sectors i entitats



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
26A	Coordinació	El dispositiu té definit el sistema de coordinació amb les diferents entitats i els organismes socials per millorar la continuïtat de l'atenció i la gestió dels suports que la persona requereix.	90%
26B	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, com ara els departaments d'Acció Social i Ciutadania, Justícia i Treball, els serveis socials d'atenció primària, els equips d'atenció a la infància i a l'adolescència, i altres entitats i professionals del sector. Tot això ajuda a garantir una millora en l'atenció integral a la persona usuària i optimitza la utilització dels recursos disponibles.

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

1. Servei de rehabilitació comunitària.
2. Serveis socials de referència (EBASP).
3. Recursos d'àmbit social o comunitari de l'Administració pública.
4. Centres cívics o municipals.
5. Centres ocupacionals i centres especials de treball.
6. Altres centres residencials.

Davant la diversitat de problemàtiques que afecten les persones ateses i la visió dels recursos com un pas dins del seu itinerari personal, es fa imprescindible la coordinació amb diversos sectors i entitats de salut que, així mateix, cal tenir definits:

1. Hospital de referència per al tractament i el seguiment del pacient de VIH/sida.
2. Serveis de medicina interna, hepatologia, neurologia, infeccions, etc.
3. Atenció primària de salut (APS).
4. Centres de salut mental d'adults (CSMA).
5. Centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS).
6. Programa d'atenció a la dona.
7. Altres

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

- 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.
- Llistat de persones de referència, telèfons de contacte, adreça electrònica o de correu, càrrec 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, fan necessari un nivell de col·laboració i coordinació adequat amb la xarxa de serveis socials i els organismes competents en matèria jurídica del Departament de Justícia (jutjat, serveis penitenciaris, mesures alternatives...). L'expedient d'atenció de cada persona usuària ha de tenir les dades dels centres i els/les professionals amb què 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 38 "Fitxa de recursos comunitaris").

## Entorn de l'atenció. Les infraestructures



Núm.	Àrea rellevant	Criteri	Estàndard
27A	Infraestructures	El dispositiu té unes instal·lacions adequades als objectius del programa.	90%
27B	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:

- 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 núm. 878 de 17/08/1987).
- 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 28/04/1995).

I altres no tan directament relacionades són:

- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 2237 de 31/07/1996).
- Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 3148 de 26/05/2000).

Les instal·lacions resulten confortables i segures si:

- El centre disposa dels 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. Hi ha Pla d'autoprotecció i Pla de riscos laborals.
- 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'emergència (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 controls d'aigües servides com de sanejament.
- Hi ha un sistema de control per a les persones usuàries.
- Hi ha una senyalització mínima.
- Hi ha rètols de les habitacions.
- Hi ha una temperatura òptima a l'hivern (uns 22 °C de màxima durant el dia i uns 16 a la nit).

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



### 1) Espais preacollida

- Són espais que poden ser diferenciats del centre residencial. Acullen els processos de recepció, avaluació, admissió i derivació de la persona atesa.
- Han de ser de localització fàcil i accessibles amb transport públic.
- Han de gaudir d'accessibilitat sense barreres arquitectòniques des del carrer i han de complir els drets dels/de les treballadors/es i les persones usuàries pel que fa a 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 senyalització correcta per a una fàcil localització per part de residents i familiars.
- Hi ha sistemes de transport públic per accedir al recurs: trens, autobusos, o transport privat que ofereixi 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.
- Hi ha calefacció central o sectoritzada; l'aire condicionat és opcional.

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

**b. Banys:**

- 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. Alguns d'aquests espais són:

- Farmaciola.
- Infermeria i medicina.
- Psicologia.
- Reunions amb familiars per a teràpia, si és possible.
- Sala de visites.
- 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:

- 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 la confortabilitat de les instal·lacions:

1. L'equipament i el mobiliari estan en bon estat de funcionament i no han de suposar cap risc per 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 als/a les 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.
9. Els espais són dignes i acollidors.

En els processos de millora de la convivència és bàsica la participació i la col·laboració de la persona resident en les activitats comunes de manteniment i millora de l'establiment. 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 LLR 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/les residents tinguin cura dels espais comunitaris que ocupen habitualment per tal 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/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/les residents i s'hi han d'especificar les activitats concretes i els dies i els horaris de realització 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, la persona responsable de portar-la a terme, els suports que cal activar, els productes que s'han d'utilitzar i les observacions.



---

### **18.3. Seguretat a la llar residència i al pis amb suport 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/es 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.<sup>21</sup>
  - 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.
  - 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 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 de 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.

---

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

---

## Bibliografia

- Agència de Salut Pública de Barcelona. *Document Base del Servei de Recursos Assistencials per a persones amb VIH/sida a Catalunya*. Barcelona, juny de 2006.
- Cardona Igualen, 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.
- Codi ètic de les associacions de Barcelona. <<http://www.bcn.es/cmab/pdf/codietic.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.
- Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de regulació del Sistema català de serveis socials.
- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials.
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l’atenció sanitària*. 2002. <<http://www.gencat.net/salut/depasan/units/sanitat/pdf/ass.pdf>>.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. *La infecció pel virus de la Immunodeficiència Humana (HIV) en el medi sanitari*. Barcelona, 1998.
- 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.
- Escala Lawton. <<http://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp>>.
- Generalitat de Catalunya, ACC1Ó: Competitivitat per l’empresa. <<http://www.acc10.cat/ACC10/cat/talent-coneixement/publicacions/eines-innovacio-internacionalitzacio/diagrama-flux.jsp>>.
- ICASS. *Indicadors d’avaluació de qualitat per a residències per a persones amb disminució física*. Barcelona, 1999.

- ICASS. *Promoció de la participació d'usuaris i ciutadans en els serveis de l'ICASS*. Barcelona, març de 2006.
- ICASS. *Servei de Recursos Assistencials per a persones amb VIH/sida a Catalunya*. Barcelona, març de 2006.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre el dret d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica.
- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. BOE núm. 298, de 14/12/1999, edició catalana al suplement núm. 17, de 30/12/1999. <[http://www.apdcat.net/lListaNormB.php?cat\\_id=27](http://www.apdcat.net/lListaNormB.php?cat_id=27)>.
- OMS i FAO. *Aprender a vivir con el VIH/sida*. <<http://www.fao.org/DO-CREP/006/Y4168S/y4168s09.htm>>.
- 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.
- Schalock, R.; Verdugo, M. A. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- Schalock, R. *Jornades de la qualitat de vida en els serveis socials*. Barcelona: ICASS, 2006.
- 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.
- Verdugo, M. A. (dir.). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú, 2006.
- Verdugo, M. A.; Árias, B.; Gómez, L. E. i Schalock, R. *Manual de l'avaluador de l'escala Gencat*. Manuscrit sense publicar. Salamanca: Universitat de Salamanca, 2007.
- Verdugo, M. A.; Schalock, R. L.; Gómez, L. E. i Árias, B. (en premsa). *Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT*. Siglo Cero.

---

## Annexos



## Annex 1. Suports per a la millora de la qualitat de vida<sup>22</sup>



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

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

---

## Annex 2. Circuit d'accés



El circuit d'entrada als recursos està coordinat i controlat pels/per les professionals del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya. Cada delegació territorial té un referent de l'ICASS com a responsable final dels canals d'accés de les persones als diversos centres.

### **El circuit d'accés és el següent:**

- L'inici del procés és la voluntat i la necessitat de la persona que sol·licita ser atesa.
- La persona usuària ha de posar-se en contacte amb algun/a professional de referència per poder iniciar i tramitar l'accés al servei, concretament, mitjançant un/a treballador/a social de la xarxa primària (Ajuntament, CAP Salut, Consell Comarcal) o bé de serveis socials especialitzats (hospitals, albergs, Càritas, Creu Roja, associacions socials...).
- El/la treballador/a social envia un full de sol·licitud d'admissió al recurs assistencial al/a la responsable de la delegació territorial del Departament d'Acció Social i Ciutadania que correspongui.
- El/la responsable de la delegació corresponent fa una valoració preliminar i orientativa amb les dades bàsiques recollides en el full de sol·licitud d'admissió i envia aquesta sol·licitud al recurs que inicialment sembla el més adequat.
- Quan la sol·licitud arriba al centre, el/la professional encarregat/ada d'admissions es posa en contacte amb el/la treballador/a social de referència de la persona sol·licitant. Es demana l'enviament directe al centre de tota la documentació necessària.
- Amb tota la documentació rebuda (si no hi ha una incompatibilitat evident), es concerta i celebra una entrevista entre la persona sol·licitant i la persona responsable del recurs.
- Amb els informes i l'entrevista, l'equip del centre determina l'acceptació o no de la persona sol·licitant com a usuària del recurs. Aquesta resolució s'ha de comunicar directament tant al/a la treballador/a social de referència com al/a la responsable de la delegació territorial.
- En cas de rebuig, la resolució s'ha de justificar sòlidament fent referència als criteris d'admissió establerts pel servei de recursos assistencials per a persones amb VIH/sida.
- Si s'accepta la sol·licitud, la persona responsable del centre fa un certificat on es recullen els barems aplicats per justificar la classificació de la persona usuària com a candidata al recurs específic. Els diferents paràmetres determinen si la persona és idònia per a pis amb suport, llar residència o residència. Aquest certificat de classificació s'envia a la delegació corresponent.



- El/la responsable de la delegació territorial del Departament d'Acció Social i Ciutadania és qui revisa i dóna el vist i plau als certificats de classificació. D'aquesta manera, tanca i valida el procés de preingrés.
- Finalment, quan la persona és acceptada i ja s'ha determinat el recurs idoni, si hi ha plaça disponible, ingressa directament al centre; si no, va a un recurs de la mateixa categoria que tingui plaça o es posa en llista d'espera.
- Cal tenir present que tots els ingressos i totes les altes són comunicats a l'ICASS.

## Annex 3. Full de sol·licitud d'admissió



### DADES DEL/DE LA TREBALLADOR/A SOCIAL

Cognoms i nom

Lloc de treball

Núm. de col·legiat/ada

Telèfon

### DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

Cognoms i nom

DNI

Sexe

Estat civil

Adreça

Població

Telèfon

Data de naixement

Lloc de naixement

Ingressos econòmics

### MOTIU DE LA SOL·LICITUD

### NIVELL D'AUTONOMIA

### TRACTAMENTS QUE SEGUEIX

ANTIRETROVIRAL

DROGOADDICCIÓ

PSIQUIÀTRIC

**Nota: és imprescindible emplenar totes les dades.**


---

## Annex 4. Full de requeriment de documentació

- **Fotocòpia del DNI**
- **Fotocòpia de la cartilla de la seguretat social**
- **Informe social**
  - Dades del/de la treballador/a social.
  - Dades de la persona sol·licitant.
  - Familiar o persona de referència.
  - Genograma.
  - Cobertura sanitària.
  - Nivell d'estudis.
  - Aspectes laborals.
  - Aspectes econòmics.
  - Situació judicial.
  - Habitatge, convivència i nivell de relació (últim any).
  - Antecedents de consum de drogues.
  - Nivell d'autonomia personal: físic i psíquicoemocional.
  - Nivell d'habilitats socials.
  - Aspectes mentals: deteriorament cognitiu i altres psicopatologies.
  - Diagnòstic.
- **Informe mèdic actualitzat**
  - Diagnòstic.
  - Tractament.
  - Última alta hospitalària.
  - Última analítica.
- **Informe psiquiàtric (si pren medicació psiquiàtrica)**
  - Diagnòstic.
  - Tractament.
- **Informe de toxicomanies**
  - Programa de tractament.
  - Temps d'abstinència.
  - Si pren metadona, dosi pautaada.
  - Altres medicacions receptades.

## Annex 5. Model de contracte assistencial<sup>23</sup>



### **(Considerant el que disposa l'article 18.7 del Decret 284/96, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials.)**

D'una part, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, com a representant de l'entitat \_\_\_\_\_, la qual es compromet a prestar un servei d'acollida, suport i seguiment en aquest recurs i en les condicions establertes per aquest contracte.

De l'altra part, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, amb domicili a C/Pl. \_\_\_\_\_, població \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_, província \_\_\_\_\_ i telèfon \_\_\_\_\_, en qualitat d'usuari/ària, o tutor/a legal, si escau, sol·licita voluntàriament l'ingrés i MANIFESTA EL COMPROMÍS de complir les condicions d'aquest contracte, que declara conèixer:

### **PACTES**

#### **Prestació del servei**

1. L'assistència prestada consisteix en una intervenció especialitzada a través del recurs indicat i que disposa dels serveis següents: acollida i convivència, allotjament i manutenció, bugaderia i repàs de roba, suport social, cura de l'aspecte físic i del vestit, higiene, programes d'activitats, programes adreçats al manteniment de l'autonomia, atenció sanitària i atenció familiar.

#### **Règim de preus i aportació de la persona usuària**

2. L'aportació de la persona usuària queda establerta pel Decret 394/1996, de 12 de desembre. L'import s'ha de determinar en funció dels ingressos reals i es compromet a aportar-ne el .....%. El pagament s'ha de fer un mes per endavant, del dia 1 al 10 de cada mes.

<sup>23</sup>. Model utilitzat per Llars Sant Martí.

### **Despeses personals**

3. Són a càrrec de la persona usuària o el familiar responsable les despeses pròpiament personals, és a dir: efectes personals, farmàcia, desplaçaments, tabac, transport, etc. En el cas de cursets o activitats lúdiques, es pacta un percentatge que ha de pagar l'entitat. Dels ingressos propis de la persona usuària, com a mínim ..... euros es destinen a aquestes despeses.

### **Liquidació**

4. En finalitzar amb caràcter definitiu les estades de les persones usuàries, se'ls fa la liquidació en funció del temps real que hagin estat ingressats, però les persones ateses han d'anunciar la baixa amb un preavís de 15 dies. En cas contrari, en fer la liquidació es pot cobrar fins a un màxim de 15 dies com a compensació. En cas de cessament del servei per incompliment del reglament de règim interior, es pot cobrar fins a un màxim de 15 dies. Quan la liquidació sigui a favor de la persona usuària, l'entitat disposa de 90 dies per fer-ne la devolució.

### **Absències**

5. En cas d'absències voluntàries no superiors a 50 dies anuals, s'ha de reservar la plaça, però es pot cobrar el preu de l'estada deduïnt-ne el cost de l'alimentació (20%). En cas d'absències forçoses transitòries, s'ha de reservar la plaça, però també es pot cobrar el preu de l'estada deduïnt-ne el cost de l'alimentació.

### **Reglament de règim interior**

6. D'acord amb la normativa vigent, el centre es regeix per un reglament de règim interior que la persona usuària coneix i es compromet a respectar. Juntament amb aquest contracte, se'n facilita una còpia.

### **Vigència i rescissió del contracte**

7. El contracte entra en vigor des del dia de la seva signatura i finalitza per les causes previstes al reglament de règim interior.

I perquè consti la plena eficàcia d'aquest contracte i en garantia del seu compliment, el signen a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Per part de la persona  
o el familiar responsable

Per part de l'entitat

## Annex 6. Graella d'anàlisi de la situació social



Nom: \_\_\_\_\_

Edat: \_\_\_\_\_

Lloc de naixement: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Professional derivador/a: \_\_\_\_\_

Data de la sol·licitud: \_\_\_\_\_

### Habitatge

- 0- Pis propi
- 2- Pis de lloguer
- 4- Habitació llogada/pensió
- 4- Institucionalitzat
- 10- Carrer

### Situació econòmica

- 0- Nòmina per treball
- 2- Pensió contr.: baixa SS, atur, invalidesa...
- 6- PNC/excarceració
- 8- Cap ingrès (pendent de gestions)
- 10- Cap ingrès (sense possibilitats de cobrar res)

### Legal

- 0- Documentat
- 4- Pendent de documentació
- 8- Sense papers

### Seguiment sanitari

- 0- Té hospital de referència i fa seguiment d'analítiques i visites
- 6- Té hospital de referència, però no fa un seguiment constant i correcte
- 10- No té hospital de referència i no fa cap tipus de seguiment

### Addicció

- 0- Abstinència durant més d'un any
- 2- En tractament prescrit medicament (PMM)
- 4- Abús de substàncies de manera esporàdica (heroïna, cocaïna, BZD o cànnabis)
- 6- Consum actiu —pràcticament diari— d'heroïna, cocaïna, BZD o cànnabis

### Puntuació. Escala sobre 60 punts

- De 0 a 60: No té problemes d'exclusió greus
- Més de 60: Exclusió severa/alta vulnerabilitat

### Família

- 0- Té família i bona relació
- 6- Té família, però sense relació
- 6- No té família, però sí referent
- 10- No té ningú

### Estudis

- 0- Té algun tipus d'estudi
- 2- Cap estudi, però no és analfabet
- 6- Analfabet

### Judicial

- 0- Sense causes pendents
- 4- Pendent de compliment
- 6- En compliment

# A 7

## Annex 7. Escala Lawton<sup>24</sup>

### *Escala de Lawton i Brody d'activitats instrumentals de la vida diària*

- La informació s'ha d'obtenir d'un/a cuidador/a fidedigne/a.
- La dependència màxima està marcada per l'obtenció de 0 punts, mentre que 8 punts expressen una independència total.
- Aquesta escala resulta més útil amb les dones, ja que molts homes mai no han fet algunes de les activitats que s'avaluen.

#### **Capacitat per fer servir el telèfon:**

- Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia.
- És capaç de marcar bé alguns números familiars.
- És capaç de contestar el telèfon, però no de marcar.
- No és capaç de fer servir el telèfon.

#### **Fer compres:**

- Fa totes les compres necessàries de manera independent.
- Fa petites compres de manera independent.
- Necessita anar acompanyat/ada per fer qualsevol compra.
- És totalment incapaç de comprar.

#### **Preparació del menjar:**

- Organitza, prepara i serveix adequadament els àpats tot/a sol/a.
- Prepara adequadament els àpats si se li proporcionen els ingredients.
- Prepara, escalfa i serveix els àpats, però no segueix cap dieta adequada.
- Necessita que li preparin i serveixin els àpats.

#### **Cura de la casa:**

- Manté la casa sol/a o amb ajut ocasional (per a feines pesades).
- Fa tasques lleugeres, com ara rentar plats o fer llits.
- Fa tasques lleugeres, però no pot mantenir un nivell de neteja adequat.
- Necessita ajut en totes les feines de la casa.
- No participa en cap feina de la casa.

#### **Rentat de la roba:**

- Renta tot/a sol/a tota la seva roba.
- Renta tot/a sol/a peces de roba petites.
- Tota la roba l'ha de rentar una altra persona.

24. Escala Lawton. <<http://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp>>.

**Ús de mitjans de transport:**

- Viatja sol/a en transport públic o condueix el seu cotxe.
- És capaç d'agafar un taxi, però no utilitza cap altre mitjà de transport.
- Viatja en transport públic quan l'acompanya una altra persona.
- Només utilitza el taxi o l'automòbil amb l'ajut d'altres persones.
- No viatja.

**Responsabilitat respecte a la medicació:**

- És capaç de prendre la medicació a l'hora i amb la dosi correcta.
- Pren la medicació si se li prepara la dosi prèviament.
- No és capaç d'administrar-se la medicació.

**Maneig dels assumptes econòmics:**

- S'encarrega dels seus assumptes econòmics tot/a sol/a.
- Fa les compres de cada dia, però necessita ajut en les compres grans, els bancs...
- És incapaç de fer servir els diners.



# A 8

## Annex 8. Barems de selecció dels recursos assistencials per a persones amb VIH/sida

### • DADES DEL/DE LA SOL·LICITANT

Nom:	Cognoms:	
Data naixement:	Edat:	DNI/NIE:
Data del barem:	Entitat/persona que passa el barem:	

### • ÀREES DEL BAREM

#### 1. Àrea d'intervenció de salut:

##### • Salut general

##### **Adherència al tractament**

L'adhesió al tractament antiretroviral (ARV) es basa en tres capacitats:

- La **gestió** de la medicació: comprèn la necessitat de tenir sempre medicació, sap on adquirir-la, com gestionar les receptes, preveure quan s'acabarà, etc.
- El **control** de la medicació: la persona coneix la necessitat d'una bona conservació dels medicaments, és conscient de les dates de caducitat dels fàrmacs i on els emmagatzema, etc.
- La **presa** de la medicació: coneix la necessitat de seguir unes pautes horàries fixes en les preses, així com les interaccions que es poden desenvolupar entre els fàrmacs si no es prenen d'una determinada manera (amb menjar, sense menjar, abans o després...), etc.

En funció, doncs, d'aquestes capacitats es pot fer un barem de l'ítem:

0	És perfectament autònom/a en la gestió, el control i la presa dels ARV.	<input type="checkbox"/>
1	Tot i ser conscient de la necessitat de gestió, control i presa dels ARV necessita supervisions específiques i de caràcter puntual.	<input type="checkbox"/>
2	Li cal un seguiment periòdic en la gestió, el control i la presa dels ARV.	<input type="checkbox"/>
3	Li cal un seguiment estricte en la presa dels ARV i una supervisió freqüent i constant en la seva gestió i el seu control.	<input type="checkbox"/>
4	Control, gestió i administració externa dels ARV.	<input type="checkbox"/>

### Seguiment mèdic

El seguiment mèdic del VIH/sida es basa en tres capacitats, en funció de les quals es pot fer el barem de l'ítem:

- La capacitat de planificació dels controls (analítics) i de les visites mèdiques.
- La capacitat d'assistir sol/a als controls i a les visites mèdiques.
- La capacitat d'interpretar els controls i les visites mèdiques i de comunicar al/a la terapeuta corresponent problemes, dubtes, etc.

0	És autònom/a per tenir cura de la seva salut.	<input type="checkbox"/>
1	És capaç de planificar, assistir i comprendre els controls i les visites mèdiques, però li cal una supervisió lleu (p. ex., un recordatori previ).	<input type="checkbox"/>
2	Li costa planificar els controls i les visites, però sí que hi pot assistir i interpretar-los. Li cal una supervisió periòdica.	<input type="checkbox"/>
3	Té moltes dificultats per planificar, assistir i interpretar els controls i les visites mèdiques tot/a sol/a. Li cal acompanyament i supervisió freqüents.	<input type="checkbox"/>
4	És incapaç de planificar, assistir i interpretar els controls i les visites mèdiques. Li cal una supervisió global.	<input type="checkbox"/>

### Salut emocional davant la malaltia

Les persones infectades pel VIH són considerades malaltes cròniques que han d'afrontar una sèrie de canvis vitals amb característiques pròpies de la infecció: malaltia transmissible, tractament mèdic crònic i potencialment tòxic, possible estigmatització i canvis en les pràctiques sexuals. Tenen una alta vulnerabilitat a patir problemes emocionals.

Els moments d'especial vulnerabilitat psicològica en l'evolució de la infecció pel VIH són: el diagnòstic de seropositivitat, l'inici de tractament antiretroviral, l'aparició de símptomes físics o de discapacitat, el desenvolupament de la sida i la malaltia terminal, la comunicació de la seropositivitat a altres persones, l'adherència al tractament antiretroviral, el manteniment d'una vida saludable, la reestructuració de la vida, els dols i els problemes en la sexualitat. Els trastorns més habituals són els depressius, amb una taxa del 50%, i que afecten l'autonomia en diferents graus.

0	Accepta la malaltia.	<input type="checkbox"/>
1	Símptomes lleus de baixa intensitat: ànim depressiu, pèrdua d'interès i de la capacitat de gaudir i augment de la fatiga (són els més habituals; almenys han d'aparèixer dos d'aquests símptomes). No s'arriba a perdre l'autonomia. Necessitat de suport emocional.	<input type="checkbox"/>
2	Moderat: major intensitat dels símptomes; almenys s'han de presentar dos dels símptomes del punt 1 i, a més, tres o quatre dels següents: pèrdua de la reactivitat emocional a circumstàncies ambientals plaents, aixecar-se dos o més hores abans del que és habitual, empitjorament de l'humor depressiu al matí, presència objectiva d'inhibició o agitació	<input type="checkbox"/>

psicomotriu, pèrdua de la gana, pèrdua de pes, pèrdua de la libido. Afecta l'autonomia: dificultats per desenvolupar les activitats socials, laborals i domèstiques. Necessitat de supervisió, teràpia i seguiment psiquiàtric.

- 3 Greu: ha de complir amb els criteris del punt 2 i, a més, manifesta angoixa o agitació psicomotriu (fa els moviments d'una manera desorganitzada, sense objectius: ràpida successió de moviments, gestos i impulsos). Hi ha un potencial agressiu per a un mateix o per als altres, o bé al contrari: inhibició psicomotriu (defecte en l'energia necessària per posar en marxa els moviments). A la persona li costa treballar, moure's, caminar, parlar... Això sol anar acompanyat d'una dificultat en l'expressivitat del llenguatge i dels gestos. Pèrdua de l'autoestima, importants sentiments de culpa i risc de suïcidi. Pèrdua de l'autonomia. Derivació a salut mental.
- 4 Molt greu: compleix amb el punt 3 i, a més, presenta símptomes psicòtics: idees delirants, al·lucinacions o estupor depressiu (falta absoluta de moviment associat a la falta de llenguatge, sense que hi hagi alteració de la consciència). Pèrdua d'autonomia. Derivació a salut mental.

#### • Salut mental

- 0 No té cap problema, no pren medicació.
- 1 No té diagnòstic de malaltia mental, pren medicació, però requereix seguiment amb professionals de salut mental.
- 2 No té diagnòstic de malaltia mental, pren medicació relacionada prescrita per altres professionals (metge de capçalera, serveis especialitzats en toxícomanies...) i necessita supervisió per prendre-la de manera correcta.
- 3 Té un diagnòstic de malaltia mental, segueix tractament farmacològic i necessita ajuda per administrar-lo correctament.
- 4 Té un diagnòstic de malaltia mental, segueix tractament farmacològic i necessita suport total per a la seva administració.

#### • Drogodependències

- 0 No té cap addicció. No pren cap tipus de medicació.
- 1 Ha tingut un procés addictiu, ha acabat un tractament satisfactoriament i es manté abstinent.
- 2 Segueix tractament, es troba en una fase avançada d'aquest tractament i únicament necessita supervisió per realitzar-lo correctament.
- 3 Segueix tractament, està en una fase mitjana del tractament i necessita ajuda per a la seva administració.
- 4 Segueix tractament i visites periòdiques, i necessita suport total per a l'administració del tractament.

## 2. Àrea de les activitats de la vida diària:

### • Cura personal

#### Vestit

0 Autònom/a.	<input type="checkbox"/>
1 Necessita suport verbal i gestual i supervisió ocasional.	<input type="checkbox"/>
2 Necessita supervisió diària.	<input type="checkbox"/>
3 Necessita ajuda freqüent. Col·labora poc.	<input type="checkbox"/>
4 Necessita ajuda permanent. No col·labora. Passiu/iva.	<input type="checkbox"/>

#### Higiene

0 Autònom/a.	<input type="checkbox"/>
1 Necessita suport verbal i gestual i supervisió ocasional.	<input type="checkbox"/>
2 Necessita supervisió diària.	<input type="checkbox"/>
3 Necessita ajuda freqüent. Col·labora poc.	<input type="checkbox"/>
4 Necessita ajuda permanent. No col·labora. Passiu/iva.	<input type="checkbox"/>

#### Alimentació

0 Autònom/a.	<input type="checkbox"/>
1 Necessita suport verbal i ajuda ocasional o lleu.	<input type="checkbox"/>
2 Necessita ajuda gestual intermitent o moderada.	<input type="checkbox"/>
3 Se li ha d'administrar. Passiu/iva.	<input type="checkbox"/>
4 Necessita sonda nasogàstrica. Via parenteral. Alimentació assistida.	<input type="checkbox"/>

#### Control i higiene esfinteriana

##### Des del punt de vista físic:

0 Té control total.	<input type="checkbox"/>
1 Incontinència fecal esporàdica i/o urinària nocturna/diürna.	<input type="checkbox"/>
2 Incontinència fecal i/o urinària freqüent nocturna/diürna.	<input type="checkbox"/>
3 Incontinència urinària permanent. Sonda.	<input type="checkbox"/>
4 Incontinència urinària i fecal permanent.	<input type="checkbox"/>

### Hàbits d'higiene:

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 0 | Autònom/a.                 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Necessita suport verbal.   | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Necessita ajuda ocasional. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Necessita ajuda freqüent.  | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Necessita ajuda permanent. | <input type="checkbox"/> |

### Transferències i mobilitzacions

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | Autònom/a.   | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Té autonomia de moviments, però requereix ajuda per a alguna activitat.  | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Pot sostenir-se dempeus i caminar, però necessita ajuda per aixecar-se.  | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Necessita ajuda d'una persona per fer transferències, col·labora.  | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Necessitat absoluta d'ajuda per a transferències i higiene personal.<br>Calen ajudes de suport tècnic. Passiu/iva. | <input type="checkbox"/> |

### • Vida a la llar

#### Capacitat i organització domèstica

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 0 | Autònom/a.                                  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Necessita suport verbal.                    | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Necessita suport ocasional.                 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Necessita suport freqüent, però col·labora. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Necessita suport permanent. Passiu/iva.     | <input type="checkbox"/> |

#### Compres

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | Té capacitat per preparar un llistat d'elements necessaris i comprar-los.                      | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Pot fer compres, però necessita que li indiquin els elements que cal adquirir.                 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Pot fer compres, però necessita que li marquin els establiments on ha d'anar.                  | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Pot fer compres, però sempre amb ajuda verbal i gestual.                                       | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Manca de capacitat per localitzar establiments i demanar els elements necessaris o passivitat. | <input type="checkbox"/> |

### Preparació del menjar

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 0 Autònom/a.   | <input type="checkbox"/> |
| 1 Necessita ajuda verbal.  | <input type="checkbox"/> |
| 2 Necessita ajuda ocasional verbal/gestual.                          | <input type="checkbox"/> |
| 3 Necessita ajuda freqüent verbal/gestual.                           | <input type="checkbox"/> |
| 4 Manca de capacitat per preparar tot tipus d'aliments o passivitat. | <input type="checkbox"/> |

### Cura i neteja de la llar

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 0 Autònom/a.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 Necessita ajuda verbal.   | <input type="checkbox"/> |
| 2 Necessita ajuda ocasional verbal/gestual.                               | <input type="checkbox"/> |
| 3 Necessita ajuda freqüent verbal/gestual.                                | <input type="checkbox"/> |
| 4 Manca de capacitat per tenir cura de la llar i netejar-la o passivitat. | <input type="checkbox"/> |

### Cura de la roba

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 0 Autònom/a.   | <input type="checkbox"/> |
| 1 Necessita ajuda verbal.  | <input type="checkbox"/> |
| 2 Necessita ajuda ocasional verbal/gestual.                        | <input type="checkbox"/> |
| 3 Necessita ajuda freqüent verbal/gestual.                         | <input type="checkbox"/> |
| 4 Manca total de capacitat per tenir cura de la roba o passivitat. | <input type="checkbox"/> |

## 3. Àrea de les activitats interpersonals, adaptació i participació en la vida comunitària:

### • Relació amb l'entorn

#### Lleure

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 0 Té capacitat per organitzar-se i participa en activitats de lleure.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 Necessita suport inicial per participar en activitats de lleure.   | <input type="checkbox"/> |
| 2 Pot mantenir una activitat de lleure habitual, però necessita motivació per participar en altres de noves. | <input type="checkbox"/> |
| 3 Necessita motivació contínua per participar en tot tipus d'activitats de lleure.                           | <input type="checkbox"/> |
| 4 No pot accedir a cap activitat organitzada fora del centre.  | <input type="checkbox"/> |

### Activitats diürnes

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | S'integra positivament en una activitat diürna.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Necessita ajuda en la recerca d'activitat diürna, però es considera capacitat per mantenir-la. | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Necessita suport puntual o intermitent per mantenir l'activitat.                               | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Necessita suport constant.   | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Incapacitat per mantenir qualsevol tipus d'activitat diürna.                                   | <input type="checkbox"/> |

### Gestions i tràmits

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | Té capacitat per fer gestions i tràmits de manera autònoma.                                      | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Pot fer tràmits senzills amb indicacions puntuals.   | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Necessita suport per a qualsevol tipus de tràmit, però pot decidir-lo.                           | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Necessita suport per a qualsevol tipus de tràmit i no té consciència de la necessitat de fer-lo. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Incapacitat per fer tràmits i gestions.  | <input type="checkbox"/> |

### Autogestió

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 0 | Sap administrar-se els diners.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Té dificultats en l'administració dels diners.                                    | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Necessita supervisió per poder administrar-se els diners.                         | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Necessita control en l'administració dels diners perquè no sap administrar-se'ls. | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Incapacitat per gestionar i administrar-se els diners.                            | <input type="checkbox"/> |

#### • Orientació tempoespacial

##### Orientació espacial:

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | És autònom/a per a tot el que fa referència a aquest ítem.   | <input type="checkbox"/> |
| 1 | S'orienta bé a l'espai i sap utilitzar el transport públic.  | <input type="checkbox"/> |
| 2 | S'orienta en espais coneguts i utilitza transport públic en trajectes habituals. Necessita ajuda en espais nous. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Només s'orienta en espais pròxims al domicili i no sap utilitzar el transport públic. Es perd amb freqüència.    | <input type="checkbox"/> |
| 4 | No pot anar sol/a; necessita companyia constant.   | <input type="checkbox"/> |

### Orientació temporal:

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | Orientat/ada correctament en el temps, sap organitzar les seves activitats.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | S'orienta en el temps dins una rutina habitual; necessita supervisió puntual per organitzar-se.                                      | <input type="checkbox"/> |
| 2 | S'orienta en el temps de manera global amb referències pròpies (diferència festes, matí i tarda) i necessita supervisió intermitent. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Situació rudimentària de les activitats quotidianes (dinar, bany, etc.). La supervisió és permanent.                                 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Cap tipus de noció del temps.  | <input type="checkbox"/> |

### 4. Àrea de les activitats manipulatives:

#### • Activitats manipulatives

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 0 | Nul: quan no hi ha cap tipus d'alteració quantitativa i/o qualitativa dels moviments de les extremitats superiors, sobretot de les mans. Cap problema per menjar, rentar-se, vestir-se, arreglar-se, control d'esfínters, bona utilització del vàter i cap problema per fer transferències. Es considera que és una persona autònoma; no li cal cap ajuda.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Lleu o intermitent: alteració discreta del to muscular, tremolors ocasion d'una de les extremitats superiors. Anomalies discretes de la prensió manual unilateral de la mà dominant. Necessita ajuda puntual i poc freqüent. Problemes puntuals per fer algunes de les activitats de la vida diària, com ara tallar-se les ungles, afaitar-se, etc. No impedeix l'autonomia en les activitats de la vida diària.  | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Moderat: alteració discreta del to muscular i/o tremolors a les dues extremitats superiors que no permeten fer de manera autònoma les activitats de la vida diària. Alteració greu del to muscular i/o tremolors d'una de les extremitats superiors (la dominant), i l'altra, sense afectació o amb una afectació discreta. Necessita assistència parcial i un seguiment periòdic per fer activitats que requereixen una bona motricitat fina, com ara tallar la carn, dutxar-se, cordar botons, etc. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Sever o extens: alteració greu en una de les extremitats superiors que no permet cap tipus d'activitat manual propositiva, i l'altra també presenta alteracions del to muscular i/o tremolors. Necessita ajuda intensa i supervisió constant per fer la majoria de les activitats de la vida diària.  | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Greu o generalitzat: alteració greu de les dues extremitats superiors que no permet cap tipus d'activitat propositiva bilateral. Necessita assistència per fer qualsevol activitat de la vida diària. Li cal una atenció i una supervisió completes.  | <input type="checkbox"/> |



## 5. Àrea de les activitats relacionades amb el desplaçament:

### • Desplaçament

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 0 | Independent: per tot tipus de terreny. Pot necessitar ajudes instrumentals com ara bastó, crossa i pròtesis que és capaç de posar-se i treure's de manera autònoma.               | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Marxa insegura amb risc lleu de caiguda: lleugera dificultat d'equilibri; necessita ajuda puntual o supervisió esporàdica. Cadira de rodes en desplaçaments llargs.               | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Risc de caiguda moderada: per manca de control parcial del tronc i coll, necessita ajuda freqüent o supervisió constant. Cursos fluctuants de malalties degeneratives i d'altres. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Dificultats en l'ús de la cadira de rodes.  | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Incapacitat per portar la cadira de rodes.  | <input type="checkbox"/> |

## 6. Àrea de comunicació i llenguatge:

### • Comprensió de missatges verbals

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 0 | Autònom/a.  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Lleu: entén ordres o missatges senzills i pot necessitar un mínim suport per entendre ordres i missatges complexos.   | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Moderat: entén ordres o missatges senzills, però no ordres o missatges complexos malgrat rebre suport.  | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Sever: necessita suport per entendre ordres o missatges senzills.   | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Molt greu: impossibilitat total per entendre ordres o missatges verbals, fins i tot amb suport. Afàsia comprensiva. Seqüeles lligades al VIH (toxoplasmosi, demència...). | <input type="checkbox"/> |

### • Comprensió de missatges no verbals

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 0 | Autònom/a  | <input type="checkbox"/> |
| 1 | Lleu: entén ordres o missatges complexos amb necessitat de suport.     | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Moderat: entén ordres o missatges senzills sense necessitat de suport. | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Sever: entén ordres i missatges senzills amb necessitat de suport.     | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Molt greu: és incapaç d'entendre ordres o missatges no verbals.        | <input type="checkbox"/> |

### • Producció de missatges verbals

0 Autònom/a	<input type="checkbox"/>
1 Lleu: no pot portar una conversa complexa, però té competència per utilitzar els serveis de la comunitat.	<input type="checkbox"/>
2 Moderat: pot portar una conversa senzilla. Necessita suport per utilitzar els serveis de la comunitat.	<input type="checkbox"/>
3 Sever: no pot portar una conversa senzilla. Fa demandes simples.	<input type="checkbox"/>
4 Molt greu: no té llenguatge propositiu. No es fa entendre.	<input type="checkbox"/>

### • Producció de llenguatge no verbal

0 Autònom/a	<input type="checkbox"/>
1 Lleu: es fa entendre gestualment, amb demandes complexes, amb necessitat de suport.	<input type="checkbox"/>
2 Moderat: es fa entendre per fer demandes senzilles. Suport per a les demandes complexes.	<input type="checkbox"/>
3 Sever: només es fa entendre en demandes senzilles i necessita suport.	<input type="checkbox"/>
4 Molt greu: incapaç de fer demandes no verbals. No es fa entendre.	<input type="checkbox"/>

### • Lectoescriptura

0 Autònom/a	<input type="checkbox"/>
1 Lleu: llegeix i/o escriu textos senzills.	<input type="checkbox"/>
2 Moderat: llegeix i/o escriu paraules soles, aïllades.	<input type="checkbox"/>
3 Sever: no té assolida la lectoescriptura, però entén els signes convencionals.	<input type="checkbox"/>
4 Molt greu: incapaç d'entendre i produir simbòlicament.	<input type="checkbox"/>

# A 9

## Annex 9. Model de registres d'un pis amb suport

### Llistat de registres existents en un pis amb suport

Origen	Núm. de versió	Nom del document	Pág.	Format del document (informàtic o suport paper)	Ubicació	Data de creació	Data de revisió	Responsable del document
<b>DEMANDA D'USUARIS/ÀRIES, FAMILIARS I XARXA SOCIAL</b>								
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						
<b>CONTRACTE AMB L'USUARI / LA USUÀRIA</b>								
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						
<b>DISSENY</b>								
Intern		Normativa interna						
Extern		Projecte						

Origen	Núm. de versió	Nom del document	Pàg.	Format del document (informàtic o suport paper)	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'anàlitiqes mensual						
Intern		Medicació mes... / Anàlitiqes de control						
Intern		Comunicació d'expulsió per a usuaris/àries procedents de 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 equip educatiu						
Intern		Llibreta de les dues reunions de grup: funcionament i temes personals (prevenció, habilitats socials...)						
Extern		Informe de seguiment						
Extern		Llista de casos atesos						
Extern		Perfil d'usuaris/àries de les associacions d'UNAD amb programes subvencionats pel Ministeri de Treball i Afers Socials						

Origen	Núm. de versió	Nom del document	Pàg.	Format del document (informàtic o suport paper)	Ubicació	Data de creació	Data de revisió	Responsable del document
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)						
<b>AVALUACIÓ DE LA SATISFACCIÓ DELS CLIENTS</b>								
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						
<b>ATENCIÓ A LES RECLAMACIONS DELS CLIENTS</b>								
Extern		Full de reclamació						

## Annex 10. Escales de valoració més utilitzades



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". <i>Md. St. Med. J</i> , 14, pàg. 61-65, 1965.
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". <i>Gerontologist</i> , 9, pàg. 179-186, 1969.
Qüestionari Soler	Valoració de patrons relacionats amb l'addicció.	Sánchez Carbonell, J.; Maestre, Ll.; Sales, J. A.; Fàbregas, X.; Arqué, P.; Moratalla, T. <i>Indicadores de evolución y criterios de alta en la comunidad terapéutica profesional</i> . Barcelona, 1991.
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 dels/de les professionals	Valoració del clima laboral.	Salvador García. Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona.

# A 11

## Annex 11. Proposta pràctica d'articulació del PAI

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

### Àrees d'intervenció:

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 PAI amb les dimensions de la qualitat de vida descrites per Schalock i Verdugo.

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

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

1. Treball personal psicològic:
  - Plantejament d'objectius realistes.
  - Seguiment de les cites al CAS.
  - Relacions amb els/les 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 de feina.
  - 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 en 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.
  - Realització d'activitats esportives.
  - Hàbits apropiats.
  - Mesures de prevenció.
8. Aspectes judicials:
  - Actitud vers el problema.
  - Seguiment del procés.
9. Familiar:
  - Tipus de relació amb la família.
  - Límits.
  - Existència o no de conductes de manipulació.
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.

Posteriorment, l'equip tècnic fa valoracions del tractament als tres i als sis mesos. Si l'estada al recurs s'allarga, l'equip ha d'especificar la data de la següent valoració.

**Qui:**

A cada persona que arriba a un centre se li assigna un/a tutor/a entre els/les membres de l'equip. La responsabilitat de registrar el PAI i de fer-ne el seguiment és del/de la tutor/a. Cada persona usuària té un diari —integrat pels fulls individuals de seguiment— on el/la tutor/a descriu el treball realitzat conjuntament, el procés de la persona vers els objectius, les dificultats, el grau de compliment, la revisió de les estratègies planificades, etc.

En les reunions d'equip es revisa el grau d'assoliment dels objectius de les persones residents per observar el punt de vista de la resta de membres de l'equip.

**Com:**

En el PAI es recomana treballar tres objectius individuals i tres de transversals, que canvien cada any o cada dos anys. Els objectius individuals depenen de l'avaluació del primer mes d'estada i del resultat de la pauta d'observació. En general, es recomana que durant els primers sis mesos els objectius tractin aspectes de salut (física, psicològica i addicció a drogues), judicials, familiars i d'integració en el recurs i en la comunitat. Un cop assolits aquests objectius, s'incorporen aspectes formatius, laborals, ocupacionals i d'oci extern, adaptats a cada situació. Els objectius transversals van orientats a treballar temes comuns de sociabilitat, autonomia, integració de normativa, conscienciació, etc.

Es determinen les àrees d'intervenció, les estratègies específiques o els suports que cal implementar, la temporalitat de les intervencions per assolir els objectius fixats i el/la responsable de cada acció.

Així doncs, en el mateix document figura la situació inicial de la persona respecte als objectius, l'objectiu fixat, la situació d'avaluació als tres o sis mesos i la situació final (al cap d'un any o, en cas d'alta, abans).

## Annex 12. Recomanacions per als/a les professionals que treballen amb persones amb VIH/sida<sup>25</sup>



No és fàcil tenir cura d'una persona amb VIH/sida. És una tasca que implica satisfer les necessitats del malalt respectant-ne l'autonomia; massa ajuda pot traduir-se en una protecció excessiva i en la pèrdua de la dignitat, la independència i l'autorespecte, mentre que una ajuda massa limitada potser no ofereix el suport que assegura que la persona menja adequadament i té les energies suficients per resistir la infecció.

A continuació, es recullen algunes de les recomanacions que els/les professionals que treballen amb persones amb VIH/sida haurien de tenir en compte, tant en la intervenció diària com en l'elaboració del PAI.

Resulta important l'educació nutricional, juntament amb altres aspectes que contribueixen al benestar, en particular, l'assistència sanitària, el suport econòmic i social i, sobretot, una actitud positiva davant la vida.

- Cal dedicar temps a assistir el/la malalt/a de VIH/sida.
- Cal conscienciar la persona sobre els aliments que necessita per mantenir el seu pes corporal o engreixar, si escau. Cal intentar conèixer quins aliments li agraden i quins no. Cal, en la mesura de les seves possibilitats, fer-la participar en la planificació dels àpats.
- Cal controlar el pes corporal del/de la malalt/a. Si és possible, s'ha de pesar la persona amb regularitat i portar un registre del seu pes. Cal estar atent si el malalt/a s'aprima imprevistament i, si és el cas, prendre les mesures pertinents.
- Respecte a la medicació, cal comprovar quins són els medicaments que pren la persona. Es recomana llegir les indicacions per esbrinar quan els ha de prendre, quins aliments convé evitar i els possibles efectes secundaris.
- Cal ser encoratjador i amable. El/la malalt/a pot desitjar menjar fora d'hores i, de sobte, també pot deixar-li d'agradar un aliment o bé pot rebutjar el que se li ha preparat i voler un aliment diferent. No es tracta de capricis, aquests canvis de preferències sobtats són una conseqüència de la malaltia.
- Cal mantenir-se ferm sobre la importància de menjar i estimular la persona a fer àpats freqüentment, però sense forçar-la. Oferir massa aliment a la vegada pot provocar rebuig.
- Si la persona està massa malalta per aixecar-se del llit, cal assegurar-se que disposa de beure i alguna cosa per menjar a prop.
- Cal estar alerta per detectar possibles necessitats que la persona no verbalitzi.
- Les mesures per evitar el contagi del VIH són les mateixes que cal adoptar per a la prevenció de la resta de malalties infeccioses transmeses per la sang o els líquids corporals. Es fonamenten en les normes d'higiene clàssiques,

25. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en el medi sanitari*. Barcelona, 1998.

que cal recordar en tot moment. Aquestes mesures s'han de seguir sempre, independentment de l'estat serològic de la persona atesa, ja que són la millor profilaxi per evitar la transmissió.

- Convé utilitzar rutinàriament les mesures de protecció adequades per prevenir el contacte de pell i mucoses amb sang i líquids corporals de qualsevol persona usuària.
- S'han de portar guants en les situacions en les quals es toqui sang o líquids corporals, mucoses o pell no intacta. Les mascaretes, els protectors oculars o de cara només s'han d'utilitzar durant procediments que puguin generar esquitxos de sang o altres líquids corporals.
- Les mans i altres zones de la pell s'han de netejar immediatament i a fons si han estat en contacte amb sang o altres líquids corporals. També s'han de rentar immediatament després treure's els guants.
- Tots els/les professionals han de prendre precaucions per evitar ferides causades per agulles i altres instruments que puguin lesionar la pell.
- En cas d'haver-hi exposició a material biològic de risc sobre una ferida pròpia, les primeres mesures són pressionar la ferida per tal que sagni, rentar la pell o les mucoses, posar la zona ferida sota l'aigua corrent de l'aixeta i acudir a un centre hospitalari en menys de dues hores.

Cal conscienciar les persones amb VIH/sida sobre determinats aspectes referents a la cura d'un mateix:<sup>26</sup>

- L'organisme malalt necessita més descans. Es recomana dormir vuit hores cada nit. Es pot descansar sempre que se'n senti necessitat.
- Cal evitar preocupar-se en excés. L'estrès pot perjudicar el sistema immunitari. Cal aprendre a relaxar-se més sovint, en companyia de les persones amb les quals es trobi més còmode. Convé encoratjar a realitzar activitats de les quals es gaudeixi, com ara escoltar música o llegir el diari o un llibre.
- Cal ser amable amb un mateix i tractar de mantenir una actitud positiva. Sentir-se bé forma part d'un estat saludable.
- Cal procurar fer exercicis suaus, triant els que resultin agradables.
- Cal buscar suport i acceptar els consells oportuns. Cal tenir en compte que molts problemes mèdics es poden tractar: només cal demanar consell als/a les agents de salut.
- Cal demanar ajut i saber-lo acceptar quan s'ofereix.
- És important deixar de fumar. Fumar és perjudicial per als pulmons i per a moltes altres parts de l'organisme, i facilita les infeccions.
- L'alcohol és igualment dolent per a l'organisme, especialment per al fetge. Augmenta la vulnerabilitat a la infecció i destrueix les vitamines presents a l'organisme; a més, cal tenir en compte que sota els efectes de l'alcohol és fàcil oblidar-se de practicar sexe segur.
- Cal evitar prendre medicaments innecessaris. Sovint tenen efectes secundaris indesitjats i poden interferir amb els aliments i la nutrició. Quan es prenen medicaments, cal llegir-ne atentament les indicacions.

26. OMS i FAO. *Aprender a vivir con el VIH/sida*. <<http://www.fao.org/docrep/006/Y4168S/y4168soo.htm>> (Consulta el 17/11/2009).

## Annex 13. Cronograma per a l'elaboració del PAI<sup>27</sup>



Durant la primera setmana:

1. Emplenar els fulls d'ingrés. Fitxa personal.
2. Derivació per a avaluació psicològica i psiquiàtrica.
3. Entrevista amb el/a treballador/a social per avaluar temes judicials, econòmics...
4. Protocol d'actuació dels primers dies d'estada en el recurs (empadronament, derivació a l'hospital, CAP, CAS, adaptació al recurs, normativa, etc.).

Després d'un mes d'estada:

1. Coordinació de l'educador/a referent amb la resta d'educadors/es, l'equip psicològic, el/la treballador/a social i altres professionals que hagin intervingut per valorar la situació de la persona i l'adaptació al recurs. Durant aquest mes, el/la tutor/a ha fet les primeres tutories enfocades a l'observació i l'acompanyament en l'adaptació de la persona resident.
2. Omplir el protocol d'observació de la nova persona resident. L'educador/a n'emplena un i el/la resident també, i al cap d'una setmana el discuteixen.
3. Quedar amb l'assessor/a pedagògic/a per comentar la proposta del PAI.
4. Elaborar el PAI (partint del protocol d'observació i de les necessitats detectades de manera consensuada).
5. Comentar i consensuar el PAI amb el/la resident.
6. Presentar el PAI a l'equip (en una reunió ordinària).
7. Remodelar el PAI, si escau, i consensuar-lo novament amb el/la resident (amb les aportacions fetes per l'equip).
8. Tornar a presentar el PAI a l'equip (en una reunió ordinària).

En les LLR, al cap de sis mesos de la presentació del PAI i de la seva aprovació se'n fa una revisió amb el/la resident i en una reunió d'equip. Al cap d'un any, es fa la revisió final del PAI amb el/la resident i també en una reunió ordinària d'equip. En els PS, aquest procediment es fa als tres mesos.

A continuació, s'adjunta un model de document de registre que inclou els objectius, les estratègies i els recursos, el temps i els indicadors.

27. Exemple facilitat pel Centre Sara de Càritas.

## Expleme de PAI

Nom del resident:    Data:

PAI

Educ. referent:

Avaluació:

Objectius	1	2	3	4	5	Estratègies i recursos	Temps	Indicadors

1 = molt deficitari

3 = per millorar

5 = òptim desitjable

X Situació inicial    - Objectiu    + Revisió

o Situació final

## Annex 14. Pauta autoregistrada de valoració



El PAI permet determinar els objectius que la persona usuària es planteja assolir cada trimestre i registrar-ne l'evolució a mesura que es desenvolupa el procés.

El seguiment del PAI es fa conjuntament amb la persona usuària. S'aconsella que, si les capacitats de la persona ho permeten, faci un autoregistre i després, en segon terme, la puntuació final es consensua amb el/la professional. S'aconsella que aquest instrument el signin el/la professional i la persona usuària. Aquest seguiment permet avaluar el grau d'autonomia que aconseguix el/la resident en cadascuna de les àrees que es proposen.

A continuació, es presenten dos models de graelles, facilitades per Actua Vallès, la primera, i pel Centre Sara de Càritas, la segona.

### Graella per a l'elaboració del PAI<sup>28</sup>

#### Àrea de salut

<b>Respecte a la seva situació de seropositivitat</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Fa exercici físic i li és adequat			
Fa l'exercici físic que li recomana el/la metge/essa			
<b>Autoresponsabilització de fàrmacs</b>			
Controla els horaris de medicació			
Respecta els horaris de medicació			
Segueix les precaucions necessàries per a cada medicació (abans o després de menjar...)			
Té en compte la dieta necessària segons la medicació			
Consulta el/la metge/essa davant els dubtes			
<b>Control de malalties</b>			
Quantitat de visites mèdiques adequada			
Explica la visita mèdica amb sinceritat			
Identifica els símptomes com a possibles malalties			

28. Exemple facilitat per Actua Vallès.

Va sense acompanyaments			
Surt sense dubtes després de la consulta mèdica			
Evita utilitzar la malaltia per obtenir beneficis secundaris (no victimització)			
Identifica els efectes secundaris de la medicació			
<b>Seguretat i primeres cures</b>			
Identifica les pràctiques de risc			
Utilitza la prevenció necessària			
Sap utilitzar els estris bàsics per a primers auxilis			
COMENTARIS:			
<b>Hàbits de descans</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Té un dormir tranquil			
Es desperta amb facilitat al matí			
Agafa el son amb facilitat a la nit			
Té uns horaris estables per anar a dormir			
Dorm les hores suficients			
COMENTARIS:			
<b>Salut sexual</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Coneix les MTS			
Coneix el VIH			
Coneix les vies de transmissió i els símptomes de les MTS			
Coneix les vies de transmissió del VIH			
Coneix els recursos socio-sanitaris on anar pel tema de les MTS			
Té coneixement sobre les mesures preventives			
Utilitza el preservatiu			
Es fa les revisions ginecològiques anuals			

No té cap disfunció sexual			
Té una bona higiene sexual			
No s'han modificat les seves relacions afectivosexuals			
<b>COMENTARIS:</b>			
Com s'han modificat les relacions? És un símptoma de disfunció sexual que cal derivar, si és el cas.			
<b>Tòxics</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Consum de tabac			
Consum d'alcohol			
Consum de cànnabis			
Consum d'altres drogues			
Consum de medicaments no prescrits			
Fa les analítiques d'orina pertinents			
Accedeix sense problemes a fer les analítiques			
<b>COMENTARIS:</b>			

## Àrea d'autonomia

<b>Higiene personal i col·lectiva</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Té assolits hàbits d'higiene personal: dutxa			
Té l'hàbit de rentar-se les dents			
Té l'hàbit de cuidar l'aspecte físic: afaitar-se...			
Té l'hàbit de vestir amb roba neta			
És ordenat/ada			
Té cura dels objectes personals			
Té cura de l'espai col·lectiu			
Ordena i neteja el lavabo			
Ordena i neteja el menjador			
Ordena i neteja l'habitació (roba de llit, teranyines, etc.)			



Ordena i neteja la cuina			
Fa una bona utilització de la rentadora			
COMENTARIS:			
<b>Nutrició i dieta</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Reconeix la importància d'una bona alimentació per a la seva situació			
Coneix el tipus de dieta que necessita			
Té interès per seguir una dieta equilibrada			
Aplica el tipus de dieta que necessita			
Té uns horaris estables per als àpats			
Té habilitats a la cuina			
Té hàbits higiènics a la cuina			
COMENTARIS:			
<b>Alfabetització funcional</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
<b>Coneixement i ús de l'entorn</b>			
Fa un bon ús de botigues			
Compra (prioritza en funció del pressupost i escull establiments adequats)			
Fa bon ús dels transports públics (trens, autobusos...)			
Coneix les normatives cíviques			
Aplica les normatives cíviques			
Coneix els drets i els deures del ciutadà			
Identifica l'entorn que l'envolta (polític, geogràfic, econòmic, cultural...)			
<b>Tenir recursos personals</b>			
Coneix els serveis de llum, aigua...			
Fa bon ús dels serveis de llum, aigua... (estalvi)			

Comprèn els rebuts (escombraries, lloguer, llum, aigua...)			
Comprèn horaris de transports			
Se sap moure per la població (comprensió del plànol, etc.)			
Sap on dirigir-se per demanar informació (telèfons, adreces...)			
Va sense acompanyaments-guia			
Fa una utilització correcta de caixers, bancs, caixes...			
Té capacitat per fer tràmits (empadronament, obrir llibreta d'estalvis, fer reclamacions...)			
COMENTARIS:			
<b>Desenvolupament personal i emocional</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
<b>Actitud i estat d'ànim en general</b>			
Maníac/a	Depressiu/va		
Extravertit/da	Introvertit/da		
Impulsiu/iva	Inhibit/da		
Massa previngut/da	Imprudent		
Hiperactiu/va	Passiu/va		
Enganxós/osa	Esquerp/a		
Hipersensible	Insensible		
Massa solidari/ària	Egocèntric/a		
Massa segur/a	Insegur/a		
Massa pacient	Impacient		
Massa complaent	Groller/a		
Massa rígid/a	Massa flexible		
<b>Equilibri emocional</b>			
Estat emocional lineal	Estat emocional inestable		
Massa influenciable	Gens influenciable		
El/la condicionen massa les seves experiències passades	No el/la condicionen gens les seves experiències passades		
El/la condiciona massa la seva condició clínica	No el/la condiciona gens la seva situació clínica		

(1 = mai / 5 = sempre)

### **Resolució de conflictes**

Respecte d'opinions diferents de la seva			
Tolera les frustracions			
Respecta les altres persones			
Té capacitat empàtica			
Afronta els conflictes			
Resol els conflictes mitjançant el diàleg			
Evita posar-se a la defensiva			
Evita expressar l'agressivitat verbal			
Evita expressar agressivitat física o psicològica contra si mateix/a			
Participa constructivament en l'assemblea del pis			

### **Desenvolupament ètic**

Interioritza les normes			
Compleix les normes			
Reconeix la seva part de responsabilitat			
Fa crítiques constructives sobre l'entorn			

### **Autoestima**

Se sent segur/a d'ell/a mateix/a			
Se sent capaç d'afrontar les dificultats			
Té una percepció encertada de la seva realitat			
Funciona sense necessitat de reforços positius			
Sap filtrar les opinions dels altres			
Sap discriminar els fets dels altres (que no l'influeixin massa)			
Té autoestima adequada			

### **Autoconeixement**

Identifica els sentiments			
Accepta els sentiments			
Gestiona bé els sentiments			
Expressa els sentiments			
Es defineix correctament			
Es mostra crític amb si mateix/a			
És conscient de les seves potencialitats			
És conscient de les seves limitacions			
Accepta aquestes potencialitats			

Accepta aquestes limitacions			
COMENTARIS:			
<b>Capacitat d'organització del temps</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Distribueix bé el temps			
És conscient de la importància que té en la societat			
És puntual			
COMENTARIS:			
<b>Posicionament davant la situació econòmica</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
És conscient de la seva capacitat adquisitiva			
S'adequa a la seva economia			
Compleix els pactes d'estalvi			
Entén l'aportació que ha de fer al pis			
COMENTARIS:			

### Àrea social

<b>Temps lliure i oci</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Gaudeix del seu temps lliure			
Equilibra la relació de temps lliure – temps d'oci			
Té molt clar en què invertir el temps lliure			
Té i gaudeix de moments d'intimitat			
Prioritza les activitats alternatives a les consumistes			
Planifica les activitats d'oci			
Realitza les activitats planificades			

COMENTARIS:			
<b>Relacions interpersonals</b> (1 = mai / 5 = sempre)			<b>...Trimestre</b>
Relacions familiars			
Té el suport d'algun familiar			
Sap gestionar correctament la relació amb la seva família			
Rep trucades familiars			
Les trucades l'afecten positivament			
Visita o rep visites de familiars			
Les visites l'afecten positivament			
COMENTARIS:			
<b>Relacions interpersonals internes</b>			
Té iniciativa per organitzar activitats o sortides conjuntes			
És acceptat pels/per les companys/es			
Li és fàcil fer amistats			
Té iniciativa a l'hora de fer les tasques conjuntes del pis			
Accepta la seva part de responsabilitat			
Té un rol clar i positiu dins el grup			
És autònom/a en la relació amb els/les companys/es de pis			
COMENTARIS:			
<b>Relacions interpersonals externes</b>			
Rep trucades de companys/es amb freqüència			
Sap gestionar la relació amb els/les companys/es (no el condicionen)			
Les trucades l'afecten positivament			

Visita o rep visites de companys/es			
Les visites l'afecten positivament			
Té la iniciativa per quedar amb companys/es			
Té facilitat per fer amistats			
COMENTARIS:			

### Relacions de parella

Les relacions de parella que té li són positives			
És autònom/a envers la parella (no manifesta dependència)			
Té una necessitat de parella adequada (no busca parella amb urgència)			
Manté relacions de parella quan li convé (no evita relacions de parella)			
COMENTARIS:			

<b>Adaptació a l'entorn</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>
---	---------------------

Participa en activitats esportives, culturals...			
Participa en les activitats festives del calendari			
Està vinculat/ada a alguna associació			
Té bona relació amb els/les veïns/es			
COMENTARIS:			

### Necessitats especials

Té facilitat amb l'idioma vehicular (català, castellà)			
Supera les dificultats degudes a la seva disminució o malaltia física			
Supera les dificultats degudes a la seva disminució o malaltia psíquica			

Accepta la seva malaltia o disminució			
COMENTARIS:			

### Àrea de formació

<b>Motivació i implicació en la formació</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Té clara la formació que vol			
Està motivat/da per a la formació que realitza			
S'implica en el curs de formació			
Té clares les seves potencialitats			
Té clares les seves limitacions			
Compleix els horaris del curs de formació			
Les faltes d'assistència són per motius justificats			
COMENTARIS:			

### Expressió oral

Té un vocabulari ric			
Té bona comprensió oral			
Parla correctament el català			
Parla correctament el castellà			
Parla correctament el .....			

### Expressió escrita

Té una expressió escrita adequada en català			
Té una expressió escrita adequada en castellà			
Té bona comprensió escrita—lectora			
Té una ortografia correcta en català			
Té una ortografia correcta en castellà			

### Raonament

Té un discurs coherent			
------------------------	--	--	--

### Atenció i memòria

Recorda els fets immediats

Té memòria a llarg termini

Té capacitat de concentració

COMENTARIS:

--	--	--	--

### Àrea laboral

#### Situació laboral

(1 = mai / 5 = sempre)

...Trimestre

#### Interessos i motivació

Té clara la seva orientació laboral

Coneix les sortides laborals dels seus interessos

Té motivació de recerca de feina

Té clares les seves potencialitats en aquesta feina

Té clares les seves limitacions en aquesta feina

#### Recursos personals i necessitat d'orientació

Coneix els mecanismes de recerca de feina

Utilitza els mecanismes de recerca de feina

Sap redactar un currículum

Sap redactar una carta de presentació

Coneix els tipus de contractes

Coneix la seva situació laboral

Sap llegir una nòmina

Té clars els avantatges i els inconvenients d'un contracte de treball

Sempre té recursos personals (no demana ajuda i suport)

Té clara la seva situació amb referència a la pensió no contributiva

COMENTARIS:

--	--	--	--



<b>Hàbits i habilitats laborals</b>			
Té predisposició per treballar			
És responsable			
Té habilitats per al tipus d'orientació laboral que vol			
Aplica les habilitats anteriors			
Té coneixements per al tipus d'orientació laboral que vol			
Aplica els coneixements anteriors			
Té actituds per al tipus d'orientació laboral que vol			
Aplica les actituds anteriors			
És puntual			
Té bona relació amb els/les companys/es			
Manté una imatge adequada per al seu lloc de treball			
Necessitats o requeriments especials a la feina:			
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>			
COMENTARIS:			
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>			
<b>Motivació i implicació vers el PAI</b> (1 = mai / 5 = sempre)	<b>...Trimestre</b>		
Està motivat/ada en l'àrea laboral			
Està motivat/ada en l'àrea formativa			
Està motivat/ada en l'àrea psicològica			
Està motivat/ada en l'àrea quotidiana			
Està motivat/ada en l'àrea social			
Està motivat/ada en l'àrea mèdica			
S'implica en l'àrea laboral			
S'implica en l'àrea formativa			
S'implica en l'àrea psicològica			
S'implica en l'àrea quotidiana			
S'implica en l'àrea social			
S'implica en l'àrea mèdica			

Percep els objectius com a assequibles (no li suposen gaires dificultats)			
---	--	--	--

COMENTARIS:			
-------------	--	--	--

--	--	--	--

## Projecte d'acció individual - Pauta d'observació i de seguiment<sup>29</sup>

**Resident:** \_\_\_\_\_

**Dates de les observacions:**

Inicial:

(x) **Inicial:** \_\_\_\_\_

(-) **Objectiu:** \_\_\_\_\_

(+) **Revisió:** \_\_\_\_\_

(o) **Final:** \_\_\_\_\_

**Educador/a referent:** \_\_\_\_\_

Àmbit	Apartat	Conceptes i objectius observables	1	2	3	4	5
Salut	1. Higiene personal	1.1 Es preocupa del seu aspecte personal 1.2 Té assumits els hàbits bàsics d'higiene					
	2. Ordre	2.1 Té cura de l'entorn personal					
	3. Alimentació	3.1 Menja correctament (horaris, quantitat, varietat)					
	4. Vigília i son	4.1 Dorm bé (regularitat i quantitat d'hores) 4.2 Reclama medicació per dormir					
	5. Sexualitat	5.1 Utilitza mesures de protecció en les relacions sexuals					
	6. Salut	6.1 És conscient de la seva situació física (malaltia-limitacions) 6.2 Accepta la malaltia 6.3 Té hàbits de salut responsables 6.4 Porta un seguiment mèdic adequat 6.5 Accepta les indicacions mèdiques 6.6 Coneix i pren la medicació RTV correctament i de manera autònoma 6.7 No fa demandes inadequades de medicaments 6.8 Coneix el risc de reinfecció VIH 6.9 Coneix les mesures de protecció i prevenció respecte al VIH 6.10 En cas de trastorn mental, existeix acceptació de la situació i de la necessitat de fer tractament					
Psicoemocional	7. Drogues	7.1 Reconeix adequadament el paper de la droga en la seva vida 7.2 Coneix les mesures de reducció de danys 7.3 No manifesta símptomes físics/psíquics associats al consum					

<sup>29</sup>. Exemple facilitat pel Centre Sara de Càritas.

Àmbit	Apartat	Conceptes i objectius observables	1	2	3	4	5
Psicoemocional		7.4 Fa una verbalització adequada del tema 7.5 En la quotidianitat utilitza argot del món de les drogues					
	8. Autoimatge	8.1 És capaç de rescatar les seves parts positives 8.2 Té capacitat d'autocrítica 8.3 Accepta bé les crítiques 8.4 Accepta les orientacions que se li donen 8.5 Sap elaborar la seva pròpia història 8.6 És conscient de les seves potencialitats i limitacions 8.7 És conscient de les seves actituds i escala de valors 8.8 Pot preveure les conseqüències dels seus actes 8.9 Reflexiona sobre el seu propi comportament 8.10 Pot canviar, quan cal, el seu comportament					
	9. Aspectes emocionals	9.1 És emocionalment sensible/empàtic/a 9.2 És conscient de les seves emocions i sentiments 9.3 Té autocontrol emocional 9.4 Mostra intents de superació davant les dificultats 9.5 Utilitza mecanismes de defensa davant situacions difícils 9.6 Té recursos personals per assumir les dificultats					
	10. Expressivitat	10.1 És capaç d'expressar les seves motivacions i projectes 10.2 Manifesta actituds positives davant les diferències 10.3 Té iniciativa en la planificació del seu procés personal 10.4 Té capacitat per flexibilitzar creences, acceptació de noves idees					
Relacional	11. Habilitats socials: comunicació	11.1 Té capacitat per expressar lògicament els seus pensaments 11.2 Té capacitat d'escolta 11.3 Té un nivell lingüístic adequat 11.4 Té capacitat organitzativa en el diàleg 11.5 Té un estil de comunicació constructiu					

Àmbit	Apartat	Conceptes i objectius observables	1	2	3	4	5
Relacional	12. Habilitats socials: resolució de conflictes	12.1 Defensa les seves opinions, negocia i fa crítica constructiva					
		12.2 Es relaciona bé amb les persones de l'entorn					
	13. Introspecció, mediació en els conflictes	13.1 Descriu el conflicte, situant-lo de manera objectiva					
		13.2 Expressa coherentment la seva vivència del conflicte 13.3 Expressa correctament els seus desitjos i necessitats					
14. Procés de resolució	14.1 Expressa sentiments, afeccions i desitjos als altres						
	14.2 Accepta la seva responsabilitat en el conflicte						
	14.3 És capaç de demanar disculpes espontàniament						
	14.4 És capaç de generar propostes alternatives						
Quotidiana	15. Al centre	15.1 És autònom/a (en l'organització/planificació del dia a dia)					
		15.2 És responsable (compromisos, horaris, activitats)					
		15.3 Accepta, entén i interioritza la normativa					
		15.4 Respecta els acords i els compromisos establerts					
		15.5 S'implica en les tasques de la casa					
		15.6 És constant amb el que comença o es compromet					
		15.7 Té iniciativa					
		15.8 S'administra correctament els recursos econòmics					
16. En el seu entorn	16.1 S'orienta bé en l'entorn (transports, serveis)						
	16.2 Li interessen i utilitza els recursos de l'entorn (lúdics, formatius)						
	16.3 Organitza i estructura el seu temps lliure						
	16.4 Té interès positiu per sortir de la casa en el dia a dia						

Àmbit	Apartat	Conceptes i objectius observables	1	2	3	4	5
Formatiu i laboral	17. Coneixements	17.1 Té formació bàsica 17.2 Valora la formació com un element important en el seu procés 17.3 Coneix els drets i deures en el món laboral 17.4 Coneix i utilitza els recursos formatius de l'entorn 17.5 Coneix les gestions necessàries per buscar feina 17.6 Coneix els recursos sociolaborals que li poden ser útils					
	18. Hàbits laborals	18.1 Té hàbits laborals (horaris, constància...) 18.2 Té interès per realitzar alguna feina					
Familiar	19. Actitud vers la família	19.1 És conscient de les característiques de la seva família 19.2 Té una visió realista del seu lloc en la seva família 19.3 Té recursos personals per enfrontar-se als conflictes familiars 19.4 És capaç d'analitzar el procés de la seva família 19.5 Té expectatives positives envers la seva família 19.6 Accepta la col·laboració de la família en el seu propi procés 19.7 És capaç d'elaborar la història familiar					
	20. Actitud de la família	20.1 La família està disposada a col·laborar 20.2 La família compleix els compromisos adoptats					
Transcendent	21. Vivències	21.1 Viu satisfactòriament la seva religiositat					

# A 15

## Annex 15. Propostes de millora

La relació de propostes de millora que a continuació es presenta ha estat elaborada mitjançant la tècnica nominal de grup per diversos grups de persones usuàries de pisos amb suport i de llars residències.

Àrea rellevant	Temes
Accessibilitat	Major transparència i informació en el preingrés del pis en què s'ingressa i tipologia de les persones usuàries. Selecció de persones usuàries en el preingrés.
Acollida	Seguiment individual de cada persona usuària per millorar-ne l'evolució i la relació amb l'equip.
Suport psicològic	El suport psicològic individualitzat. Suport psicològic (intern). Més suport psicològic i mèdic. Ajuda mútua. Ajuda, suport i respecte.
Millora de la convivència	Cal millorar la convivència i la bona relació entre tots per parlar dels temes quotidians. Es proposa la reunió setmanal o quinzenal per dialogar i buscar el consens. Àrea relacional: "Millorar el respecte en la convivència entre les persones usuàries del recurs". Millorar la convivència entre companys/es. Reunions generals setmanals o quinzenals per millorar la convivència. Millora de l'enteniment entre tots, persones usuàries i personal. Relació i confiança grupal. Tracte educat i respectuós entre residents. Fer més activitats junts per tenir un major respecte per part de tots.
Millora de la comunicació i la participació	Àrea de comunicació: "Millorar la comunicació amb els/les monitors/es i educadors/es a través de les reunions de grup". Creació de més espais de comunicació, reunions de grup, assemblees. Celebrar assemblees més sovint. Millorar la qualitat de la comunicació entre les persones ingressades al centre. Aprendre a dialogar (més enllà de les reunions formals).

Àrea rellevant	Temes
Coresponsabilitat	Més responsabilitat de cadascuna de les persones usuàries. Més implicació i compromís en les tasques quotidianes. Àrea de participació: "Millorar la col·laboració en les tasques assignades entre les persones usuàries del pis i tenir major capacitat de decisió envers elles".
Activitats en l'entorn i d'esbarjo	Fer més activitats en grup (totes les persones usuàries del centre junts) tant dins com fora del centre. Realització de més sortides d'esbarjo. Programar més sortides, especialment per als/a les residents amb mobilitat més reduïda, i/o amb la possibilitat de comptar amb algun/a voluntari/ària per a aquest servei. Més sortides (3). Possibilitat de sortir a fer compres. Millorar les sortides d'oci dels caps de setmana.
Alimentació	L'alimentació. Àrea normativa: "Major flexibilitat en les normes relacionades amb la ingesta d'aliments i en l'elaboració dels menús". Més suport al menjador per a persones amb dificultats. Millorar l'ambient al menjador (menjar més a poc a poc). Fer tallers de cuina per millorar l'habilitat de cuinar. Menús i alimentació adequada.
Activitats ocupacionals i laborals	Revisar les activitats ocupacionals (més activitats físiques). Compatibilitat entre vida laboral i tasques del pis. Més retribució econòmica de les activitats ocupacionals.
Educació per a la salut	Més informació sobre VIH/sida i malalties associades.
Confidencialitat i intimitat	Confidencialitat i intimitat de la persona (en visites mèdiques i tenint habitacions individuals). Confidencialitat en els problemes de la persona usuària. Suport en la sexualitat. No fer tant control dels diners personals i d'estalvi.
Temps de lleure	Modificar els horaris diaris per permetre més temps lliure. Cobrir necessitats d'estètica.
Millora de les infraestructures	Millora del mobiliari (matalassos, cadires i taula del menjador). Millorar el funcionament de la televisió. Televisors a les habitacions. Ventiladors per a l'estiu. Neteja dels ordinadors. Ordinador disponible amb connexió a Internet. Posar una piscina. Més aparells al gimnàs i al servei de fisioteràpia.



Àrea rellevant	Temes
	<p>Més neteja, embrutar menys en l'ús.</p> <p>Respectar els espais de no fumadors.</p> <p>Funcionament els caps de setmana.</p>
Propostes de millora relacionades amb l'equip	<p>Més disponibilitat de treballador/a social per a gestions personals.</p> <p>Més presència d'infermeria i personal auxiliar (torns de tarda).</p> <p>Més visites del/de la metge/essa dins del centre.</p> <p>Major presència de l'equip.</p>
Aspectes organitzatius	<p>Baixar la contribució econòmica mensual de les persones usuàries al centre.</p>
Sortida i comiat del centre o el pis	<p>Mantenir el vincle amb el centre (equip, tallers, celebracions) i amb els/les companys/es en ser donat/ada d'alta del recurs per tal de continuar el procés de millora iniciat al centre.</p> <p>Mantenir la relació quan s'és donat/ada d'alta.</p> <p>Mantenir la vinculació quan s'és donat/ada d'alta.</p>

## Annex 16. Mecanismes de millora de la participació<sup>30</sup>



### PROMOCIÓ D'ALTRES MECANISMES DE PARTICIPACIÓ ALS CENTRES DE PRESTACIÓ DE SERVEIS

#### 1. Implicar les persones usuàries en l'elaboració del seu propi Pla d'atenció

Cada persona atesa en un centre de prestació de serveis socials ha de tenir elaborat un pla d'atenció individualitzat. Es considera Pla d'atenció individualitzat aquell document que conté els objectius que cal aconseguir en l'atenció a la persona, amb un abordatge interdisciplinari i amb el consens de les diferents disciplines implicades en el cas. En aquest document, s'han d'especificar els aspectes que cal treballar des del punt de vista individual i familiar. S'ha de fer un seguiment periòdic del pla per tal de valorar l'acompliment de totes les àrees rellevants que tenen en compte la persona i la seva relació amb la societat.

Entenent que cada persona té dret a decidir sobre l'atenció que vol rebre i a participar-ne en la prestació, el pla s'ha de consensuar amb la persona, potenciant-ne el màxim grau d'autonomia. És convenient també consensuar-lo amb els familiars per afavorir-ne així la implicació en el procés. En aquells casos en què la persona, a causa de les seves limitacions cognitives, no pot participar en l'elaboració del seu Pla d'atenció, s'hauria de delegar aquesta opinió en la família.

#### 2. Potenciar la comunicació a persones usuàries i familiars

##### 2.1. Definir un pla de comunicació per a persones usuàries i familiars que inclogui el cronograma d'aquestes comunicacions

La informació a les persones usuàries és el pas més bàsic de la participació, ja que només una persona usuària informada és capaç de tenir i expressar opinions pròpies. En el cas dels serveis socials, a causa de les característiques de la població atesa, en moltes ocasions aquesta informació no és exclusiva de la persona usuària i ha de ser també compartida amb la família. Per facilitar que les persones usuàries i els familiars tinguin informació adequada, amb la periodicitat necessària i utilitzant els mitjans apropiats, el sistema de comunicació del centre hauria d'estar definit.

30. ICASS. *Promoció de la participació d'usuaris i ciutadans en els serveis de l'ICASS*. Barcelona, 2006.

---

## **2.2. Proporcionar informació a persones usuàries i familiars sobre els resultats dels indicadors del quadre de comandament del centre i les enquestes de satisfacció**

El coneixement dels resultats obtinguts del centre pot facilitar a les persones usuàries i els seus familiars la presa de decisions pel que fa a l'organització i el funcionament del centre. És convenient proporcionar informació principalment de tots aquells aspectes relacionats amb la satisfacció dels/de les pacients i que estan inclosos en el quadre de comandament de la institució: resultats d'estudis de satisfacció fets a persones usuàries i familiars, queixes, reclamacions, suggeriments o felicitacions rebudes, indicadors de participació en les diverses activitats realitzades per a familiars, etc. El centre hauria de valorar també la idoneïtat de proporcionar informació de resultats sobre alguns dels altres indicadors continguts en el quadre de comandament, com ara indicadors de seguretat (caigudes) o indicadors econòmics.

---

## **2.3. Facilitar a persones usuàries i familiars l'accés a consultes a un comitè d'ètica**

Entre els aspectes que poden preocupar els/les pacients i els familiars, un tema en què poden necessitar informació són les qüestions ètiques. Els/les professionals dels centres de prestació de serveis no sempre poden donar resposta a aquestes necessitats, sobretot si tenim en compte que en ocasions són també part del dilema ètic a què s'enfronta la persona usuària. Cal, per tant, posar a disposició de persones usuàries i familiars els mecanismes que ja estan articulats en l'Administració per abordar aquests aspectes, com ara els comitès d'ètica.

## **3. Fomentar mecanismes d'interacció entre les persones usuàries i la societat**

---

### **3.1. Fomentar activitats socials i lúdiques al centre**

Les activitats socials i lúdiques permeten la interacció entre les persones usuàries dels centres de prestació de serveis de l'ICASS, les famílies, els/les treballadors/es del centre i els/les ciutadans/es en general, representats per la comunitat concreta en la qual es fan les activitats.

A l'estudi elaborat, s'evidencia que el 95% dels centres enquestats fan activitats de "dies de portes obertes" com a mecanisme de participació de la ciutadania, mecanisme que, a més, rep una valoració de bastant útil o molt útil per part de més del 75% dels/de les directors/es de centres. Tanmateix, només un 46% dels enquestats considera que les persones usuàries utilitzen molt o bastant els dies de portes obertes com a mecanisme de participació, però aquestes activitats no són tan freqüents als centres com seria desitjable. Cal tenir en compte, a més, que hi ha un percentatge de les persones usuàries

dels serveis de l'ICASS que no poden, a causa de les seves condicions físiques o cognitives, sortir del centre en el qual es troben per participar en activitats socials i lúdiques que els permetin la interacció amb l'entorn i amb la societat. Sembla, per tant, que és convenient ampliar el ventall d'opcions d'activitats terapèutiques i lúdiques en el mateix centre que facilitin la interacció i la participació. Els/les directors/es dels centres de l'ICASS donen suport a aquesta idea: proposen que es fomentin les activitats socials i lúdiques que es fan al centre amb les famílies, les associacions, les escoles, la comunitat, etc.

---

### **3.2. Fomentar activitats socials i lúdiques en la comunitat**

Com s'ha indicat en el punt anterior, les activitats socials i lúdiques permeten la interacció entre les persones usuàries dels centres de prestació de serveis de l'ICASS, les famílies, els/les treballadors/es del centre i els/les ciutadans/es en general, representats per la comunitat concreta en la qual es fan les activitats. La realització d'activitats d'aquest tipus al centre de prestació de serveis és una manera de canalitzar aquesta interacció social. Però, a banda de la interacció social, és important que les persones usuàries tinguin la possibilitat d'interaccionar amb l'entorn i participar en les activitats comunitàries per afavorir la seva interacció amb l'entorn i evitar la institucionalització proporcionant-los activitats normalitzades.

Alguns centres fan activitats com ara festes, sortides (diada de l'Alzheimer, diada de la discapacitat), visites, jornades i activitats organitzades de participació de les institucions educatives i socials. Tanmateix, aquestes activitats no es porten a terme en tots els centres i, segons valoren els/les directors/es dels centres que han contestat l'enquesta, tampoc no es fan amb la periodicitat desitjable. Per tant, és convenient ampliar el ventall d'opcions d'activitats socials i lúdiques en la comunitat.

---

### **3.3. Crear un inventari de recursos socials a disposició de pacients i familiars**

La informació és el requisit bàsic perquè les persones usuàries dels serveis siguin capaces de prendre decisions pròpies i d'actuar amb autonomia. Per facilitar que les persones usuàries dels serveis de l'ICASS tinguin accés als recursos socials comunitaris, és necessari facilitar-los informació sobre els recursos existents i els drets d'accés que hi tenen en un mitjà proper i adaptat a les seves necessitats. Els centres de prestació de serveis podrien proporcionar aquesta informació com un mètode més per afavorir la integració de les persones usuàries en l'entorn. A més, com que són els mateixos centres els que proporcionen la informació, es facilita que estigui adaptada a la comunitat concreta en la qual es troba la persona usuària.

Perquè els/les professionals dels centres de prestació de serveis puguin proporcionar informació sobre els recursos disponibles en l'entorn, necessiten en primer lloc disposar d'aquesta informació.

## **4. Incloure les persones usuàries i els familiars en les decisions de gestió del centre**

### **4.1. Creació de comissions de treball de persones usuàries i personal sobre la vida diària al centre**

Un dels objectius de promoure la participació de persones usuàries i ciutadans/es en la gestió és facilitar que els serveis que es presten estiguin adaptats a les necessitats i les expectatives que tenen les persones usuàries actuals o potencials. Basats en aquest principi, és fonamental establir mecanismes per promoure la participació de les persones usuàries actuals dels serveis de l'ICASS en el nivell que més coneixen i que més directament els pot influir, com és la gestió del centre on reben l'atenció.

Per això, als centres s'apliquen diversos mecanismes que tenen com a objectiu recollir informació directa sobre les necessitats i les expectatives de les persones usuàries: recollida de suggeriments o queixes (verbals o per escrit), reunions grupals periòdiques, estudis de satisfacció i expectatives de persones usuàries i grups focals. De tots aquests mètodes, les reunions grupals de persones usuàries són el sistema que els/les directors/es dels centres valoren com de major utilitat i, al mateix temps, és el mètode al qual acudeixen més sovint les persones usuàries per vehicular la seva participació. A més, en sol·licitar als centres que indiquin mecanismes de participació que consideren que serien útils per fomentar la participació de persones usuàries i ciutadans/es als centres, el mecanisme que més vegades s'esmenta és la creació de comissions de treball de persones usuàries i personal sobre temes molt concrets que afecten la seva vida quotidiana a la residència, que, en el fons, és una forma concreta de reunió grupal de persones usuàries.

### **4.2. Elaborar projectes de millora amb la implicació de persones usuàries i familiars**

Un dels principis bàsics de qualitat és que la millora de la qualitat de les organitzacions no és un fet que depengui únicament del nivell directiu, sinó que totes les persones implicades en les activitats o els processos que es volen millorar hi han d'estar implicades i tenir l'oportunitat d'aportar-hi el seu coneixement i la seva experiència sobre el tema. Als centres de prestació de serveis de l'ICASS, les persones usuàries i els familiars estan directament implicats en els processos de l'organització i tenen molta informació sobre els problemes que hi ha i les possibles vies de solució. La col·laboració de persones usuàries i familiars en els projectes de millora, per tant, és una via per promoure'n la participació en la gestió del centre i, alhora, per potenciar que les accions de millora obtinguin els resultats desitjats.

---

### **4.3. Recollir i utilitzar les opinions verbals de les persones usuàries**

A l'estudi que s'ha dut a terme sobre la utilització i la utilitat dels mecanismes de participació de persones usuàries i ciutadans/es als centres de prestació de serveis, s'hi reflecteix un fet que paga la pena destacar: pel que fa als resultats de suggeriments i queixes de persones usuàries, destaca el fet que, mentre que els/les directors/es dels centres consideren que són més útils quan es presenten per escrit que quan es transmeten verbalment, les persones usuàries recorren àmpliament al seu ús verbal, però molt poc al seu ús per escrit. Això vol dir que s'està perdent molta informació que espontàniament proporcionen les persones usuàries i, al mateix temps, s'estan utilitzant canals per vehicular l'opinió de les persones usuàries que no reben la resposta adequada.

Una possible solució a aquesta situació és intentar reconduir la persona usuària perquè expressi les seves opinions a través dels canals establerts per a aquesta finalitat per la institució. A més, si el que es pretén és copsar l'opinió de la persona usuària i facilitar-ne la participació en l'organització, sembla més lògic fer un esforç per fer més operatius els canals de comunicació pels quals la persona usuària demostra tenir preferències. Es proposa, per tant, definir i implantar un mecanisme per operativitzar l'opinió expressada per les persones usuàries mitjançant queixes i suggeriments verbals.

## **5. Fomentar el programa de voluntariat**

El voluntariat permet comptar amb la participació de persones de la comunitat als centres de prestació de serveis. A banda de les tasques i les activitats concretes que duuguin a terme, la presència d'aquests/es ciutadans/es al centre afavoreix l'oportunitat que els/les professionals i els/les gestors/es del centre en recullin les opinions i les inquietuds. Aquest fet suposa també un mecanisme d'interacció entre les persones usuàries dels centres i altres persones de la comunitat, i evita l'aïllament de les persones ingressades. En resum, el voluntariat millora la integració dels/de les clients en la comunitat i té una funció de suport per als/a les que no tenen vincles familiars, així com una acció complementària a l'acció familiar.

Fomentar el programa de voluntariat és una de les línies d'acció que els centres es plantegen per promoure la participació de persones usuàries i ciutadans/es en els serveis de l'ICASS.

# A 17

## Annex 17. Reglament de règim interior (RRI)

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 interior 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 horari de funcionament de l'establiment, així com de les visites i les sortides.

Una estratègia per difondre el reglament de règim interior és adjuntar-ne una versió simplificada en el moment de signar el contracte.<sup>31</sup> Es fa la proposta següent:

La incorporació al pis amb suport de [nom de l'entitat] s'adreça a assolir una millora en la qualitat de vida de les persones malaltes de la sida que accepten ingressar al pis amb caràcter voluntari.

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_, em comprometo a complir les normes següents:

- El temps d'estada està limitat entre sis mesos i un any. [Nom de l'entitat] pot establir les renovacions o les modificacions de la temporalitat que cregui adients.
- S'ha de respectar la convivència amb les altres persones. Això implica, entre altres coses, no molestar amb sorolls o actituds incòmodes els/les altres residents ni la comunitat de veïns/es.
- És necessari col·laborar i compartir les despeses del pis amb l'aportació econòmica establerta i col·laborar en les tasques comunes que s'hagin encomanat.
- L'aportació econòmica de cadascú és la que queda especificada en el projecte individual, amb l'augment corresponent de l'IPC anual.
- El/la resident es compromet a tenir cura dels aspectes personals d'higiene, roba neta, bona presència, neteja de l'habitació pròpia i neteja i cura dels espais comuns. També ha de facilitar l'accés del personal a l'habitació i els armaris per a la seva neteja i supervisió.

31. Exemple facilitat per l'Obra Social Sant Martí.

- S'ha de realitzar alguna activitat (laboral, ocupacional o de lleure) fora del pis durant el dia, de manera que ocupi, almenys, mitja jornada.
- S'han de respectar els horaris establerts pel grup d'acord amb els responsables de [nom de l'entitat].
- S'ha de participar en les diferents activitats comunes que es fixen com a obligatòries per a tot el grup.
- S'ha de tenir cura de l'habitatge, el mobiliari, els elements comuns i les pertinences dels/de les altres residents.
- Solament es pot accedir a l'habitació pròpia i als espais comuns (cuina, lavabo, menjador o balcó). En cap cas no es pot entrar a les habitacions dels/de les altres residents sense el seu consentiment i la seva presència.
- És obligatori complir estrictament el tractament mèdic, així com respectar les visites mèdiques o les dels diferents serveis de salut que corresponguin (xarxa de salut mental o tractament de drogodependències). S'ha d'assistir a les entrevistes que s'estipulin de cara al seguiment personal des de [nom de l'entitat] o des del referent social dins les xarxes específiques o de SSAP. En el cas que s'hagi de prendre medicació, ha de ser supervisada pel/ per la professional del centre.
- No estan permesos la tinença ni el consum d'alcohol ni cap tipus de droga dins del pis.
- S'han de fer els controls analítics de substàncies tòxiques establerts al centre; si no es fan, significa acceptar que hi ha hagut algun consum.
- Cal avaluar a individualment i grupalment el funcionament del pis (acords, compromisos, col·laboració, etc.). Això comporta participar en les reunions amb tots/es els/les residents i assumir el compliment dels acords presos. Les propostes de modificacions dels acords s'han de fer durant la reunió següent i, mentrestant, els acords anteriors continuen vigents.
- Es prohibeixen els actes de violència i les agressions físiques o verbals.
- Només està permès donar allotjament a les persones ingressades al pis.
- Cal abstenir-se de mantenir relacions sexuals de qualsevol tipus al pis.
- No es pot fumar a les habitacions. L'espai per fumar és el balcó.
- Quan una persona estigui 24 hores sense comunicar la seva absència, els/les responsables de l'entitat realitzen les gestions que consideren més adequades.
- Una persona no pot faltar del pis més d'una setmana sense donar notícies sobre on es troba directament a la persona coordinadora del pis. En aquest cas, es considera que ha abandonat el pis i la plaça queda a disposició d'una altra persona.
- S'ha de ser responsable en la utilització de les claus. Per aquest motiu, no es poden deixar a cap persona de fora del pis ni se'n poden fer còpies.
- Quan una persona abandona el pis s'ha d'emportar totes les seves pertinences. En cap cas [nom de l'entitat] no es fa responsable de les coses deixades al pis.
- El contacte amb el personal de [nom de l'entitat] s'ha de fer als espais grupals o individuals fixats al pis mateix o per telèfon (treballador/a familiar al matí i educador/a o monitor/a a la tarda). Per a qualsevol incident que tingui caràcter d'urgència, els/les residents s'han d'adreçar al/a la responsable de [nom de l'entitat], telèfon .....



L'incompliment d'aquesta normativa pot ser motiu de cessament al pis amb suport.

Signatura:

Nom del/de la resident:

Data:

---

## Annex 18. Drets de les persones usuàries de serveis socials



Els drets de les persones usuàries dels serveis socials són els següents:

- Dret a rebre voluntàriament el servei social que correspongui.
- Dret a la informació.
- Dret a la intimitat i a la no divulgació de les dades personals que figuren en els expedients o els historials.
- Dret a considerar l'establiment residencial on es viu com a domicili propi.
- Dret a mantenir la relació amb l'entorn familiar i social.
- Dret a la continuïtat en la prestació dels serveis en les condicions establertes o convingudes.
- Dret a no ser discriminat/ada i a ser tractat/ada amb el respecte i la consideració degudes i amb dignitat.
- Dret a no ser sotmès/esa a cap tipus d'immobilització o restricció física o farmacològica sense prescripció mèdica i supervisió.
- Dret a la tutela de les autoritats públiques.
- Dret d'accés als serveis que integren la xarxa bàsica de serveis socials de responsabilitat pública en condicions d'igualtat tenint en compte l'estat de necessitat.

  
**A 19**

---

## Annex 19. Sistemàtica d'anàlisi causal d'un esdeveniment sentinella

### 1. Què va passar? Esdeveniment sentinella

- Detalls del fet

### 2. Causes

- Factors humans
- Factors procedimentals
- Factors d'equipament
- Factors ambientals
- Factors externs no controlables

### 3. Sistemes subjacents a les causes

- Recursos humans
- Gestió de la informació
- Cultura de l'organització
- Factors incontrolables

---

## Annex 20. Programes d'actuació



### Programes d'actuació en un pis amb suport de baixa intensitat

#### 1. Programa d'acollida

- Integració i coneixement del centre.
- Formalització del contracte de convivència.
- Promoure que la persona usuària contacti amb els serveis sanitaris i socials de la zona.
- Exigir l'actualització de tota la documentació personal.
- Coneixement de la situació personal i familiar.
- Elaboració d'un Pla d'intervenció individual orientat a tutelar i potenciar l'autogestió de la persona en la seva estada al recurs per aconseguir el màxim d'autonomia personal.

#### 2. Programa d'acció

- INTERVENCIONS DE L'ÀREA DE SALUT
  - Promoure el desenvolupament d'hàbits saludables dins del pis: controlar la dieta i nutrició, la higiene, l'exercici físic, les hores de son.
  - Potenciar l'autonomia i tutelar els diferents seguiments que la persona usuària pugui fer autònomament fora del recurs: visites mèdiques, programa de toxicomanies, salut mental...
  - Seguiment de l'adherència al tractament i la presa de medicació.
  - Promoure l'autocura de la malaltia i una educació afectivosexual.
- INTERVENCIONS DE L'ÀREA SOCIOEDUCATIVA
  - Assumir i promoure l'execució de les habilitats domèstiques (neteja, cuina, roba, economia domèstica...).
  - Dinamitzar les habilitats de convivència.
  - Mantenir l'ús i l'ordre d'espais propis i comuns.
  - Autogestió en la utilització dels recursos comunitaris.
  - Consolidació de l'aprenentatge d'habilitats socials: relacions interpersonals, resolució de problemes, economia personal...
  - Tutelar i promoure la inserció laboral.
  - Educació en el temps lliure. Planificació i seguiment.
  - Promoure hàbits horaris.
- INTERVENCIONS DE L'ÀREA PSICOEMOCIONAL
  - Suport emocional.
  - Acompanyar l'evolució personal: habilitats de comunicació, resolu-

ció de problemes personals, habilitats d'autocontrol, acceptació de la història personal pròpia, autoestima, resolució de conflictes...

- Orientar cap al restabliment dels vincles personals i familiars.
- Donar suport a la capacitat d'autogestió davant els reptes d'assumir l'autonomia pròpia i les perspectives de futur (treball, habitatge, parella...).

### **3. Programa de coordinació**

- Reunions de l'equip multidisciplinari del pis.
- Formació de personal.
- Coordinacions externes. Treball en xarxa (valoracions, derivacions).
- Gestió de l'equipament.
- Relacions institucionals.
- Assemblees del recurs.

## **Programes d'actuació en un pis amb suport d'alta intensitat**

### **1. Programa d'acollida**

- Integració i coneixement del centre.
- Formalització del contracte de convivència.
- Acompanyar la persona usuària i facilitar-li el contacte amb els serveis sanitaris i socials de la zona.
- Supervisar els tràmits d'actualització de tota la documentació personal.
- Coneixement de la situació personal i familiar.
- Elaboració d'un Pla d'intervenció individual orientat a l'adquisició i el desenvolupament de capacitats relacionades amb l'autonomia personal.

### **2. Programa d'acció**

- INTERVENCIIONS DE L'ÀREA DE SALUT
  - Garantir l'adquisició i supervisar el desenvolupament d'hàbits favorables dins la llar: facilitar la dieta i la nutrició, la higiene, l'exercici físic, les hores de son.
  - Acompanyament en els diferents seguiments que la persona usuària pugui fer fora del recurs: visites mèdiques, programa de toxicomanies, salut mental...
  - Suport i control en l'adherència al tractament i la presa de la medicació.
  - Garantir el coneixement de la malaltia i una educació afectivosexual.

- INTERVENCIIONS DE L'ÀREA SOCIOEDUCATIVA
  - Adquirir i desenvolupar les habilitats domèstiques (neteja, cuina, roba, economia domèstica...).
  - Dinamitzar les habilitats de convivència.
  - Adquirir i supervisar l'ús i l'ordre d'espais propis i comuns.
  - Iniciació i desenvolupament en la utilització dels recursos comunitaris.
  - Adquirir i fomentar l'aprenentatge d'habilitats socials: relacions interpersonals, resolució de problemes, economia personal...
  - Motivar la formació laboral i facilitar activitats ocupacionals encaminades a una inserció laboral.
  - Educació en el temps lliure. Suport i ajut.
  - Estructurar hàbits horaris.
  
- INTERVENCIIONS DE L'ÀREA PSICOEMOCIONAL
  - Suport emocional.
  - Facilitar l'evolució personal: habilitats de comunicació, resolució de problemes personals, habilitats d'autocontrol, acceptació de la història personal pròpia, autoestima...
  - Propiciar el restabliment dels vincles personals i familiars.
  - Consolidar l'acceptació d'un canvi de vida tot obrint vies per a una futura inserció social.

### 3. Programa de coordinació

- Reunions de l'equip multidisciplinari de la llar.
- Formació de personal.
- Coordinacions externes. Treball en xarxa (valoracions, derivacions).
- Gestió de l'equipament.
- Relacions institucionals.
- Assemblees del recurs.

## Programes d'actuació en una llar residència

### 1. Programa d'acollida

- Integració i coneixement del centre.
- Formalització del contracte de convivència.
- Inscriure la persona usuària en la xarxa sanitària de la zona.
- Tramitar l'actualització de tota la documentació personal.
- Coneixement de la situació personal i contacte amb la família.
- Elaboració d'un Pla d'intervenció individual d'assistència a les necessitats bàsiques i que activi la recuperació i la sociabilització de la persona.

## 2. Programa d'acció

- INTERVENCIIONS DE L'ÀREA DE SALUT
  - Proporcionar i garantir un espai i un ritme diari que ajudin a viure amb uns hàbits favorables dins la residència: oferir una dieta i nutrició, suport en la higiene, exercici físic, hores de son...
  - Dur a terme els diferents seguiments que la persona usuària necessiti: mèdics, programa de toxicomanies, salut mental... (dintre o fora del recurs).
  - Supervisió de l'adherència al tractament i l'administració de la medicació.
  - Facilitar el coneixement de la malaltia i una educació afectivosexual.
- INTERVENCIIONS DE L'ÀREA SOCIOEDUCATIVA
  - Iniciar-se i participar en les tasques i les habilitats domèstiques (neteja, cuina, roba, economia domèstica...) segons les capacitats pròpies.
  - Dinamitzar les habilitats de convivència.
  - Introduir l'ús i l'ordre d'espais propis i comuns.
  - Acompanyament en la utilització dels recursos comunitaris.
  - Començar a treballar l'aprenentatge d'habilitats socials: relacions interpersonals, resolució de conflictes, economia personal...
  - Oferir activitats ocupacionals i formació acadèmica bàsica.
  - Educació en el temps lliure. Oferir i dinamitzar activitats.
  - Delimitació dels horaris.
- INTERVENCIIONS DE L'ÀREA PSICOEMOCIONAL
  - Suport emocional.
  - Començar processos d'evolució personal: habilitats de comunicació, resolució de problemes personals, habilitats d'autocontrol, acceptació de la història personal pròpia, autoestima, resolució de conflictes...
  - Ajudar a planificar el restabliment dels vincles personals i familiars.
  - Donar eines per assumir les noves circumstàncies de la vida pròpia (seqüeles i limitacions de la malaltia) i motivar per optimitzar la qualitat de vida.

## 3. Programa de coordinació

- Reunions de l'equip multidisciplinari de la residència.
- Formació del personal.
- Coordinacions externes. Treball en xarxa (valoracions, derivacions).
- Gestió de l'equipament.
- Relacions institucionals.
- Assemblees del recurs.





# A 22

## Annex 22. Habilitats per al desenvolupament integral de la persona

Capacitat per prendre decisions	<b>Habilitats socials</b> Comunicació Negociació/rebuig Assertivitat Cooperació Empatia Relacions interpersonals
Capacitat per resoldre problemes	
Pensament creatiu	<b>Habilitats cognitives</b> Presa de decisions / solució de problemes Comprensió de conseqüències Determinació de solucions alternatives Pensament crític Anàlisi de les percepcions pròpies de les normes i les creences socials Autoavaluació i clarificació de valors
Pensament crític	
Comunicació efectiva	
Habilitat per establir i mantenir relacions interpersonals	
Coneixement d'un mateix	<b>Habilitats per al control d'emocions</b> Estrès, sentiments, control
Empatia	
Ús de les emocions	
Ús de l'estrès	

## Annex 23. Programa educatiu<sup>32</sup>



### 1. Justificació

Les persones usuàries ateses al pis d'acollida presenten dues problemàtiques comunes: la malaltia de la sida i la inadaptació social (baixa autoestima, impulsivitat, ràbia, autodestrucció, no respectar els límits, pressa, manca d'habilitats socials...) directament relacionada amb el tipus de vida duta fins al moment.

Aquestes dues problemàtiques estan estretament relacionades, ja que moltes vegades els problemes de salut que presenten les persones usuàries són conseqüència dels aspectes esmentats, que impedeixen tenir cura d'un mateix i fer-se responsable activament de la pròpia salut. Així doncs, el treball dels principals hàbits de vida saludable específics de la malaltia s'ha de complementar amb el treball d'altres tipus d'habilitats que aportin eines per poder desenvolupar-se en la vida quotidiana.

L'objectiu principal és que les persones **entenguin la seva salut de manera global** i intentar, d'aquesta manera, que valorin el seu estat anímic des de totes les perspectives per poder tenir en compte que no només és important prendre la medicació prescrita, sinó que també cal tenir cura d'un mateix per tal que els tractaments siguin efectius i els efectes secundaris resultin tan poc agressius com sigui possible i, així, poder conviure amb la malaltia de la millor manera possible.

Es tracta d'activitats enfocades a la millora de l'estat de salut mitjançant l'adquisició i l'aprenentatge **d'hàbits saludables**, sota la consideració que **una bona alimentació, l'exercici físic, una presa correcta de la medicació i el coneixement d'un mateix i de la malaltia pròpia** contribueixen al bon funcionament del sistema immunològic, fet fonamental per a les persones que conviuen amb el VIH, que pot deteriorar el sistema de defenses de l'organisme.

Cal tenir en compte que la majoria de persones que arriben al servei, a part del tractament antiretroviral, segueixen altres tipus de tractaments, ja siguin de salut mental o de toxicomanies. Per aquest motiu, és molt important que les persones coneguin i aprenguin a conviure amb els diferents tractaments mitjançant pautes de vida saludable.

32. Projecte facilitat per l'Associació Antisida de Lleida.

La planificació de les activitats s'adapta a la problemàtica específica del grup existent potenciant determinats continguts segons el moment del grup i el dels/de les membres que l'integren.

## 2. Objectius

L'objectiu bàsic és afavorir el desenvolupament integral de les persones i millorar l'estat d'ànim de la persona usuària i possibilitar una adaptació adequada a la situació de la malaltia i al seu entorn mitjançant la consecució dels objectius següents:

- El coneixement de la malaltia.
- L'acceptació de la situació de salut en què es troba.
- L'adquisició d'hàbits que permetin la responsabilització i la implicació personal en la cura de la pròpia salut.
- L'estabilització de la malaltia, així com l'adherència al tractament que s'es-tigui seguint.
- El coneixement d'un mateix i dels iguals.

## 3. Metodologia de treball

Totes les activitats es van duent a terme al llarg de l'any, treballant amb les persones usuàries el fet que siguin **pacients actius**. El punt del qual es par-teix és què poden fer les persones per millorar el seu estat de salut, sobretot des del punt de vista emocional. S'utilitza la relaxació, l'autocontrol i també el coneixement i l'acceptació de la malaltia, segons la fase en què es troben.

Es tracta de fomentar la participació de les persones directament afectades (metodologia participativa) mitjançant tallers, jocs, dinàmiques de grup..., per tal que les persones sentin com a seus els continguts abordats i hi contri-bueixin aportant-hi les seves experiències. Les persones usuàries participen de manera activa en el procés d'ensenyar i d'aprendre en comptes de rebre només la informació passivament. Aquesta metodologia fomenta compartir la informació, aprendre dels altres i treballar conjuntament per resoldre problemes i dubtes comuns.

Per dur a terme aquestes activitats és molt important el paper de l'educador/a com a facilitador/a i conductor/a del grup per arribar a la reflexió i la conclusió dels temes que es volen treballar. També és molt important l'empatia del/de la professional vers la persona usuària. Si les persones sen-ten que el/la professional pensa que és capaç de fer els canvis que es proposa, és possible que augmentin la seva autoestima i que això els ajudi a la conse-cució dels objectius mitjançant un reforç positiu.

## 4. Temporalització

La temporalització de les activitats es pauta en funció del grup existent. Cal evitar caure en l'activisme, és a dir, fer moltes activitats en un curt espai de temps sense una programació concreta i específica per al grup.

L'educador/a ha d'intentar motivar les persones usuàries espaiant les activitats i demostrant-ne la necessitat i pot parlar-los prèviament de les problemàtiques per tal que les persones usuàries hi reflexionin i en prenguin consciència. Tenint en compte les seves opinions i oferint opcions perquè escullin algunes temàtiques dintre d'una selecció prèvia feta pels/per les professionals s'afavoreix la implicació en aquesta programació d'activitats.

La temporalització de les activitats es concreta a l'apartat "Activitats".

## 5. Activitats

Classifiquem les activitats següents en funció de cinc àrees funcionals per al desenvolupament integral de la persona.

Àrees que cal desenvolupar	Definició	Tipus d'activitat o taller	Temporalització
<b>Habilitats psicosocials</b>	Habilitats per estimular l'interès i la motivació a l'acció. Estimular la comunicació. La realització de les activitats en grup augmenta la dimensió social en tota la seva amplitud afavorint l'intercanvi entre els/les membres del grup. Afavorir l'autoestima (guanyar confiança en un mateix). Adaptar les activitats a les capacitats cognitives evita reaccions catastròfiques d'ansietat, depressió, conflictes, etc. Millorar el grau d'estabilitat i l'autoestima per cuidar les actituds i els valors propis amb exercicis d'autocontrol emocional, evitant així possibles conflictes.	CD fòrum.	Sessió d'1 hora 30 min 1 vegada al mes.
		Cinefòrum.	Sessió d'1 hora 30 min 1 vegada al mes.
		Parlem (resolució de conflictes).	En funció de l'estat de tensió grupal i de conflictes en el grup.
		Taller de lectura.	Sessió d'1 hora 30 min 1 vegada al mes.
		Dinàmiques variades: •Taller d'empatia. •Tallers d'autoestima. •Taller de comunicació. •Parlem la crítica. •Mediació. •Etc.	Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.

<b>Habilitats per al control d'emocions</b>	<p>Habilitats que fomenten el reconeixement d'un mateix, el caràcter, les fortaleses i les debilitats. El desenvolupament d'un major coneixement d'un mateix ajuda a reconèixer els moments en què hi ha un nivell de tensió elevat.</p> <p>L'aplicació d'aquestes tècniques és d'utilitat per manejar les emocions personals, per ser conscients de com influeixen les emocions en el nostre comportament i per respondre-hi de manera apropiada i adequada.</p>	<p>Tècniques de relaxació:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ioga.</li> <li>•Tai-txi.</li> <li>•Txi-kung.</li> <li>•Shiatsu.</li> <li>•Taller de respiració.</li> </ul>	<p>1 sessió cada setmana, variant-ne la tècnica.</p>
<b>Habilitats d'estimulació psicomotriu</b>	<p>Amb l'aplicació de diverses activitats, es pretén motivar la capacitat a través de les sensacions i les relacions amb el cos propi; recuperar l'expressió de les capacitats mitjançant l'acció creativa i l'expressió de l'emoció; ampliar i valorar la identitat pròpia i l'autoestima dins de la pluralitat grupal, i crear una consciència i un respecte a la presència i a l'espai dels altres.</p>	<p>Tallers manuals.</p> <p>Piscina.</p> <p>L'hora del passeig.</p> <p>Sessions de psicomotricitat.</p>	<p>Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.</p> <p>Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.</p> <p>2 cops per setmana.</p> <p>Durant un trimestre, una sessió cada dia.</p>
<b>Habilitats d'estimulació cognitiva</b>	<p>Per evitar el deteriorament de la funció intel·lectual, es pretén treballar almenys tres de les àrees de l'activitat mental següents: memòria, llenguatge, habilitats visioespacials, emocional, personalitat i cognició (abstracció, càlcul, judici, etc.).</p>	<p>Tallers manuals.</p> <p>Taller de reciclatge.</p> <p>Taller d'informàtica.</p> <p>Taller d'Internet.</p> <p>Taller de lectura i premsa.</p>	<p>Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.</p> <p>Sessió en funció de les persones noves que entren al pis.</p> <p>Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.</p> <p>Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.</p> <p>Diari.</p>

		Taller de pastisseria.	Sessió d'1 hora 30 min cada 15 dies.
		Passatemps.	Diari.
<b>Aprendre a conviure amb el VIH</b>	Espais per proporcionar informació sobre les necessitats físiques i psicosocials dels individus amb VIH i afectats per la sida.  La vulnerabilitat es pot disminuir de moltes maneres: amb una nutrició adequada, evitant recaigudes, amb exercici físic i amb altres formes d'autocura. També el maneig de les emocions pot incidir en l'augment o la disminució de la vulnerabilitat de l'organisme davant la malaltia.	Dietètica i nutrició.	Diari.
		Cinefòrum (pel·lícules i documentals d'actualitat i informatives).	Sessió en funció de les persones noves que entren al pis.
		Coneixem el que prenem (adherència al tractament).	Diari.
		L'abstinència i el consum de drogues.	Sessió en funció de les persones noves que entren al pis.
		Planificació de les visites mèdiques.	Diari.
		Elaboració de processos de dol.	Sessió en funció de les persones noves que entren al pis.
		TRI-VIH-AL (conclusió del que sabem i hem après).	Sessió en funció de les persones noves que entren al pis.

# A 24

## Annex 24. Protocols i registres recomanats

Tenint en compte les normatives existents, a continuació es detallen els protocols i els registres bàsics i recomanables que han de tenir els centres, degudament documentats i actualitzats.

### Protocols bàsics i recomanats

Els registres i els protocols dels quals ha de disposar un establiment o un servei d'acolliment residencial són els mateixos que els de les residències en general, i d'acord amb l'article 18.10 del Decret 284/1996, modificat pel Decret 176/2000, són els següents:

Per normativa:

- Protocol d'acollida i adaptació.
- Protocol d'administració de medicació.
- Protocol de seguiment de la higiene personal.
- Protocol de caigudes.
- Protocol d'atenció a les incontinències: prevenció, millora i control d'esfínters.
- Protocol de contenció física.
- Protocol de prevenció i tractament de les lesions per pressió.
- Protocol d'alimentació i dietes.
- Protocol de neteja de l'establiment.
- Protocol de bugaderia.
- Protocol d'emergència.

Els **protocols recomanats** relacionats amb l'atenció i la gestió de suports de la persona resident són els següents:

- Protocol de gestió de l'expedient d'atenció de cada resident.
- Protocol d'atenció psicològica a les persones residents.
  - Atenció psicològica.
  - Abordatge de la sexualitat, incloent-hi temes relacionats amb l'anticoncepció.
  - Acompanyament en processos de dol.
  - Prevenció i actuació davant conductes disruptives.
- Protocol d'informació i pautes d'actuació amb la família, el/la tutor/a o els referents socials.
  - Informació a la persona, la família, el/la tutor/a o els referents socials.
  - Pautes d'actuació en situació de crisi, conflicte o claudicació de la família o el referent social.

- Actuació davant la presència de risc social.
- Detecció i intervenció davant maltractament, negligència o abús.
- Protocol d'atenció a la salut.
  - Mesures preventives i de foment de la salut.
  - Aplicació de tractaments antiretrovirals.
  - Prevenció de la reinfecció.
  - Pautes d'actuació davant la immunosupressió.
  - Tractament de fluïds corporals i gestió dels sagnats.
  - Estratègies per millorar l'acceptació de la malaltia.
  - Protocol d'intervenció davant el deteriorament cognitiu.
  - Actuació davant els trastorns de l'eliminació (incontinències, restrenyiment...).
  - Actuació quan es detecta consum de drogues o problemes relacionats amb el consum d'alcohol.
  - Protocols específics d'atenció davant una emergència sanitària: hipoglucèmies o hiperglucèmies, accidents, crisi epilèptica, reanimació cardiopulmonar, atenció a la persona amb disfàgia, etc.
  - Protocol de derivació i ingrés en centres sanitaris.
- Altres protocols que el centre o els/les professionals creguin necessaris per assegurar l'atenció a la persona resident i a la família o el referent social.

Els protocols recomanats des del punt de vista **organitzatiu** són els següents:<sup>33</sup>

- Normes eticoprofessionals.
- Protocol d'atenció a la diversitat.
- Protocol de gestió de queixes, suggeriments i reclamacions.
- Protocol del programa de voluntariat.
- Protocol de funcionament de l'equip interdisciplinari.
- Protocol de promoció i implicació en els serveis de la comunitat.

S'aconsella que cada protocol disposi d'una estructura i una metodologia d'elaboració. L'esquema recomanat és el següent:

- Definició: explicar i definir el tema que s'aborda.
- Objectiu: explicar amb quina finalitat necessitem elaborar aquest protocol. Fer-hi constar si és de prevenció, de tractament o d'actuació davant la persona resident.
- Continguts específics, tenint en compte la tipologia i el perfil dels/de les residents.
- Població a la qual s'adreça: cal que consti si és un protocol aplicable a tots els/les residents o si té criteris d'inclusió o d'exclusió.
- Professionals implicats.
- Descripció de l'actuació: cal indicar quins són els passos que cal fer per complir el protocol; han d'estar especificats de manera lògica, és a dir, els passos que s'han de seguir han d'estar per ordre.
- Sistemes de registre.
- Algorisme: diagrama de flux en què s'especifiquen, de manera esquemàtica i gràfica, els passos principals del procés.<sup>34</sup>

33. Protocols recomanats als indicadors d'avaluació de qualitat per a residències per a persones amb disminució física. ICASS: 1999.

34. Generalitat de Catalunya, CIDEM: Guies de suport a la innovació. Disponible a: <http://www.acc10.cat/ACC10/cat/talent-coneixement/publicacions/eines-innovacio-internacionalitzacio/diagrama-flux.jsp>. (Consulta: 17/11/2009).



- Indicadors d'avaluació: identificar els indicadors que s'han d'utilitzar en les diferents fases d'implantació i seguiment del protocol. Cal establir-hi el nivell de compliment desitjat i també les possibles excepcions.
- Observacions i recomanacions. Si el protocol correspon a una guia adaptada, cal especificar-ne les fonts i l'any d'aprovació.
- Data d'elaboració del protocol.
- Professionals que han elaborat, adaptat i revisat el protocol.
- Data de la propera revisió d'acord amb la vigència establerta.
- Nom, signatura i càrrec de les persones que aproven el protocol.
- Bibliografia.

Per a l'elaboració, la revisió i l'adaptació dels protocols es recomana tenir en compte els aspectes següents:

- Prioritzar en cada centre els protocols necessaris en funció de la tipologia de persones usuàries, les problemàtiques existents, els diagnòstics principals i el tipus d'atenció i de suports que necessiten els/les residents i els familiars.
- Formar un equip integrat per professionals del centre relacionats amb el tema que cal tractar, per membres de l'equip directiu o de gestió i, sempre que sigui possible, per residents, familiars o referents socials i membres de la comunitat —quan hi hagi implicats altres dispositius d'atenció.
- Utilitzar les evidències científiques i les guies de pràctica reconegudes i actualitzades, sempre que estiguin disponibles.
- Fer una prova pilot dels protocols elaborats i introduir-hi les millores necessàries.
- Identificar les possibles resistències durant la implementació del protocol, així com les mesures necessàries per superar-les.
- Aprovar el protocol la direcció del centre en representació de l'equip de treball.
- Planificar el seguiment, l'avaluació i la revisió del protocol. S'aconsella que, si no es produeixen canvis, la reavaluació es faci cada tres anys. Els protocols d'implantació recent o aquells en els quals es facin recomanacions de manera periòdica, s'aconsella reavaluar-los en el termini màxim d'un any.
- Crear un “protocol de protocols” al centre.

Cal tenir en compte una sistemàtica per implementar els protocols. S'aconsella desenvolupar un Pla de comunicació del protocol:

- Difusió: donar a conèixer els protocols nous a totes les àrees i tots els/les professionals que els poden fer servir.
- Seguiment de l'aplicació: s'aconsella nomenar una persona responsable del seguiment de l'aplicació del protocol fins que estigui consolidat en el treball habitual.
- Avaluació: durant la implantació s'aconsella un monitoratge cada tres o quatre mesos durant els primers controls. En funció dels resultats obtinguts, es pot programar la propera revisió als sis mesos o a l'any, segons el grau de consolidació del protocol. S'aconsella que els indicadors clau o

essencials d'un protocol siguin avaluats de manera anual; cada tres anys cal efectuar una avaluació global del protocol, abans de fer-ne la revisió.

- Revisió del protocol.

## Registres bàsics

Pel que fa als registres, s'aconsella la unificació per evitar-ne la duplicitat i facilitar el treball i les dinàmiques organitzatives del centre. Els registres han d'ajudar a la consolidació de la filosofia de l'atenció centrada en la persona. Es recomana la incorporació progressiva dels suports informàtics per a la gestió de la documentació, ja que faciliten l'accés a la informació i la seva confidencialitat.

En l'estudi detallat dels registres necessaris en els establiments o els serveis d'acolliment residencial, cal tenir en compte els que indica la normativa i els recomanats pels indicadors de qualitat o bé els recomanats en aquest document de bones pràctiques.

Per normativa:

- Registre de residents amb incontinència d'esfínters.
- Registre de residents amb lesions per pressió.
- Registre de caigudes.
- Registre de residents amb mesures de contenció.
- Registre de les activitats adreçades al manteniment de la higiene personal.
- Registre d'administració de la medicació.
- Registre de seguiment de la participació de les persones usuàries en el programa d'activitats.

Recomanats en l'avaluació d'indicadors de qualitat:<sup>35</sup>

- Control i programació de les evacuacions intestinals.
- Si a l'establiment o el servei d'acolliment residencial s'atenen persones amb discapacitat psíquica, cal afegir-hi els registres propis que ajuden a fer-ne un seguiment millor.

Recomanats:

- Registre de valoracions multidimensionals i interdisciplinàries del/de la resident en el moment de l'ingrés i de manera periòdica.
- Registre del programa individual de suports (objectius, estratègies d'intervenció, persones responsables de l'execució, resultats esperats i grau d'assoliment dels objectius).
- Registre d'aspectes clau relacionats amb l'atenció i el suport que s'ofereix al/a la resident:
  - Activitats i millores funcionals en tasques bàsiques de la vida diària i activitats instrumentals de la vida diària.
  - Seguiment del programa individual d'autonomia.
  - Activitats per fomentar la salut i prevenir la malaltia.

35. Registre recomanat a ICASS. *Indicadors d'avaluació de qualitat per a residències per a persones amb disminució física*. Barcelona: ICASS, 1999.

- Activitats de socialització realitzades i resposta a aquestes activitats.
- Seguiment d'aspectes laborals, de formació i d'oci.<sup>36</sup>
- Factors de risc del/de la resident i mesures preventives adoptades.
- Registre d'aspectes fisiològics que requereixen atenció o suport (menstruació, crisis convulsives...).
- Registre de residents que han necessitat contenció física o aïllament.<sup>37</sup>
- Pactes i acords amb la persona i la família o el referent social.
- Vinculació familiar i contactes amb la família.
- Existència de disposicions prèvies de la persona.
- Qualitat de vida percebuda per la persona ingressada en l'establiment o el servei d'acolliment residencial.
- Conductes disruptives i autoagressives o heteroagressives.
- Consultes a urgències i ingressos (especificant-ne la data, el motiu, les pautes, etc.).
- Situacions especials dels/de les residents relacionades amb la convivència, la incapacitat i la tutela, la situació dels fills, les qüestions legals, el consum de drogues o alcohol...
- Activitats de preparació de sortida de l'establiment o del servei d'acolliment residencial.
- Coordinació amb diferents sectors i dispositius.
- Registre d'indicadors de gestió del risc: lesions per pressió, ennuegaments...
- Registre d'esdeveniments sentinella (fugues, lesions, suïcidi, etc.).

36. Es recomana incloure una fitxa en què consti el registre de l'entrevista informativa amb l'àrea de treball social sobre les activitats que li agradaria fer al/a la resident, les diferents possibilitats, la cerca i l'orientació cap als recursos existents amb el seguiment, si escau, dels recursos escollits i la valoració anual de la situació.

37. El protocol de contenció ha d'especificar els criteris restrictius d'indicació, el seguiment continuat i periòdic que requereix la persona i tot allò que especifiqui la normativa.

---

## Annex 25. Exemple de protocol de funcionament de les activitats diàries



### Hàbits de vida

Entenem per *hàbits de vida* el conjunt d'accions repetides i estables que la persona ha après per costum i que són fruit de l'adaptació personal a un context determinat i determinant.

En l'estil de vida d'una persona intervenen factors com ara l'edat, la situació socioeconòmica, la motivació, la malaltia i l'educació, que condicionen la manera de viure o modifiquen els hàbits adquirits. El recurs proporciona a les persones usuàries un entorn adient per millorar els hàbits bàsics de vida i promou l'autonomia de l'individu en un marc regulat per normes de convivència.

Les persones usuàries afectades pel VIH són més propenses a infeccions i malalties derivades de la manca d'higiene i desnutrició; per tant, és prioritari que el recurs garanteixi els mínims de salubritat exigits a qualsevol recurs sociosanitari. El conjunt d'activitats que responen al funcionament diari del recurs s'organitzen en els apartats següents:

---

#### 1.1. Higiene personal

L'objectiu d'aquesta àrea és recuperar o millorar els hàbits d'higiene bàsics que les persones usuàries han descuidat o perdut per diferents circumstàncies i incidir en els aspectes més importants de cara a la prevenció d'infeccions.

Els/les professionals han d'avaluar els aspectes següents:

- **Incidir en la necessitat d'una dutxa diària**
  - Explicar a la persona usuària que mantenir el cos net ajuda a reduir els gèrmens patògens a la pell i, a la vegada, redueix el risc d'exposició a malalties oportunistes.
  - Recomanar l'ús de sabons neutres (pH 5.5) per evitar irritacions a la pell.
  - El més important a l'hora de rentar-se és l'acció d'esbandir-se, ja que és quan eliminem els gèrmens i la brutícia del cos.
- **Ús dels articles d'higiene personal**

L'ús d'aquests estris és personal i intransferible. Les maquinetes d'afaitar, els raspalls de dents, els escuradents, la seda dental... es poden tacar de sang i hi ha risc de transmissió d'hepatitis a altres persones usuàries.

- **Higiene bucal**

Raspallar-se les dents després del àpats i abans d'anar a dormir prevé les càries i evita que la boca sigui una font d'infeccions, més encara en una persona amb les defenses baixes.

- **Afaitat**

Procurar utilitzar crema d'afaitar per estovar la barba i evitar talls o ferides. En cas de tallar-se, cal netejar la ferida amb aigua abundant i desinfectar amb iode cicatritzant.

- **Vestit**

La persona usuària ha d'aprendre a fer-se la bugada periòdicament i reconèixer quan una peça de roba s'ha de rentar.

Canviar de roba interior diàriament i de muda sempre que faci pudor.

El/la professional responsable de fer el seguiment de la persona usuària és l'encarregat/ada de detectar mancances en la higiene personal. Si es descobreixen insuficiències en algunes de les activitats descrites, cal elaborar, de mutu acord amb el/la resident, un Pla de treball que li permeti assolir un nivell d'higiene òptim.

---

## **1.2. Alimentació**

Factors relacionats amb la infecció pel VIH, com ara el consum insuficient de nutrients, la manca de gana, la depressió, la mala absorció dels aliments, les infeccions oportunistes, la febre o la diarrea, condueixen a la malnutrició. Per superar i evitar alguns d'aquests problemes és necessari mantenir una dieta suficient, variada i segura.

### **1.2.1. Menús**

- Els/les residents han d'elaborar conjuntament amb els/les professionals un quadre de menús per a tota la setmana.
- Els menús han de ser variats i equilibrats pel que fa als aliments.
- Els menús han de preveure l'opció d'alternatives en cas de dietes terapèutiques o derivades de valors culturals.
- Els menús de la setmana es reparteixen equitativament entre les persones usuàries.
- Cal designar en assemblea un responsable setmanal, encarregat de proveir d'aliments.
- Hi ha la possibilitat de fer un menú adaptat en processos de sanejament bucal i extraccions.

### **1.2.2. Horaris**

- Hi ha d'haver un horari fixat per cuinar el menjar adaptat a la dinàmica del pis.

- L'horari dels àpats s'ha d'ajustar a les necessitats i els compromisos professionals de les persones usuàries, encara que l'objectiu del recurs és incidir en la importància de compartir l'activitat.

### **1.2.3. Responsable de l'activitat**

El/la responsable de l'activitat és l'encarregat/ada de cuinar el menú que va escollir el dia de la repartició dels menjars i:

- Ha de preparar el menjar.
- Ha de parar la taula per a la resta de persones usuàries.
- Ha de deixar la cuina neta.
- És l'encarregat/ada de fregar els plats.

---

## **1.3. Son**

Les alteracions en els cicles regulars del son poden afectar l'equilibri intern de l'organisme (l'homeòstasi) i produir a la llarga trastorns fisiològics i de comportament.

El consum de drogues psicoactives, els tractaments amb opiacis com la metadona, l'estrès de la malaltia, l'estat emocional i motivacional de la persona i altres condicionants socials són factors que alteren el ritme de descans.

L'estructura del recurs ha de garantir el descans de les persones residents i oferir les condicions adequades per gaudir d'un bon repòs.

Per avaluar i fer seguiment del descans de les persones residents es recomana enregistrar i valorar els punts següents:

- Patró de son a l'inici de l'estada.
- Evolució del patró trimestralment.
- Registre setmanal d'alteracions del son.
- Necessitat de fàrmacs per dormir.
- Mesura dels factors ambientals que interrompen el descans (interferència d'altres residents, soroll ambiental...).
- Avaluació dels factors externs (conflictes interpersonals, rebuig social, estrès laboral...).
- Avaluació de factors interns (inestabilitat emocional, incapacitat, malalties oportunistes, alimentació...).
- Diferenciar i classificar les irregularitats (manca de son, insomni, hipersomni, apnea...).

Estratègies que poden afavorir o millorar la qualitat del descans dels/de les residents:

- Delimitar els horaris de descans.
- Fer seguiment del horaris de dormir.
- Supervisar el consum de somnífers segons la pauta mèdica.

- Limitar l'horari de consum de begudes estimulants.
- Fer seguiment de les visites periòdiques amb el/la metge/essa de referència.
- Recomanar tècniques de relaxació.

---

#### **1.4. Manteniment i neteja de la llar**

L'objectiu d'aquesta activitat és responsabilitzar les persones usuàries del manteniment i la neteja dels espais de la llar amb la finalitat de potenciar l'autonomia de l'individu i fomentar la convivència i l'organització domèstica.

Per facilitar les tasques de neteja i manteniment dels espais comuns i d'ús compartit, els espais de la llar es distribueixen en diferents àrees:

##### **1.4.1. Manteniment i neteja de les habitacions**

Tenir cura de l'ordre i la neteja de l'habitació és un hàbit que potser s'ha perdut per manca d'un espai propi, per deixadesa personal o, fins i tot, per manca de motivació. Aquest és un espai on la persona pot gaudir d'intimitat i on guarda els objectes més personals.

Mantenir endreçat, net i organitzat aquest espai permet a les persones usuàries que l'ocupen sentir-se més còmodes i familiaritzar-se amb l'entorn.

Per mantenir neta l'habitació, els/les residents poden seguir l'esquema següent:

- Fer-se el llit cada matí.
- Treure la pols un cop per setmana.
- Canviar els llençols periòdicament.
- Respectar l'espai del/de la company/a d'habitació.
- Endreçar l'armari.
- Fregar i escombrar un cop per setmana.
- Endreçar els calaixos.
- Netejar els vidres.
- No fumar-hi.
- No menjar-hi.

Per garantir el compliment d'aquesta tasca, els/les professionals elaboren un programa de l'activitat en què s'especifiquen les periodicitats, els/les responsables setmanals del torn de neteja, els sistemes d'avaluació i seguiment de les tasques i les mesures que sancionen l'incompliment no justificat de l'activitat.

##### **1.4.2. Manteniment i neteja dels espais compartits de la llar**

Per facilitar el repartiment de les tasques comunitàries de neteja, es poden distribuir els espais de la llar en àrees físicament delimitades i assignar un encarregat que en faci una neteja setmanal a fons i la mantingui en condicions

òptimes. Per assolir l'objectiu, les persones usuàries disposen d'un llistat de les indicacions que cal seguir en cadascuna de les àrees:

#### **1.4.3. Menjador**

- Netejar els vidres.
- Escombrar i fregar regularment.
- Buidar els cendrers.
- Treure la pols.
- Rentar fundes de sofà, cortines...
- Elaborar una llista de desperfectes o reparacions que s'hagin d'abordar.

La resta de persones usuàries d'aquest espai han de contribuir individualment al manteniment i l'ordre.

#### **1.4.4. Cuina**

- Netejar els vidres.
- Netejar la campana extractora de fum.
- Netejar el forn i el microones.
- Netejar a fons els fogons.
- Ordenar i netejar calaixos i armaris.
- Fer una llista de provisió de productes de primera necessitat.

#### **1.4.5. Lavabo**

- Netejar i desinfectar els sanitaris.
- Fer una llista de provisió de productes de neteja (sabó, lleixiu...).
- Endreçar els armaris de bany.

Per avaluar el grau de compromís de les persones usuàries amb l'activitat, els/les professionals elaboren un calendari de supervisions i seguiment de les tasques comunitàries.

Quan el/la resident troba dificultats per seguir les pautes de l'activitat diària, se n'observen els motius i s'incorpora un apartat al PAI per millorar el rendiment de la persona usuària. Es proposa seguir els criteris següents:

- Antecedents de la persona usuària relacionats amb els hàbits de neteja.
- Valorar el grau d'autonomia de la persona usuària.
- Detectar els motius que l'impedeixen realitzar l'activitat (manca de costum, desmotivació, incapacitat...).
- Elaborar possibles solucions.
- Introduir al PAI els aspectes que s'han de treballar.

El/la responsable de coordinar el protocol ha de fixar una data d'assemblea general per planificar i organitzar l'activitat amb els/les residents del recurs. Cada activitat ha de ser supervisada pels/per les professionals de torn, que disposen d'un full de seguiment on poden anotar les observacions següents:



## Distribució de la neteja

Neteja dels espais comunitaris				
	Lavabo	Cuina	Menjador	Altres
Període				
Responsable				
Avaluació				

---

### 1.5. Bugada

La bugada és una activitat complementària de l'endreça i la higiene personal. L'objectiu d'aquesta àrea és aconseguir que els/les residents tinguin cura de la seva roba i procurin oferir una imatge personal adequada.

El recurs ha de disposar d'un espai d'autoservei de bugaderia on la persona usuària pugui fer el manteniment de la seva roba personal. El servei ha de disposar dels materials i els electrodomèstics corresponents (rentadora, assecadora, planxa, cove de roba bruta i prestatges).

Les persones usuàries han de disposar d'un manual amb indicacions per usar correctament els equipaments que inclogui:

- Com utilitzar la rentadora.
- Com utilitzar l'assecadora.
- On estendre la roba.
- Com planxar i plegar la roba.
- Quins productes cal utilitzar.

## Annex 26. Exemples de models d'alta<sup>38</sup>



### Model d'alta per finalització del procés

L'equip educatiu del pis d'acollida de [nom de l'entitat o el dispositiu] creu que \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, usuari/ària del nostre recurs des de \_\_\_\_\_, ha finalitzat satisfactòriament el programa que estava seguint al nostre recurs.

Per aquest motiu, en el moment de la seva alta li lliurem:

1. Els seus objectes personals.
2. La medicació.
3. La documentació guardada en el seu expedient.
4. Les cartilles bancàries i els diners personals.

A continuació, la persona interessada signa aquest document per donar conformitat a la seva alta del centre i d'acord amb tot el que s'ha esmentat anteriorment, i retorna al recurs les claus d'entrada a l'habitatge.

**Representant legal**

**Usuari/ària**

Població, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

38. Model facilitat per l'Associació Antisida de Lleida.

### **Model d'alta per canvi de recurs**

L'equip educatiu del pis d'acollida de [nom de l'entitat], després d'haver fet una valoració de l'evolució i la situació de salut de \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, usuari/ària del nostre recurs des de \_\_\_\_\_, creu convenient la derivació a \_\_\_\_\_, atesa la impossibilitat, en aquest moment, de continuar amb el programa que estava seguint al pis d'acollida i rescindint d'aquesta manera el contracte que mantenia amb la nostra entitat.

Per aquest motiu, en el moment de la seva alta li lliurem:

1. Els seus objectes personals.
2. La medicació.
3. La documentació guardada en el seu expedient.
4. Les cartilles bancàries i els diners personals.

A continuació, la persona interessada signa aquest document per donar conformitat a la seva alta del centre i d'acord amb tot el que s'ha esmentat anteriorment, i lliura les claus d'entrada a l'habitatge al/a la representant legal de l'entitat en aquest mateix moment.

**Representant legal**

**Usuari/ària**

Població, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

## Model d'alta voluntària

L'equip educatiu del pis d'acollida de [nom de l'entitat o dispositiu], després d'haver fet una valoració de l'evolució i la situació personal de \_\_\_\_\_ , amb DNI \_\_\_\_\_ , i usuari/ària del nostre recurs des de \_\_\_\_\_ , no creu convenient interrompre, en aquest moment, el programa que estava seguint al pis d'acollida.

No obstant això, atesa la insistència de la persona interessada a deixar el recurs, aquesta rescindeix de manera voluntària el contracte que mantenia amb la nostra entitat.

Per aquest motiu, en el moment de la seva alta li lliurem:

1. Els seus objectes personals.
2. La medicació.
3. La documentació guardada en el seu expedient.
4. Les cartilles bancàries i els diners personals.

A continuació, la persona interessada signa aquest document per donar conformitat a la seva alta del centre i d'acord amb tot el que s'ha esmentat anteriorment, i lliura les claus d'entrada a l'habitatge al/à la responsable del recurs en aquest mateix moment.

**Representant legal**

**Usuari/ària**

Població, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

### Model d'alta per als casos de cessament

[Nom del/de la director/a del centre], amb DNI \_\_\_\_\_, director/a del pis d'acollida de [nom de l'entitat i població],

#### Exposa:

- Que \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, resident del pis d'acollida des del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_, ha incomplert de manera reiterada la normativa vigent a la casa d'acollida, que coneixia i havia acceptat amb la signatura del reglament de règim interior des del mateix dia de l'ingrés.

Per aquest motiu,

#### Comunica:

- Que \_\_\_\_\_ ha estat donat/ada de baixa del pis de [nom de l'entitat i població] pels motius abans esmentats, per la qual cosa rescindeix el contracte que mantenia amb la nostra entitat.
- Que li lliurem:
  1. Els seus objectes personals.
  2. La medicació.
  3. La documentació guardada en el seu expedient.
  4. Les cartilles bancàries i els diners personals.

A continuació, la persona interessada signa aquest document per donar conformitat a la seva alta del centre i d'acord amb tot el que s'ha esmentat anteriorment, i lliura les claus de l'habitatge al/a la representant legal de l'entitat en aquest mateix moment.

**Representant legal**

**Usuari/ària**

Població, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

---

## Annex 27. Tractament dels suggeriments i les reclamacions



Una de les premisses de la gestió de la qualitat total és 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 (fins i tot, de foment) d'aquestes aportacions.

### 1. Definicions

#### Suggeriment

Un suggeriment és una proposta de realitzar 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 en 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, 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 perquè es considera que el seu estat actual perjudica l'exercici dels drets dels/de les clients/es o minva la qualitat a la qual tenen dret raonablement.

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 a aquest efecte, que s'ha de lliurar i explicar en el moment de l'ingrés o el contacte inicial als components de l'establiment, tant als/a les professionals

com als/a les clients/es i als seus familiars o representants, i que sempre ha d'estar a la seva disposició. Cal animar-los a utilitzar-lo com una eina per al creixement i la millora de l'entitat i garantir la inexistència de qualsevol conseqüència negativa per a qui ho faci.

El formulari ha d'estar redactat amb claredat, en un llenguatge senzill que en faciliti la comprensió. Així mateix, cal disposar dels suports necessaris per a la seva utilització per persones amb qualsevol tipus de dificultat.

Els/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 recepció i tramitació**

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

- Facilitar la informació necessària per a la presentació d'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 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 incor-

porar en les seves reunions el debat del suggeriment plantejat. La persona que ha fet la proposta pot, si no se sent satisfeta amb la resposta rebuda, 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 que contingui 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 pel/per la reclamant. 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 realitzades. Aquest últim pot proposar un procediment de mediació de caràcter informal en el marc del qual tant el/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 exigeixi la seva reparació 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 comunicar mensualment a l'òrgan de gestió o govern corresponent perquè pugui incorporar en les seves reunions el debat de la reclamació plantejada. La persona reclamant pot, si no se sent satisfeta amb la resposta a la seva reclamació, 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



tir en un registre destinat a aquest efecte, fent-hi constar la identitat del/de la reclamant, 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 28. Variables recomanades per a una enquesta de satisfacció<sup>39</sup>



A continuació, es recullen algunes indicacions per elaborar una enquesta de satisfacció als centres. Cal tenir en compte que cada servei ha d'adaptar les preguntes a la tipologia de persona usuària.

### **criteris d'exclusió**

- Temps de permanència al dispositiu. Per contestar una enquesta de satisfacció cal establir el temps mínim que cal haver estat al dispositiu per evitar biaixos en la valoració.
- Criteris clínics relacionats amb la malaltia que puguin fer minvar les capacitats cognitives per respondre les preguntes.

### **Variables**

- Espais:
  - Espai immediat - habitació. Confort.
  - Espais comuns. Intimitat i accessibilitat.
  - Entorn comunitari. Accessibilitat i utilitat.
- Horaris.
- Gestió de la roba. Pèrdua de roba i puntualitat en la devolució de la roba neta.
- Percepció de la gestió del temps de lleure.
- Activitats que es fan al centre i en la comunitat:
  - Informació en aquest sentit.
  - Participació.
  - Satisfacció.
- Relacions:
  - Grup d'iguals.
  - Voluntariat, si escau.
  - Treballadors/es i membres de l'equip directiu del centre.
- Percepció de l'atenció rebuda.
- Intimitat.
- Seguretat de les propietats.
- Percepció de la possibilitat d'expressar l'opinió pròpia.
- Grau de satisfacció general.
- Observacions. Camp obert per afavorir que la persona plantegi aquells aspectes que no s'han abordat durant l'entrevista.

39. <[http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq\\_03.htm](http://www.gencat.net/benestar/icass/pq13/pq_03.htm)>. (Consulta: 17/11/2009).

# A 29

## Annex 29. Enquesta de satisfacció de les persones usuàries

Aquest annex l'integren dos models. El primer ha estat facilitat per la Fundació Mercè Fontanillas; el segon, per la Fundació Sara, de Càritas.

### Model A

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom del centre o servei: \_\_\_\_\_

Com a usuari/ària dels serveis que presta la nostra entitat, ens interessa la vostra opinió sobre el seu funcionament i l'atenció que heu rebut de part dels/de les professionals que en formen part.

La vostra valoració es tindrà en compte per poder millorar els serveis que prestem.

Escolliu una sola opció per a cada pregunta:

	Bo/bona	Regular	Dolent/a
1. En el moment de l'arribada al servei (acollida), la informació rebuda del servei va ser...			
2. En el moment de l'arribada al servei (acollida), l'atenció del personal va ser...			
3. Les instal·lacions i els serveis (habitacions, dutxes, sales d'estar...) del centre són...			
4. El servei de menjador (alimentació) el considero...			
5. La convivència amb els/les companys/es és...			
6. La relació amb els/les educadors/es del servei és...			
7. La relació amb la resta de personal del servei o de l'entitat és...			
8. La informació rebuda durant l'estada al centre o el servei és...			

Comentaris:

Contesteu i valoreu les afirmacions següents:

Durant la meua estada al servei...	Sí	No	Si heu contestat sí, la vostra valoració és:		
			Bona	Regular	Dolenta
• He participat en activitats de formació externes.					
• He participat en activitats de lleure internes o externes.					
• He rebut atenció psicològica externa.					
• He rebut atenció sanitària interna o externa.					
• He rebut ajut en l'actualització de la documentació.					
• He rebut ajut en la recerca de feina.					
• He rebut ajut en la recerca d'habitatge.					
• He mantingut relació amb la meua família.					

Podeu afegir comentaris, suggeriments o propostes de millora:

## Model B. Qüestionari de satisfacció

Si us plau, indiqueu **si està satisfet/a** amb els aspectes del recurs residencial següents:

Aspectes a valorar	Gens	Una mica	Bastant	Molt
1. La relació/comunicació amb el personal del centre (educadors/es, treballadors/es familiars, auxiliars, etc.).				
2. Les característiques físiques del centre (habitació, mobiliari, espais comuns, entorn).				
3. La relació amb els/les companys/es del centre.				
4. El Pla de treball individual (objectius, acords).				
5. El nivell d'autonomia per decidir sobre el seu propi procés, activitats.				
6. El grau d'acompanyament de l'equip en el seu procés personal.				
7. L'espai i el temps de relació/seguiment amb l'educador/a referent.				
8. L'espai i el temps de relació/seguiment amb el/la treballador/a social.				
9. El grau de correspondència entre el que vostè necessita i el que li ofereix el recurs.				
10. La relació amb els/les voluntaris/àries del centre.				
11. La relació amb el barri, entitats en les quals participa.				

Si ha valorat algun ítem amb **gens** o **una mica**, si us plau, comenti si té alguna proposta per millorar-lo.

---

## Annex 30: Estructura del codi ètic<sup>40</sup>



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**

40. Codi ètic de les associacions de Barcelona, <<http://www.bcn.es/cmab/pdf/codietic.pdf>>. (Consulta: 17/11/2009).

# A 31

## Annex 31. Proposta d'actuació davant una situació conflictiva<sup>41</sup>

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 problemes presentats:
  - Des de les conseqüències concretes previsible.
  - 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 de les institucions que hi intervenen.
    - Els principis d'actuació.
    - Els acords presos.
    - La legalitat vigent.
4. Elaborar un arbre de decisions amb les possibles alternatives.
  - 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 és competent en el procés de presa de decisions i les alternatives més adients per al cas.

Planificar el sistema de seguiment i avaluació per assegurar el procés de resolució i prevenció d'una situació conflictiva nova.

41. 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, pàg. 341-342.

## Annex 32. Resum de la carta de drets i deures en relació amb la salut<sup>42</sup>



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: infants, persones grans, malalts/es 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 per aplicar-lo 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/de la menor a ser consultat/ada.
  - 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 vàlid/a i necessari/ària 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.

42. Departament de Salut. *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2002. <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/ass.pdf>>. (Consulta: 17/11/2009).



- **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**
  - Informe Belmont, com a base del respecte a l'autonomia, la mesura dels beneficis i dels riscos i la selecció sense discriminació.
  - 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 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 tercers.
- **A la informació assistencial i 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 usuàries, 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 consell), procediment que 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, 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.
  - Obtenir medicaments i productes sanitaris necessaris per promoure, conservar o restablir la salut.
  - Dret a ser atès/esa 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 de les persones usuàries).
  - 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.
- Ús adequat de 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.


## Annex 33. Guia per al desenvolupament de la cartera de serveis

En l'elaboració de la cartera de serveis de la LLR 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 a les quals es destinen les diferents activitats que s'ofereixen al 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 estructurats.
  - 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.

# Annex 34. Mapa de processos



## Mapa de processos

<b>Processos estratègics</b>	<p>Protecció dels drets i ètica de l'organització</p> <p>Gestió programa de qualitat, riscos laborals i seguretat dels residents</p> <p>Docència i formació continuada</p>	<p>Relació amb l'ICASS</p> <p>Relació amb el Departament d'Acció Social i Ciutadania</p> <p>Relació amb l'Ajuntament</p> <p>Relació amb organismes locals</p> <p>Relació amb dispositius de salut (CAP, hospitals de referència, CSMA, CAS, farmàcies)</p>	<p>Pla de comunicació</p> <p>Veu de residents</p> <p>Veu de familiars</p> <p>Veu de professionals</p>	<p>Relació amb proveïdors</p> <p>Gestió d'empreses subcontractades</p> <p>Relació amb entitats socials (casals, voluntariat...)</p>	
<b>Processos principals</b>	<b>Atenció integral al resident: acolliment, estada i comiat</b>			<b>Resultats en qualitat de vida</b>	
<p><b>PAI (Pla d'atenció individualitzada)</b></p> <p><b>1. Valoració integral de la persona i la família</b></p> <p><b>2. Detecció i prioritització de problemes</b></p> <p><b>3. Formulació d'objectius i estratègies d'intervenció</b></p> <p><b>4. Aplicació del pla proposat i seguiment del resident</b></p> <p><b>5. Avaluació i reformulació del pla</b></p>	<p><b>Acolliment</b></p> <p>1. Preingrés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificació</li> <li>• Visita i entrevista</li> </ul> <p>2. Valoració</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informació</li> <li>• Assignació d'habitació</li> </ul> <p>2. Ingrés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolliment</li> <li>• Procés d'adaptació</li> <li>• Valoració integral per l'equip interdisciplinari</li> </ul>	<p><b>Estada</b></p> <p>1. Atenció al resident</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnòstic</li> <li>• Elaboració del PAI</li> <li>• Seguiment</li> <li>• Medicació</li> <li>• Suport a l'alimentació</li> <li>• Control del risc</li> <li>• Confort</li> <li>• Autonomia</li> </ul> <p>2. Coordinació</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amb altres dispositius</li> <li>• Amb l'equip</li> </ul> <p>3. Aspectes organitzatius d'atenció resident</p> <p>4. Implicació i participació del resident en la vida diària del centre</p> <p>5. Atenció a la família</p> <p>6. Aspectes organitzatius de la unitat</p>	<p><b>Comiat</b></p> <p>1. Baixa del resident</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta</li> <li>• Trasllat</li> <li>• Derivació</li> <li>• Renúncia</li> <li>• ...</li> </ul> <p>2. Registres relacionats amb la baixa</p>	<p><b>Seguiment i avaluació periòdica dels resultats</b></p> <p>↓</p> <p><b>Pla de millora</b></p>	<p>1. Benestar emocional</p> <p>2. Relacions interpersonals</p> <p>3. Benestar material</p> <p>4. Desenvolupament personal</p> <p>5. Benestar físic</p> <p>6. Autonomia en presa de decisions</p> <p>7. Integració social</p> <p>8. Drets</p>
<b>Processos de suport</b>	<p><b>Administració del centre</b></p> <p><b>Sistemes d'informació i informatització</b></p> <p><b>Protocolització</b></p>	<p><b>Gestió serveis de suport:</b></p> <p>cuina, bugaderia, neteja, magatzem i manteniment</p>	<p><b>Recursos humans</b></p> <p><b>Salut laboral</b></p> <p><b>Prevenció de riscos</b></p>	<p><b>Gestió dels recursos materials</b></p> <p><b>Gestió de l'entorn de l'assistència</b></p> <p><b>Gestió d'emergències i catàstrofes</b></p>	

# A 35

## Annex 35. Seguiment del projecte de millora

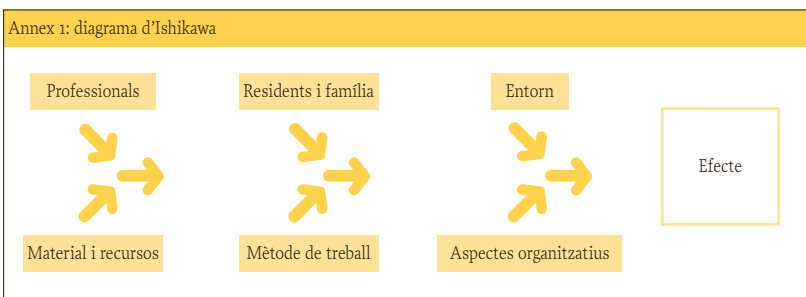
### Seguiment del projecte de millora

<b>PROJECTE:</b>		Data d'inici:																																																										
		Data final:																																																										
<b>1. Equip de treball</b>		<b>4. Anàlisi i desenvolupament</b>		<b>6. Resultats</b>																																																								
		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																																																								
<b>2. Selecció del projecte</b>		4.2. Accions proposades		Comentaris:																																																								
Àrea																																																												
Motiu																																																												
Objectius																																																												
<b>3. Situació actual (inicial)</b>		<b>5. Accions de millora o correctores</b>		<b>7. Adaptacions i sistematització a la pràctica diària</b>																																																								
		<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> <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:																																																										
				<b>8. Conclusions i plans de futur</b>																																																								

A continuació, adjuntem tres models d'eines metodològiques per facilitar el seguiment dels projectes i l'anàlisi causal posterior. 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.

9. Seguiment del projecte

Data	
------	--

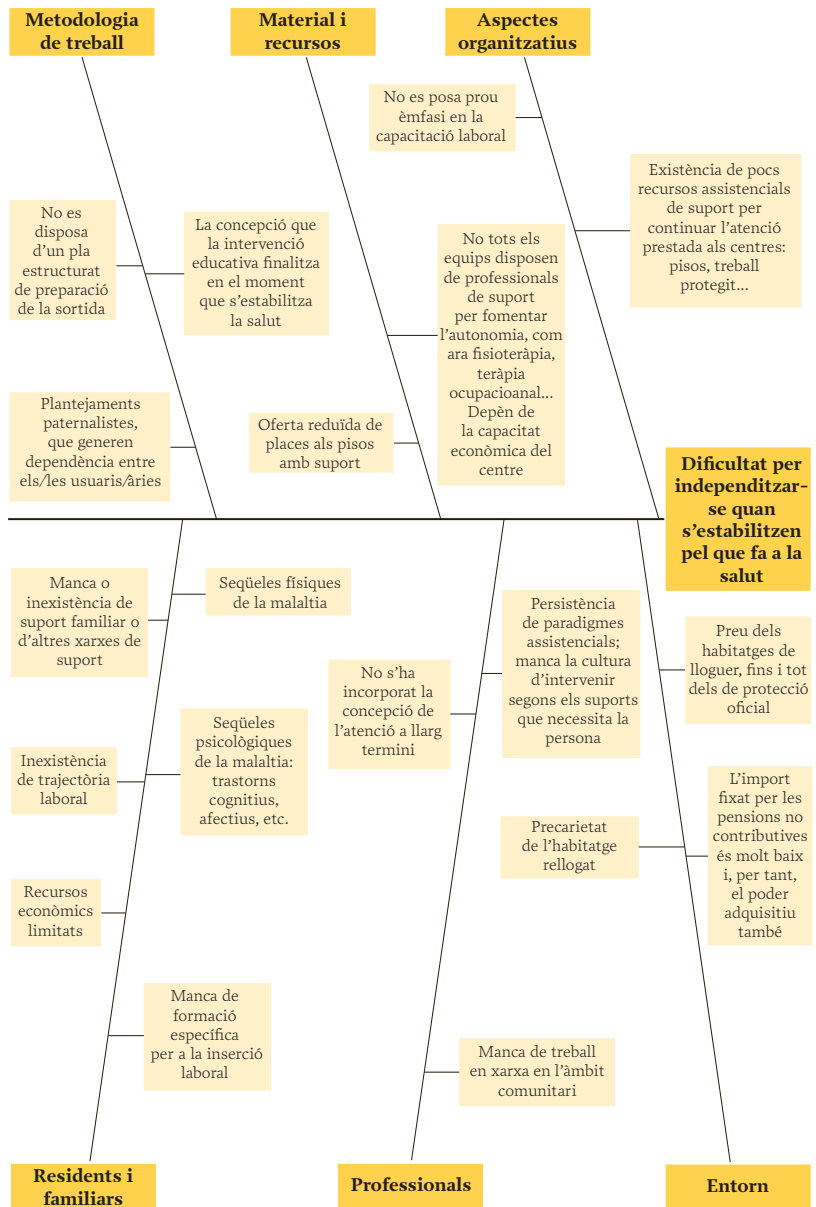


Annex 2: definició d'indicadors

Criteri de bona pràctica	Numerador	Denominador	Resp. acollida	Font id.	Estàndard	Periodicitat

Observacions

El diagrama d'Ishikawa resulta una eina senzilla i que permet estructurar de manera molt gràfica les causes que originen un problema; així, la prioritització esdevé més senzilla. Per tant, hem considerat adient il·lustrar-ho amb un exemple sobre les causes que incideixen en la dificultat per independitzar-se quan s'estabilitzen pel que fa a la salut.



---

## Annex 36. Funcions proposades per al personal<sup>43</sup>



### **Funcions de l'equip professional:**

Les funcions de cadascun/a dels/de les professionals que formen part d'aquests recursos es poden definir segons uns patrons generals. Cada categoria (pis tutelat, llar residència i residència) té les seves peculiaritats pròpies. En el projecte educatiu de cada centre es delimiten amb detall les funcions i les responsabilitats. Aquí en presentem unes línies generals.

### **Responsable del recurs:**

És el/la màxim/a responsable de la gestió del pis. Aquesta funció té dues vessants. D'una banda, la supervisió i el suport a la tasca dels/de les educadors/es i, de l'altra, la supervisió del compliment del reglament de règim interior per part de les persones usuàries, incloent-hi la resolució de conflictes i vetllar per la correcta consecució dels objectius del Pla d'intervenció individual de cada persona.

Seguint aquestes dues vessants, podríem desglossar la seva feina en les funcions següents:

- Planificar el projecte socioeducatiu i gestionar el centre.
- Supervisar l'activitat i el treball realitzat pels/per les diferents professionals que hi treballen.
- Supervisar l'activitat dels/de les voluntaris/àries.
- Reunir-se setmanalment amb els/les professionals per valorar el funcionament del recurs i l'evolució individual de cada persona usuària.
- Reunir-se quinzenalment amb les persones usuàries i els/les educadors/es per tal de procurar una bona convivència i poder planificar les activitats trimestrals amb la participació de les persones usuàries, i també informar-les d'aquelles decisions preses per l'equip de treball que afecten el recurs en conjunt o algú en particular.
- Participar en el procés de selecció i valoració de les sol·licituds d'ingrés al pis.
- Seguir de prop i amb la persona usuària mateixa la seva evolució i la consecució del Pla de treball acordat.
- Ser responsable de les relacions externes i la coordinació amb altres institucions.

43. Generalitat de Catalunya. *Serveis de recursos assistencials per a persones amb VIH/sida a Catalunya*. Barcelona, març de 2006.



**Treballador/a social:**

- Tenir un seguiment social individualitzat de les persones residents del recurs.
- Participar en les reunions setmanals de l'equip de treball.
- Participar en el procés de valoració de les sol·licituds d'ingrés.
- Realitzar la gestió de subvencions i ajuts econòmics necessaris per al funcionament econòmic.
- Davant qualsevol situació plantejada per les persones residents dins de l'àrea social, acollir, estudiar i proposar les possibles solucions amb la resta de l'equip.
- Coordinar-se amb els recursos sociolaborals de la xarxa.

**Educador/a social:**

- Implicar les persones usuàries en la dinàmica de funcionament del centre.
- Potenciar les relacions i el concepte de solidaritat entre les persones usuàries.
- Portar a terme un procés de reeducació, tant individual com col·lectiu, entre les persones usuàries encaminat a millorar el funcionament del pis fent èmfasi en aspectes com ara la higiene, la no-automedicació, la necessitat d'una dieta equilibrada, el concepte de l'ordre, etc.
- Controlar els diferents aspectes de seguiment diari de les persones usuàries: horaris del recurs, tractaments mèdics, seguiment del menú, analítiques de consums de drogues quan es cregui necessari...
- Coordinar reunions quinzenals amb el/la responsable del recurs i les persones usuàries en què, mitjançant una pluja d'idees inicials, s'efectua una planificació d'activitats, tant individuals com de grup, basades en les aptituds i les possibilitats individuals.
- Informar periòdicament el/la responsable de les incidències que es produeixin.
- Participar setmanalment en les reunions de l'equip de treball.
- Si el recurs no té un/a professional d'infermeria específic/a, acompanyar les visites mèdiques.

**Infermer/a:**

- Responsabilitzar-se de la distribució, la preparació i el seguiment de la medicació de les persones usuàries.
- Coordinar-se amb el CAP de la zona per tal d'estar al dia de les visites i dels seguiments mèdics que siguin necessaris per a les persones usuàries.
- Responsabilitzar-se de fer les cures i, si escau, elaborar els menús dietètics per a les persones residents.
- Fer els acompanyaments mèdics de les persones usuàries per després poder administrar correctament els fàrmacs i explicar a la resta de l'equip professional la situació de salut de la persona usuària, així com per aclarir a la persona usuària mateixa aquells conceptes que no li hagin quedat clars de la visita i de la seva salut.

**Auxiliar d'infermeria:**

- Responsabilitzar-se de la higiene i la cura personal de les persones usuàries que necessitin suport en aquests aspectes.
- Coordinar-se amb l'equip d'infermeria.

**Treballador/a familiar:**

- Encarregar-se del suport a la llar i de facilitar l'aprenentatge de les tasques domèstiques dels/de les residents.

**Monitor/a:**

- Col·laborar en la realització de la programació d'activitats lúdiques i pedagògiques del recurs. En cap cas, assumir la tutoria de cap persona usuària.
- Fer presència i suport de permanència dins el recurs (en els torns de nit).

**Cuiner/a:**

- Preparar els àpats al centre i coordinar-se amb els/les responsables d'infermeria per a l'elaboració dels menús.
- Controlar tots els aspectes d'intendència.

**Personal de neteja:**

- Fer la neteja dels locals, fer les comandes de material de neteja i, quan calgui, assessorar les persones usuàries que ho requereixin sobre la neteja dels seus espais propis.

# A 37

## Annex 37. 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 realitzar.
- Tipus d'activitat: individual/grupal, participació activa/passiva, etc.
- Calendari d'activitats.
- Horaris.
- Preus.
- Subvencions.
- Relació d'activitats en què han participat 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 els/les residents estableixin relacions significatives.
- Incidents.
- Avaluació del recurs a càrrec de l'equip interdisciplinari.
- Avaluació del recurs a càrrec dels residents.
- Observacions.
- Persona de referència de l'establiment o el servei d'acolliment residencial.

## Annex 38. Membres del grup de treball



<b>ENTITAT</b>	<b>REPRESENTANT</b>
ABD (Associació Benestar i Desenvolupament)	Aldana Menéndez
Actua Vallès	David Lorente
Associació Antisida de Lleida	Anna Rafel
Associació Antisida de Lleida	Xus Iglesias
Creu Roja Tarragona	Cristina Sánchez
Cal Salvador	Joan Pasquina
Cal Salvador	Pili Serra
Centre SARA - Càritas	Tere Bermúdez
CSS Mare de Déu de la Salut	Paloma Aragüe
Departament d'Acció Social i Ciutadania	Àngel Díaz
Departament d'Acció Social i Ciutadania	Lydia Martí
Departament d'Acció Social i Ciutadania (Inspecció)	Maria Carrera
Departament d'Acció Social i Ciutadania (Inspecció)	Núria Vallverdú
Departament de Salut	Benet Rifà
FAE La Bisbal	Josep M. Lluch
Fundació Acollida i Esperança Can Banús	Mijail Acosta
Fundació Hospital Asil de Granollers	Enric Pedrol
Fundació Mercè Fontanilles	Mar Garcia
Fundació Mercè Fontanilles	Neus Farrès
Fundació Mercè Fontanilles	Pere Molins

Fundació Social Sant Ignasi de Loiola	Natàlia Méndez
ICASS	M. Carmen Peñalver
ICASS	Xavier Canals
Institut Universitari Avedis Donabedian	M. Elisabet Herrera
Institut Universitari Avedis Donabedian <sup>44</sup>	Pilar Hilarión
Llar Sant Martí	Núria Andreu
Llar de Pau	Catalina Verdera
Llar de Pau	Eduard Sala
Sant Joan de Déu	Víctoria Saura

Amb el suport metodològic de l'Institut Universitari Avedis Donabedian

44. Coordinadora del grup de treball.

Amb el suport metodològic de l'Institut Universitari Avedis Donabedian

**AVEDIS  
DONABEDIAN**  
INSTITUT UNIVERSITARI-UAB

