



inclusió.cat

II Congrés de l'Acció Social

Dimecres 3 i dijous 4 de juliol de 2019 | Vic

PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL I ATENCIÓ DES DE LA PROXIMITAT

Recull de comunicacions

HO ORGANITZA:



Generalitat de Catalunya
Departament de Treball,
Afers Socials i Famílies

UVIC

UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



Càtedra
de Serveis Socials

SESSIÓ 1.1.	
Apoderament de comunitats des de la xarxa primària d'atenció social	
• Espais Activa't	5
• Fem eficiència comunitària: lluita contra la pobresa energètica	6
• Projecte Bon dia, com estem?	8
• “Family Group Conference” (FGC) o reunions del grup familiar, una nova mirada en la intervenció en famílies	10
SESSIÓ 1.2.	
La cura de les cuidadores	
• Atenció psicològica a malalts crònics, els seus cuidadors i familiars. Els dos primers anys d'un servei pioner	12
• Capacitació i acompanyament a cuidadors de l'entorn familiar en els processos de canvi, de promoció relacional i d'autocura, mitjançant la utilització de les noves tecnologies	15
• Com tenir cura de les persones cuidadores no professionals i com facilitar-los la seva tasca	17
• Programa de suport als cuidadors no professionals	19
• Aïllament i soledat en les persones grans: un abordatge des de la comunitat	21
SESSIÓ 1.3.	
Codisseny i coproducció de serveis i participació de la ciutadania	
• Discapacitat: participació i comunitat	23
• Intervenció social con jóvenes del Casal dels Infants (Raval, Barcelona). Un caso de codiseño como metodología para el empoderamiento de personas y grupos	24
• La coproducción: un nuevo modelo de acción social que empodera a las personas en los procesos de toma de decisiones	26
• L'experiència en l'atenció a les persones usuàries del servei d'atenció domiciliària	28
• Taules de salut mental. Una eina per al desenvolupament de polítiques locals en salut mental	30
SESSIÓ 1.4.	
Atenció i suports en l'entorn domiciliari	
• Evolució del Servei d'Ajuda a Domicili a Catalunya	32
• Programa d'arranjament d'habitatges per a les persones grans	34
• Promoció de l'autonomia personal a una llar d'entrenament per a persones amb Intel·ligència Límit o Discapacitat Intel·lectual lleu	36
• Servei d'Atenció Domiciliària d'eficiència energètica	38
• Voluntariat intergeneracional social (VIS)	40

SESSIÓ 2.1.	
Eines i instruments per a nous models d'atenció	
• Eines per als professionals en el suport a la presa de decisions. L'experiència del projecte internacional I-Decide	43
• Guia GAS-VI: una eina per avaluar el suport a la vida independent de persones amb discapacitat intel·lectual	44
• Manual d'intervenció de serveis bàsics d'atenció social	46
• Protocol de prevenció, detecció i actuació davant la sospita de maltractaments a persones grans en el marc del servei local de teleassistència	46
• Resultats de la prova pilot per a la implementació d'una eina d'identificació de necessitats socials complexes i de suport al diagnòstic social	48
SESSIÓ 2.2.	
Remodelació del sistema, les organitzacions i l'entorn per a l'autonomia personal	
• Atenció domiciliària en clau ciutat	50
• Cap a un governança més democràtica, mitjançant la participació activa de les persones amb discapacitat	53
• Els serveis socials com a font de valor	55
• Programa “Ciutats amigues de les persones grans”	56
SESSIÓ 2.3.	
Recuperació i inclusió social a través de la participació en serveis a la comunitat	
• Incorporando los saberes de los usuarios a la formación académica en trabajo social. Evaluación de una experiencia docente innovadora	59
• La meva Barcelona des dels ulls de la inclusió	60
• Ments Despertes	62
• Músics grans i joves promeses	64
• Programa d'agents de suport entre iguals a la Catalunya Central	65
SESSIÓ 2.4.	
Acompanyament i suport en l'entorn comunitari	
• El dret a la vida independent i a viure en comunitat de les persones amb discapacitat: impacte i autogestió de l'assistència personal	66
• Evolució del programa Actua: Actua Jove i Actua Dona	70
• La Saleta: treballant per la inclusió a l'escola bressol	72
• Programa d'acompanyament comunitari a la vida independent	74
• Programa de foment d'hàbits de vida saludables en persones amb trastorn del desenvolupament intel·lectual i/o trastorns de la salut mental	76
• KMK - Ke M'expliKes	78

SESSIÓ 3.1.	
Qualitat de vida davant el repte de l'envelliment	
• SoCaTel: una plataforma tecnològica per millorar l'atenció de les persones que necessiten cures de llarga durada	79
• Atenció a l'envelliment de persones amb síndrome de Down i malaltia d'Alzheimer	81
• <i>Cohousing</i> sènior. Respondre als reptes de l'envelliment produint nova oferta d'habitatge?	83
SESSIÓ 3.2.	
Models i instruments per a l'atenció integrada	
• Col·laboració entre atenció primària social i sanitària a Lloret de Mar	85
• El Ripollès: aposta territorial per la prevenció i l'atenció integrada de les persones fràgils i les persones depenents	87
• Interoperabilitat en l'àmbit de l'atenció integrada de la salut i social	88
• Projectes que Aprenen: avaluació del primer cicle d'iteració del Programa de gestió de l'atenció complexa (PGAC) d'Osona	91
SESSIÓ 3.3.	
Coordinació i serveis per a l'atenció intersectorial i el contínuum assistencial	
• Cohesió dels equips directius d'atenció primària social i sanitària	93
• Mediació intercultural com a eina d'inclusió	95
• Programa Làbora: Aliança Publicosocial per a l'Ocupació	97
• Resultats del Pla de retorn a domicili: atenció integrada social i sanitària post-ictus	99
• Construint Ponts	101
SESSIÓ 3.4.	
Inclusió comunitària en l'àmbit de la salut mental i addiccions	
• Activa't per la salut mental	103
• Avaluació de capacitats conjunta coordinada entre els usuaris, els professionals dels serveis de salut mental i la fundació tutelar	105
• SAVA Addiccions: "Acompanyant des de la proximitat"	107
• Pla de Serveis Individuals social: arribant a quin no arriba i primers resultats	109
• XarxaJoves: acompanyem i donem suport als joves amb problemes de salut mental	110
SESSIÓ 1.1.	
Apoderament de comunitats des de la xarxa primària d'atenció social	
Espais Activa't	
Núria Serra i Núria Viñas - <i>Consorci d'Osona de Serveis Socials</i>	
Objectius	
• Promoure l'envelliment actiu, la promoció de l'autonomia i l'atenció a l'inici de la dependència des d'una perspectiva comunitària i d'empoderament, dins el Model ACP	
• Creació de xarxa social per combatre l'aïllament social en les persones grans.	
• Creació d'un servei radar de detecció de casos de serveis socials i vinculació en el circuit des de la fase d'envelliment actiu.	
Metodologia emprada	
Metodologia de participació comunitària, que inclou la creació d'un grup motor per municipi, que serà responsable de la coordinació i proposta de les activitats, i de diverses activitats generades des del grup motor (algunes autònomes i d'altres gestionades pel facilitador/dinamització). També existeix una assemblea que avaluarà i farà propostes al grup motor.	
Formen part del grup motor els responsables tècnics i polítics, persones vinculades a l'associació de gent gran (si és que n'hi ha) i altres persones destacades del municipi que en vulguin formar part (persones amb interès per implicar-se al projecte). El grup es reuneix trimestralment.	
L'assemblea (que com a mínim es reuneix un cop a l'any) està formada per totes les persones que participen en el projecte, i és la responsable de generar noves idees i avaluar el projecte.	
Resultats obtinguts/Impacte	
A nivell individual, hi ha un resultat qualitatiu a destacar, que és la millora de la satisfacció personal, des de l'autoconeixement, la millora de l'autoestima i l'autovaloració de les pròpies capacitats.	
A nivell social, en els municipis en què s'ha treballat d'aquesta manera, s'ha aconseguit creació d'una xarxa social informal de suport a les persones que viuen soles, millorant així el seu benestar sòcio-emocional. També hi ha hagut un canvi substancial en la implicació de les persones participants en les activitats del municipi de caràcter cultural, festiu, social...	

Poc a poc, també es va aconseguir la desestigmatització del Serveis Socials i un coneixement més ampli de la cartera de serveis.

Conclusions

Aquest model comunitari d'atenció a la gent gran és un pas més del treball comunitari des dels serveis socials, l'acostament dels serveis a la ciutadania i, sobretot, l'empoderament i la responsabilització sobre el propi envelliment.

Fem eficiència comunitària: lluita contra la pobresa energètica

Ernest Valls i Anes Ingla - Ajuntament de Tortosa (Àrea de Serveis a les Persones - Serveis Socials i Drets Civils)

Irene Segarra - Ajuntament de Tortosa (Àrea de Serveis a les Persones - Oficina del Pla d'Inclusió Social)

Neus Miró - ACISI

Objectius generals

Els projecte Fem Eficiència Comunitària (en endavant, el Projecte) vol incidir en tres grans àmbits. El primer, totes aquelles accions que ens portin a reduir la pobresa energètica a la ciutat de Tortosa; el segon, desenvolupar i vincular el Projecte amb l'entramat del procés comunitari de Tortosa, tot promovent sinèrgies de treball conjunt entre els espais de relació tècnics, així com també, dinamitzant la implicació de les famílies participants en els espais de relació ciutadans; i el tercer àmbit, la reducció de l'atur i la millora de l'ocupabilitat per aquelles persones que presenten més dificultats per accedir al mercat laboral, incidint amb aquelles famílies en risc de patir exclusió residencial.

De manera transversal es treballa amb les famílies la promoció de vivències comunitàries, en particular, en el marc de l'espai de relació ciutadana del procés comunitari de Tortosa (la Xarxa per la Convivència); i en general, en les accions derivades dels diferents espais tècnics de relació que contin amb la participació de la ciutadania (recollides solidaries, activitats d'estiu, espai jove, etc.)

Objectius específics

- Donar resposta de manera preventiva i comunitària a les situacions de pobresa energètica
- Reduir costos de facturació per part de les empreses subministradores de llum, gas i aigua
- Millorar l'eficiència energètica dels habitatges de famílies en situació de pobresa energètica de Tortosa
- Realitzar un assessorament tarifari personalitzat a famílies en situació de pobresa energètica de Tortosa

- Millorar la prestació dels habitatges de famílies en situació de pobresa energètica de Tortosa.
- Protocolitzar el procediment d'identificació, derivació i intervenció preventiva i comunitària per combatre les situacions de pobresa energètica
- Implicar a determinades empreses del teixit productiu local per al proveïment de material específic de l'acció: bombetes LED, rellotges temporitzadors, materials aïllament finestres...
- Implicar als col·legis professionals d'arquitectes, aparelladors i aparelladores i enginyers i enginyeres tècnics/ques de les Terres de l'Ebre.
- Establir les bases per a l'impuls d'una oficina municipal d'assessorament integral en subministraments bàsics 2
- Implicar i fer partícips a les famílies en el propi procés de millora de l'eficiència energètica de la seva llar i de l'acció comunitària impulsada en el marc del procés comunitari
- Formar a la ciutadania amb hàbits i mesures d'estalvi energètic

Metodologia

El Projecte resta tenyit de la metodologia d'intervenció i acompanyament comunitari pròpia del procés comunitari per la millora de cohesió social que a Tortosa s'està impulsant des de l'any 2010.

En la línia del treball tècnic de construcció comunitària conjunta, s'ha creat un equip de treball conjunt amb professionals del món social (serveis socials municipals i entitat del 3r sector social), professionals de l'àrea d'enginyeria de l'Ajuntament de Tortosa i professionals dels Col·legis Oficials d'arquitectes i aparelladors i aparelladores de les Terres de l'Ebre.

Pla d'accions

- Auditoria energètica de l'habitatge: Condicions de l'habitatge, consums, hàbits.
- Reducció consum energètic/aigua al domicili i millora de la seguretat:
- Assessorament tarifari personalitzat
- Avaluació consums energètics
- Dinamització de la participació activa i comunitària. Acompanyament de les famílies en la seva implicació amb el Projecte, mitjançant la seva participació activa en 3 tallers grupals per a la capacitació, l'aprenentatge mutu i l'establiment de relacions de confiança amb la proposta de programació dels següents tallers:
 - Taller de manteniment de tancaments
 - Taller de millora de les instal·lacions aigua i electrificació bàsica (endolls, diferencials, interruptors, llençar cable ...)
 - Taller de bricolatge i paleta Així com també dinamitzar i acompanyar la seva participació comunitària en el marc de les accions ciutadanes impulsades en el sí del procés comunitari de Tortosa.

Impacte

Des del 2016 fins l'actualitat s'han impulsat tres fases del projecte: (a) la primera per realitzar una primera auditoria energètica pilot a una mostra de 22 famílies en risc d'exclusió residencial; (b) la segona per validar la prova pilot tot ampliant la participació de les famílies a 50 unitats; i (c) la tercera per consolidar l'acompanyament a les famílies a fi i efecte que es generin les condicions per a que puguin esdevenir agents d'eficiència energètica i comunitària en el marc del seu àmbit de relacions quotidianes.

Projecte Bon dia, com estem?

Assumpta Eixarch i Montse Rodríguez - *Ajuntament d'Ampostà*
Maite Rieres - *Institut Montsià*

Reptes/Objecus/Hipòtesi

Partint de la voluntat d'iniciar un camí en el treball comunitari en relació a l'atenció a la gent gran, i des de la premissa del desconeixement de la seva situació real, es decideix fer un estudi de la realitat, tenint com a hipòtesi de treball que si s'aconsegueix disminuir el sentiment de soledat, aconseguirem a la vegada augmentar la seva seguretat i tranquil·litat, en definitiva aconseguirem millorar la seva qualitat de vida.

A partir de dades objectives del padró, es preveu fer una fotografia de la situació de les persones majors de 80 anys que viuen soles, en relació a la seva participació en activitats de la comunitat o de coneixement per part dels serveis de salut, serveis socials i/o altres recursos comunitaris.

Després de participar en una trobada amb el centre de secundària post obligatòria de la ciutat que pretenia obrir portes al treball conjunt, el professorat del mòdul de grau mitjà d'atenció a les persones en situació de dependència (APESID), proposen establir canals de col·laboració per poder fer un treball d'aprenentatge-servei amb l'alumnat de segon curs.

És així com, de manera col·laborativa, neix el projecte Bon dia, com estem?, en el què es marquen els següents objectius:

- Establir un vincle emocional i afectiu entre alumnat i persones grans, fent que les persones se sentin acompanyades.
- Afavorir mitjançant el contacte setmanal un clima de confiança i empàtic.
- Establir un lligam social que li aporti a la persona usuària seguretat i tranquil·litat.
- Oferir a l'alumnat un espai d'aprenentatge pràctic, a la vegada que presta un servei a la comunitat.
- Reforçar la xarxa comunitària establint noves formes de col·laboració.

Intervenció/Metodologia emprada

A l'inici, des dels serveis socials bàsics es proposa un llistat de persones a qui prèviament es planteja el projecte i es demana el seu consentiment. Poc a poc s'ha anat ampliant el nombre de persones usuàries, passant de 30 el curs 2018-2019 a 40 el curs 2019-2020, en la mesura que les professionals ho han interioritzat com un recurs vàlid.

Consisteix en realitzar trucades amb una periodicitat setmanal a totes les persones adherides. Es planteja com un servei d'acompanyament telefònic, que pretén donar seguretat i suport, aconseguir que les persones se sentin acompanyades, comprovar que es troben bé i oferir-los un espai on poder donar resposta a les seves demandes; però sobretot el que pretén és establir un vincle entre l'alumnat i la persona, per la qual cosa s'intenta respectar al màxim que els interlocutors siguin sempre els mateixos.

Els alumnes es desplacen a les instal·lacions dels serveis socials municipals per a la realització de les trucades, facilitant així poder donar resposta a les demandes de les persones grans amb el contacte directe amb els professionals de referència; i protegint al màxim la confidencialitat de les dades.

Mitjançant un conveni de col·laboració i pràctiques entre l'ajuntament i el centre educatiu es va poder donar continuïtat al projecte durant els mesos de juliol a setembre.

Un cop a l'any es duu a terme un trobada entre alumnat i les persones grans, per facilitar la coneixença i enfortir el vincle que es crea entre ells en les converses setmanals que mantenen.

Resultats obtinguts/Impacte

Al llarg d'aquests dos anys s'han atès un total de 52 persones al projecte, 12 de les quals han causat baixa del mateix per diferents motius.

El perfil de persones ateses és majoritàriament persones majors de 80 anys que viuen soles, però també, segons necessitats específiques, s'hi ha atès menors de 80 anys i/o que, no vivint soles, passen gran part del dia sense contactar amb la seva xarxa més propera.

Un altre aspecte que es considera molt important és l'impacte que aquesta acció produeix sobre els joves participants, tant pel que fa a les relacions intergeneracionals que es produeixen com pel propi aprenentatge basat en la pràctica, el coneixement de la realitat i les relacions. També aproximem la realitat dels serveis socials bàsics a futurs professionals i al mateix professorat del centre col·laborador.

Un aspecte que voldríem remarcar és com amb projectes com aquests que surten del treball conjunt amb altres sistemes de l'estat del benestar, aconseguim un reconeixement del treball els uns dels altres a la vegada que enfortim el nostre propi sistema.

Conclusions

Més enllà del propi projecte en sí, el resultat més important és l'establiment de sinèrgies i formes de col·laboració amb altres serveis per tal de poder donar respostes globals a les situacions de les persones. Només amb la coresponsabilitat i la suma d'esforços per a tirar endavant un projecte comú, construirem una ciutat més inclusiva.

“Family Group Conference” (FGC) o reunions del grup familiar, una nova mirada en la intervenció en famílies

Neus Casadevall i Mercè Castells - *Consorci d'Osona de Serveis Socials*

Repte/Objectius/Hipòtesi

Presentem un projecte pioner a Catalunya que representa una innovació en el treball amb famílies. La Family Group Conference o Reunió del Grup Familiar en català. (RGF)

Què és la RGF?

- És una tècnica innovadora d'intervenció familiar que té com a objectiu l'apoderament de les famílies i la seva xarxa de suport a l'hora de prendre decisions que els hi afecten directament.
- La RGF permet, amb l'ajuda de la figura del FACILITADOR, buscar solucions dintre de la pròpia família, a partir de la preocupació d'un professional que activa el servei.
- Tècnica que consta de quatre fases ben marcades i que permet la participació de tots els membres de la família i la seva xarxa de suport. Destaca la fase de l'espai privat de la família. És el temps en que la família es reuneix sola, sense cap professional, per elaborar un pla d'acció amb l'objectiu de buscar solucions al problema plantejat

EL PROJECTE a Osona

Finalitat: Donar a conèixer el projecte i la tècnica i promoure un canvi de mirada, que ajudi a implementar-la a Osona

Objectius

- a. Elaborar el projecte d'implementació de la tècnica a la comarca
- b. Portar a terme diferents experiències de RGF
- c. Canviar la mirada en la forma d'intervenció, canviant el model assistencialista per un model d'apoderament de les famílies.
- d. Fer difusió de la tècnica en altres camps d'intervenció; salut, educació, dependència
- e. Realitzar cursos de formació de facilitadors per professionals
- f. Supervisar les experiències pràctiques

Intervenció/Metodologia Emprada

La metodologia del projecte consta de 3 fases:

Primera Fase 2017-2018

1. Constitució GM

Per portar a terme aquest projecte s'ha creat un Grup Motor en la que hi participen 11 professionals de la comarca del sector social formats en la tècnica. El grup motor es reuneix mensualment.

2. Formació

Durant el període 2017/2018 es va posar en marxa la formació en aquesta tècnica. La formació es va estructurar en

- Primer mòdul de 25 hores: Introducció a la tècnica de la RGF
- Segon mòdul de 15 hores: Formació avançada de la tècnica
- Mòdul de pràctiques: per exercir de facilitadors és necessari haver realitzat una pràctica en un cas supervisat pel grup motor i per la mateixa formadora

Segona Fase: 2018-2019

1. Creació d'una borsa de facilitadors

Es crea una borsa de facilitadors en pràctiques per tal que totes les persones que s'han format com a facilitadores puguin desenvolupar una experiència pràctica.

2. Supervisió de casos

Tot aquest procés de pràctiques està amb seguiment del grup motor i amb supervisió de la formadora Martina Erpenbeck.

Aquestes primeres experiències han estat possibles gràcies a la col·laboració de les quatre Àrees Bàsiques de Serveis Socials de la Comarca d'Osona.

3. Difusió

La difusió és essencial perquè la RGF sigui incorporada en l'espai de treball dels professionals de la comarca.

En aquests sentit s'ha iniciat la difusió

- als serveis de la comarca: EAP /CSMA I CSMIJ/ Sanitat/ CDIAP/ Ensenyament, JORNADES,
- Congrés i Jornades i altres espais professionals
- Correu electrònic (reuniogrupfamiliar@cssosona.cat)
- díptics per professionals/ famílies

Tercera Fase: Inici 2020

Aquesta fase té com objectiu la creació del servei de RGF a la comarca d'Osona

Resultats Obtinguts/Impacte

Resultats 2017-2019

- S'han fet dos cicles de formació amb una participació de 50 professionals
- Primers resultats de les RGF realitzades i/o engegades
- Els facilitadors formen part de diferents equips del territori
- En l'espai d'assessorament que l'EAlA té per
- Un total de 21 facilitadors en parella han practicat la tècnica. Sis en actiu actualment
- Difusió a EAP; Jornades, SSB

Conclusions de les experiències realitzades

- Tècnica amb una despesa en recursos professionals que reverteix en el benestar familiar
- Flexibilitat laboral dels professionals
- Desconeguda
- La família és qui es coneix millor per tant augmenta l'èxit quan les solucions venen donades pel propi grup familiar.
- Apoderament de la família
- Aplicable en diferents àmbits
- Canvi de mirada
- La figura de facilitador es gratificant
- Es facilita la solució del problema
- Treballar facilitador i co-facilitador
- Procés flexible i obert

SESSIÓ 1.2.

La cura de les cuidadores

Atenció psicològica a malalts crònics, els seus cuidadors i familiars. Els dos primers anys d'un servei pioner

Pilar Olmo, Anabella Bellelli, Arantzazu Aguerri, Nora Cavarischia, Melany Martínez, Susanna Roca i Lúdia Portet - *HSS Mutuam Girona*

Objectiu

L'Equip Psicològic d'Atenció a la Cronicitat de Mutuam Girona (EPAC) ofereix suport i atenció integral a pacients amb malalties cròniques, dolor crònic i acompanya en processos de dol. L'atenció va dirigida tant al malalt com als seus familiars o cuidadors principals (CP), es fa des de l'atenció centrada a la persona, treballant les demandes dels pacients, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i esdevenir un recurs de suport al llarg de tot el procés de malaltia, des del diagnòstic fins al final de vida.

És ofert dins la cartera de serveis dels centres d'atenció primària (CAP), és públic i està integrat en aquests; les visites són al centre i a domicili (AT-DOM), tenen una durada de 50 minuts i són periòdiques fins a l'assoliment dels objectius. Es registra el seguiment a l'historial clínic amb el programa E-CAP i ha esdevingut, com era el nostre repte, un recurs habitual dels professionals sanitaris i agents socials d'atenció primària.

L'equip es compon per 7 psicòlogues que atenen a 21 CAP del Gironès, Selva Interior, Pla de l'Estany i Garrotxa.

L'objectiu d'aquest treball és descriure i analitzar l'activitat assistencial duta a terme els dos primers anys de treball.

Metodologia

Recollida de dades d'activitat des d'abril 2017 a març 2019 per la seva explotació, mitjançant anàlisis quantitatiu, segons:

Tipus d'intervencions amb pacients.

Localització de l'atenció.

Tributaris del servei.

Diagnòstics: cuidadors amb sobrecàrrega, dol, pacient crònic complex (PCC), malalts fràgils, malaltia crònica avançada (MACA), oncològics i sense criteri de cronicitat.

Agents derivadors.

Tipus d'intervencions amb professionals.

Resultats

Tipus d'intervencions amb pacients:

Nº visites presencials: 8192

Nº seguiments telefònics: 2079

Nº grups terapèutics: 18 sessions, en 3 grups

Nº altes: 633

Localització de l'atenció:

Nº VISITES CAP: 5392 (65,8%)

Nº VISITES AT-DOM: 2800 (34,2%)

Tributaris del servei:

De 1593 pacients atesos;

Nº malalts: 959 (60,2%)

Nº CP i familiars: 634 (39,8%)

Classificació dels pacients segons diagnòstic:

37,21% cuidadors amb sobrecàrrega

35,17% PCC

8,87% dol

5,81% oncològics
4,79% fràgils
4,69% MACA
3,47% sense criteri

Agents derivadors amb qui es realitza treball multidisciplinari:

43,61% Metges/ses
29,77% altres professionals (PSP, ICO, EAPS, PADES, clínica del dolor, Hospitals ICS i IAS, Sociosanitari, equip rehabilitador)
10,59% TS
8,28% infermeria
7,76% gestores de casos

Tipus d'intervencions amb professionals:

Nº assessorament a professionals: 865
Nº presentacions i formacions: 54

Conclusions

L'activitat duta a terme per l'EPAC ha estat un èxit, el servei és pioner, per tant no tenia model de referència i era totalment desconegut per professionals i usuaris. Les xifres demostren que tots els professionals implicats en l'AP participen en fer arribar el servei als usuaris i que aquests en fan ús i s'hi vinculen.

Pràcticament són equiparables en volum els malalts atesos respecte a cuidadors, en línia amb la necessitat de cuidar del cuidador i entendre la conicitat com quelcom que afecta a tot el sistema familiar i social.

Creiem que han influït molt positivament en l'èxit els factors següents:

Possibilitat d'AT-DOM de persones dependents i cuidadors que no tenen relleu.

Proximitat i facilitat d'accés al estar dins del CAP, on hi ha el major volum de visites.

Variabilitat de població inclosa, donat que la cronicitat avarca multitud de patologies i el major volum correspon a PCC.

Seguiment es dur a terme en totes les fases de malaltia, intervenint sobretot en moments de crisi i reforçant l'autonomia dels usuaris fora d'aquests, esdevenint professionals de referència. El seguiment telefònic consolida el treball terapèutic i la sensació d'acompanyament.

Demanda i objectius els marca el pacient i el professional és un suport i una font d'informació i recursos.

Visites tenen la durada estàndard o superior a qualsevol visita de psicologia, la freqüència del seguiment s'adapta a la intensitat requerida, podent ser setmanal, quinzenal, mensual.

Accions en grup promouen la salut comunitària, ajuden a generar xarxa de suport i que més població conegui el servei.

Treball multidisciplinari ofereix una atenció integral i garanteix un contínuum assistencial. S'expandeix més enllà de l'àmbit sanitari arribant a tota la comunitat mitjançant la coordinació amb escoles, fundacions, SBASS, voluntariats.

Capacitació i acompanyament a cuidadors de l'entorn familiar en els processos de canvi, de promoció relacional i d'autocura, mitjançant la utilització de les noves tecnologies

Gemma Rocés, Laura Vila i Nazareth Martin - *Creu Roja a Catalunya*

Repte

Les persones cuidadores de l'entorn familiar es troben amb dificultats a l'hora d'atendre a seus familiars. Sovint la manca de coneixements formals vers la cura, la solitud del cuidador o la sobrecàrrega són algunes d'elles, ja que l'aparició de la dependència no és fàcil de preveure, i ens en la situació de cuidar d'un ésser estimat sense que ningú els ensenyi a com fer-ho o gestionar-ho.

Hem detectat que per algunes d'aquestes, resulta difícil poder sortir del seu domicili per rebre formació presencial (no poden deixar sols als seus familiars) o que en determinats llocs no hi ha molta oferta formativa o hi ha dificultat d'accedir-hi per la dispersió territorial.

Per aquest motiu fem la proposta d'una formació semi-presencial a distància, facilitant l'accés a formacions des del propi entorn familiar, enfortint capacitats dels cuidadors i afavorint la creació de vincles amb altres cuidadors.

Objectius

General:

Donar resposta a les necessitats formatives i d'acompanyament per la cura de la persona en situació de dependència en el domicili, mitjançant un recurs formatiu i de suport individualitzat centrat en la persona, per millorar la qualitat de vida personal i familiar que suposa l'atenció a persones amb dependència que viuen al seu entorn habitual.

Específics:

- Conèixer l'estructura familiar i social de la persona cuidadora.
- Acompanyar a la persona cuidadora en els processos de canvi relacional.
- Millorar els coneixements necessaris de la persona per a la seva auto-cura, emprant un procés de desenvolupament personal.
- Promocionar relacions de la persona cuidadora i la creació de nous vincles amb altres persones cuidadores.

Metodologia

Consisteix en combinar sessions presencials (el docent es desplaça al domicili del cuidador i d'altres de virtuals mitjançant la Tauleta que Creu Roja presta al cuidador durant el curs. La primera visita té l'objectiu de conèixer la situació personal i familiar i explicar el funcionament de la tecnologia emprada, a l'última visita es fa l'avaluació i la recollida del dispositiu.

La comunicació és mitjançant vídeo-conferència, facilitant així interrelació, major proximitat i tutorització del contingut formatiu. Durant el període que la persona disposa la Tauleta es treballa en diferents camps, segons necessitats individuals: se'ls acompanya en els processos de canvi que estan vivint i se'ls ofereix formació en les àrees que més ho necessiten. Es realitzen també capacitacions per ajudar-los en la seva autocura i enfatitzant fortaleces individuals.

També es crea un punt de trobada virtual on de forma senzilla poden contactar, veure i parlar amb altres persones que es troben en la mateixa situació. Així es crea un espai virtual, on poden compartir interessos, preocupacions i necessitats, establint nous vincles que trenquen amb el se seu aïllament.

Intervenció

- Coordinació visites domiciliàries segons derivacions.
- Visita domiciliària d'entrevista i lliurament Tauleta.
- Acompanyament al procés de canvi i formació a distància.
- Vídeo-conferències amb altres cuidadors.
- Visita domiciliària d'avaluació i de recollida de tauletes.

Resultats

169 persones cuidadores a Catalunya (2015 fins al 2018), i enquestes d'avaluació d'aquestes formacions mostren una satisfacció elevada dels participants.

Conclusions

Creu Roja valora positivament el recurs, donant complementarietat a la oferta d'atenció a les persones cuidadores. Aquestes necessitats són de capacitació i de suport emocional. Els cursos formatius donen resposta a la primera necessitat, els grups de suport emocional donen resposta a la segona, tots són recursos molt eficients, però són de caire presencial al que no tothom hi té accés. Per aquest motiu, l'atenció mitjançant tauletes ofereix una alternativa eficient a aquells casos que es quedarien fora dels recursos existents més habituals.

És per tant, un recurs que contribueix tant a que les persones cuidadores com a les persones amb dependència, no deixin les seves rutines habituals, però que puguin incorporar elements

que facilitin la tasca de la cura i autocora, contribuint així en la millora de la qualitat de vida i de l'entorn.

Amb aquesta intervenció les persones cuidadores han vist millorada les seves fortaleces individuals envers de les tasques de cura de la persona dependent i s'ha promocionat la seva autonomia personal amb una atenció des del seu propi domicili

Com tenir cura de les persones cuidadores no professionals i com facilitar-los la seva tasca

Remedios Moral - *Fundació per a l'Atenció a Persones Dependents*

Des de l'any 2007 la Fundació per a l'Atenció a Persones Dependents atén les necessitats de les persones cuidadores no professionals que tenen cura d'un familiar en situació de dependència amb el programa d'atenció integral CORNELLÀ CUIDA.

Es programen conferències, tallers i grup de suport emocional, per facilitar al cuidador no professional l'adquisició o ampliació de coneixements, habilitats i pautes d'atenció de les persones de les que tenen cura, sent conscients alhora de la importància de cuidar-se.

Objectius

De formació: atendre les necessitats de formació perquè les persones cuidadores disposin de coneixements, habilitats i pautes d'atenció de les persones que atenen.

De suport: disminuir la sobrecàrrega emocional de les persones cuidadores no professionals i crear un espai de relació on compartir la seva experiència com a cuidadors.

Metodologia

Conferències i Tallers

Els participants reben informació i es crea debat sobre temes del seu interès a través de les conferències i tallers que es duen a terme amb periodicitat mensual.

La conferència s'inicia amb la exposició del tema a tractar pel professional amb coneixements en la matèria, i posteriorment els participants poden intervenir i debatre sobre aquelles qüestions del seu interès.

Al generar debat, també es facilita l'intercanvi d'informació entre els participants, i poden expressar i escoltar els dubtes i propostes de la resta de participants, potenciant l'intercanvi d'experiències i l'ampliació de la seva xarxa social.

GSAM

Espai grupal de periodicitat mensual, distribuït en sessions d'1,5 hores de durada. Son reunions on es conversa, amb treball de suport recíproc, conduït per un professional.

El grup ofereix suport, recolzament, contenció i acompanyament que necessiten les persones

cuidadores. Possibilita un espai per compartir l'experiència viscuda; donar i rebre ajuda, expressar les emocions i sentiments que sorgeixen i ofereix suport per combatre l'aïllament. El paper del professional és dinamitzar, aportant tècniques de treball en grup que faciliten la comunicació. Seran els participants qui marcaran, des de les seves necessitats, els continguts i la dinàmica del grup, ja que el protagonisme el tenen les persones cuidadores no professionals i les relacions entre ells.

Aula Cuidadora

Al web de la Fundació (www.dependents.cat) posem a l'abast de totes les persones que cuiden d'un familiar dependent, l' "Aula Cuidadora" on s'inclouen els continguts de les conferències i tallers que s'han realitzat en totes les edicions del programa "CORNELLÀ CUIDA". Està organitzat per temàtiques (alimentació, demències, etc.) l'accés és lliure per a qualsevol persona interessada.

Programa de ràdio "Espai Cornellà Cuida"

Programa de ràdio setmanal, a càrrec de l'equip de professionals de la Fundació. Cada programa es dedica a analitzar, informar i donar consells dels temes d'interès per a les persones cuidadores no professionals.

D'aquesta manera, fem arribar els continguts d'aquest recurs a un major nombre de persones i que en ocasions, per les seves circumstàncies personals no poden accedir a la informació de manera presencial.

Els podcast dels programes es poden escoltar i descarregar de les xarxes socials i del web de la Fundació.

Resultats obtinguts

La nostra experiència mostra uns resultats molt satisfactoris. Inicialment hi ha un nombre important de participants que presenten nivells d'ansietat i depressió alts, però la possibilitat que ofereixen les activitats de formació i suport afavoreix que aquests nivells disminueixin notablement, incidint positivament en el benestar individual. Així ho verbalitzen també els propis cuidadors/es.

Conclusions

La participació en les activitats adreçades a les persones cuidadores no professionals que cuiden d'un familiar en situació de dependència permet trobar un espai on poder compartir les seves experiències, sentir-se compresos, rebre suport emocional, trobar una xarxa social que empatitza amb la persona i ampliar coneixements. Propicia un millor control de les dificultats que es presenten, de les necessitats que es plantegen en el dia a dia, faciliten conèixer millor la malaltia de la persona a la que cuida, la seva evolució i permet l'adaptació a les noves necessitats de cura, a afrontar-les i gestionar-les de manera més satisfactòria.

El resultat es la disminució de la sobrecàrrega física i emocional del cuidador principal, que permet millorar la seva qualitat de vida i la del seu familiar atès, evitant la claudicació.

Programa de suport als cuidadors no professionals

Lorena Bertran, Nuria Acosta, Maite Berdiell i Cristina Moron - *Ajuntament de Lleida*

Repte

Fer-se càrrec de l'atenció d'un familiar en situació de dependència de manera no professional, és una tasca poc reconeguda que requereix d'un esforç físic i emocional continuat, que afecta a la feina, la vida familiar, la parella, la salut, l'oci i el temps lliure. Per poder proporcionar a la persona amb dependència una atenció òptima, és necessari que el cuidador/a conservi unes condicions personals adequades i rebri el suport extern necessari per dur a terme l'atenció a la persona amb dependència, en les millors condicions possibles. L'any 2011 neix en la Regidoria de Benestar Social de l'Ajuntament de Lleida, el PROGRAMA MUNICIPAL DE SUPORT ALS CUIDADORS NO PROFESSIONALS ampliant progressivament el seu abast amb nous recursos i projectes.

Objectiu

Promoure l'atenció adequada de la persona en situació de dependència i l'acompanyament/recolzament al seu cuidador, a través de l'impuls de serveis i projectes que generen vincles.

Hipòtesi

Si intervenim comunitàriament trobarem un espai per contrastar, reflexionar, compartir experiències i contenir situacions que ens ajudarà a reduir angoixes i sentiments o emocions per treballar tant la cura del dependent com l'autocura del cuidador

Intervenció/Metodologia

El programa incorpora els següents projectes:

- **Formació:** tallers de formació bàsica per proporcionar informació, habilitats i tècniques a la persona cuidadora no professional, per tal de millorar l'atenció i la qualitat de vida de la persona amb situació de dependència, així com facilitar eines d'autocura que redueixin situacions d'esgotament i claudicació.
- **Creativitat:** Utilitzem el TEATRE com a eina d'intervenció comunitària que proporciona als cuidadors un espai distès i d'expressió lliure, on alliberen tensions, emocions, imaginació, preocupacions, necessitats treballant-t'ho per reforçar l'autoestima i empoderament personal.
- **Mindfulness:** Facilitar la introducció al coneixement d'aquesta pràctica de consciència i atenció plena permet aprendre a relacionar el que està passant a la nostra vida en el moment present. Es tracta de treballar conscientment amb el nostre dolor, estrès, pèrdua,

etc. La seva pràctica ajuda a recuperar l'equilibri intern necessari per abordar situacions com la dependència.

- **SAD respir:** es tracta de proporcionar un espai de descans setmanal a aquelles persones cuidadores que tenen al seu càrrec una persona amb grau de dependència reconegut, per tal d'alleugerir la situació d'esgotament que pateix la persona cuidadora i/o d'evitar el risc de claudicació. (també s'utilitza per facilitar als cuidadors l'assistència als tallers i/o cursos).
- **Teleassistència per a cuidadors:** S'han ampliat els criteris de concessió del servei a persones amb altes dependències que per si soles no podrien fer us del servei i els seus cuidadors tampoc per no complir el criteri d'edat. També es modifica el contracte per facilitar TAD Mòbil a persones que pateixin malalties tipus Alzheimer o altres demències que encara surten soles al carrer amb el consegüent risc de pèrdua o desorientació.

La captació dels beneficiaris segueix un mateix circuit :

El professional que elabora el PIA valora la situació, facilita informació dels projectes i promou la participació de la família en aquell/s més òptim/s a la situació que presenta, procurant segons les seves mancances o inquietuds, iniciar el procés amb el projecte de formació bàsica.

A través de la formació bàsica es comparteix espai i experiències amb altres cuidadors generant sinergies i vincles que promouen la participació en la resta de projectes, on un coneixement previ entre ells, facilita l'entrada.

Resultats Obtinguts

El programa incorpora els següents projectes:

- **Formació:** 535 participants des de 2011
Valoració qualitativa: Reconeixement i agraïment davant:
 - Espai Exclusiu per ells i la seva cura
 - Compratir moments i experiències comunes
 - Ampliació de coneixements / habilitats de cura
- **Creativitat:** 79 participants des de 2015, amb 820 assistents a les escenificacions
Valoració qualitativa: Reconeixement i agraïment davant:
 - Espai Exclusiu per ells i la seva cura
 - Compratir moments i experiències comunes
 - Ampliació de coneixements / habilitats de cura
- **Mindfulness:** 18 participants inici 2018
Valoració qualitativa: Reconeixement i agraïment davant:
 - Espai Exclusiu per ells i la seva cura
 - Compratir moments i experiències comunes
 - Ampliació de coneixements / habilitats de cura

- **SAD respir:** 576 participants des de 2011
Valoració qualitativa: 99% valora disposar d'un temps i espai propi
- **Teleassistència per a cuidadors:** 18 participants inici 2018
Valoració qualitativa:
 - 86% valora l'ajuda del Teleoperador assignat
 - 100% valora l'assessorament i informació facilitada
 - 100% valora la tecnologia adaptada a les necessitats
- **TAD Mòbil:** 41 participants inici 2018
Valoració qualitativa:
 - No avaluat

Conclusions

- Gran impacte i acollida dels projectes en tots els cuidadors.
- Impuls de l'Administració per millorar els recursos existents adaptant-nos a noves realitats.
- Increment de la motivació professional per crear nous projectes i millorar l'atenció de les persones.
- La cura del cuidador garanteix una millor i adequada atenció a la persona dependent.

Aïllament i soledat en les persones grans: un abordatge des de la comunitat

Amaia Cilveti, Javier Yanguas i Cristina Segura - *Fundació Bancària "la Caixa"*

Objectius

Tenir evidència empírica que sustenti l'acció del programa d'abordatge de les situacions de soledat en les persones grans, "Sempre Acompanyats", per tal de definir estratègies d'intervenció i sensibilització sobre un repte que es planteja per al conjunt de la societat. Els objectius específics: analitzar les idees i estereotips sobre les relacions socials i la soledat; estudiar la xarxa social d'amics i familiar de la gent gran, i aprofundir en el fenomen de la soledat a partir de dos conceptes: soledat social (sentiment de pertinença a un grup) i soledat emocional (sentiments de desolació i falta de relacions significatives).

Metodologia emprada

L'univers són persones més grans de 20 anys que resideixen a Terrassa, Tortosa, Girona, Tàrrrega, Santa Coloma de Gramenet, Palma, Logronyo i Jerez de la Frontera, dels quals es van seleccionar 1688 casos. Nivell de confiança del 95% ($z=1,96$) i marge d'error del $\pm 2,5\%$ (sota el supòsit de màxima indeterminació $p=q=0,5$). Les enquestes es van realitzar per via telefònica amb una durada aproximada de 15m. La xarxa social s'ha estudiat a partir de l'Escala de Lubben (Lubben et al, 2006), i la soledat utilitzant ítems concrets del qüestionari de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld et al, 1985)

Resultats obtinguts

- Independentment del gènere i l'edat, les persones opinen que la soledat és un problema rellevant per a la gent gran (puntuació: 8,93 en una escala on 0 és poc rellevant i 10 molt important). En canvi, quan se'ls pregunta sobre si coneixen persones en situació de soledat, la mitjana aritmètica disminueix notablement (puntuació: 3,43 en una escala on 0 és no en conec i 10 en conec moltes).
- La xarxa familiar aporta un nivell més elevat de suport independentment del gènere i l'edat. En canvi, la xarxa d'amics és la que porta a un risc d'aïllament més alt. A partir dels 65 anys la xarxa d'amics es comença a trencar (27,7%) cosa que s'accentua a partir dels 80 anys (45,5%). Aquest fet compromet el suport, en especial en les persones més grans.
- El risc d'aïllament per pèrdua de la xarxa social d'amics és superior en els homes que en les dones. En els homes comença a augmentar en la franja dels 40 a 64 anys, abans que en les dones, en què el risc és més alt a partir dels 65 anys.
- El risc d'aïllament s'accentua en les persones de menys nivell educatiu (37% en les persones sense estudis i 6,6% en les persones amb estudis superiors).
- Alts nivells de soledat en totes les edats, especialment en les persones majors de 65 anys (el 39,81% té soledat emocional i el 29,14% té soledat social) i sobretot en les persones de 80 o més anys (el 48% té soledat emocional i el 34,83% soledat social).
- Prevalença de soledat emocional per sobre de la soledat social (a més els factors subjectius de la xarxa social –proximitat emocional i confiança- són els que estan més compromesos).
- La soledat emocional afecta més als homes (42,53%) que a les dones (37,67%).

Conclusions

- La soledat és un problema prevalent i important, del qual es parla poc, es disfressa i es dilueix en la vida quotidiana. Esdevé un desafiament per al conjunt de la societat, considerant que a causa dels factors demogràfics la xarxa social sofrirà en els anys vinents, i ha de ser abordat de manera integral i interdisciplinar.
- El risc d'aïllament incideix més en les persones amb major vulnerabilitat: les condicions sociodemogràfiques i les trajectòries vitals tenen importància en el foment de la xarxa social i en la disminució de la soledat.
- Cal sensibilitzar davant la importància de les relacions socials, com a sinònim de salut i qualitat de vida, i impulsar xarxes de suport i recolzament a les persones que conviuen en una comunitat.
- Desafiament en l'apoderament de la persona i acompanyament en l'afrontament de la seva soledat i en el disseny del seu projecte vital.

SESSIÓ 1.3.

Codisseny i coproducció de serveis i participació de la ciutadania

Discapacitat: participació i comunitat

Isa López, Cristina Estañol i Rafa Garcia - *Fundació Estany*

Fundació Estany és una entitat sense ànim de lucre i d'inciativa social del Pla de l'Estany que treballa amb les persones amb discapacitat intel·lectual i les seves famílies per tal que tinguin una bona qualitat de vida: oferint o buscant els suports adequats i necessaris per tal que puguin viure en igualtat d'oportunitats que la resta de la població i impulsant accions per una societat més inclusiva. Des dels seus inicis ha treballat des d'una vessant molt propera i familiar, i en constant relació amb l'entorn comunitari.

Repte

El repte que presentem en aquesta comunicació consisteix en impulsar accions per tal que les persones amb discapacitat puguin participar d'una forma activa i real a l'entorn comunitari com a ciutadans/es de ple dret.

Intervenció

Fundació Estany fa uns anys que va crear un grup d'autogestors per tal que les persones amb discapacitat tinguessin un espai per tractar dels temes que eren importants per a ells, parlar amb veu pròpia i poder reivindicar els seus drets. Aquest últim any, ens vam plantejar iniciar un treball d'empoderament d'aquestes persones per tal de poder tenir una participació REAL en el seu entorn comunitari a través d'un rol valorat.

Així doncs, vam començar a detectar possibles oportunitats que oferia l'entorn comunitari per tal de garantir aquesta participació. Un cop detectades aquestes oportunitats, vam començar a oferir-les a les persones amb discapacitat i a partir d'aquí es van anar creant grups segons les seves preferències i interessos. A través de reunions, es van anar treballant aspectes bàsics de participació. En tot aquest procés, era clau l'acompanyament de les persones amb discapacitat i un treball d'informació i conscienciació relacionat amb les seves capacitats de participació i els seus talents.

Resultats obtinguts

Els resultats obtinguts són molt positius. Van sorgir diferents actuacions relacionades amb les oportunitats que es van detectar a l'entorn comunitari:

- Creació d'un grup de persones voluntàries amb discapacitat: voluntariat en diferents activitats de la comarca organitzades per altres entitats
- Participació a l'organització de la Festa Major de Banyoles: un grup de persones amb discapacitat participa activament en l'organització d'alguna d'aquestes activitats, treballant conjuntament amb altres persones i entitats de la comarca

- Participació als actes del dia internacional de la dona: un grup de persones amb discapacitat van realitzar un taller per a nens i nenes
- Empoderar a les persones amb discapacitat per tal d'escollir amb garanties els seus representants polítics: amb el reconeixement del dret a vot de les persones amb discapacitat, des de la Fundació es va iniciar tot un treball per tal que les persones amb discapacitat estiguessin ben informades i poguessin votar amb garanties (trobades amb els diferents grups polítics, adaptació dels programes electorals, tallers sobre política, etc.)
- Participació en altres iniciatives de la comunitat

Aquestes actuacions han tingut un impacte molt positiu en les persones amb discapacitat. El fet de poder participar d'una forma activa i real al seu entorn comunitari, és motivador i molt positiu pel seu desenvolupament personal.

Així mateix considerem que ha representat un impacte important per la resta de persones de la societat, ja que contribueix a fomentar un canvi de mirada cap a la discapacitat.

Conclusions

Aquestes actuacions ens demostren que les persones amb discapacitat, amb els suports adequats i necessaris, poden participar com la resta de persones en el seu entorn comunitari. Considerem que és un aspecte fonamental que contribueix positivament al desenvolupament de les persones. En tots aquests processos és clau el paper del professional, en primer lloc perquè ha de creure amb les capacitats de les persones i, en segon lloc, perquè ha de saber situar-se en un segon pla i oferir o cercar els suports necessaris per tal que la persona amb discapacitat pugui desenvolupar-se amb autonomia. També considerem que és molt important, establir aliances i treballar de forma interdisciplinària amb altres agents (professionals, entitats, ciutadans, etc.) per generar oportunitats de participació de les persones amb discapacitat a l'entorn comunitari. Finalment, considerem importantíssim el procés d'acompanyament i conscienciació de les persones amb discapacitat per tal que puguin participar amb garanties i d'una forma real

Intervenció social con joves del Casal dels Infants (Raval, Barcelona). Un caso de codiseño como metodología para el empoderamiento de personas y grupos

Raquel Pelta - *Casal Jove Atlas*

Hasta fechas muy recientes, el diseño, en sus distintas ramas (industrial, interiores y gráfico), ha estado asociado a la creación y producción de objetos, ambientes y mensajes. Sin embargo, en las últimas décadas, está ampliando su radio de acción y, más allá de su función tradicional ha comenzado a estar presente en la educación y la sanidad -entre otros ámbitos-, como una metodología mediante la que se puede fomentar la creatividad de las personas y colectivos, el pensamiento lateral, la seguridad y confianza en uno mismo, la

inclusión y la participación ciudadana, así como para diagnosticar y evaluar situaciones que precisan de una intervención social.

Esto permite vislumbrar la aparición de un espacio compartido con el Trabajo Social. Uno de los puentes que puede acercarlos es la perspectiva del co-diseño aplicado en proyecto sociales. Esta comunicación presenta su aplicación al trabajo con grupos de jóvenes en riesgo de exclusión social, usuarios habituales del Casal Jove Atlas (Raval, Barcelona), proyecto del Casal dels Infants.

Repte/Objectius/Hipòtesi

Reto

Reforzar los vínculos entre los jóvenes, mejorar su autoestima, impulsar su capacidad para plantear y resolver problemas y abrirles nuevos horizontes profesionales.

Hipòtesis

El co-diseño puede ayudar a los trabajadores sociales en la evaluación de los usuarios. Fomenta el aprendizaje colaborativo, la participación, la cohesión de grupo, el trabajo en equipo y la autoestima de los participantes.

Objetivos Generales

Impulsar las capacidades, potencialidades, habilidades y conocimientos de los jóvenes que participan en el proyecto.

Intervenció/Metodologia emprada

La metodología empleada ha sido el co-diseño. Es un enfoque participativo y democrático que puede ser útil para el Trabajo Social con grupos. Sus métodos, técnicas y herramientas se basan en la creatividad, la generación de ideas y la discusión en grupo para llegar al consenso. Las experiencias llevadas a cabo en diversos países, han demostrado que es una perspectiva eficaz y que permite obtener resultados duraderos.

Durante 2017, en el Casal Jove, se trabajó con los jóvenes en las denominadas «comisiones». A la hora de configurar las actividades, se tuvo en cuenta que, entre las dificultades con las que tropiezan, está la de afrontar los problemas y tomar decisiones. Por ello, se consideró esencial estimular su creatividad. Para activar los procesos creativos se emplearon herramientas de ideación (fichas de definición de ideas, *collage*, *brainstorming*, SCAMPER, *brainwrite* y la *Worst Possible Idea*, entre otras), de identificación de problemas, mapas de empatía y método personas.

También en 2017, se realizó un taller de co-diseño para generar los conceptos del cartel anunciador de un evento de la Asociación Rosa Sensat. Su finalidad fue que los jóvenes identificaran problemas, expresaran sus opiniones sobre el sistema educativo, analizaran la realidad, propusieran alternativas, razonaran, tomaran decisiones y negociaran con sus compañeros para consensuar una única propuesta. Se trató, en definitiva, de que participaran en un proceso colectivo de creación encaminado a generar vínculos y sentimiento de pertenencia al grupo.

En marzo de 2019 iniciamos un nuevo proyecto. Consta de dos fases: una de co-diseño y una otra (junio de 2019) de producción digital en un Ateneo de Fabricación (*fablab*) del Ayuntamiento de Barcelona. Es una actividad creativa -diseño de mobiliario para su producción- que combina las experiencias de intervención social procedentes de las artes visuales con las posibilidades que ofrecen el co-diseño y el *Design thinking*.

Resultats obtinguts/Impacte

Se detectaron problemas personales que los jóvenes no habían manifestado en sus entrevistas con los educadores del Casal. Se identificaron habilidades que bien impulsadas pueden constituir la base de un asesoramiento personal y profesional adecuado, por parte de los educadores. Algunos jóvenes recién llegados se integraron con más facilidad. Para los participantes constituyó una experiencia estimulante y divertida.

Conclusiones

El diseño se ha empleado como medio para ejercer una intervención socioeducativa. Las actividades no se han concebido con un sentido finalista sino como un medio para tratar otros asuntos fundamentales en la vida de los jóvenes. En ese sentido, se ha querido responder a la necesidad de los educadores de centrar el trabajo en acciones concretas que promuevan la motivación.

La coproducción: un nuevo modelo de acción social que empodera a las personas en los procesos de toma de decisiones

Elena María Cortés i Víctor Manuel Giménez - *Universitat d'Alacant*

Objetivos

El objeto de estudio de esta investigación es la coproducción en los servicios sociales, un nuevo modelo que empodera a las personas usuarias de los servicios públicos en los procesos de toma de decisiones, fortaleciendo su autonomía y su capacidad de decisión. Puesto que, a pesar de sus avances durante los últimos años en la atención sanitaria y en la acción social anglosajona, actualmente sigue siendo un gran desconocido en el ámbito de los servicios sociales españoles.

Por lo tanto, los objetivos principales de esta investigación son:

1. Generar conocimiento sobre el modelo de coproducción: descubriendo en qué consiste y analizando de qué forma sería útil en los procesos de toma de decisiones de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP).
2. Analizar el significado que tiene la participación: qué elementos lo configuran, dónde y de qué forma posiciona a las personas en los servicios sociales, y en qué se diferencia o asemeja al modelo de coproducción.

Metodología empleada

La metodología utilizada es de carácter cualitativo y de finalidad exploratoriadescriptiva. Para el análisis de los datos se ha realizado la revisión bibliográfica de los antecedentes, estudios e implicaciones más importantes, a partir de fuentes de tipo secundarias y terciarias. Con la información obtenida a través de Google Scholar, Web Of Science (WOS), Scopus y RedUA, se ha confeccionado el marco teórico y el estado de la cuestión que ha servido como soporte para la exploración del contexto. Además, se ha realizado un análisis comparativo del marco legal autonómico de servicios sociales en materia de participación.

Para la elaboración de los resultados, se han construido una serie de categorías deductivas, organizadas por palabras clave y descriptores, con el apoyo del software cualitativo ATLAS.ti, dando lugar a la reflexión de la información y a los primeros resultados constatables.

Resultados obtenidos

Los resultados de la investigación han ofrecido una visión global de la participación y del modelo de coproducción, demostrando que no es posible hallar una definición concreta sin tener en cuenta todas sus dimensiones. Durante el análisis de los datos del marco teórico, han aparecido diferencias importantes entre ambos conceptos que afectan a su praxis: la influencia del poder en las decisiones, la confianza entre los participantes, la motivación, la autoestima, el sentido de pertenencia e identidad. Se han concretado algunos de los principios básicos de la coproducción que son indispensables para su éxito: diversidad, accesibilidad, respeto, igualdad y reciprocidad.

El análisis del estado actual del tema ha confirmado la existencia de organizaciones internacionales creadas y/o codirigidas por los usuarios que trabajan bajo los principios de la coproducción y que, gracias a sus buenos resultados, hoy en día sirven como guía para otras organizaciones cuya finalidad en sus actuaciones es empoderar a las personas, capacitarlas y fortalecer su autonomía. En España existen algunas experiencias sobre coproducción, pero en otros ámbitos diferentes a los servicios sociales.

De la revisión del marco legal autonómico se han identificado los principales elementos que configuran los procesos participativos, posicionando a las personas en las fases de: diseño y/o diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Conclusiones

La coproducción se define como un modelo, una herramienta y una práctica que va más allá de la participación, refuerza la capacidad de decisión de las personas en los servicios públicos y los hace generadores de conocimiento. Sus principales diferencias con la participación traspasan las imposiciones de poder tradicionales, todavía existentes entre profesionales, personas usuarias e institución, y dirigen hacia prácticas de empoderamiento

y transversalidad con oportunidades de implicación real en los procesos de co-planificación y co-gestión de los servicios públicos.

Enfocar el interés de este modelo en los SSAP es indudablemente un punto a nuestro favor, teniendo en cuenta que la participación es un derecho y un deber que no puede ser transferido a otra persona, siendo recomendable analizar sus efectos en los usuarios del servicio. Ante los desafíos generados en los servicios sociales debido a los nuevos cambios y problemáticas sociales, la coproducción puede servirnos como una guía que nos oriente hacia procesos de mejora, y nos instruya a todos en capacitación y empoderamiento.

L'experiència en l'atenció a les persones usuàries del servei d'atenció domiciliària

Elisabeth Maluquer i Marta Solé - *Diputació de Barcelona. Servei d'Acció Social*

Repte

Davant la perspectiva d'un increment de la demanda del servei d'atenció domiciliària (en endavant, SAD) i ateses les tendències de caire sociodemogràfic d'augment de l'envelliment i de les situacions de manca d'autonomia, els ens locals es plantegen la necessitat de cercar estratègies per mantenir i millorar la qualitat en la gestió del SAD.

Amb la voluntat d'incorporar la població usuària i les seves famílies en la millora de qualitat del Servei, des de la Diputació de Barcelona s'ha dissenyat i implementat un instrument per avaluar l'experiència d'usuari/a SAD.

Metodologia

L'experiència del SAD per part de les persones que en són usuàries i les seves famílies dona compte de la vivència entorn la prestació del servei.

D'acord amb la definició ISO 9241-210 (2009) l'experiència d'usuari d'un servei inclou les emocions, creences, preferències, percepcions, respostes físiques i psicològiques, comportaments i accions que tenen lloc abans, durant i després de l'ús del servei. Es tracta, doncs, d'un coneixement clau per orientar l'organització i respondre, de manera eficient, a les necessitats de la ciutadania, ja que va més enllà dels elements objectius. Preveure aquesta dimensió és clau per a l'acompliment de l'objecte del servei, que d'acord amb la cartera de serveis socials, és el de "promoure una millor qualitat de vida de les persones usuàries, potenciant la seva autonomia personal i unes condicions adients de convivència en el seu propi entorn familiar i sociocomunitari".

Es pretén, d'una banda, incorporar un enfoc en termes d'apoderament de les persones usuàries a partir d'una aproximació a la seva expectativa entorn a la qualitat del servei i la seva avaluació i, de l'altra, des de la perspectiva com a dret de la ciutadania.

Resultats obtinguts

En el marc del suport als ens locals, la Diputació de Barcelona proporciona diferents instruments per a la planificació, gestió i millora de la qualitat dels serveis socials. En concret per al SAD, en paral·lel a d'altres actuacions, es va dissenyar una enquesta específica per avaluar l'experiència usuari/a del SAD, que es va implementar en 4 ens locals amb el servei de SAD externalitzat.

En col·laboració amb dos ens locals de la demarcació de Barcelona, un grup d'experts/es va desenvolupar una eina per superar la tradicional enquesta de satisfacció i aproximar-se a la visió de l'usuari/a respecte a la pràctica professional, la prestació del servei, així com la seva vivència en les diferents etapes del procés d'atenció. Una enquesta capaç de donar resposta a les qüestions següents:

- Es pot afirmar que les persones beneficiàries del SAD milloren la seva situació?
- El servei (organització) incorpora la visió de les persones ateses en la gestió SAD?
- Hi ha millores a incorporar en el servei?

Com a informació de context, s'inclouen dades sobre el perfil i característiques de les persones usuàries, cuidadores i de la xarxa de suport. Alhora es recullen les característiques del servei. Pel que fa a l'avaluació s'exploren els 5 eixos següents:

- Personalització en el procés de diagnòstic i definició del contracte assistencial
- Valoració professionals d'atenció directa
- Coordinació servei municipal-empresa
- Impacte en el benestar de la persona/família i eficàcia del servei per mantenir la persona a la llar
- Grau de satisfacció de la persona atesa amb els eixos anteriors, aspectes de millora i queixes

A l'hora d'avaluar cada eix, es considera que els indicadors amb valoració positiva per sota del 75% són finestres d'oportunitat. Per a cada ens local es completa l'estudi amb sessions de treball amb professionals per avançar en el disseny i implementació de propostes de millora a partir del coneixement obtingut.

Conclusions

Aquesta iniciativa permet conèixer de primera mà les necessitats canviants i les preferències de les persones usuàries i llurs famílies. La proposta d'anar incorporant la vivència del servei públic en els organismes competents, en aquest cas del SAD, pot esdevenir palanca de canvi per a una millor resposta a les exigències d'un servei de gestió molt complexa, pel fet de prestar-se a la pròpia llar de la persona i amb persones en situació de fragilitat/vulnerabilitat. Des de la Diputació se seguirà treballant per oferir els instruments tècnics més adequats que facilitin les accions de millora organitzativa i, per extensió, de la qualitat del servei.

Taules de salut mental. Una eina per al desenvolupament de polítiques locals en salut mental

Mònica Carrilero - Federació Salut Mental Catalunya

Objectiu

Prioritzar i centrar el focus d'un territori en la millora de la salut mental de la seva població requereix pensar en un sistema i una organització que contribueixi a establir espais de coordinació i coneixement mutu entre tots els agents. Requereix disposar de marcs legislatius globals que permetin una aplicació i una presa de decisions a nivell local, de forma conjunta, transversal i amb una fita clara: treballar per una societat més justa, sana i inclusiva. Les taules de Salut Mental són un espai de reflexió, intercanvi de recursos i treball col·laboratiu per promocionar l'atenció integral de la salut mental al territori. Les taules cerquen la implicació de tots els agents relacionats amb l'atenció a la salut mental en el territori: les entitats del tercer sector (associacions i/o federacions de famílies i persones amb problemes de salut mental, i/o entitats proveïdores de serveis de salut mental), l'administració pública local (regidories, serveis i recursos), l'administració comarcal...

Intervenció / Metodologia emprada

Les Taules de salut mental requereixen d'uns principis que afavoreixin la participació activa dels seus membres, la presa de decisions basada en els punts en comú i dinàmiques que creïn les condicions de possibilitat per un bon treball col·laboratiu.

Principis:

- Consens: la taula pren les seves decisions buscant el consens de totes les persones i entitats participants.
- Horitzontalitat: l'opinió i propostes de totes les persones i entitats que participen a la Taula són equivalents en els processos de presa de decisions.
- Autonomia: un cop constituïda la Taula esdevé autònoma en el seu funcionament i presa de decisions.

La **metodologia emprada** en aquests espais de coordinació es basa en els documents elaborats per la Federació Salut mental Catalunya durant l'any 2015 i 2017 :

- Taules de Salut Mental. Una eina per al desenvolupament de polítiques locals en salut mental.(2015)
- Taules de Salut Mental. Alguns exemples des de la pràctica en el territori (2015)
- Taules de Salut Mental de Catalunya Indicadors de seguiment i avaluació (2017)

Eixos de treball

Els eixos de treball de la Taula de Salut Mental, que hauran de guiar les seves accions, es poden dividir en tres grans àmbits:

1. Coneixement i xarxa

Fa referència a la generació de coneixement, l'intercanvi de recursos i la coordinació de tots els agents.

- Detectar les necessitats del territori en l'àmbit de la salut mental.
- Incrementar el treball en xarxa de tots els agents implicats: entitats de persones amb problemes de salut mental i de familiars, professionals i serveis d'atenció a la salut mental i representants polítics.
- Millorar la coordinació d'aquests agents en l'atenció integral de la salut mental en el territori.

2. Educació i sensibilització

Inclou totes les accions per comunicar públicament què fa la Taula i fomentar l'educació de la ciutadania.

- Desenvolupar iniciatives de sensibilització i promoció de la salut mental.
- Fomentar accions de lluita contra l'estigma en salut mental.

3. Promoció de polítiques

Fa referència a la influència política que ha de cercar la Taula per millorar l'atenció integral de la salut mental.

- Promoure la creació de programes i serveis adreçats a la integració comunitària de les persones amb un trastorn mental i les seves famílies.
- Posicionar les necessitats i propostes de millora en l'atenció integral de la salut mental en l'agenda política del territori.

En aquests documents es recullen els objectius, principis, metodologia, organització etc... per poder iniciar i impulsar al territori una Taula de Salut Mental amb els estris que ens ajuden a organitzar aquells espais territorials. Alhora la intervenció que es presta des de la Federació a territori és a nivell pedagògic fent dinàmiques grupals que ajuden a adaptar-se a la metodologia creada des de la entitat, també assessorem o donem impuls a aquelles taules que ho requereixen.

Resultats obtinguts

Actualment hi ha un total de 25 taules de salut mental repartides pel territori de Catalunya on les associacions tenen representació institucional. La Federació SMC ajuda a impulsar aquells territoris que volen constituir una Taula de Salut Mental i ofereix suport i seguiment a aquelles taules que ho requereixen. Alhora editem de forma trimestral un Butlletí Intertaules i generem espais anuals o bianuals d'intercanvi d'experiències i revisió del model actual.

SESSIÓ 1.4.

Atenció i suports en l'entorn domiciliari

Evolució del Servei d'Ajuda a Domicili a Catalunya

Anna Maria Palou - *Direcció General de Serveis Socials*

Francesc Martínez - *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies*

Repte/Objectius/Hipòtesi

La crisi econòmica iniciada l'any 2008 ha fet que la inversió social, en general, s'hagi reduït tenint efectes en l'estat de benestar i en les condicions de vida de la població catalana. Aquests efectes s'inicien a partir de l'any 2010 amb retallades dels pressupostos de les diferents administracions.

L'objectiu d'aquesta comunicació és conèixer quin impacte s'ha produït en l'evolució de la despesa dels pressupostos, de les persones ateses i de les hores d'atenció del Servei d'Ajuda a Domicili, en un context de creixement de la demanda degut a l'increment de població major de 65 anys, destinataris del SAD majoritàriament.

Hipòtesi de treball:

La crisi econòmica ha fet que en el SAD s'hagi produït una reducció en els àmbits següents:

- Econòmic, de despesa del servei.
- Persones ateses, de cobertura del servei per a persones més grans de 65 anys, menors de 65 anys i població general.
- Hores d'atenció, d'intensitat del servei a persones més grans de 65 anys menors de 65 anys i població general.

Intervenció / Metodologia emprada

Per a la realització d'aquest anàlisi s'han utilitzat les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) i del Registre Unificat de Dades dels Ens Locals (RUDEL).

Els nivells de recollida de dades corresponen a:

- Despesa del SAD social, del SAD dependència i del SAD global (social + dependència).
- Persones ateses més grans de 65 anys i població general.
- Hores d'atenció a persones més grans de 65 anys i població general.
- Cobertura a la població de persones més grans de 65 anys, menors de 65 i població general.
- Intensitat d'hores anuals d'atenció individual a persones més grans de 65 anys, menors de 65 i població general.

S'ha començat l'anàlisi amb les persones més grans de 65, perquè en aquest servei són el 81% de les persones ateses i el 84% de les hores d'atenció, durant el passat any 2017.

Resultats obtinguts / Impacte

A continuació es realitza una descripció de la interpretació dels diferents gràfics que s'han elaborat:

Gràfic 1: Evolució de la despesa del Servei d'Ajuda a Domicili (2010-2017)

A nivell de xifres globals del SAD, no ha deixat de créixer durant el període 2010-2017. Tret d l'any 2015, que baixa a nivells de l'any 2013. Però durant l'any 2016 torna a recuperar la despesa de l'any 2014. I l'any 2017 torna a créixer la despesa un 33% respecte a l'any anterior.

Gràfic 2: Evolució de les persones ateses més grans de 65 anys del Servei d'Ajuda a Domicili (2011-2017)

Les persones ateses més grans de 65 anys, a nivell global, han crescut quasi tots els anys durant el període 2011-2017.

Gràfic 3: Evolució de les hores a persones ateses més grans de 65 anys del Servei d'Ajuda a Domicili (2011-2017)

Les hores d'atenció a persones més grans de 65 anys, durant el període 2012-2017, han crescut en el SAD global, social i dependència, d'acord amb la línia de tendència mitjana de desplaçament.

Gràfic 4: Evolució de la cobertura del Servei d'Ajuda a Domicili. Persones ateses més grans de 65 anys sobre població més gran de 65. (2011-2017)

L'evolució de la cobertura de persones ateses més grans de 65 anys sobre la població més gran de 65 anys és manté estable durant el període 2011-2017, amb tendència a créixer.

Gràfic 5: Evolució de la intensitat del Servei d'Ajuda a Domicili. Hores anuals per persona més gran de 65 anys sobre població més gran de 65. (2011-2017)

L'evolució de la intensitat d'hores anuals per persones més grans de 65 anys sobre la població més gran de 65 anys, durant el 2011 i el 2017 és fluctuant, amb baixades i pujades, sobretot SAD social i SAD dependència.

Conclusions

La hipòtesi es refuta a tots els nivells.

Aquests tres nivells es caracteritzen per una estabilitat amb tendència al seu increment.

A nivell dels índex: econòmic, persones ateses i hores d'atenció, l'any 2017 ha superat a l'any 2011 (percentatge base: 0%),

Programa d'arranjament d'habitatges per a les persones grans

Joan Vidal - Diputació de Barcelona

Repte / Objectius / Hipòtesi

La necessitat social derivada de l'envelliment de la població, unida a un nou marc normatiu que fomenta el suport a l'autonomia personal i l'atenció a la dependència, requereix dur a terme actuacions adreçades a millorar la qualitat de vida de les persones grans. Aquest col·lectiu esdevé un grup d'alt risc social, ja que en molts casos disposa d'escassos recursos, pateix uns nivells majors de dependència i suporta un grau més elevat de cronicitat en termes de salut. A més, es tracta de persones que majoritàriament resideixen soles o amb altres persones grans, en habitatges poc adaptats a les seves necessitats i amb barreres arquitectòniques que impedeixen o dificulten la seva autonomia personal.

El Programa d'Arranjament d'habitatges té la finalitat de garantir les condicions d'accessibilitat, seguretat, higiene, habitabilitat i d'eficiència energètica mínimes als habitatges de les persones grans més vulnerables, mitjançant la realització de reformes bàsiques (reparacions i petites obres no estructurals) i la instal·lació d'ajudes tècniques d'adaptació funcional.

El programa s'adreça a persones de 65 anys o més, preferiblement aquelles que tinguin acreditada la seva discapacitat o es trobin en situació de dependència, que tinguin dificultats per desenvolupar les activitats de la vida diària o amb insuficiència de recursos econòmics, i a persones més grans de 80 anys que visquin soles o amb una altra persona gran. També s'adreça a persones menors de 65 anys amb necessitats especials pel que fa a la seva capacitat física i psíquica per desenvolupar les activitats de la vida diària dins la llar.

Intervenció / Metodologia emprada

El programa contempla quatre tipologies d'intervencions:

- Arranjaments en banys, amb la finalitat de millorar l'accessibilitat i facilitar les activitats relacionades amb la higiene personal.
- Arranjaments en cuines, amb la finalitat de millorar les condicions de seguretat i facilitar les activitats de la vida diària relacionades amb l'alimentació.
- Arranjaments generals, amb la finalitat de realitzar adaptacions i/o proporcionar suports en l'entorn general del domicili per tal de facilitar la mobilitat general de la persona dins del seu habitatge.
- Actuacions complementàries de millora de l'eficiència energètica dels domicilis.

Pel desplegament de les intervencions, el Programa contempla un catàleg de partides d'obra i un catàleg d'ajudes tècniques que engloben totes les possibles actuacions que el Programa permet.

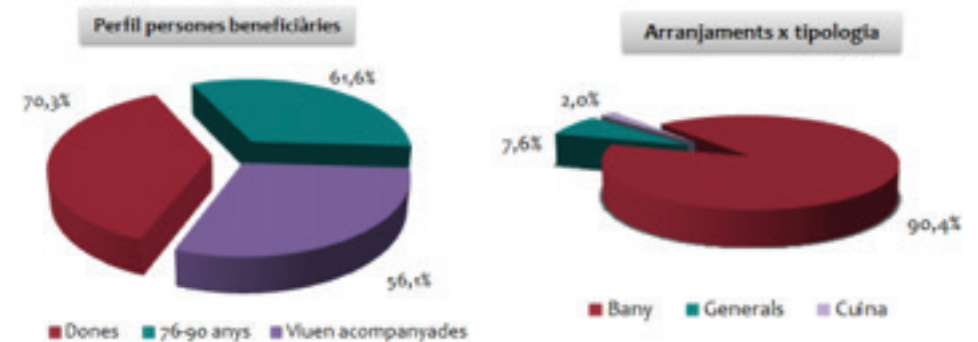
El Programa d'Arranjament d'habitatges per a persones grans és un programa complex tant pel nombre d'actors que hi intervenen i les interrelacions que s'estableixen entre tots ells, com pels procediments que s'utilitzen en totes les seves fases.

Amb caràcter general, la Diputació de Barcelona és la institució que promou, coordina, gestiona i finança el 100 % del Programa mitjançant l'atorgament de subvencions als ens locals participants i la contractació d'una empresa especialitzada en adaptació funcional d'habitatges que s'encarrega de les tasques de direcció facultativa de les intervencions. Les actuacions són executades pels ajuntaments (directament amb personal propi, a través d'ens instrumentals municipals o mitjançant la contractació d'empreses constructores), que són també responsables d'identificar les persones beneficiàries i les llars objecte del programa.

Resultats obtinguts/impacte

El programa s'executa des de l'any 2009, i des de llavors hi han participat 196 ajuntaments que han realitzat un total de 6.295 intervencions.

D'aquestes intervencions s'han beneficiat unes 11.400 persones amb el perfil que es mostra al gràfic.



Per tipologia d'intervenció, la distribució és la que es mostra al gràfic (el canvi de la banyera pel plat de dutxa és la intervenció més realitzada)

Conclusions

El programa d'arranjament d'habitatges:

- S'emmarca en la normativa actual relativa a la promoció de l'autonomia personal i a l'accessibilitat de les persones grans, i en el paradigma de l'envelliment actiu.

- b) Dona resposta a una de les primeres necessitats -la seguretat- de les persones grans amb poca autonomia que, sovint, viuen soles i/o tenen manca de recursos.
- c) Permet que l'habitatge sigui un espai adequat i adaptat davant de condicions de salut fràgils o situacions de dependència.
- d) Permet poder continuar vivint en el domicili i fer-ho en condicions dignes.
- e) Permet a les persones grans mantenir la seva xarxa relacional, element fonamental per a gaudir d'un procés d'envelliment positiu.

Promoció de l'autonomia personal a una llar d'entrenament per a persones amb Intel·ligència Límit o Discapacitat Intel·lectual lleu

Elena Godoy, Antonella Chiaesse i Jose Luis Redondo - *Associació ACIDH*

Repte/Objectius

El fet que les persones amb DI tinguin dret a ser protagonistes de la seva vida i a poder escollir com la volen viure, no vol dir que tinguin la capacitat per poder exercir-lo directament. És necessari, a més de la formació prèvia, un temps llarg d'entrenament en situacions reals per poder ajustar habilitats i competències personals i socials, però, sobretot, es necessita creure en les seves possibilitats i atorgar-los el dret a assumir riscos.

Aquest projecte és un escenari d'entrenament on les persones amb IL o DI lleu tenen l'oportunitat de posar en pràctica les habilitats i aprenentatges funcionals necessaris per a que puguin accedir a una vida autònoma. Es un recurs on les persones poden descobrir les seves capacitats i potencialitats, però també les àrees en les que necessitaran suport quan es trobin en situacions reals de la vida quotidiana.

La llar d'entrenament no és un recurs finalista i últim en si mateix, sinó que pretén ser un vehicle mitjançant el qual les persones del col·lectiu a qui s'adreça recorren un itinerari d'inclusió social progressiu d'acord a amb les possibilitats evolutives de cadascú.

Intervenció

En aquesta llar, amb capacitat per a quatre persones, s'ofereix una estada temporal amb un suport professional individualitzat i adaptat a cadascú, amb major intensitat a l'inici de l'estada de les persones i que es va reduint progressivament a mida que la persona assoleix les seves fites personals.

La metodologia d'entrada a la llar implica una entrada progressiva (tres dies a la setmana els tres primers mesos, 5 dies els tres següents mesos i la setmana sencera els 6 mesos restants). Aquesta incorporació gradual ens permet valorar la capacitat adaptativa de la persona a la nova situació (més enllà de les entrevistes inicials i les passacions de qüestionaris sistematitzats que utilitzem –ABASS. Qualitat de Vida Gencat i Rosenberg-) i ens permet ajustar els nivells d'exigència i suports segons vagi reaccionant la persona.

La metodologia que s'utilitza en aquesta llar d'entrenament està basada en la Planificació

Centrada en la Persona. La PCP és un procés continu d'escolta, centrat en els interessos de cada persona, en les seves capacitats, expectatives i somnis, que genera accions concretes per a un canvi personal i social, comptant amb el compromís dels membres del grup de recolzament i assegurant la participació activa de la persona per a establir i perseguir metes personals.

A través d'aquest tipus de planificació, la persona dissenya un pla de futur. En tot cas l'entorn de suport l'ajuda a plantejar-lo, però finalment és la persona qui partint de les seves motivacions individuals ha d'anar assumint responsabilitats envers les seves decisions.

Aquest servei dona suport a la persona en les activitats d'autocura, domèstiques i comunitàries. Proporciona una supervisió a la persona per planificar i gestionar la llar, els seus assumptes administratius i financers, la seva salut i la utilització dels recursos de la comunitat, entre d'altres.

L'horari d'atenció directa amb l'usuari es pacta amb aquest a l'inici del programa, valorant les necessitats de suport professional i respectant els seus horaris laborals i/o ocupacionals per tal d'adequar-se al màxim a la seva organització personal. Aquest horari es revisa sempre que l'equip o l'usuari ho valori necessari i s'adapten a les situacions variants de les persones i les seves necessitats de suport

Resultats obtinguts

El resultat qualitatiu més important és la millora del grau d'autoconeixement de les persones participants al projecte.

El 75% de les persones han tingut accés a una vida autònoma i independent. D'aquestes, el 35% provenien de llars residència i la llar d'entrenament ha esdevingut un trampolí que ha suposat l'alliberació de places públiques.

L'altre 25% continua necessitant un període major de temps d'intervenció i recursos amb més suport per a l'acompanyament en aquest procés d'autonomia.

Conclusions

Aquest projecte proporciona a les persones l'oportunitat d'iniciar un procés per adaptar-se a noves situacions i aprendre a reaccionar davant les circumstàncies que es deriven d'una vida autònoma. La llar suposa un augment de la qualitat de vida de les persones quan aquestes perceben que poden participar de la presa de decisions que afecten a les seves vides.

Servei d'Atenció Domiciliària d'eficiència energètica

Joana Mollà i Montserrat Monrabeta - Ajuntament d'Igualada

Hipòtesi

Des de la taula d'eficiència energètica, creada el març del 2017 al municipi d'Igualada, es proposen diferents accions que van més enllà de pagar el deute de les factures posant una mirada proactiva davant el moment actual de Pobresa Energètica i el col·lectiu de les persones grans.

La hipòtesi és que les persones grans no generen gaires deutes en els rebuts de subministraments pels hàbits generacionals adquirits pel que fa a tenir precaució i, fins i tot, por a fer reclamacions. Al mateix temps, aquesta mateixa por fa que no engeguin la calefacció, que obrin poques llums, que consumeixen poca aigua o bé, que ho facin amb molta austeritat, fent que aquests hàbits disminueixin la qualitat de vida en les seves llars. El sistema actual de digitalització de les empreses de subministraments encara confon més a aquest col·lectiu que sovint no entén el perquè de les seves factures.

Igualada, és una ciutat on l'aposta i l'interès per implementar amb agilitat el sistema d'atenció a la dependència ha estat constant. Actualment, el Servei d'Atenció Domiciliària a nivell social (SAD social) que dona suport a les persones grans està disminuint. Es passa a tenir aquest mateix servei d'atenció domiciliària a través de la concessió de la Llei de la Dependència, el qual fa que augmenti progressivament el SAD dependència.

Els professionals de Serveis Socials i el propi encàrrec institucional ens fa adonar que cal trobar nous models o models complementaris d'atenció domiciliària a nivell social perquè sinó, hi ha el risc de perdre el gran valor preventiu que té aquest servei.

Davant aquesta reflexió, Serveis Socials hem trobat una intersecció entre aquests dos programes sorgint el projecte "SAD d'eficiència energètica".

Objectiu

Millorar el benestar i el confort de la llar de les persones grans, fent retocs en l'eficiència energètica i l'aïllament tèrmic de l'habitatge.

Objectius específics

1. Formar als/les professionals d'atenció a domicili en eficiència energètica.
2. Estudiar les factures dels subministres i assessorar de com beneficiar-se de bonificacions.
3. Donar suport en les gestions que s'han de dur a terme amb les companyies subministradores.
4. Aplicar millores a la llar a través d'elements d'eficiència energètica. SAD d'eficiència energètica

Metodologia

Fer formació especialitzada amb eficiència energètica als/les treballadors/es familiars i/o intregadors/es socials que treballen en el SAD per que apliquin els nous coneixements en

els domicilis que ja tenen el servei adjudicat.

A la ciutat d'Igualada el servei d'atenció domiciliària està externalitzat i el gestiona el Consorci Sociosanitari d'Igualada i serà la coordinadora del consorci l'encarregada de seleccionar els/les professionals que faran aquesta formació.

Fer material de suport per les treballadores familiars i/o integradores socials.

Establir un circuit d'actuació en els domicilis de persones grans que tenen SAD:



La treballadora familiar de referència serà l'encarregada de detectar quins domicilis són prioritaris a fer la intervenció.

La treballadora familiar informarà a la coordinadora del SAD. Aquesta, adjudicarà una treballadora familiar/ integradora social experta en les gestions energètiques. Es proposa de fer una ampliació d'horari en els domicilis on hi ha un SAD social fins a un màxim de 10 hores. Els domicilis on el SAD és per dependència, no es modificarà el Pla Individual d'Atenció, sinó que se li adjudicarà un SAD social d'eficiència energètica.

Les treballadores socials de Serveis Socials d'atenció primària de gent gran i dependència també poden detectar casos que precisin del Sad d'eficiència energètica. Quan sigui el cas, es fa la proposta de prescripció a la coordinadora de gent gran i dependència.

Intervenció

Per poder participar en el projecte, els destinataris, signaran un document de condicions de participació i un full de compromís. (Veure ANNEX 1 i 2)

La treballadora familiar o integradora social experta en gestions energètiques ajudarà a fer els diferents tràmits pertinents i instal·larà elements d'eficiència energètica de baix cost. Els elements a instal·lar o a canviar en el domicili estaran disponibles al Banc d'Articles Reutilitzables, utilitzant la sol·licitud de demanda concreta ja establerta en aquest servei.

Es compta amb la implicació del servei d'inclusió social, que com a servei lidera diferents

actuacions relacionades amb la pobresa energètica i amb el Banc d'Articles Reutilitzables. Referent als elements a instal·lar, com els kits d'estalvi energètic, en els domicilis s'establirà coordinació entre els diferents projectes; la mateixa treballadora familiar o integradora social es qui farà la sol·licitud prèvia i gestionarà la recollida d'aquests elements al Banc d'Articles Reutilitzables. (Veure ANNEX 3)

Conclusions

Aquest projecte neix amb la intenció d'optimitzar els recursos que disposem des de la gestió dels serveis socials municipals, i atendre les necessitats emergents d'exclusió residencial. És una acció preventiva que promou la qualitat en l'atenció domiciliària de les persones grans.

És té en compte diferents factors:

- L'edat és un dels eixos de desigualtat que defineixen l'exclusió social, això significa que ser més o menys gran no implica patir situacions d'exclusió, però sí que a igual situació social, l'edat pot empitjorar-la.
- Les persones grans no pateixen només una situació econòmica precària ateses les baixes pensions, sinó que també presenten uns nivells formatius inferiors a la resta de la població que agreugen la complicada comprensió del sector energètic i les seves regulacions.
- Les persones grans pateixen els efectes sobre la salut de forma preeminent. Són més vulnerables a les afeccions respiratòries, constipats i gripes, a més de patir més problemes a les articulacions i relacionats amb els dolors crònics, que s'agreugen amb el fred a la llar.
- Un dels factors causants d'aquestes desigualtats en salut, transcorre en la intimitat del dia a dia de les llars, quan aquestes no tenen la capacitat de pagar una quantitat d'energia suficient per a cuinar, il·luminar i escalfar-se, o quan es veuen obligades a destinar una part excessiva dels seus ingressos per pagar la factura energètica dels seus habitatges.

Voluntariat intergeneracional social (VIS)

Fernando Fuster-Fabra - *Associació SVS - Acció en Blau*

Repte/Objectius/Hipòtesi

Es pretén afrontar l'atenció personalitzada de les persones grans o dependents en l'entorn social compartit i/o en els seus domicilis de residència habitual, sense intervenció directa de les administracions públiques a través de les prestacions dels serveis socials o de centres concertats durant les hores diürnes.

Es fixa com a objectiu principal el brindar un acompanyament més enllà de la mera atenció sanitària a través dels centres de salut del ICS, mitjançant unes prestacions emocionals per unes persones voluntàries formades per a l'atenció mitjançant escolta activa i suport

emocional a persones solitàries, sense suport regular familiar i amb el risc d'exclusió per aïllament social.

Ens basem en el fet que les persones grans amb lucidesa mental majoritàriament desitgen desenvolupar la seva activitat quotidiana en el seu domicili habitual i proximitats, on tenen els seus records i senten major qualitat de vida entre els seus estris personals.

Intervenció/Metodologia emprada

La intervenció del voluntariat està presidida per l'acceptació per part de la persona usuària/beneficiària de les condicions d'acompanyament, suport i possible habitatge compartit (quan procedeix), així com tot el que abasta la LOPD quant a la protecció de la confidencialitat en tots dos sentits de les persones participants i l'entitat gestora dels registres pertinents per a l'avaluació de l'impacte mitjançant indicadors quantitius i qualitius.

Les persones voluntàries participen en un procés d'avaluació de les seves competències, basat en el seu acte-definició i un qüestionari de set preguntes (Focus 7) orientades a establir les seves àrees de fortalesa/feblesa i potencials amenaces cap a les oportunitats. A més, mitjançant un qüestionari on-line (Reconoce) s'identifiquen les seves competències en lideratge, comunicació i empatia social.

Les persones usuàries/beneficiàries també responen al seu qüestionari "Focus 7" a mesura, per a determinar el seu perfil de receptor i necessitats específiques.

Amb aquesta informació prèvia de les persones voluntàries i usuàries/beneficiàries, es procedeix a l'aparellament de les persones voluntàries amb potencials persones usuàries del servei d'acompanyament i suport, mitjançant l'ús d'unes eines intergeneracionals que s'han dissenyat per a aquesta fi.

Ens referim a la mentoría i la co-habitatge entre persones de diferents generacions amb perfils i necessitats que es complementin.

La mentoría s'empra en els casos on la persona gran i/o dependent ofereix una trajectòria que serveixi de model per a un voluntari jove en l'adquisició d'uns coneixements pràctics relacionats amb un ofici o una professió, ja sigui per a l'emprenedoria o l'ocupació per compte d'altri.

El co-habitatge es basa en compartir un domicili, generalment residència de la persona gran, encara que no es descarta la situació inversa, ja sigui de propietat o lloguer. El domicili compartit té condicions específiques, segons cada cas, per a equilibrar les aportacions de cada part de l'experiència.

L'experiència es canalitza en dos formats – acompanyament/mentoría sense co-habitatge i convivència integral d'acompanyament, sent l'entorn habitual d'acompanyament i mentoría l'entorn social de la persona beneficiària, incloent el seu habitatge habitual.

El procés de cada aparellament estarà supervisat per un equip de professionals en avaluació psicosocial, que garanteixin les condicions òptimes de relacions interpersonals dels participants ja siguin en convivència quotidiana d'espais amb activitat compartida o de convivència intensiva amb habitatge compartit les 24 hores.

En cada cas, la persona voluntària prendrà nota i registrarà dades rellevants a les condicions de la prestació de l'acompanyament i suport a la persona usuària/beneficiària, anotant convenientment les seves pròpies observacions del grau de compliment de l'objectiu de tal acció, i els imprevistos haguts que poguessin haver impedit l'aconseguir la meta desitjada. L'equip de professionals, al seu torn, prendrà la impressió de la persona acompanyada, sigui com a mentor o com a receptora de les prestacions d'acompanyament i suport.

Resultats obtinguts/Impacte

La primera experiència de mentoría intergeneracional amb co-habitatge ha estat viscuda en primera persona pel ponent, amb un jove de la generació “millennial” amb un perfil polivalent de dual professionalitat denominada “art – ciència” per Leonardo da Vinci. S'ha iniciat en 2019 sengles experiències amb altres perfils d'aparellament.

Ara es pretén establir l'estructura que confirmi la viabilitat de la teoria de manera estesa en els dos formats de mentoría intergeneracional, amb o sense l'habitatge compartit.

Conclusions

Ha quedat demostrat que l'enfocament intergeneracional és viable. Ara hem d'aplicar-ho a la prevenció i atenció més extensa a la comunitat.

SESSIÓ 2.1.

Eines i instruments per a nous models d'atenció

Eines per als professionals en el suport a la presa de decisions. L'experiència del projecte internacional I-Decide

Lluís Marroyo - *Fundació Campus Arnau d'Escala*

Els models de suport a les persones amb discapacitat han evolucionat des de l'enfocament mèdic a un altre basat en la garantia de drets. La Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD) aprovada al 2006, i en concret a través del seu Article 12 (igual reconeixement davant la Llei) reconeix la capacitat jurídica i capacitat d'obrar (reconeixement del dret d'una persona a posseir i exercir drets i deures davant la llei) com a element indivisible i inherent de les persones amb discapacitat. En aquesta línia d'actuació, la CDPD insta als Estats a establir serveis de suport per a què la persona pugui prendre les seves pròpies decisions, basades en els seus interessos, voluntats i preferències. S'abandonen així els vells models on la presa de decisions substitutòries o per la via de la representació es fa en virtut del “millor interès” de la persona.

Ens trobem davant d'un repte d'abast mundial i al que fins ara pocs Estats han fet front alineant el seu marc jurídic, i encara menys, dissenyant els nous serveis de suport basats en l'autonomia de les persones. Serà necessari doncs impulsar programes i projectes innovadors per respondre a les necessitats actuals. Fruit d'aquesta necessitat compartida, un consorci internacional format per sis organitzacions, de cinc països de la UE, de l'àmbit dels serveis de suport a les persones amb discapacitat, hem sumat esforços per elaborar eines concretes que ajudin a implementar el canvi de paradigma.

El projecte I DECIDE, finançat per la UE a través del programa Erasmus+, té per objectiu elaborar manuals, adreçats als professionals dels serveis de suport, que ajudin a implementar el model d'atenció basat en el suport a la presa de decisions. El projecte focalitza en tres esferes concretes de la vida de la persona: les finances personals, la salut i els drets com a consumidor, i pretén potenciar les habilitats digitals i de lectoescriptura com a eines d'ajuda per prendre decisions de manera autònoma.

Des de l'octubre de 2017, hem treballat de manera col·laborativa per, en una primera fase, identificar i capitalitzar les millors pràctiques sobre les tres esferes escollides. A continuació hem elaborat materials propis que mostren què significa acompanyar a una persona en la presa de decisions i quins són els procediments per implementar el nou model. Els tres manuals també inclouen una col·lecció de casos que il·lustren la implementació del model, així com un recull d'eines per fer el seguiment en termes de satisfacció i eficàcia del suport. Per últim, també s'han desenvolupat eines concretes per avaluar l'impacte de les habilitats

bàsiques en els processos de presa de decisions. Per comprovar el grau d'efectivitat dels materials i acabar d'ajustar-los d'acord amb el context de cada Estat, hem inclòs una fase de pilotatge que acabarà a principis de 2020.

Amb l'ànim de difondre les eines desenvolupades al projecte IDECIDE, hem elaborat un mòdul formatiu adreçat als professionals de les organitzacions. Com a últim bloc d'activitat i amb l'objectiu de dotar de continuïtat i augmentar l'impacte del projecte, també està previst establir aliances amb altres organitzacions i entitats així com amb els agents decisors en la matèria per utilitzar els materials creats i impulsar els processos de canvi per implementar serveis de suport a la presa de decisions i contribuir a la garantia dels drets de les persones amb discapacitat.

Guia GAS-VI: una eina per avaluar el suport a la vida independent de persones amb discapacitat intel·lectual

Judit Fullana i Maria Pallisera - *Universitat de Girona*

Objectiu

L'objectiu de la guia GAS-VI és avaluar el suport rebut per persones amb discapacitat intel·lectual (DI) en contextos de vida independent, recollint les perspectives dels professionals i de les pròpies persones amb DI. Es tracta d'una guia d'aplicació individual i personalitzada que orienta sobre les propostes de millora a aplicar per afavorir que el suport estigui en la línia proposada per les Nacions Unides a la Convenció dels Drets de les Persones amb Discapacitat (2006), concretament, els articles 4 i 31, que estableixen que les persones amb discapacitat han de participar en les decisions que afecten les seves vides, incloses les relacionades amb els suports que reben. Amb l'objectiu de construir un instrument pràctic i de fàcil aplicació per a professionals i per a persones amb DI, s'elabora una versió informàtica de la Guia GASVI, que estarà properament disponible i es presentarà al congrés.

Intervenció/Metodologia

La Guia GAS-VI ha estat elaborada pel Grup de Recerca en Diversitat de la Universitat de Girona i s'emmarca dins del projecte d'investigació Els processos de suport a la vida independent de les persones amb discapacitat intel·lectual a Espanya: diagnòstic, bones pràctiques i disseny d'un pla de millora (Projecte ViDa), finançat pel Ministerio de Economía y Competitividad, dins del programa Retos de la Sociedad (Ref. EDU2014- 55460-R). A partir la recerca realitzada s'identifiquen un seguit de de característiques del suport que poden facilitar el desenvolupament de processos de vida independent d'acord amb el que estableix la Convenció de l'ONU(2006) i s'elabora una primera versió de la Guia adreçada a professionals.

Aquesta guia se sotmet a un procés de validació en el qual participen professionals i persones amb DI, a més de la revisió desenvolupada al llarg del procés pel Grup de Recerca en Diversitat. Aquest procés de validació ha estat el següent. El 28 de juny de 2018 es duu a terme una jornada de treball amb 23 professionals de 10 entitats diferents que proporcionen serveis a persones amb discapacitat intel·lectual arreu de Catalunya: Down Lleida, Fundació Altem, Fundació Astres-Plataforma Educativa, Fundació Astrid 21, Fundació Catalana de la Síndrome de Down, Fundació Estany, Fundació Pere Mitjans, Fundació Privada El Vilar, Fundació Ramon Noguera, Fundació TRESA i Taller Alba. Els professionals participen en 4 grups de discussió, analitzant els indicadors i ítems de la Guia i fent propostes i suggeriments.

Una vegada revisada i elaborada la Guia per als professionals, es confecciona la Guia adreçada a les persones que reben suport. Aquesta és analitzada pels membres del Grup de Recerca en Diversitat i pel Comitè Assessor d'aquest grup. El Comitè Assessor està format per persones amb DI que des de l'any 2012 col·laboren amb el Grup de Recerca en Diversitat com a assessores i també desenvolupen investigacions pròpies, amb el suport de les investigadores del grup. Al setembre de 2018 el Comitè Assessor revisa les dimensions i àrees de la Guia i planteja qüestions rellevants per valorar el suport que reben les persones amb discapacitat a la seva pròpia llar o en altres tipus d'habitatge.

Resultats

Fruit d'aquest treball s'obté la Guia GAS-VI que s'estructura al voltant de 4 dimensions: Individual, Interpersonal, Organitzacional, Comunitària. Dins de cada dimensió s'estableixen unes àrees i uns indicadors de bones pràctiques i, per cada indicador, es formulen uns ítems. El material consta de dos formularis, un per a les persones que reben suport i l'altre destinat als professionals de suport. Les persones responen valorant cada ítem en una escala tipus Likert. L'aplicació de la guia permet contrastar la valoració del/de la professional amb la valoració de la persona que rep el suport, per cada un dels indicadors, de manera que permet identificar quines són les àrees i indicadors en les es necessita millorar el suport. A partir d'aquí es pot consultar un document de propostes de millora que orienta sobre les possibles línies de treball.

Conclusions

La Guia GAS-VI es troba en procés de pilotatge. Durant els mesos d'abril a juny es realitza una aplicació amb persones que reben suport i els professionals que els el proporcionen. Durant el congrés es podrà aportar més informació sobre aquest assaig, que permetrà establir la versió final d'aquest instrument i concretar les orientacions adequades per la seva aplicació.

Manual d'intervenció de serveis bàsics d'atenció social

M. Rosa Guixé - *Consell Comarcal de l'Alt Empordà*

Lali Surià - *Consorci d'Acció Social de la Garrotxa*

Ana Castro - *Consell Comarcal del Pla de l'Estany*

Roser Parera - *Consorci de Benestar Social del Gironès-Salt*

Carme Berrocal - *Consorci de Benestar Social del Ripollès*

Maite Boldú - *Consell Comarcal de la Selva*

Presentació del Manual d'Intervenció de Serveis Bàsics d'Atenció Social. El procés de treball en les fases d'acollida, diagnòstic, tractament i tancament. Aquest manual ha estat elaborat per un conjunt d'organitzacions de Serveis Socials de les comarques gironines que han constituït el Grup d'Innovació i Recerca Aplicada (GIRS). El Manual és el producte final d'un treball de consens que ha permès el coneixement i el creixement conjunt que incorpora l'experiència dels professionals i la seva pràctica diària.

El Manual inclou la sistematització de quatre processos de treball que fan referència a la dimensió individual i familiar de la intervenció: acollida, diagnòstic, tractament i tancament.

Protocol de prevenció, detecció i actuació davant la sospita de maltractaments a persones grans en el marc del servei local de teleassistència

Pachi Rivas, Pilar Martínez i Mercè Martín - *Diputació de Barcelona*

Repte/Objectius/Hipòtesi

El Servei Local de Teleassistència (SLT) de la Diputació de Barcelona és un servei preventiu i de proximitat d'atenció a emergències i acompanyament a persones en risc per raons d'edat, solitud, discapacitat, dependència o fragilitat, les 24 hores del dia els 365 dies de l'any. Atén més de 85.000 persones dels 310 municipis de la demarcació de Barcelona, amb una cobertura d'un 12% de la població major de 65 anys i d'un 30% major de 80 anys. El Servei gestiona tres milions de trucades a l'any i més de 120.000 visites domiciliàries.

Segons l'OMS, els maltractaments envers les persones grans són un problema social i de salut a escala mundial. Per abordar aquest problema, la Diputació de Barcelona va crear, l'any 2011, el Grup de Treball contra els maltractaments a les persones grans per donar suport als ens locals en la prevenció, detecció i actuació davant d'aquest fenomen. Actualment, participen més de 170 municipis i 5 consells comarcals amb la finalitat de consensuar models i eines de treball i d'intercanviar bones pràctiques.

Aquesta experiència de treball, sumada a la trajectòria de prestació del SLT des del 2005, van portar a establir la doble hipòtesi que la població atesa pel SLT podia ser un col·lectiu

vulnerable i, per tant, amb més riscos de patir maltractaments. A més, el SLT podia ser un servei privilegiat per a la detecció d'aquests fets que sovint resten ocults.

L'any 2016, es va posar en marxa el protocol per a la prevenció, detecció i actuació davant la sospita de maltractaments del SLT, essent un dels primers instruments que es posaven en marxa en un servei d'aquestes característiques.

Intervenció/Methodologia emprada

Aquest protocol es desplega a tres nivells, amb la següent metodologia:

Prevenció i sensibilització. Formació de més 250 professionals del SLT amb l'objectiu de dotar-los d'eines teòriques i pràctiques per identificar i intervenir adequadament davant de possibles situacions de maltractaments.

Detecció. Els i les professionals del SLT disposen d'una bateria d'indicadors per tal d'identificar senyals d'alerta. La sospita inicial és contrastada, en una visita domiciliària, a través de l'Instrument per a la detecció de la sospita de maltractaments que permet constatar situacions observades pels professionals o manifestades per la persona, i valorar si existeixen o no indicadors de risc de maltractament (nivell 1: indicadors insuficients, nivell 2: indicadors suficients i nivell 3: indicadors elevats) que són els que marcaran la intensificació dels seguiments per part del SLT.

Actuació. En funció del risc detectat, es proposa un pla d'atenció a la persona usuària que es acordat amb els equips bàsics de serveis socials de referència. Les actuacions consisteixen en la intensificació dels seguiments principalment.

Consulta a: <https://www.diba.cat/documents/14465/11308436/2400-18582-2015+Guia+d'actuaci%C3%B3+en+situacions+de+maltractaments+E-LIBRE.pdf/1b701118-6c49-4c05-9b2d-03b8943b7ca2>

Resultats obtinguts/Impacte

Durant l'any 2016 es van valorar 26 casos de sospita de maltractaments, l'any 2017 es van valorar 633 fins arribar als 1.017 de l'any 2018. Dels casos detectats en el darrer any, 422 presentaven indicadors insuficients, 38 indicadors suficients i 557 indicadors elevats.

El 90% de les víctimes són dones i el 80,7% tenen més de 75 anys, essent la incidència més alta a major edat (el 36,5% són majors de 80 anys). El 70% dels presumptes agressors són homes i la vinculació amb la víctima és fill/a, seguit de parella.

Dels 595 casos valorats amb indicadors suficients o elevats, 507 van acceptar l'ajuda, 48 la van rebutjar i en 40 casos va ser desestimada pels professionals. Les intervencions més habituals són la intensificació de seguiments: trucades (351) o visites (288), silenciament del terminal (21), assessoraments (68) i custòdia de claus (5).

Conclusions

La sensibilització i capacitat de les persones professionals del SLT, així com la definició d'instruments contrastats, permeten identificar situacions de maltractaments, una problemàtica oculta que afecta moltes persones grans.

L'adherència a aquest protocol per part dels equips bàsics de serveis socials ha estat creixent i s'han acceptat la major part dels plans d'intervenció proposats (74 al 2016, 238 al 2017 i 361 al 2018).

En tres anys d'implantació, els casos identificats amb indicadors suficients o elevats han crescut, passant de 372 al 2017 i 595 al 2018, cosa que evidencia la validesa d'aquest protocol.

Resultats de la prova pilot per a la implementació d'una eina d'identificació de necessitats socials complexes i de suport al diagnòstic social

Xavier Delgado i Marta Maria Gonzalez-Pinto - *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies*

Francesc Hernández - *Diputació de Barcelona*

Marta Ballester i Pilar Hilarión - *Institut Universitari Avedis Donabedian-UAB*

La identificació de persones amb situacions de necessitats socials complexes (PNASC) emergeix com un gran repte en els sistemes de prestació de serveis socials i d'altres relacionats amb l'atenció a les persones, donat que representa un element clau a l'hora de programar accions individuals a persones o famílies de risc, com a grups o comunitats amb les quals es treballen.

Aconseguir que els serveis socials municipals puguin tipificar la complexitat de les persones ateses amb els mateixos criteris contribueix a garantir a la ciutadania l'equitat en l'accés als serveis socials i en l'atenció rebuda, millorar la gestió de cada cas per part dels equips professionals, així com gestionar millor la càrrega de treball associada a la gestió de casos complexos per part dels equips.

Durant l'any 2018 es va portar a terme una prova pilot per testar la idoneïtat d'implementar la utilització del Self-Sufficiency Matrix als equips de serveis socials municipals, com a eina

de suport al diagnòstic social i pel cribratge o establiment del nivell de complexitat de la situació de les persones ateses en el sistema de serveis socials. Aquesta eina havia estat seleccionada, adaptada i testada anteriorment en un altre projecte iniciat al 2015, del que la present experiència és continuació. Aquest projecte ha comptat amb la participació en el nucli promotor de la iniciativa de:

- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
- Diputació de Barcelona. Gerència de Serveis de Benestar Social.
- Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS).
- Entitats municipalistes: Associació Catalana de Municipis i Federació de Municipis de Catalunya
- Col·legis professionals: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya i Col·legi d'Educaadores i Educadors socials de Catalunya

L'objectiu d'aquesta prova era doble: determinar el grau d'usabilitat de l'eina en un entorn de prova real, és a dir, en la tasca habitual dels professionals dels serveis socials i validar la metodologia que s'hauria de fer servir per la seva implementació a tot el territori de Catalunya.

Es van revisar el Manual d'ús de l'eina, els materials formatius específics elaborats en la fase anterior i la plataforma informàtica de formació. Per tal de participar a la prova pilot es van seleccionar 8 ens locals que garantissin l'equilibri territorial. A més, hi van participar i 2 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) per tal de contrastar la usabilitat de l'eina també en el context del treball social sanitari.

La formació s'ha dut a terme en 2 fases: primer s'ha fet la formació dels professionals que cada ens local (o ABS) ha seleccionat per exercir de formadors interns dels professionals que participarien a la prova pilot i, després aquests han format la resta de companys del seu equip. En total han completat la formació 111 professionals dels 115 inicials i s'ha validat la metodologia i els materials de cara a una posterior implementació a gran escala.

L'objectiu operatiu era arribar a tenir entre 600 i 800 casos valorats amb l'eina, un 50% dels quals havien de ser persones de més de 65 anys. Finalment s'ha arribat a valorar 912 casos, complint la proporció de persones majors de 65 anys.

Respecte de la percepció dels professionals, les puntuacions mitjanes han estat de 7,88 punts sobre 10 quant a la Facilitat en la utilització de l'instrument en la situació de la persona avaluada i de 7,6 punts sobre 10 quant a la Utilitat de l'instrument en l'avaluació de la persona atesa. El temps mitjà d'utilització de l'instrument en l'avaluació de la persona atesa ha estat de 13 minuts.

Com a principals conclusions cabria destacar que disposem d'una eina que ha demostrat la seva fiabilitat i usabilitat i que és ben percebuda pels professionals que han format part de l'experiència pilot. D'altra banda, l'estratègia d'implementació a petita escala ha demostrat ser eficaç i els materials formatius elaborats han estat adients per assolir el resultat esperat.

En aquesta comunicació es presentaran els resultats de la prova pilot, en especial aquells relacionats amb l'experiència formativa dels professionals, a la concordança de l'eina amb la percepció dels professionals i a la determinació de perfils.

SESSIÓ 2.2.

Remodelació del sistema, les organitzacions i l'entorn per a l'autonomia personal

Atenció domiciliària en clau ciutat

M. Jesús Real, Maribel Mari, Susana Jimenez i Maite Amador - *Badalona Serveis Assistencials*
Ajuntament de Badalona

Repte

Els serveis d'atenció a domicili som els encarregats de màgia al domicili de les persones: amb poc fem molt.

Acomplim un dels desitjos de les persones: romandre al domicili, dins de la llar que han conformat, envoltats de records i acompanyats de les persones que son importants.

Però no sempre la materialització d'aquesta màgia es fàcil ni senzilla. Ens trobem amb dificultats: les condicions del domicili no sempre son les adequades, les voluntats de les persones usuàries no sempre coincideixen amb les de la família, els mínims que els professionals valorem com a necessaris no sempre son compartits per les persones usuàries. I per donar resposta a la voluntat i necessitat de la persona a viure en el domicili treballam diferents equips, tots i moltes vegades alhora intervenim simultàniament amb una mateixa persona i/o família..... de vegades ens coneixem, de vegades ens parlem, de vegades ens coordinem i fins i tot de vegades intentem fer atenció integrada.

A la ciutat de Badalona, en l'atenció social domiciliària ja fa anys que es va detectar que tant equips de treball primària social, com sanitària, i d'altres especialitzats com els PADES treballaven dins del domicili amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones ateses. Tots els equips interveníem en domicilis, treballàvem amb i per les famílies, el que

ens diferenciava era la nostra especialitat i coneixement sobre diferents situacions socials i sanitàries. Es planteja una doble qüestió: ens coordinem i derivem als usuaris i famílies o des d'una relació de reconeixement i respecte cap a la resta d'especialitzacions ens integrem amb un mateix objectiu: L'USUARI ES EL CENTRE DE LA NOSTRA ATENCIÓ. Per tant es important reconèixer les seves necessitats, escoltar les seves voluntats i treballar conjuntament per trobar canals que agilitzin la seva atenció.

Intervenció

A finals de l'any 2004 el model d'atenció domiciliària de Badalona es transforma. Es un moment en que es comença a visualitzar que es necessari trencar amb el model d'institucionalització cap un model de proximitat a on el domicili prengui rellevància i es respecti la voluntat de les persones de viure a casa seva, per tant es al domicili a on hem de traslladar l'atenció. Es el moment de pensar en el creixement de l'atenció en nombre de persones ateses, en ampliació de serveis i en atenció de qualitat. L'Ajuntament fa l'encomana de gestió dels serveis d'atenció a domicili a Badalona Serveis Assistencials; una OSI de responsabilitat municipal. Per Tant BSA integra en la seva gestió atenció primària sanitària, atenció hospitalària, atenció sociosanitària; i amb el temps s'integraran els equips de valoració de la dependència i discapacitat.

A BSA ja estàvem acostumats a treballar de manera integrada dins de l'atenció sanitària, l'arribada de la gestió dels serveis d'atenció social a domicili suposa per primera vegada la coresponsabilitat de gestió social i sanitària en una mateixa organització, i el començar a entendre les necessitats característiques dels serveis, els socials i sanitaris, els ritmes diferents i les dificultats.

Durant aquest 14 anys hem après a entendre'ns, hem fet treball conjunts, protocols però ara toca donar un pas mes i deixar de pensar en clau d'OSI per pensar en clau OIM: organitzacions Integrades al municipi.

Des dels serveis d'atenció domiciliària actualment repensem la nostra intervenció en clau de ciutat: Les organitzacions atenem a LES MATEIXES PERSONES I FAMÍLIES, ens toca detectar quins son els professionals que intervenim i qui te els millors coneixements per donar resposta a les necessitats de les persones usuàries. Ens orientem per construir una xarxa de professionals, a on ens reconeixem, compartim la intervenció i es dona resposta des del servei mes adequat per la persona: CENTRANT A LA PERSONA EN EL NUCLI DE L'ATENCIÓ, som els professionals els ens movem i coordinem, els que hem creat la xarxa, els que orientem com ha de ser l'atenció domiciliària i els serveis que oferim, compartim programa informàtic d'atenció a domicili, protocols, documentació, llistes d'espera i disseny de serveis.

Resultat / Impacte

BSA a gestionat el servei d'atenció a domicili des d'un model d'agència de servei amb un equip format per administratius amb competències per la gestió social, treballadors socials i un auxiliar d'ajuda a domicili. Tots els serveis d'atenció a domicili es gestionen des del SAID, per tant hi ha una integració de l'atenció domiciliària. Rebem totes les demandes de treballadors familiars, teleassistència, àpats a domicili, neteges de la llar, localitzadors de persones i arranjaments de la llar. Per tant, disposem d'un coneixement ampli de les demandes de tota la ciutat el que permet una gestió dels serveis en criteris d'igualtat. Per altra banda, la integració de tots els serveis d'atenció en un únic servei de gestió permet agilitzar les intervencions i detectar noves necessitats de les persones, que poden ser respostes per altres serveis de la mateixa cartera que gestionem.

La detecció de noves necessitats en clau de visió global de la població ha permet ajustar els serveis amb els nous concursos a les demandes fetes per les persones usuàries i els professionals i redissenyar nous serveis.

Els responsables de l'atenció a domicili municipal són els serveis socials de la ciutat de Badalona, BSA col·labora en la planificació dels serveis i de l'atenció.

Els serveis socials mai han deixat de ser el centre referent de l'atenció social municipal. Tota demanda sempre es validada pel cap de la SBAS i en casos d'alta complexitat els casos poden ser compartits amb una figura de doble referent social.

A data d'avui, estan integrats en la xarxa els serveis socials bàsics d'atenció primària, l'equip d'atenció a la dependència municipal, les Àrees bàsiques de salut, els equips PADES i els equips d'atenció a la Salut mental. Els equips de treball social de l'hospital de Can Ruti, de l'hospital municipal de Badalona, l'hospital de l'esperit sant, el CSSCSS El Carme i el CSS can Torras poder fer us d'alguns dels serveis de la xarxa. Actualment estem en tràmits per ampliar la gestió a d'altres serveis de la ciutat amb el PFAISS acordat a l'any 2018.

Conclusions

- Per tant podem parlar que el model de gestió integrada d'atenció a domicili que treballem:
- Redueix el temps en la demanda de serveis.
- Facilita una gestió basada en criteris d'igualtat prioritzant les situacions de més risc tenint en compte factors socials i sanitaris.
- Crea una xarxa de serveis d'atenció a domicili en clau de ciutat.
- Atenció de proximitat especialitzada: eficàcia de la intervenció.
- Garanteix la detecció precoç de les noves necessitats al domicili.
- Redueix les duplicitats d'atenció entre diferents serveis.

- Agilitza el tractament de les incidències.
- Ajuda a redissenyar el serveis que gestionem i a crear-ne de nous: recerca de noves oportunitats.
- La integració amb serveis de salut facilita la resolució i gestió de situacions d'alta complexitat social i sanitària: resolució de dubtes, redisseny de serveis, millora de circuits, optimització de recursos.
- Es un pas cap L'ATENCIÓ A LES PERSONES EN CLAU CIUTAT a on els serveis s'organitzen per donar resposta a les necessitats de la població.

Cap a un governança més democràtica, mitjançant la participació activa de les persones amb discapacitat

Janeta Camps, Marina Gonzalez i Marta Milian - *Fundació AMPANS*

Repte / Objectius / Hipòtesis

Repte: Aconseguir una governança democràtica a l'organització a través de la creació de diferents espais de participació activa de les persones amb discapacitat intel·lectual (DI).

Objectius:

- Garantir espais de participació, assemblearis, consells transversals que afectin a la governança democràtica de l'organització
- Transformar el model de serveis. Assumir un sistema de treball que reconeix el rol actiu del client en la prestació dels serveis. Planifiquem serveis conjuntament amb usuaris, famílies i la comunitat amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones amb DI.
- Promoure la capacitat dels professionals i dels usuaris

Hipòtesis:

- Implementar una governança democràtica basada en la metodologia co productiva permet establir relacions recíproques entre els usuaris de serveis professionals i altres grups d'interès.
- Redueix les distàncies de status entre els proveïdors i els consumidors dels serveis socials.
- Augmenta la consciència i les competències dels professionals sobre com abordar l'equitat, la diversitat i la inclusió 2/4.

Intervenció/Metodologia emprada

S'ha desenvolupat una pla d'aprenentatge / implantació de la metodologia coproductiva a l'organització.

Entenem com a coproducció el procés de co-decidir, co-dissenyar, co-elaborar i avaluar de manera conjunta tots els grups d'interès; persones amb discapacitat, famílies, professionals i representants de comunitats locals

El projecte pretén fer un pas més respecte la participació dels usuaris. La metodologia de coproducció vol superar el model tradicional enfocat a atendre les necessitats dels usuaris, en un rol passiu i de receptors. La coproducció es centra en el paper proactiu que han de jugar les persones amb DI.

A tal fi s'ha desenvolupat una estratègia per transformar la nostra governança en un procés democràtic, que inclou:

- Descripció i conceptualització de la metodologia coproductiva
- Pla de formació per a professionals i usuaris
- Pla d'acció en els serveis
- Avaluació del impacte en la organització

Resultats obtinguts/Impacte

Resultats obtinguts:

- Descentralització del centre ocupacional. Creació de 4 centres ocupacionals mitjançant metodologia coproductiva (210 persones amb DI, 300 famílies, 40 professionals, 40 entitats públiques i privades)
- 150 persones amb DI que participen en les comissions de treball transversals (Autoavaluació FEAPS, Lectura Fàcil, Pla d'Igualtat, Noves DLT, Av Competències)
- 99% dels Programes d'Atenció Individual i dels plans d'Activitats dels serveis elaborats de manera coproductiva
- 4 grups d'autogestors
- Participació en l'elaboració d'un portal web d'aprenentatge inclusiu sobre coproducció (<http://enable-info.eu/learning-2/>) 3/4
- Elaboració d'una guia de formació inclusiva per als mitjans de comunicació sobre com haurien de representar la discapacitat "canviant mirades"
- Revisió Codi Ètica
- 150 treballadors formats, temari específic 2h sobre governança i coproducció

Impacte:

La experiència ha generat un impacte a tota la organització:

- Revisió de les polítiques de l'organització, descentralització dels serveis
- Adopció de marcs conceptuals teòrics en relació a l'atenció a les persones amb discapacitat (Atenció Centrada en la Persona, model de qualitat de vida)
- Revisió del pla de formació dels professionals
- Revisió dels processos d'atenció continuada
- Implantació del sistema de lectura fàcil, per tal de garantir l'accés a la informació
- Increment dels espais de participació formals
- Increment de les activitats comunitàries

Conclusions

El projecte a dotat a l'organització d'un enfocament de coproducció basat en la reciprocitat entre l'usuari i el proveïdor de serveis. La reciprocitat garanteix que les persones participin activament en l'organització, augmentin el sentiment de pertinença i n'esdevinguin corresponsables

La implantació de la metodologia coproductiva ha incrementat l'apoderament i la consciència d'igualtat d'oportunitats i la ciutadania activa de les persones amb DI. Actualment dins l'organització, la persona amb discapacitat intel·lectual té més oportunitats per aportar la seva experiència, coneixements i habilitats en igualtat de condicions que la resta de grups d'interès.

En conclusió, hem esdevingut una organització més democràtica, que a través de múltiples espais de participació sistèmica, impacte directament en l'estratègia d'acció de la fundació i en els seus valors. El pla estratègic 2017- 20 ha estat especialment participat per tots els grups d'interès, és recullen tots els inputs i reverteixen en l'estratègia.

Els serveis socials com a font de valor

Miguel Ángel Manzano, Benet Fusté, Xavier Millán i Eloi Mayordomo - *Llei d'Engel*

Repte/Objectius/Hipòtesi

En el context actual d'esgotament de la plena ocupació, els canvis en les estructures familiars i en els cicles vitals es van assentant les bases per al qüestionament de l'objecte de l'Estat del Benestar. Enfront aquesta situació, les actuals polítiques socials caracteritzen la protecció social com una font insuficient de seguretat, i propugnen que enfront la vulnerabilitat econòmica, cal fomentar una major capacitat d'adaptació als cicles econòmics. L'estratègia per a garantir aquesta adaptabilitat és mitjançant l'activació de la ciutadania i en la inversió en capital humà que ha de generar una redistribució d'oportunitats.

En aquest context, l'objectiu de la comunicació, és aprofundir a la comprensió de l'aportació de valor que realitza el sistema dels serveis socials en la provisió de benestar, tenint en compte que el momentum obliga a interioritzar la potenciació de les habilitats com un factor clau per fomentar l'autonomia de les persones. El debat que s'obra és eminentment normatiu, que radica en determinar l'ontologia dels serveis socials.

Intervenció/Metodologia emprada

Es presenta una reflexió teòrica basada en la revisió de fons bibliogràfiques i en la sistematització conceptual de la pràctica professional com a gestors del Sistema de Serveis Socials.

Resultats obtinguts/Impacte

Desenvolupar l'arquitectura de benestar des del sector públic implica en primer terme, determinar els àmbits de la vida que aquest hauria de promoure (objectiu de les polítiques socials), entenen que la seva intervenció s'adreça al conjunt de la ciutadania. Aquests comprenen des d'àmbits relacionats amb la garantia material de la subsistència, com el benestar econòmic; altres que es troben vinculats als sistemes universals, com l'educació o la salut; fins capacitats com l'afectivitat, la identitat o les relacions interpersonals.

Un primer resultat és entendre quins són els impactes que s'han d'assolir des dels serveis socials o el que és el mateix, en quina d'aquestes dimensions realitzen una aportació de valor i en quins la seva generació de valor és limitada o nul·la.

Proposem que l'aportació de valor dels serveis socials aniria en la línia de compensar el capital social i cultural de les famílies i compensar socialment les situacions de manca d'autonomia i desprotecció. Així mateix, aquesta actuació podria complementar-se amb la d'acompanyar a l'accés a per a garantir la subsistència de la família.

Una segon àmbit de resultats són els que concreten les dimensions del valor a crear pels serveis socials i quines són les condicions sistèmiques per a crear-lo. Per això és realitza una revisió propositiva dels impactes desitjables i una aproximació a la mesura del seu valor. Per aconseguir-ho és substantiu totes les facetes sistèmiques que influeixen a la cadena de valor. Per això s'examina el disseny de les polítiques de serveis socials, el rol del professional i es fa un especial èmfasi en un model d'intervenció social basat en l'evidència i l'avaluació de resultats.

Conclusions

L'aportació de valor als serveis socials ha de passar de la declaració d'intencions a l'aposta sistèmica per un pilar de servei públic que superi les seves contradiccions actual i aposti per una provisió de serveis basada en tangibles.

Programa “Ciutats amigues de les persones grans”

Joan Vidal i Laia Serra - *Diputació de Barcelona*

Repte / Objectius / Hipòtesi

“Ciutats amigues amb les persones grans” és un programa promogut per l'OMS com a estratègia per facilitar la participació i inclusió de les persones grans i per fer de les ciutats espais amigables que permetin a les persones participar en activitats comunitàries i rebre un tracte respectuós, independentment de la seva edat. S'emmarca en el paradigma de

l'envelliment actiu segons el qual una ciutat amigable amb les persones grans optimitza les oportunitats de salut, participació i seguretat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen.

El programa proporciona criteris i eines per a la promoció i la planificació de la participació de les persones grans en la concepció i el desenvolupament de projectes adreçats a la millora de l'entorn urbà, social i cívic, així com dels serveis municipals orientats a fer front als reptes del canvi demogràfic i a l'envelliment de la població.

Intervenció / Metodologia emprada

El projecte requereix la participació de les persones grans i dels governs locals. Per una banda, es basa en la participació de les persones grans en el diagnòstic de les condicions de la ciutat i en les fases posteriors del disseny i la implementació del pla d'acció. Així, es posa sobre la taula l'enfocament bottom-up, formulat en el Paradigma de l'Envelliment Actiu. Per altra banda, el projecte requereix el compromís del govern local, amb la participació activa de tots els departaments implicats, tant pel que fa a la planificació dels serveis municipals com per la seva funció com a promotor i impulsor de la cooperació amb organitzacions de tot tipus.

El programa s'estructura en vuit dimensions, que queden englobades en tres grans eixos d'intervenció (entorn físic, entorn social i serveis municipals) sobre els quals intervenir i articular les actuacions del projecte:

- a. Habitatge
- b. Mobilitat i transport
- c. Accessibilitat i ús dels espais públics i privats
- d. Respecte, desigualtats i condicions d'inclusió
- e. Participació social
- f. Participació cívica i treball
- g. Serveis comunitaris i de salut
- h. Comunicació i informació

La Diputació de Barcelona ofereix als ajuntaments suport tècnic per a la planificació i desenvolupament del programa a nivell local, que es concreta oferint acompanyament i assistència tècnica en tres fases diferenciades del programa:

- Elaboració de la diagnosi i del pla d'acció local
- Espais de millora contínua del projecte
- Suport en l'avaluació del projecte.

Un altre element important del programa el constitueix la Xarxa de Ciutats amigables amb les persones grans que permet, entre altres aspectes, els intercanvis entre les ciutats membres.

Sant Sebastià va ser la primera ciutat d'Espanya membre de la xarxa i Barcelona va ser la primera de les ciutats catalanes.

En l'àmbit europeu destaca el projecte AFE-INNOVNET liderat per AGE Plataforma Europea. Amb la finalitat que Europa esdevingui un entorn amigable per a les persones grans, el projecte contempla entre els seus objectius l'enfortiment de la Xarxa on es destaca el paper dels actors a nivell local i regional.

Des de l'any 2013 la Diputació de Barcelona promou la creació d'un grup de treball amb l'objectiu de posar en relació el conjunt d'ajuntaments interessats en aquest projecte.

Resultats obtinguts / Impacte

Actualment, la Xarxa Mundial de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per a ciutats i comunitats amigables amb la gent gran inclou 833 ciutats i comunitats de 41 països que cobreixen més de 229 milions de persones a tot el món. A L'Estat espanyol en formen part 167, de les quals 21 són catalanes i 19 pertanyen a la demarcació de Barcelona.

Conclusions

L'envelliment i la urbanització de la població són dues tendències globals que, juntes, constitueixen trets importants que caracteritzen el segle XXI. Sens dubte, les persones grans són un recurs per a les seves famílies, comunitats i economies en entorns de vida sustentadors i facilitadors. L'OMS considera que l'envelliment constitueix un procés que dura tota la vida i és afectat per diversos factors que, per si sols i en conjunt, afavoreixen la salut, la participació i la seguretat en la vida de les persones. Basat en aquest enfocament, el propòsit d'aquest programa és aconseguir que les ciutats de la demarcació de Barcelona es comprometin a ser més amigables amb les persones grans, per tal d'aprofitar el potencial que aquestes representen per a la humanitat.

SESSIÓ 2.3.

Recuperació i inclusió social a través de la participació en serveis a la comunitat

Incorporando los saberes de los usuarios a la formación académica en trabajo social. Evaluación de una experiencia docente innovadora

Tomasa Báñez i Mariona González - *Universitat de Barcelona*

David García - *Obertament*

Esta comunicación presenta los resultados de la evaluación de una experiencia docente innovadora que desde el curso 2013-14 incorpora a la formación académica de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona, las vivencias, experiencias y expectativas de las personas con las que trabajan los/as trabajadores/as sociales, con el objetivo de reconocer y valorar sus saberes y su capacidad de agencia y control de sus proyectos de vida. Un reconocimiento que comienza a estar presente también en diferentes experiencias de planificación y de intervención centradas en las personas, de gestión participativa de servicios sociales y en la realización de investigaciones.

En coherencia con el planteamiento de esta experiencia, su evaluación y la difusión de resultados que hacemos con esta comunicación, se ha realizado de manera colaborativa por parte de una docente, una estudiante y un activista de salud mental. La metodología utilizada ha incluido la recogida de información sobre los beneficios de su participación en la experiencia para los/as activistas y los/as estudiantes, a partir de sus reflexiones personales escritas. El análisis de esta información se ha realizado utilizando unas categorías analíticas basadas en las reflexiones y elaboradas mediante razonamiento inductivo.

El análisis de las reflexiones de los/as estudiantes pone de manifiesto que su participación en esta experiencia les ha permitido valorar las vivencias, experiencias y expectativas de las personas con las que trabajan los/as trabajadores/as sociales, como saberes complementarios a los conocimientos académicos y profesionales, así como reconocer su derecho y capacidades para desarrollar sus proyectos de vida de forma autónoma. Por su parte, las personas activistas señalan que se han sentido reconocidas y valoradas y que la participación en esta experiencia les ha permitido elaborar de forma positiva sus experiencias de discriminación y ganar poder y confianza, afrontando los efectos negativos del autoestima en la definición de su identidad personal y de sus proyectos de vida.

La meva Barcelona des dels ulls de la inclusió

Judith Sanjuan - Grup ATRA

Francesc X. Mingorance - Salut Mental Gràcia

LA MEVA BARCELONA DES DELS ULLS DE LA INCLUSIÓ és una activitat comunitària dissenyada per a persones amb trastorn mental. Consisteix en un programa de formació teòrica i pràctica en temes d'història, cultura i patrimoni de la ciutat, així com la formació i l'entrenament en habilitats de comunicació.

Compta amb un doble objectiu, per una banda, que les persones que hi participen coneguin la ciutat i la facin seva i, per altra, que en una segona fase, puguin compartir tots els aprenentatges assolits amb persones d'altres col·lectius de la ciutat (persones amb diferents tipus de discapacitat, gent gran, escoles, associacions de veïns,...).

El repte del projecte és millorar, el sentiment de pertinença, les habilitats socials i l'autoestima de persones amb trastorn mental, potenciant el seu procés d'integració social. Alhora que es treballa per combatre l'estigma associat a aquesta malaltia a través de la realització de visites guiades pels barris de Barcelona fetes per persones amb trastorn mental, prèviament formades i entrenades.

Trets característics

- Sorgeix d'una necessitat d'integració real d'aquest col·lectiu en el seu entorn comunitari.
- Preveu el treball coordinat amb:
 - centres derivadors de la xarxa de salut mental
 - centres educatius i entitats socials i culturals de la ciutat.
- Desenvolupa una pràctica innovadora i de transformació social fàcilment reproducible a altres serveis de les mateixes característiques.
- Totes les actuacions van dirigides a l'apoderament i plena inclusió social de les persones amb trastorn mental.
- Incorpora la participació de diferents col·lectius de la comunitat,
- Els/les beneficiaris/es tenen una participació activa indispensable per al desenvolupament del projecte. Aquesta participació enforteix la dimensió social i comunitària.
- L'activitat formativa incorpora sessions específiques sobre el paper de la dona en la història i creixement de la ciutat.
- És una opció de lleure adaptat.
- De manera indirecta es fomenta l'activitat física, donat que una part important de l'activitat es realitza al carrer i caminant. Tant en la fase de formació (en el disseny de l'itinerari) com en la fase de visites guiades.

Metodologia

Es realitza en dues fases:

Una **primera fase de formació**. És un procés de capacitació en la que durant 3 mesos les persones beneficiàries reben una formació teòrica i pràctica dirigida a adquirir els coneixements del patrimoni cultural i les habilitats de comunicació necessàries per transmetre'ls. Aquesta la imparteix un professor universitari especialitzat en turisme i patrimoni i guia oficial de turisme de Catalunya. El resultat final d'aquesta fase és el disseny d'un itinerari per realitzar una visita guiada pel districte dissenyat i dotat de contingut per les persones participants a l'activitat.

Una **segona fase de visites** en la que les persones ja formades, realitzen les visites guiades. Els itineraris preparats durant la fase de formació, s'ofereixen a escoles de primària i secundària, centres cívics, casals de gent gran, entitats socials, col·lectius amb risc d'exclusió social

Resultats obtinguts

En 4 edicions han participat 29 persones diferents, 11 dones i 18 homes. Els participants han dissenyat 4 itineraris culturals pel districte de Gràcia i han fet més de 30 visites guiades a persones d'altres col·lectius i entitats socials (persones amb intel·ligència límit i discapacitat intel·lectual lleu, infants de P5, gent gran, persones amb trastorn mental, persones voluntàries...

La valoració en la que coincideixen professor i participants, és molt positiva. La implicació i motivació queda reflectida per l'alta assistència a les dues fases de l'activitat. El feedback rebut del públic assistent a les visites, ha contribuït a millorar l'autoconfiança i autoestima de les participants. Els Qüestionaris de satisfacció de les visites guiades del 2018 donaven com a resultat un 4,5 de mitja (amb respostes possibles d'1 a 5) en totes les preguntes plantejades.

Conclusions

La Meva Barcelona és una activitat que de forma molt lúdica i amena aconsegueix assolir resultats més enllà dels immediats de millora dels coneixements i de les habilitats socials. Afavoreix la millora del sentit de pertinença, l'autoconfiança i l'autoestima alhora que actua com a eina preventiva de l'aïllament social. La formació ha incidit també en la capacitat de relació, afavorint així la socialització, la inclusió i l'ajuda. Contribueix a trencar l'estigma al posar a persones amb trastorn mental com a protagonistes d'una activitat cultural normalitzada.

Ments Despertes

Bibiana Barnadas, Silvia Garcia i Marta Viaplana - *Fundació Via Activa*

Carme Armengol - *Fundació Viaclara*

Félix Soria - *Fundació Som Via*

Reptes i objectius

El Pla de Salut Mental de Barcelona 2016-2022 publicat per l'Ajuntament de Barcelona, promou un model d'atenció a la salut mental, de base comunitària i intersectorial, que vol integrar des de la prevenció i la promoció de la salut mental fins al tractament, la rehabilitació i la inserció social de les persones amb trastorn mental.

Seguint, doncs, les línies del Pla director de Salut mental i addiccions, calen programes per:

- Promocionar la salut mental i lluitar contra l'estigmatització
- Fomentar la reflexió sobre els hàbits de salut i comportaments dels joves i normalitzar la malaltia
- Apoderar als afectats per la malaltia mental i fomentar la seva participació comunitària

L'any 2011 va néixer el Programa MENTS DESPERTES amb ànim de donar resposta a aquests reptes actuals. Es tracta d'un programa formatiu conduït per persones afectades per malaltia mental, i adreçat a alumnes dels centres d'ESO, Batxillerat, Formació Professional i educació d'adults en general a la província de Barcelona.

S'emmarca en tres eixos principals, definits pels següents objectius:

- Normalització de la malaltia mental
- Promoció de la salut: creació d'espais de reflexió sobre la incidència de les drogues i el bullying en la salut mental
- Participació comunitària

Metodologia

El Programa té una metodologia pròpia que és la HISTÒRIA DE VIDA que serveix d'ajuda a la dignitat i la confiança, al rescat de la memòria vital de les persones amb una malaltia mental que fa esdevinguin protagonistes en un context en què normalment solen estar exclosos, el context educatiu. Es desplaça la idea del malalt mental com a objecte passiu, receptor, per apoderar-lo i convertir-lo en protagonista amb veu. A través de les ponències es porta a terme una ruptura amb l'estigma imperant pel que fa als diagnòstics en salut mental, les persones amb un diagnòstic i la seva realitat.

El Programa consta de diferents accions:

1. **Xerrades als centres educatius** per persones voluntàries afectades per malaltia mental. Des dels inicis, s'han realitzat un total de 104 accions formatives de les que s'han beneficiat 3.314 alumnes. Un mitja de 9 persones afectades per la malaltia participen en cada edició.

2. **La visita organitzada a la institució residencial de salut mental** per tal de fomentar un espai de trobada amb els alumnes.

3. **Concurs de curtmétratges** obert a totes les escoles de Barcelona, amb la finalitat de fomentar la creativitat de l'alumne, fer un treball de sensibilització social a l'entorn de la salut i la malaltia mental, eradicar estigmes i etiquetes i afavorir la solidaritat. La segona edició es realitzarà el 25 de maig de 2019. S'espera una participació de 1.000 alumnes. Assistència esperada a l'acte d'entrega de premis: 320 persones.

4. **Treball comunitari.** Constant creació d'aliances i col·laboracions perquè la veu dels afectats arribi a tota la societat, com ho demostren les actuals aliances amb: Fundació Probitas, Departament d'Ensenyament de la Generalitat, Col·legi professional de Psicòlegs de Catalunya i Germanes Hospitalàries, entre d'altres.

Impacte

A la seva 7^a edició podem evidenciar els següents resultats, associats als objectius del

Programa:

- El 97% dels alumnes afirma que la ponència serveix per lluitar contra l'estigma.
- El 89% dels professors valoren la ponència com a excel·lent per a la normalització de la malaltia mental, i el 100% valora que a través de la participació en el programa normalitzem i afavorim la participació comunitària de les persones amb problemes de salut mental.
- El 87% dels ponents se senten sempre apoderats i que sempre realitzen una tasca antiestigma.

Conclusions

L'aspecte més rellevant i innovador del Programa és que les ponències a centres educatius són portades a terme per les persones afectades per malaltia mental, que en un acte d'extrema generositat, parlen en primera persona de la seva experiència de vida. Ments Despertes planteja un nou enfoc del "recovery" en l'àmbit de la salut mental, doncs suposa una aposta decidida per posar a les persones amb malaltia mental com les veritables protagonistes, apoderant-les i creant oportunitats de ser generadores de canvi.

Músics grans i joves promeses

Marta Puig, Pau Gimeno i Tania Casas - Parc Sanitari Sant Joan de Déu

El Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC) de Cornellà, del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, acompanya a les persones amb problemes de salut mental en la seva recuperació a través d'activitats a la comunitat, ajudant-los a reduir la seva pròpia percepció de l'estigma social i afavorint el procés d'apoderament.

Les persones ateses en el SRC estan acostumades a ser receptores d'atencions i ajudes. Però en poques ocasions tenen la possibilitat de poder donar i oferir ajuda a l'altre.

Una de les activitats que ja fa uns anys que es fa és la musicoteràpia. En els seus inicis era una activitat interna, però els seus participants tenien clar que volien compartir l'experiència de la música amb altres persones. La iniciativa de fer un projecte amb escoles bressol del municipi de Cornellà de Llobregat, va sorgir dels propis usuaris com una manera de participar més activament amb la comunitat.

Objectius

1. Tenir l'experiència de ser portadors d'emocions positives pels nens.
2. Connectar amb els seus propis recursos i capacitats
3. Reduir l'estigma social i l'autopercepció de l'estigma
4. Participar en un projecte comunitari de forma activa

Mètode

El grup ha participat en 4 escoles bressol de diferents barris del municipi de Cornellà de Llobregat.

Els usuaris conjuntament amb el musicoterapeuta i l'equip del servei elaboren sessions de música pensades per a nens/es de 2 i 3 anys d'edat, que assisteixen a les escoles bressol. La tasca que realitzen els usuaris comença en l'elaboració d'un guió per les sessions, la recerca de les cançons més adequades, la creació del material que recolza visualment la música, recerca i assajos de les danses, fins la presentació final amb els infants.

Les sessions consisteixen en cançons teatralitzades, acompanyades d'instruments i danses infantils que pretenen transportar als nens i adults al màgic món de la fantasia.

En les reunions de valoració posteriors de les actuacions, l'equip d'intervenció compost per els mestres de les escoles, els usuaris, els professionals del servei i el musicoterapeuta, fan una valoració posant èmfasi en les accions de millora per altres intervencions similars. Participants tots en igualtat de condicions.

Resultats/Impacte

La valoració de les persones que han creat aquestes sessions ha estat molt positiva. Tots coincideixen en què l'experiència els ha col·locat en una altre lloc, es a dir, en el lloc de les persones que poden aportar valor, aportar satisfacció i han pogut sentir que son capaços de assumir rols significatius a la seva vida, ampliant horitzons i viure experiències que els puguin donar esperança. Objectius que coincideixen en els que el model de recuperació proposa per les persones amb problemes de salut mental. Reporten que els ha ajudat a millorar el seu estat d'ànim, a sentir que poden aportar emocions positives als altres i a sentir que poden actuar com a ciutadans de ple dret.

Viure aquesta experiència els ha connectat amb la seva infància, quan la malaltia mental no havia aflorat, ajudant-los a connectar amb la seves parts més sanes.

Conclusió

El projecte de portar la música a les escoles bressol, ha permès als usuaris tenir experiències vitals noves i úniques, que han enfortit la confiança amb les seves pròpies capacitats. La seva valoració ha estat positiva i en les seves expressions referien a la capacitat de tenir cura per sobre de la necessitat de ser atès. Aquest escenari ha despertat reflexions a tots els implicats: musicoterapeutes, professionals del servei de rehabilitació implicades, personal i equips de les escoles bressol i usuaris. Aquest nou espai de relació ha obert les portes a una actuació musical que debilita l'estigma que massa sovint acompanya al col·lectiu. Aquesta experiència proporciona un escenari per reflexionar i valorar noves formes d'intervenció basades en l'expressivitat, i que poden donar noves visions a les accions orientades per la recuperació de les persones amb problemes de salut mental.

Programa d'agents de suport entre iguals a la Catalunya Central

Gemma Prat - Fundació Althaia

Ruben del Río - Osonament - Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic

Salvador Simó - Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

Adaptar la tècnica peer-to-peer (suport pels iguals), com a tècnica basada en l'evidència. Aquesta tècnica consisteix a proporcionar formació i acreditació a persones afectades d'un problema de salut mental, per a tal que puguin exercir com a coterapetues en els equips de salut mental que treballin amb el model de recuperació. Per a tal, s'adaptaran les formacions que realitza el Program for Recovery and Community Health (PRCH) de la Yale University i, s'aplicaran en el nostre entorn. Així, s'han format a 14 persones afectades d'un problema de salut mental, les quals seran acreditades i aquelles que siguin seleccionades s'incorporaran, als equips de salut mental dels dispositius de la Catalunya Central

(Osonament i undació Althaia) com a coterapetues. El projecte també valorarà l'impacte que suposa aquesta estratègia, tant en les persones ateses, com en les persones que actuen com a coterapeutes i en els professionals. La intervenció es reforçarà amb la tècnica del career design counselling, desenvolupant un procés de coaching laboral i creant itineraris d'inclusió laboral individualitzats.

El projecte pretén posar les bases de la creació de la Universitat del Recovery, la qual proporcionarà el reconeixement acreditatiu perquè persones amb problemes de salut mental puguin exercir com a coterapeutes, obrint d'aquesta manera un nou mercat laboral per a la inserció d'un col·lectiu que mostra taxes elevades d'atur i que es considera com d'exclusió social. La University of Recovery, que estarà situada al centre d'Estudis Sanitaris i Socials de la UVic-UCC, farà una tasca constant de recerca de bones praxis internacionals en aquest àmbit, i de conscienciació i assessorament dels equips assistencials per obrir noves places laborals.

En el moment actual s'ha finalitzat la fase de formació dels agents i s'està en procés de selecció de les persones candidates a ser incorporades als equips de treball.

SESSIÓ 2.4.

Acompanyament i suport en l'entorn comunitari

El dret a la vida independent i a viure en comunitat de les persones amb discapacitat: impacte i autogestió de l'assistència personal

Maria José Moya - Fundació ECOM

Aquesta comunicació és fruit de la fusió de les dues comunicacions següents:

L'assistència personal com a garantia del dret a la vida independent i a viure en comunitat

L'experiència que presentem dona continuïtat a la feina engegada per ECOM de la mà del Departament de Treball, Afers Socials i Família al 2007, des del paradigma de vida independent i autonomia personal, per fomentar models de servei que parteixen d'una visió integral de la persona amb discapacitat i facilitar els suports per que la persona pugui trobar per ella mateixa respostes a les seves necessitats.

Seguint aquesta línia, s'ha consolidat el servei d'Assistència Personal i sobretot un grup actiu de persones amb discapacitat que estan esdevenint agents protagonistes dels processos de

millorar la qualitat de vida d'altres persones amb discapacitat i de generadors de projectes de promoció de la vida independent dins la comunitat.

Aquest servei està en consonància amb la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de la ONU i s'alinea amb les polítiques actuals Europees que posen el 2020 com a data per aconseguir una veritable desinstitucionalització de les persones i un potenciament dels entorns comunitaris, com a polítiques d'abaratiment de costos i de millora de la qualitat de vida de les persones en situació de dependència.

Els objectius principals del servei són:

- Facilitar l'autodeterminació i la presa de decisions de les persones amb discapacitat.
- Proporcionar a les persones el suport personal necessari per dur a terme el seu projecte de vida independent.
- Augmentar el nivell de satisfacció de les persones respecte l'assoliment d'una vida autònoma.
- Reduir la sobrecàrrega o estrès que es produeix entre la persona amb discapacitat i el seu entorn familiar i/o d'ajuda.
- Esdevenir un mitja per la no institucionalització de les persones.

La metodologia utilitzada està en la base de la filosofia de vida independent; Qui decideix tots els aspectes del servei, es la pròpia persona, que serà la gestora d'aquest. Aqueta serà la diferencia fonamental amb altres serveis, ja que la persona es la que estructura el seu servei de forma personalitzada, decideix qui, com, quan i de quina manera es farà el suport. Es un servei que s'ofereix els 365 dies de l'any.

Les accions de l'Assistent Personal estaran marcades per les activitats pròpies de la persona i aniran dirigides a cobrir les necessitats en qualsevol dels àmbits de vida: educatiu, laboral, de participació ciutadana, de lleure, etcètera. En aquest sentit les accions del/la Assistent personal seran totes aquells que formin part del projecte de vida de la persona.

A part del servei s'estableixen suports per acompanyar a la persona en la definició del seu projecte de vida independent, en l'evolució del procés d'autodeterminació, en la mediació en cas de conflicte, en la gestió i en tots els aspectes laborals relacionats amb la contractació, que es fa a través de l'entitat. Tot això a través de suport tècnic i de persones amb discapacitat amb experiència en assistència personal i vida independent. També es fan servir els grups de suport (grup d'iguals) com una metodologia necessària per tal de fer els aprenentatges naturals en relació al procés d'autonomia i autodeterminació de la persona.

Els resultats obtinguts demostren que actualment la Assistència Personal es el servei que millor garanteix el dret de les persones amb discapacitat per poder dur a terme el seu projecte de vida i viure en comunitat. Permet que la persona sigui autora del seu projecte sense sentiments d'inferioritat ni ésser una càrrega pel seu entorn social, aconseguint així, un

millor benestar emocional, permetent-li un desenvolupament personal en autodeterminació, responsabilitat i autogovern.

Implica, llibertat, independència i capacitat d'improvisació per part de les persones amb discapacitat, canvi de rol de les persones amb discapacitat que assumeix la responsabilitat de la seva pròpia vida i no esdevé beneficiari/a de decisions que prenen altres persones o serveis. Per últim, implica un canvi de rol del professional com a facilitador del projecte de vida de "l'altre".

És la millor fórmula trobada fins el moment de donar suport per a la ciutadania activa i la participació en la comunitat de la persona amb discapacitat evitant la institucionalització i la cessió de drets, responsabilitats i decisions en persones o entitats alienes.

Estudi de l'Impacte del servei d'Assistència personal. Situació actual i perspectives de futur.

L'Estudi té per objectiu avaluar el servei d'assistent personal (SAP) i trobar evidència sobre l'impacte del servei en la vida de les persones usuàries a fi que sigui d'utilitat tant per l'administració com per les entitats del sector per avançar en el seu desplegament a Catalunya.

La pregunta central és: **El servei d'assistent personal millora la qualitat de vida de les persones usuàries?**

D'acord amb el marc conceptual i els objectius del propi SAP la qualitat de vida s'ha analitzat a partir de 4 dimensions: Vida independent, autodeterminació, satisfacció amb un mateix i càrrega i estrès familiar.

Per mesurar l'impacte s'han desplegat un seguit de tècniques qualitatives i quantitatives, amb dos talls temporals, i amb comparació de grup de persones usuàries d'assistència personal i grup de persones no usuàries que presenten característiques similars.

Els instruments utilitzats han estat:

- 1 Focus Group: 9 participants escollits entre 39 persones usuàries del servei.
- 11 Entrevistes personalitzades semi-estructurades amb usuaris/es
- Anàlisi documental
- Revisió de bibliografia
- Escala GENCAT de Qualitat de vida
- Sub-escala d'integració social (CIQ)

- Aplicació de estadístic t-student o t-test contrastant: resultats d'usuaris/es d'A'P en el moment actual vs. Usuaris/es AP al inici del programa (setembre del 2007) i resultats d'usuaris/es d'AP al moment actual vs. Grup control de usuaris/es sense AP en el moment actual

D'acord amb els resultats qualitius i quantitius presentats podem afirmar que, el SAP té un impacte positiu en la qualitat de vida de les persones usuàries.

Respecte a l'impacte del Servei en la dimensió temporal existeixen diferències positives. Les persones usuàries han millorat opinions/percepcions/hàbits relacionats amb la qualitat de vida entre l'inici del servei i l'actualitat.

Respecte a test t-Student els resultats mostren significació en tots els àmbits. Es a dir, existeix entre ambdós grups una diferència estadísticament significativa, que d'acord amb la hipòtesi plantejada seria l'exposició al programa durant 10 anys.

El test t-Student per al Control vs. Usuaris/es demostra que existeix una diferència significativa en dos dels àmbits (Vida Independent i Autodeterminació). D'acord amb la nostra hipòtesi aquesta diferència seria la participació en el servei d'Assistent Personal.

També la comparativa entre les respostes dels/les usuaris/es i no usuaris/es del servei de la Sub-escala d'integració social (CIQ) demostra un impacte positiu. Tant a nivell global com en tots els ítems els/les usuaris/es mostren una millor inclusió social.

Respecte a les opinions i percepcions la valoració directa és altament positiva en termes de percepció de qualitat de vida així com el de la família. Aquesta percepció es confirma amb l'anàlisi quantitativa aplicada mostrant significació estadística al canvi produït en la qualitat de vida.

En l'àmbit qualitatiu podem destacar els següents aspectes per a cadascuna de les dimensions avaluades:

Vida Independent: Aspectes bàsics de la vida diària, superació de barreres físiques i culturals, capacitat d'adaptació a les dificultats que es presenten. Millora la participació e inclusió a la vida comunitària, potencial de vida en parella o decisió sobre el lloc on viure.

Autodeterminació: Capacitat per a la planificació personal: fites, objectius i interessos personals. Capacitat per escollir com passar el temps lliure. Autonomia i desenvolupament personal: defensar idees i opinions personals. Major autonomia per la administració econòmica personal.

Satisfacció: Perceben impacte en la satisfacció amb la vida actual i estat general de ànim: es reconeix un abans i un després.

Millora l'autoestima. Seguretat en la vida per comprometre's o planificar la vida quotidiana. Potencia la superació personal. Permet exercir el dret de desenvolupar la seva vida. Hi ha

usuaris/es que veuen en el servei la possibilitat de donar treball a una persona i ajudar als altres.

Càrrega i estrès familiar: Suposa en tots els casos una evident disminució de la càrrega familiar i millora en la relació familiar. Recuperació dels rol tradicional. Seguretat i confiança en el benestar de la persona usuària.

Com a conclusió podem dir que els resultats de l'impacte evidencien que l'Assistència personal es un servei que garanteix els drets de les persones amb discapacitat i la seva qualitat de vida. La persona esdevé autora del seu projecte vital, aconseguint així un millor benestar emocional, autodeterminació i autoestima sense el sentiment de esdevenir una carrega pel seu entorn proper.

Evolució del programa Actua: Actua Jove i Actua Dona

Marie-Anne Aimée - *Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya*

Yolanda Guasch i Maite Tudela - *Grup ATRA*

Objectiu

L'ACTUA, és un programa COMUNITARI i INTEGRADOR, d'atenció centrada en la persona, que dóna suport, tant a la pròpia llar com a l'entorn comunitari, a persones amb problemàtica derivada del trastorn mental amb dificultats per realitzar les activitats de la vida diària i ser autònomes. És innovador ja que incorpora la participació de persones – amb i sense trastorn mental - en el marc d'un voluntariat inclusiu.

Té com a objectiu fomentar l'autonomia personal, la qualitat de vida i l'apoderament de les persones amb TM sent part activa en el seu procés de rehabilitació i facilitant la seva inserció comunitària. Contribueix a trencar l'estigma que les incapacita i fa més vulnerables davant la societat. Fomenta la cooperació, el suport i ajuda mútua entre persones del mateix col·lectiu, amb similars dificultats i experiències.

L'ACTUA neix l'any 2014 per donar resposta a les necessitats detectades en aquest col·lectiu, per professionals de serveis de salut mental de l'entitat. Fruit de les intervencions realitzades des del mateix es veu la conveniència de donar una resposta adaptada a les necessitats específiques de dos grups de població que són els i les joves i les dones. Això dona lloc a L'ACTUA JOVE i L'ACTUA DONA.

Especificitats de l'ACTUA JOVE:

Els joves amb TM son vulnerables, es troben en situació de risc i en una fase del desenvolupament molt important. És l'edat en que s'adquireixen les habilitats de socialització, s'inicia el procés d'autonomia i emancipació, s'estableixen les primeres relacions de parella, el sentit de pertinença al grup pren força, es prenen les primeres decisions respecte al present i al futur i s'enfronten sols a les situacions de la vida, algunes d'elles situacions de risc. Aquest procés sovint queda trencat quan es diagnostica una malaltia mental. La intervenció del voluntariat com a grup d'iguals facilita moltíssim la vinculació i l'èxit del programa.

Especificitats de l'ACTUA DONA:

En el cas de les dones hem constatat la presència de situacions de vulneració dels drets i violències que reben per la doble discriminació que pateixen (pel fet de ser dones i patir un trastorn de salut mental). És necessari realitzar accions que millorin la seva autonomia i apoderament fomentant l'adquisició d'estratègies per a iniciar un procés de presa de consciència que promogui la presa de decisions i el control sobre la pròpia vida.

Intervenció

- Selecció, formació i seguiment del voluntariat.
- Tutories i seguiment individual dels beneficiaris/es.
- Atenció en el propi domicili i l'entorn comunitari.
- Treball individual amb les famílies.
- Acompanyaments comunitaris.
- Coordinacions amb els/les professionals de les xarxes de salut mental, serveis socials i recursos socio sanitaris.
- Reunions mensuals amb el grup de beneficiaris/es directes. Grups d'ajuda mútua.
- Grup de whats app pels beneficiaris/es del programa.

Resultats/Impacte esperat

- Millora en els resultats obtinguts en l'escala Bels de AVD'S.
- Increment del nombre de persones vinculades a serveis i activitats d'oci, formació i ocupació.
- Increment del nombre de dones vinculades a serveis d'oci, ocupació i formació.
- Millor adherència al tractament mèdic i farmacològic.
- Detecció de símptomes d'agreujament del TM amb disminució d'ingressos psiquiàtrics.
- Alta assistència a les tutories individuals.
- Alt compromís del voluntariat. Un 50% tenen diagnòstics de TM.
- Alta participació de les famílies en el procés de rehabilitació del familiar.

Destaquem que les persones milloren la seva autonomia, qualitat de vida i integració social. L'increment de l'autoconeixement es facilita que prenguin consciència de les seves responsabilitats i les capacita per poder prendre decisions en la seva vida.

La participació activa de les famílies facilita la construcció i recuperació de les relacions que pel propi impacte de la malaltia s'han deteriorat o perdut.

La participació de persones amb trastorn mental en un voluntariat inclusiu fa que es sentin part de la societat i útils amb la tasca realitzada. Facilita el coneixement mutu, l'aprenentatge continu i contribueix a trencar l'estigma vers les persones amb TM.

Conclusions

Les característiques de la metodologia d'intervenció del programa ACTUA: flexibilitat, capacitat d'adaptació a les necessitats de cada cas, participació de voluntariat inclusiu que incorpora les experiències vitals com a eina d'ajuda i identificació, permeten dissenyar itineraris adaptats per a necessitats específiques de grups de població que permeten incrementar altament l'eficàcia del mateix.

La Saleta: treballant per la inclusió a l'escola bressol

Laia Martínez, Aina Llotje, Anna Milá i Laia Martínez - Delta Cooperativa

Repte

La Saleta és un projecte d'aula d'atenció específica per criatures amb pluridiscapacitat emmarcat dins l'escola bressol municipal, gestionat per la cooperativa Delta.

Els usuaris a qui va adreçat són d'infants de 0 a 4 anys, amb un trastorn greu i irreversible. Les seves dificultats afecten totes les àrees del seu desenvolupament, inclosa també la fragilitat de la salut que sovint requereix de suports terapèutics específics. Des d'aquest espai es pretén millorar la qualitat de vida d'aquests infants i les seves famílies, crear un espai terapèutic-educatiu dins un entorn normalitzat i garantir l'accessibilitat a un recurs de proximitat.

La Saleta es genera arrel de la detecció d'un buit assistencial de serveis que ofereixen una atenció per aquesta població en la franja de 0 a 3 anys, i amb la inquietud de posar en pràctica un projecte inclusiu.

El Servei està dissenyat per donar cobertura en l'horari de 9 a 17. En l'actualitat podem oferir 5 dies de la setmana de 9 a 12:30. El grup es compona per 7 infants. La Saleta ofereix

una resposta adaptada, dissenyant la freqüència i intensitat de l'atenció, per a cada situació familiar.

Metodologia

La Saleta es dota d'una metodologia en la que centrem tots els recursos a l'infant i la seva família. Cercant el seu benestar, autonomia i donant peu a l'inici de la seva socialització, com es faria amb qualsevol criatura, per aconseguir-ho ens caldrà ajustar l'entorn a les seves necessitats.

Podem descriure-la a través de:

1. Abordatge Transdisciplinar

Es genera un equip on els professionals implicats superen els límits de la pròpia disciplina oferint una resposta global. Els perfils professionals que configuren l'equip són: Logopeda, Fisioterapeuta, Psicòloga, Treballadora Social i Terapeuta Familiar. També generant interacció constant i sinergies entre els equips de la Saleta i el de l'escola bressol. On es dona la coconstrucció tant de la visió d'infant com a infant capaç, i del disseny de l'espai com a generador de descobertes, d'aprenentatges, d'autonomia, i d'una forma d'estar al món.

2. Vida quotidiana (alimentació, descans, higiene, exploració del món)

La manera com tenim cura de les criatures esdevé per a elles una de les primeres fonts d'informació, del món que les rodeja però també d'elles mateixes. Com donem resposta a les necessitats bàsiques de cura i també de vincle i benestar, com posem paraules i dotem de sentit el dia a dia poden esdevenir la base de la configuració de la identitat.

3. Atenció a la Família

Aquest és un dels eixos claus del projecte, les famílies han d'afrontar un nivell d'incertesa alt, alhora que han de fer front a aprenentatges per acompanyar al desenvolupament dels seus fills. S'ha dotat amb el suport específic de:

- Les professionals que ofereixen un espai d'intercanvi diari i entrevistes individuals periòdiques amb els pares.
- La terapeuta familiar que ofereix una consultoria familiar individual, en cas que sigui necessari i/o l'acompanyament des d'un grup de pares de suport emocional.
- Assessorament de la treballadora social.

4. Treball en xarxa

La gran quantitat de serveis que intervenen per acompanyar a aquestes famílies demana que donem un espai important al treball en xarxa, per poder construir un marc comú de treball.

Resultats/Impacte

1. El disseny tècnic a permès a aquestes criatures a gaudir del dret a la igualtat i a l'educació.
2. Les famílies que venen al servei troben un espai on compartir i de socialització com qualsevol altre família.
3. Pels infants resulta un espai on creixen i es desenvolupen des de la seva particularitat. S'estableixen vincles de confiança i es donen situacions d'interacció i comunicació.
4. Donar espai a la diversitat genera un impacte cap a les criatures i les famílies que habiten l'escola a qui oferim una perspectiva més global del que es la vida i del que som les persones.

Conclusions

1. Desenvolupar la Saleta dins del marc del projecte educatiu de la Casa dels Infants ens aporta una manera de fer i una qualitat pedagògica de la que ens nodrim.
2. Trobar la forma de finançament i aconseguir la continuïtat i estabilitat del projecte .
3. Influir en el progrés social que contempli la replicació del projecte per tal de poder donar cobertura a tot el territori català.

Programa d'acompanyament comunitari a la vida independent

Núria Subirà i Cristina Páez - *Fundació Privada Salut Mental Catalunya*

Objectius

El Programa d'Acompanyament Comunitària a la Vida Independentment sorgeix de la necessitat que expressen moltes famílies i persones afectades per un trastorn mental de tenir un recolzament professional que els ajudi a millorar la seva qualitat de vida ja sigui a la llar com en l'espai comunitari en el que viuen.

L'objectiu general d'aquest projecte és acompanyar processos de canvi i millora. Per tant, acompanyarem a la persona, durant el període de temps necessari, a millorar aspectes de la seva autonomia personal i de la seva qualitat de vida, tant a la llar com a la comunitat.

Aquest programa treballa al domicili de les persones però intervé a la seva llar, en el nucli de les seves relacions individuals i familiars. I és en aquestes relacions a on, de vegades, l'evolució del trastorn mental sever, genera, o, unes disfuncions relacionals que no deixen

créixer ni avançar, o, una desesperança crònica en la que la família queda enquistada i des de la qual no veuen ni creuen que la persona pugui millorar i viure de forma més independent. Totes elles són reaccions pròpies dels sentiments de cansament i desmotivació que envolten la vida dels propis afectats i de les seves famílies.

I és amb aquests amb els que treballem des del programa, amb l'objectiu d'anar-los convertint en sentiments d'esperança i de possibilitats de canvi cap a estils de vida més independents. Estils de vida més coherents als desitjos de les persones ateses i a les seves motivacions per viure en una casa amb millors condicions físiques i gaudir d'unes relacions socials que els aportin més satisfacció i benestar personal, familiar i social.

Intervenció

El diagnòstic de trastorn mental provoca en la persona que el pateix i a la seva família un impacte emocional difícil d'elaborar que origina un trencament important en el projecte de futur de la persona que el pateix.

Aquest projecte intervé a nivell preventiu, psico-educatiu i assistencial amb les persones amb trastorn mental sever i les seves famílies. Intervé amb professionals especialitzats en el treball amb persones que pateixen un trastorn mental sever.

És un projecte flexible, polivalent i integral que treballa a l'entorn comunitari i habitual de la persona permetent que aquesta es mantingui en el seu domicili el més llarg temps possible.

El Projecte Per una Vida Independent determina segons els objectius a treballar 2 tipus de programes ofertats:

- Atenció al Domicili per tal de millorar les capacitats personals per a realitzar amb més autonomia les activitats bàsiques de la vida diària .
- Acompanyament socio - comunitari per tal de millorar les capacitats personals i conèixer els recursos comunitaris que el poden ajudar així com optimitzar la utilització dels que ja coneix.

Es treballa cap a la responsabilització de la persona i de la seva família , potenciant la seva autonomia, i també la d'aquesta. I ho fem a partir de les capacitats, responsabilitzant-lo del seu projecte de vida i prenent consciència de les seves limitacions i recursos personals.

Resultats

El projecte ha permès acompanyar un grup de persones amb trastorn mental sever en el seu domicili i en el seu entorn comunitari per a millorar la seva autonomia personal i qualitat de vida.

L'acompanyament ha permès que vagin adquirint autonomia i facilitar la seva integració social.

Amb una atenció personalitzada hem resolt les seves necessitats en diferents àmbits:

- Evitar l'aïllament al seu domicili.
- Vincular-se a recursos socials i / o noves relacions humanes.
- Treballar aspectes d'higiene personal, nutrició, etc.
- Manteniment de la llar.
- Gestió de qüestions administratives.

Conclusions

Aquest és un programa altament valorat per part de les persones que han rebut el seu servei així com per part dels professionals de la xarxa de salut mental pels següents motius:

- Flexibilitat en dissenyar els objectius d'intervenció.
- Rapidesa en l'accés al programa.
- Plasticitat en la vinculació amb les persones.
- Especialització en el tracte amb les persones amb trastorn mental.
- Riquesa en el disseny de propostes diferents segons les necessitats de la persona.
- Amplia visió de l'àmbit familiar.
- Treball en xarxa amb els equips derivadors.
- Alt nivell de coordinació i seguiment.

Tots aquests aspectes fan que sigui aquest un programa que estar sent utilitzat de forma intensiva per alguns derivadors.

Programa de foment d'hàbits de vida saludables en persones amb trastorn del desenvolupament intel·lectual i/o trastorns de la salut mental

Joan Roa, Èlia López i Laura Dueñas - *Fundació Viver de Bell-lloc*

Imma Carbonell i Laura Dueñas - *Fundació Lluïsa Oller*

Repte

La millora de la qualitat de vida i de la salut constitueixen els principals objectius de les intervencions psicosocials destinades a la població amb trastorn del desenvolupament intel·lectual (TDI) i/o trastorns de la salut mental (TSM). Aquests objectius, alhora, contribueixen a millorar l'autonomia i l'adaptació d'aquestes a la societat. La població amb TDI i/o TSM presenta algunes dificultats relatives als hàbits de vida saludables: dificultats en l'accés a la pràctica esportiva, efectes secundaris de tractaments farmacològics que

provoquen anhedònia i abúlia, sobrepès, major incidència d'enfermetats físiques, major consum de tabac i alcohol, dificultats per a establir rutines diàries i hàbits nutricionals deficientes. Totes aquestes dificultats i altres contribueixen a que les persones amb TDI i TSM presentin, respecte a la població general, més dificultats per establir hàbits de vida saludables. Les intervencions limitades sols a una esfera (per exemple: sols educació nutricional) presenten dificultats per provocar canvis, i, sobretot, canvis que es puguin mantenir en el temps.

Intervenció

Plantejem una intervenció preventiva, multidisciplinària (nutrició, activitat física, psicologia...) basada en el model tridimensional de canvi de Prochaska i DiClemente i amb l'ajuda d'estratègies emocionals i motivacionals. A més, la intervenció va dirigida també als familiars i/o cuidadors informals de les persones ateses oferint un espai de suport i respir mitjançant activitats com el mindfulness. D'altra banda, els participants participaran en un subprojecte coeducatiu on compartiran amb la comunitat, convertint-se així en actors principals, coneixements i pràctiques sobre hàbits de vida saludables utilitzant el learning-by-teaching com a eina per reforçar l'aprenentatge i la generalització de les estratègies apreses.

Impacte

A nivell quantitatiu els resultats que esperem obtenir són la millora de qualitat de vida i de la salut física i mental de les persones participants així com dels seus familiars. En els cuidadors hipotetitzem una reducció de la sobrecàrrega percebuda. A nivell qualitatiu esperem poder empoderar a les persones a tenir un major control sobre la seva salut i que la comunitat reconegui a les persones participants com un agent actiu en la promoció de la salut.

Conclusions

Creiem que un programa d'aquestes característiques ha de ser integral, de caràcter preventiu i que ha d'incloure l'esport com a eina bàsica per al desenvolupament d'un estil de vida saludable. Considerem fonamental incloure l'entorn de les persones, considerar el moment de canvi de la persona i l'empoderament en la comunitat com a tres estratègies claus per a aconseguir canvis efectius i eficients que millorin les condicions de vida de les persones amb TDI i/o TSM. Actualment ens trobem en fase de recerca de financiació suficient per poder executar el programa.

KMK - Ke M'expliKes

Alba López - *Fundació Salut i Comunitat (FSC)*

Associació per a la rehabilitació de les persones amb Malaltia Mental (AREP)

El servei KMK neix de la col·laboració de dues entitats, per una banda de l'Associació per a la rehabilitació de les persones amb Malaltia Mental, i de la Fundació Salut i Comunitat.

Aquest projecte neix de la detecció de la manca de serveis psicosocials de continuïtat dirigits a joves que presenten un diagnòstic de patologia dual, i que compta amb la col·laboració de l'Ajuntament de Barcelona. És a partir de les demandes i les inquietuds, que les famílies ens fan arribar, que ens plantejem la creació d'un espai d'atenció, orientació i acompanyament a aquests/es joves i als seus familiars, que s'adapti a les seves necessitats. Considerem que s'ha de dur a terme una actuació integral, comunitària, i que articuli la xarxa d'atenció social i sanitària, així com permeti establir sinergies amb els espais educatius i treballar directament en el territori.

Respecte als objectius del servei, es pretén fomentar el manteniment i consolidació de l'abstinència en el consum de drogues de les persones ateses, així com afavorir l'estabilitat i acceptació del diagnòstic de salut mental i adherència al tractament farmacològic, promovent itineraris per la inserció sociolaboral, des d'una vessant comunitària, implicant als/les joves en els diversos dispositius del territori. Es pretén estructurar una xarxa que faciliti l'acompanyament dels/les joves, a partir del seguiment d'un equip de professionals que actuen d'enllaç amb els diferents serveis comunitaris de la xarxa d'atenció social i sanitària, millorant així, la qualitat de vida dels/les joves i de les seves famílies, facilitant la integració en el món educatiu, laboral i social, i evitant l'exclusió i situació de vulnerabilitat.

Intervenció/Metodologia emprada

És un servei que s'articula des de dues dimensions: la dimensió de la Intervenció (grup i individual, amb itineraris individualitzats) i la dimensió de la participació comunitària (que persegueix la contribució activa i la implicació del conjunt de la comunitat). Per tal de treballar aquestes dimensions, s'han establert quatre àrees bàsiques d'intervenció: l'àrea psicoterapèutica, socioeducativa, ocupacional i formativa i de promoció de l'autonomia.

Oferim modalitats d'intervenció personalitzades, duent a terme un abordatge integral en un context grupal que permet la circulació social i laboral de les persones ateses des d'un nucli urbà i un escenari integrador.

Resultats obtinguts/Impacte

Actualment hi ha 20 joves vinculats al programa KMK i 7 famílies vinculades al Grup de Suport a Famílies. En relació als resultats obtinguts s'ha observat una millora en el

benestar de les persones ateses, promovent la vinculació a activitats formatives i d'inserció comunitària; s'ha aconseguit afavorir un treball coordinat i articulat entre els diferents recursos comunitaris, afavorint la generació de resposta a les necessitats de les persones ateses; s'observa una major sensibilització i conscienciació sobre necessitats específiques dels/les joves amb patologia dual, en el marc escolar; així com s'ha potenciat la participació ciutadana per tal de sensibilitzar i consciència en relació a l'estigma present relacionat amb col·lectius de persones amb un diagnòstic de salut mental, duent a terme diferents accions de sensibilització en dispositius del territori; generant una disminució de l'aïllament individual i col·lectiu a partir de la creació d'espais d'intercanvi que faciliten la trobada entre els/les ciutadans/nes.

Conclusions

Tenir l'oportunitat de presentar el projecte al II Congrés de l'Acció Social ens permet compartir coneixement en un espai d'expertesa i d'intercanvi d'experiències. On es vertebren dues disciplines en un mateix entorn: l'acadèmica i la professional fent de pont entre l'experiència i la innovació.

Cal emfasitzar l'estreta relació amb els diferents serveis de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions del Barcelonès, i de manera més concreta, amb els serveis de Sant Andreu i Sant Martí participant activament a les reunions de circuit d'aquests sectors. Destacant les coordinacions, i treball amb entitats com la Fundació Vidal i Barraquer, que gestiona el Centre de Salut Mental d'Adults de Sant Andreu i un dels Centres de Dia del districte, així com la participació en la Taula de Salut Mental de Sant Andreu conjuntament amb altres dispositius del districte: XIAJ Baró de Viver, XIAJ Bon Pastor, Xarxa Jove Bon Pastor, Taula Salut Franja Besos, Serveis Socials, Centre de Salut Mental Infanto Juvenil, CAS, Serveis d'Atenció Primària i l'Ajuntament de Barcelona.

SESSIÓ 3.1.

Qualitat de vida davant el repte de l'envelliment

SoCaTel: una plataforma tecnològica per millorar l'atenció de les persones que necessiten cures de llarga durada

Josep Maria Ranchal - *Ajuntament de Vilanova i la Geltrú*

Blanca Deusdad i Isabella Riccò - *Universitat Rovira i Virgili de Tarragona*

SoCaTel (2017-20) és un projecte finançat per la Unió Europea dins del programa Horizon 2020, el qual té com a objectiu central cocrear una plataforma tecnològica que serveixi pels processos de cocreació i alhora codisenyi serveis que millorin la vida de les persones que

es troben en situació de dependència, així com l'atenció de les cures de llarga durada (www.socatel.eu).

Les previsions demogràfiques apunten a que cap al 2050 el 25% de la població d'Europa tingui 65 anys o més. Davant aquest repte SoCaTel vol millorar la provisió de serveis de cures de llarga durada a través de la digitalització de processos i la cocreació de valor amb la implicació de tota la ciutadania.

El projecte està liderat per la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (URV) i hi participen un total de 13 socis d'arreu d'Europa, entre ells l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú, que aporta l'experiència i expertesa del treball social realitzat per l'Equip d'Atenció a la Dependència (EAD). L'EAD va ser creat fa més de 10 anys com a equip especialitzat en l'atenció a la dependència, abans fins i tot de la implementació de la LAPAD.

La metodologia del projecte segueix el model de quàdruple hèlix on s'inclouen diferents grups d'interès (empreses, recerca i innovació, administració pública i usuaris i societat civil). El procés de cocreació es duu a terme a 4 països pilots (Espanya, Irlanda, Finlàndia i Hongria) representatius dels models clàssics d'estat del benestar segons la tipologia clàssica d'Esping-Andersen.

Durant la primera fase del projecte, la metodologia que s'ha seguit ha estat organitzar 45 diversos grups focals i 12 entrevistes individuals que han servit per cocrear com ha de ser la futura plataforma tecnològica i conèixer més els processos de digitalització dels serveis socials. En aquesta fase de cocreació han participat persones en situació de dependència, cuidadors familiars, cuidadors professionals, treballadors socials, infermeres, metges, proveïdors de serveis, innovadors, universitat i responsables polítics.

En una segona fase del projecte es crearà la plataforma tecnològica i s'organitzaran diversos tallers amb tots els grups d'interès amb un doble objectiu. El primer objectiu és testejar la plataforma i ajustar-la a les necessitats de les persones que l'han d'utilitzar en un futur. El segon objectiu és cocrear serveis que puguin donar solucions i respostes a les necessitats de les persones que es troben en situació de dependència i amb manca d'autonomia personal. S'espera que a través dels processos de cocreació es puguin millorar processos i serveis existents (millora de la coordinació entre serveis públics socials i de salut, millora de la qualitat dels serveis d'atenció domiciliària, implementació i millora de polítiques públiques) i cocrear-ne de nous: generació de serveis adreçats a les persones amb dependència com poden ser menjar a domicili, acompanyament per reduir la soledat i aïllament, accessibilitat o dispensació de medicació, entre d'altres.

Un cop finalitzats els tallers de cocreació es preveu la realització de hackathons que desenvolupin tecnològicament serveis cocreats a partir dels resultats obtinguts a través de la plataforma de cocreació. Els hackathons són trobades de programadors tecnològics que tenen per objectiu el desenvolupament col·laboratiu de programari.

S'avaluarà quin impacte té el projecte a 4 nivells diferents: social, econòmic, polític i científic. Així doncs, és de preveure que el projecte pugui millorar la vida de les persones en situació de dependència i els seus familiars –i com a conseqüència també millori l'entorn i la comunitat on viuen-. A la vegada que es pot generar un volum de negoci al voltant de la implementació de serveis i la creació d'ocupació. SoCaTel pot tenir un impacte en la millora de les polítiques públiques d'atenció a la dependència i en generar nou coneixement en el camp de l'atenció a l'autonomia personal.

Atenció a l'envelliment de persones amb síndrome de Down i malaltia d'Alzheimer

Núria Ferrer i Pep Ruf - *Fundació Catalana Síndrome de Down*

Repte, objectius i hipòtesis

La millora en la qualitat de vida i l'augment de l'esperança de vida de les persones amb síndrome de Down (SD) ha permès conèixer els seus processos d'envelliment i la incidència de patologies com la malaltia d'Alzheimer (MA), que pot afectar al 50% de persones >40 anys.

Això és degut a la coincidència de localització de la trisomia al cromosoma 21, que produeix també la proteïna precursora de l'amiloide (APP) característica de la MA.

L'any 2012 la Fundació Catalana Síndrome de Down i l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau creen la Unitat Alzheimer-Down, integrada per un equip multidisciplinari de l'àmbit mèdic i psico-social: neurologia, neuropsicologia, psicologia, psicopedagogia, treball social, integració social, etc, que ofereix prevenció, detecció, diagnòstic i atenció de la malaltia, així com suport i assessorament als entorns cuidadors.

Metodologia emprada

Gràcies a un model de gestió partenariat entre dos entitats amb experiència en l'àmbit sanitari i socio-educatiu, podem oferir un programa assistencial amb caràcter integral.

Tot el procés diagnòstic i assistencial s'articula al voltant de les necessitats individuals de la persona, dels seus entorns naturals i de tots aquells serveis i prestacions que requereixi. Es

tracta d'una metodologia centrada en la persona i amb projecció comunitària que implica un treball en xarxa amb els serveis socials i sanitaris (generals i/o especialitzats).

La promoció de l'autonomia personal en etapes vitals prèvies esdevé la millor prevenció de situacions de dependència d'aquestes persones. Una detecció precoç de tot procés de deteriorament permet limitar la seva incidència.

L'avaluació i seguiment de l'atenció proporcionada es basa en indicadors de qualitat de vida i de qualitat de vida familiar com a mesura dels resultats aconseguits.

Programa assistencial (intervenció)

- Valoració neuropsicològica preventiva anual: estableix el perfil basal del funcionament cognitiu de la persona que permetrà detectar els primers símptomes de qualsevol deteriorament o incidència.
- Projecte Davis: ofereix un equip mòbil que es desplaça i realitza aquestes valoracions en centres d'atenció a persones amb discapacitat de tot el territori.
- Agilització d'exploracions i proves mèdiques complementàries: que permeten completar el diagnòstic.
- Programa d'estimulació cognitiva (individual, grupal, presencial, virtual) amb un seguiment personalitzat.
- "Espai d'art": activitat diurna, amb horaris flexibles i personalitzats, que permet promoure i/o mantenir habilitats funcionals i socials. Aquesta activitat es pot alternar amb el final de l'activitat laboral o ocupacional.

Paral·lelament, oferir atenció als cuidadors/es (familiars, cuidadors/es no professionals i cuidadors/es professionals d'altres serveis/entitats), que tenen al seu càrrec una persona amb SD i MA:

- Acol·lida i acompanyament durant el procés diagnòstic per prevenir i detectar situacions de vulnerabilitat per la persona i l'entorn.
- Visites a domicili per valorar accessibilitat o adaptabilitat de la llar, o per fer seguiment de casos en períodes d'inactivitat.
- Seguiment de casos: mitjançant trucades o visites presencials, per fer un acompanyament a la família i poder prevenir situacions de risc, com una possible claudicació del cuidador principal.
- Grups de suport: oferim trobades periòdiques a cuidadors/es per compartir experiències i donar-se suport mutu al llarg del procés.
- Servei de formació i assessorament: sobre l'evolució de la malaltia, l'adaptació a noves necessitats, coneixement de prestacions i recursos assistencials.

Resultats obtinguts (Impacte)

El nostre quadre de comandament indica un augment anual de persones amb SD diagnosticades de MA i de cuidadors que inicien visites d'orientació post-diagnòstic. Amb les dades assistencials, la Unitat Alzheimer-Down està col·laborant en crear un cens de persones afectades per la síndrome de Down i la malaltia d'Alzheimer.

Actualment la Unitat està atenent a 572 persones amb síndrome de Down, de les quals 189 tenen un diagnòstic de Malaltia d'Alzheimer.

Anualment, la Unitat realitza 518 visites mèdiques i 281 intervencions socio-educatives (estimulació cognitiva i orientacions a cuidadors/es).

El projecte té una especial orientació de gènere atesos els rols dels cuidadors/es, conscienciant i evidenciant les càrregues afegides a dones cuidadores, fomentant un canvi de paradigma que inclogui la figura de l'home i/o altres referents familiars propers.

Cohousing sènior. Respondre als reptes de l'envelliment produint nova oferta d'habitatge?

Benet Fusté, Eloi Mayordomo, Miguel Ángel Manzano i Xavier Millán - *Llei d'Engel*

Repte/Objectius/Hipòtesi

Un dels principals problemes del parc d'habitatges principals de Catalunya –tal i com assenyala el Pla Territorial Sectorial d'Habitatge (PTSH– són les seves baixes condicions d'accessibilitat. Les conseqüències d'aquestes deficiències del parc són particularment greus per a les persones grans, moltes de les quals tenen problemes de mobilitat de diferent intensitat. De fet, les persones de 65 anys i més que viuen autònomament ho fan en habitatges amb unes condicions d'accessibilitat inferiors a les del conjunt de la població. Segons dades del PTSH un 61,8% viu en habitatges no accessibles i entre les que viuen en habitatges plurifamiliars en un 36,1% dels casos no disposen d'ascensor. A això cal afegir els molt més nombrosos habitatges no adaptats a les necessitats funcionals de les persones grans.

Malgrat aquesta inadequació dels habitatges i el problema de la soledat, és un fet constatat que les persones grans prefereixen envellir al seu domicili que no fer-ho en equipaments col·lectius. Així ho assenyalen totes les enquestes disponibles, que marquen que el 90% de les persones grans prefereixen envellir a casa seva ("Estudio CIS 2117/1994", "Barómetro CIS 2801/2009" o "Encuesta sobre Personas Mayores de l'Instituto de Mayores y Servicios Sociales"). En aquestes enquestes també es detecta, en paral·lel, que disminueix la

disposició a un ingrés residencial –l'alternativa més habitual a la permanència a la pròpia llar.

Els límits a aquesta permanència a la llar són de dos tipus: els vinculats a les carències dels habitatges, i els relacionats amb la insuficiència dels serveis d'atenció domiciliària. Els programes d'atenció domiciliària destinats a persones grans van experimentar un creixement important des de l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, i han convertit l'habitatge en un dels principals centres de provisió de serveis socials, i un important factor generador d'ocupació -especialment femenina. L'estancament pressupostari dels SAD des de 2012 ençà fa pensar que aconseguir economies d'escala en la prestació d'aquests serveis, fomentar l'autocura i focalitzar la inversió en els usuaris més complexos seran passes necessàries per continuar la consolidació d'aquests serveis.

Les projeccions demogràfiques del PTSH indiquen que el nombre de llars a Catalunya augmentarà d'una manera important els propers anys. L'aspecte més destacable de l'escenari tendencial d'aquestes projeccions és el fet que l'increment del nombre de llars no respon a un increment de la població sinó a una reducció del nombre de membres de la llar degut a l'envelliment de la població, la millora de l'autonomia residencial de la gent gran i l'expansió de les llars unipersonals. En tots els escenaris previstos, el nombre de llars encapçalades per una persona gran creixerà fins el 2030. En aquest sentit ja hi ha literatura que preveu que la soledat tindrà conseqüències psicosocials i de salut que cal prevenir i adverteixen d'un important augment de la despesa sociosanitària vinculada a l'envelliment. Cal recordar, a més, que els impactes de l'envelliment recauen especialment a l'esquena de les dones: d'una banda perquè solen viure més anys, i de l'altra perquè assumeixen una part desproporcionada de les cures proveïdes per familiars.

Intervenció/Metodologia emprada

Revisió de literatura acadèmica i de fonts estadístiques secundàries per identificar les potencialitats i els límits del cohousing per a persones grans.

Resultats obtinguts/Impacte

Els impactes esperats de la intervenció, que aquesta comunicació vol analitzar i donar pautes per a la seva avaluació, són:

- Generació d'oferta addicional habitatge de titular pública o cooperativa
- Contenció dels preus preus de l'habitatge mitjançant la generació d'oferta addicional directa i indirecta –reincorporació al mercat d'habitatges no adequats per a persones grans però sí per a altres col·lectius.
- Millora del parc amb habitatges més adaptat a les necessitats de les persones grans, una tipologia de llar amb necessitats especials que creixerà a mig termini

- Creació d'espais que afavoreixin l'autonomia i l'ajuda mútua i previnguin la soledat no volguda, un factor de risc per la salut
- Establiment d'economies d'escala en SAD i altres serveis mèdico-assistencials

Conclusions

Resum de les principals conclusions de la revisió de literatura i anàlisi estadística i proposta d'orientacions per promoure projectes pilot que permetin avaluar empíricament els impactes del cohousing.

SESSIÓ 3.2.

Models i instruments per a l'atenció integrada

Col·laboració entre atenció primària social i sanitària a Lloret de Mar

Silvia Rams i Anaïs Godefroy - *Corporació de Salut del Maresme i la Selva*

Lidia Martínez, Nuria Berral i Mercedes Salvatierra - *Ajuntament de Lloret de Mar*

Introducció

La Corporació de Salut del Maresme i la Selva des del 2005 té un model d'atenció domiciliària transversal, amb equips que s'ocupen de les necessitats dels pacients amb malalties cròniques i que contempla el domicili com espai de l'atenció.

El programa d'Atenció Domiciliària Integral, (ADI), és un pilar important d'aquesta atenció. Al CAP de Lloret de Mar l'equip ADI el componen 3 DUI, 1 metge i 1 TSS. La TSS té com a objectiu poder conèixer la situació socio-familiar del 100% dels pacients inclosos a ADI.

Des de la incorporació de la TSS (2007) a l'equip del CAP, el Departament de Benestar i Família de l'Ajuntament de Lloret de Mar ofereix la seva col·laboració per tal d'agilitzar l'adequació de recursos a domicili.

Des de 2017 som 2 TSS amb dedicació exclusiva al CAP

Repte

La gestió i seguiment del Servei d'Ajuda a Domicili de pacients del CAP a través de TSS amb col·laboració de SBAS.

Objectius

Objectiu general:

- Oferir una prestació de serveis integrals a domicili, planificada i dirigida a potenciar l'autocura i coresponsabilitat.

Objectius específics:

- Cobrir les necessitats de suport a domicili de forma àgil, especialment en situacions de crisi o fragilitat social.
- Mantenir la màxima autonomia.
- Garantir el contínuum assistencial a domicili.
- Optimitzar l'ús dels serveis evitant duplicitat de les intervencions.

Hipòtesis

Treballar conjuntament, equips de salut i socials, prioritzant les necessitats de les persones i no el protagonisme del servei, dona lloc a una millor i més àgil atenció al territori.

Metodologia

- La TSS realitza la valoració i detecció, en pacients atesos a domicili i consulta
- Es valora compliment dels criteris amb visita domiciliària.
- Es complimenta la documentació.
- Calendarització de reunions mensuals amb SBAS per la presentació i coordinació de casos, valorem el compliment de requisits i l'aprovació del servei.
- Si la TSS valora una necessitat urgent, activa el servei de forma immediata, coordinadament amb SBAS.
- Un cop aprovada la sol·licitud de SAD la TSS contacta amb l'empresa per organitzar la presentació de la treballadora familiar.
- La TSS fa seguiment detectant si requereix continuïtat, ampliació o tancament del servei.

Resultats obtinguts

A 2013 teníem 10 SAD actius, l'evolució durant aquests darrers 5 s'ha incrementat fins els 30 actuals.

El número de casos nous s'ha triplicat de 2014 al 2018, de 8 noves demandes a 24. Les hores setmanals s'han incrementat de 27'5h a 120'9h. Per l'increment de pacient atesos, donat que la mitjana d'hores/pacient és igual.

Al 2013 eren usuaris del SAD 50% d'homes i 50% de dones. Actualment la proporció és de 40% homes i 60% dones.

Per grups d'edat, aquest canvi s'accentua entre els 65 i 80 anys.

Es detecta que la demanda de necessitat des del CAP/ADI l'any 2013 era de 83 % i actualment és d'un 93%.

La necessitat detectada des de l'Hospital s'ha vist reduïda d'un 16 a un 4%.

Ha disminuït el tancament per defunció, del 10 al 4% i per traspàs a LAPAD 29 al 12%

Ha augmentat el tancament per necessitat d'ingrés a centres, del 15 al 25%

Els pacient actius actualment són un 41% dels tramitats, quan al 2013 eren un 26%

Conclusions

- Segons l'evolució dels SAD gestionats des del CAP, s'evidencia que amb major dotació d'hores de TSS es detecta millor les necessitats dels pacients i augmenta la demanda de SAD.
- AL augmentar l'atenció al territori (CAP) i poder gestionar el SAD, disminueix la demanda des de l'Hospital, garantint l'atenció més immediata i propera, i evitant ingressos hospitalaris.
- Tot hi haver-hi un augment d'hores gestionades des del CAP, la mitjana d'hores per pacient es manté, fet que evidencia la necessitat d'augmentar les hores destinades al SAD per millorar l'atenció dels pacients.
- En referència a l'edat dels usuaris de SAD es detecta que a més edat hi han més dones necessiten SAD, fet que correspon a l'evolució demogràfica de la població.
- Es detecta que sent més lent el procés i l'accés a recursos vinculats a LAPAD, augmenten els SADs actius i la necessitat d'ingrés a centres.

El Ripollès: aposta territorial per la prevenció i l'atenció integrada de les persones fràgils i les persones deponents

Elisabeth Ortega - *Consorci de Benestar Social del Ripollès*

El Ripollès és una comarca considerada rural, amb un territori gran i dispers geogràficament. A nivell poblacional té pocs habitants, però un nombre elevat de persones grans.

Una zona en la qual hi ha voluntat de sumar esforços, integrar serveis i recursos; on el nombre d'agents socials i de salut que actuen permet compartir estratègies amb moltes probabilitats d'èxit. Les dimensions de la comarca faciliten diferents visions: comarcal i municipal.

El repte és com el Ripollès, amb les seves característiques i recursos disponibles, té la capacitat de detectar, prevenir i atendre les situacions actuals i futures de fragilitat, dependència i cronitat de la ciutadania.

Objectiu

Dissenyar estratègies territorials, amb la participació de tots els agents socials i sanitaris, que permetin detectar, prevenir i atendre les situacions de fragilitat, cronicitat i dependència, des d'una visió integral de les necessitats de la persona.

Estratègies

1. Facilitar la interacció entre tots els agents social i sanitaris:

- Formació
- Acostament físic de les professionals de les SBAS a les ABS
- Establiment d'espais de coordinació i coneixement entre professionals

2. Prevenció de situacions de fragilitat

- Treballar el concepte de fragilitat i la seva detecció
- Crear una xarxa per posar en valor els actius de salut i socials del territori i visibilitzar les necessitats no cobertes
- Activació dels actius per part dels professionals socials i sanitaris
- Avaluació d'impacte

3. Atenció integrada en persones amb necessitats complexes

- Detecció
- Posada en comú de les necessitats d'aquestes persones
- Pla de treball conjunt
- Avaluació

Resultats obtinguts

- Increment de persones usuàries de les SBAS
- Augment de la visió global centrada en la persona

Conclusions

Els resultats obtinguts fins el moment actual ens indiquen que és necessari continuar i aprofundir en les estratègies plantejades.

Interoperabilitat en l'àmbit de l'atenció integrada de la salut i social

Ariadna Rius, Lourdes Rodriguez, Silvia Cufi i Josuè Sallent - *Fundació TIC Salut Social*

Repte / Objectiu / Hipòtesi

La interoperabilitat és la capacitat de compartir informació entre components (sistemes o dispositius) sense que es perdi el seu significat. Aquesta comunicació ha de garantir

l'intercanvi coherent de les dades entre departaments, organitzacions, nivells assistencials o regions, com països o continents. L'objectiu principal és proporcionar als professionals tota la informació rellevant del ciutadans que estan atenent per assegurar que el procés de presa de decisions es produeix d'una manera segura, eficient i eficaç. La interoperabilitat garanteix l'accés a la informació independentment del lloc en què s'hagi registrat, afavorint-ne el reaprofitament, minimitzant punts cecs i assegurant el continu assistencial.

La interoperabilitat presenta diferents capes, nivells o dimensions:

- **Interoperabilitat tècnica:** En aquest nivell es troben les tecnologies i protocols que permeten establir comunicació entre els components.
- **Interoperabilitat sintàctica:** Afegeix intercanvi d'informació a la comunicació. Els estàndards d'aquest nivell defineixen l'estructura i format de la informació a intercanviar.
- **Interoperabilitat semàntica:** És el nivell d'interoperabilitat que té per objectiu garantir que la informació que s'intercanvia sense que es perdi el seu significat.
- **Interoperabilitat legal:** Garantint que es compleix la legislació vigent en cada agent implicat en l'intercanvi. Aquesta capa és especialment important en projectes transfronterers on l'intercanvi es produeix entre països o regions amb diferents marcs legislatius.
- **Interoperabilitat organitzacional:** Afegeix la capa de procés, de manera que l'intercanvi i l'ús de la informació estiguin alineats amb els workflows de les institucions involucrades.

Cadascuna d'aquestes dimensions es pot garantir amb l'ús d'estàndards explícitament dissenyats per a aquest propòsit.

Intersocial és un projecte que es va començar al 2016 que té per objectiu normalitzar els vocabularis controlats que s'utilitzen en l'àmbit de l'atenció social, utilitzant estàndards internacionals. El projecte s'ha gestionat des de la Fundació TicSalut i ha comptat amb la col·laboració de la UVic-UCC (a través de les càtedres de Tic i Salut, de Serveis Socials i de Cures pal·liatives) i del PIAISS, així com del suport d'Esteve Teijin HealthCare. Aquest és el primer projecte que es duu a terme en l'àmbit català per tal d'afavorir, específicament, la interoperabilitat entre els àmbits salut i social.

L'objectiu del projecte Intersocial ha estat definir el vocabulari controlat comú a utilitzar per intercanviar informació en l'àmbit de l'atenció social, particularment adreçada a les persones que tenen necessitats socials i sanitàries. Mitjançant aquest vocabulari es pretén aconseguir una major integració de les dades dels diferents sistemes de gestió en l'àmbit de l'atenció social a Catalunya. D'aquesta manera, s'han treballat les problemàtiques i les respostes, perquè es puguin compartir entre els centres de serveis socials bàsics i amb els serveis d'atenció social de l'àmbit de la salut.

Intervenció / Metodologia emprada

La metodologia utilitzada està basada en les següents tasques:

1. Elaboració del mapa de sistemes d'informació utilitzats en l'àmbit social a Catalunya.
2. Anàlisi de l'estat de l'art de vocabularis controlats en l'àmbit de l'atenció social, a nivell català, espanyol, europeu i internacional. S'ha restringit als vocabularis que permetin representar problemàtiques i respostes de l'àmbit social, entenent aquestes últimes com l'activitat que realitzen els professionals d'atenció social per a resoldre una o més situacions problemàtiques.
3. Redacció d'un cas d'ús al qual donar resposta.
4. Selecció d'un vocabulari controlat estàndard de referència.
5. Elaboració d'una llista única de problemàtiques i una de respostes, a partir dels diferents vocabularis identificats.
6. Revisió dels dos llistats per seleccionar els conceptes necessaris, garantint que es doni resposta al cas d'ús. Aquests llistats s'han treballat per part d'un grup d'experts multidisciplinari amb membres procedents tant de l'àrea sociosanitària com de l'atenció social del territori català.
7. Mapeig dels llistats finals al vocabulari de referència seleccionat.

Després d'analitzar l'estat de l'art de vocabularis controlats en l'àmbit de l'atenció social, i davant la inexistència d'una terminologia estàndard comú, s'ha seleccionat SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) com l'estàndard de representació. Els subconjunts de SNOMED CT per representar aquests conceptes s'han definit seguint la metodologia de creació de subconjunts de SNOMED CT elaborada per l'Oficina d'Estàndards i Interoperabilitat de la Fundació TicSalut.

Resultats obtinguts / Impacte i Conclusions

Dins el projecte Intersocial s'han creat dos subconjunts de SNOMED CT: un de problemàtiques i un altre de respostes. El primer consta de 131 conceptes organitzats en 10 categories que inclouen problemes d'entorn, educatius, legals, laborals, de benestar emocional, etc. El subconjunt de respostes conté 35 conceptes d'actuacions generals. Aquesta normalització implica poder comptar amb un vocabulari comú per garantir l'intercanvi d'informació coherent, tant entre centres d'atenció social, com amb l'entorn sanitari, proporcionant així una de les peces fonamentals per assolir aquesta interoperabilitat.

Actualment el projecte s'està continuant definint dos nous casos d'ús, un d'infància i un de salut mental. Durant aquest 2019 s'acabaran de treballar aquests dos nous casos i s'ampliarà el vocabulari per tal que inclogui els recursos, les problemàtiques i les respostes tant de serveis socials bàsics com especialitzats.

Projectes que Aprenen: avaluació del primer cicle d'iteració del Programa de gestió de l'atenció complexa (PGAC) d'Osona

Jordi Amblàs - Hospital Universitari de la Sant Creu de Vic

Eva Rovira - Consell comarcal d'Osona i Mancomunitat la Plana

Gemma Parés - Ajuntament de Vic

Romi Morcillo, Lluís Sarreta i Anna Moreta - Institut Català de Salut

Repte/Objectius/Hipòtesi

El PGAC és un programa comunitari d'atenció integrada social i sanitària que té com a REPTE millorar l'atenció a les persones amb necessitats complexes d'atenció -tan sanitàries com socials-, des d'un model de gestió de cas i d'atenció centrada en la persona, per part de professionals socials i sanitaris, amb alta capacitat resolutiva, en el lloc i moment més adequats.

L'objectiu del PGAC és millorar els resultats d'atenció des d'una quàdruple perspectiva: 1) millorar la salut i el benestar de la població; 2) millorar l'experiència d'atenció de persona/cuidador; 3) millorar l'experiència d'atenció dels professionals; i 4) adequar la utilització dels serveis sanitaris i socials (eficiència).

En el disseny del projecte s'ha incorporat el coneixement i lideratge dels professionals tan en la gènesi del mateix, així com en la seva implementació i el re-direccionament del mateix. En aquest sentit, s'ha proposat una metodologia d'avaluació en base a cicles d'iteració, partint de la hipòtesi que això permetrà ajustar millor el programa a la realitat assistencial dels professionals i a les necessitats de les persones ateses.

Intervenció/Methodologia emprada

El primer cicle d'iteració consistí en la inclusió de 9 persones al PGAC, l'atenció segons el model de gestió de cas PGAC (que inclou 2 professionals de gestió de cas -de perfil de Treball Social i d'Infermeria, respectivament-, avaluació multidimensional única, pla d'atenció individualitzat i interprofessional -realitzat segons metodologia de Conferència de Cas- i atenció proactiva) i l'avaluació quantitativa i qualitativa als 5 mesos de seguiment.

Per a l'avaluació quantitativa es van utilitzar 20 indicadors prèviament consensuats, amb l'objectiu de valorar cadascun dels 4 objectius descrits prèviament (millora de salut, experiència de les persones i professionals i eficiència).

Per a l'avaluació qualitativa amb els professionals, es realitzà una valoració amb metodologia DAFO amb els professionals que van participar en el procés d'implementació del programa a nivell del CAP Vic-Nord i de Serveis Socials de l'Ajuntament de Vic.

Resultats obtinguts/Impacte

De l'avaluació quantitativa, destaquen els següents resultats -en relació a alguns dels indicadors escollits-:

- nombre de persones identificades per sistemes d'informació / nº de persones validades posteriorment = 5/9 (55.5%)
- nombre de persones amb valoració multidimensional = 9/9 (100%)
- Nombre de persones amb registre de necessitats, valors i preferències / total de persones incloses = 8/9 (89%)
- Temps destinat a realitzar les conferències de cas: 23 minuts de mitjana (20-30)
- Nombre de persones en les que s'ha realitzat adequació de la prescripció (model PCP) = 9/9 (100%)
- Nombre d'ingressos hospitalaris realitzats durant el període de seguiment = 0,6 ingressos de mitjana (33% a hospital d'aguts, 66% a hospital d'atenció intermèdia)
- Contactes presencials del GC a l'hospital per ajudar a planificar l'alta: 4 (66% dels cassos)
- Crisis resoltes a domicili durant el període de seguiment: 5 (0.6 per persona)
- Nombre de contactes (presencials i telefònics) amb les persones-famílies per part del gestor de cas durant el període de seguiment: 29 (3.2 per persona)
- Exitus durant el període de seguiment: 2 (22.2%)
- Persones institucionalitzades durant període de seguiment: 3 (33,5%)

De l'avaluació qualitativa, destaquen les següents idees-força:

- Fortaleses: "Afavoreix la integració de les funcions del món social amb les del món sanitari, millorant el contínuum assistencial", "Projecte ambició i transformador"
- Debilitats: "Dificultats per la convivència del nou model amb la dinàmica habitual"; "Tendència a identificar persones massa "avançades" / casos massa extrems"
- Oportunitats: "Exemple de capacitat col·laborativa entre diferents professionals i institucions"; "Possibilitat d'innovació i lideratge professional amb un projecte ben treballat i necessari"
- Amenaces: "Desconfiança entre organitzacions i professionals"; "Incertesa respecte el futur del projecte en relació a governança / finançament".

Conclusions

Si bé es tracta d'una anàlisi limitada pel baix nombre de participants, la monitorització en base a indicadors i l'avaluació qualitativa des d'una metodologia d'avaluació periòdica per cicles d'iteració, han permès al PGAC detectar àrees de millora, re-enfocant algunes de les propostes inicials, així com també fomentant aquells aspectes positius del programa. Actualment estem al segon cicle d'iteració, que té com a objectiu l'anàlisi de 50 persones.

SESSIÓ 3.3.

Coordinació i serveis per a l'atenció intersectorial i el contínuum assistencial

Cohesió dels equips directius d'atenció primària social i sanitària

Helena Güell i Esperanza Gómez - Grup Sural Consultors

Hipòtesis

La cohesió dels equips que lideren els equips d'atenció primària social i sanitària esdevé una variable clau per aconseguir l'atenció integrada.

Intervenció

S'ha realitzat un treball de 20 hores amb els membres de l'equip que lidera la integració de l'atenció social i sanitària a Vilanova i la Geltrú.

Objectius de les Eines treballades per incrementar la cohesió de l'equip indisciplinar

Dialèctica Positiva: Saber construir arguments verbals basats en la dialèctica positiva de present i futur i gestionar actituds negatives.

Gestió de crítiques: Aprendre a exposar necessitats i sentiments, formular i acceptar crítiques, respondre col·laborativament a les crítiques.

Resultats obtinguts

Van ser quatre:

1. Anàlisi de situacions ineficients de l'equip, analitzar les característiques de la dialèctica negativa, aprendre a construir-les en dialèctica positiva i prendre consciència de les millores obtingudes. Es van treballar 12 situacions. Presentem un exemple.

Situació: Reunió d'equip explicativa model

Dialèctica negativa: "Això no serveix per res"

Anàlisi de la dialèctica negativa: Judici. Dispers. Pontifica. Encasella.

Proposta de característiques de dialèctica positiva: Aquesta setmana m'he trobat amb la situació X, vaig contactar Y i no vaig trobar la resposta que jo m'esperava. Seria possible replantejar el procediment en X de manera conjunta?

Comentaris de millora: La frase "Això no serveix per res" en dialectica positiva podria ser: per comprendre el model em seria molt útil veure experiències pràctiques per resoldre la situació X, i em facilitaria comprendre la seva utilitat.

2. Realització d'un mapa consensuat amb tots els membres de l'equip sobre la situació actual i sobre la situació desitjada.

Es van consensuar 21 punts de situació actual del projecte i 25 punts de la situació desitjada.

Presentem dos exemples:

Actual

- Manca de cohesió de grup i de lideratge dins del grup motor
- No s'ha arribat al nucli central: veure la utilitat de compartir intervencions.

Ideal/Futura

- Definició d'un pla estratègic per a guiar el rumb del grup motor.
- Poder trobar manera d'objectivar beneficis de l'actuació MC en les persones que atenem.

3. Es van practicar com gestionar col.laborativament les crítiques. Es va fer el treball sobre 12 crítiques. Aquí presentem un exemple:

Crítica: Hem costa sentir-me implicada en el grup de treball de M.C. perquè no li veig la continuïtat dins del meu servei. Em sento que perdo el temps moltes vegades.

Reformulació: Entenc que no veus el que està plantejat del M.C. es pugui aplicar al teu servei i necessites trobar sentit en el M.C. referit al teu servei.

Ampliació: Entendre que el M.C. sigui difícil d'aplicar en un servei com l'ASSIR. Podríem treballar problemàtiques concretes del servei de l'ASSIR que es pogués veure la utilitat del M.C. i tractar temes que l'ASSIR valora important que la resta de serveis se'n poguessin beneficiar.

4. Aprendre a aprofundir ens els punts de vista i opinions mitjançant un llista de 79 preguntes, un membre li fa preguntes a un altre i només pot fer preguntes i escoltar les respostes.

Es van aprofundir 15 punts de vista i opinions. Presentem dos exemples d'opinions que es van aprofundir.

“Crec que el grup motor necessita uns objectius clars com a grup perquè moltes vegades tinc sensació que estem fent una entelèquia. I això és el que ens desgasta perquè és de mantenint, de conteniment i no d'avanç.”

“Siento que hay cierta cohesión de grupo sin embargo hay cosas que aún no nos decimos. Falta confianza, falta clima, falta “algo” que no nos acabamos de decir.”

Conclusions

Es va aconseguir incrementar la cohesió de l'equip directiu mitjançant:

- Una construcció de la realitat actual i futura compartida. Basada en dialèctica positiva, el que orienta el pensament i la comunicació a la solució i al futur.

• Creant un espai obert al plantejament de crítiques sobre el que és vol modificar, donar pautes de com acceptar crítiques i respondre col.laborativament a les mateixes pel que van esdevenir font de cohesió.

• Aconseguint un diàleg pausat basat en la pregunta i escolta que ha permès arribar a comprensions profundes i amplies que han estat la base d'acords i de dinàmiques cooperatives.

Mediació intercultural com a eina d'inclusió

Sonia Jiménez, Paz Trapero i Montserrat Bret - *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

Repte/Objectius/Hipòtesi

La mediació intercultural als hospitals actua com a pont per facilitar la relació comunicativa entre les persones d'altres cultures i els diferents professionals del sistema sanitari. És una eina per afavorir la resolució de conflictes de tipus lingüístic i cultural que sovint es poden produir quan hi ha un desconeixement de la manera de fer, els costums i les normes d'algunes cultures, i poder així facilitar un codi comú de diàleg.

L'objectiu d'aquest resum és donar a conèixer l'evolució del servei de mediació intercultural vinculat a la unitat de treball social de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona durant els darrers 12 anys.

Intervenció/Metodologia emprada

La immigració a Espanya i Catalunya és des de finals de la dècada del 2000 un fenomen de gran importància demogràfica i econòmica. El territori de referència del nostre hospital, compren una població que ha rebut importants onades migratòries en les últimes dècades (IDESCAT, 2017).

Les característiques diferencials de la població estrangera, com son la seva cultura, la seva religió, i la seva forma d'interpretar la salut i la malaltia requereixen una adaptació del sistema sanitari per fer front a la situació de la manera més adequada possible.

La mediació intercultural sociosanitària representa una resposta a les dificultats a les quals s'han d'enfrontar actualment els professionals i els serveis sanitaris.

El treball social és una professió que promou la transformació social, adreçant-se a les diferents relacions que poden donar-se en un context social, promou la igualtat de dret entre les persones. En aquest sentit, en el Preàmbul del Codi Deontològic del Treball Social es reflexa la mediació com una de les funcions de la nostra professió.

Des de la unitat de treball social de l'hospital es van veure fa 12 anys aquestes dificultats que existien entre els professionals de salut i la població migrada, relacionades sobretot amb problemes en la comunicació i la comprensió. A diferència de la comunicació amb algú de la nostra pròpia cultura, el procés comunicatiu amb la població migrada és més complex ja que entren en joc dues maneres diferents de percebre i interpretar la salut: el naixement, la mort, la medicina preventiva, les visites mèdiques, la relació amb el personal, el compliment terapèutic, etc.

Tots aquests processos són viscuts e interpretats de forma diferent en funció de la seva cultura i de com funcioni el sistema sanitari al país d'origen. És per aquests motius que la figura de la mediació esdevé un paper fonamental per crear un llenguatge en el que les dues parts es puguin entendre, convertint-se en un procés cabdal en la construcció d'un bon clima de confiança. Perseguint sempre un doble objectiu: per una banda s'ofereix als professionals coneixements sobre creences, valors e ideologies de la població d'altres cultures i per altre banda s'assessora als usuaris dels dispositius, normes de funcionament del sistema sanitari així com dels recursos que tenen a l'abast.

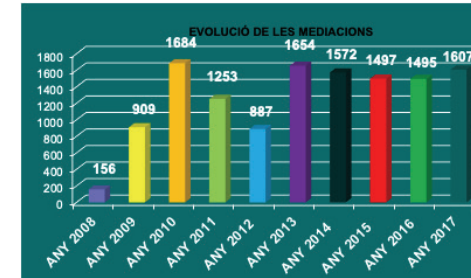
Resultats obtinguts/Impacte

L'inici de la mediació es remunta al 23 de març de 2007, moment en que es signa un conveni de col·laboració amb SURT i la Fundació la Caixa i s'incorpora la primera mediadora. D'aleshores a ençà la signatura diferents convenis i col·laboracions a entitats han consolidat la figura del mediador intercultural en el nostre hospital i actualment es disposa de mediadora xinesa, àrab i pakistanesa.

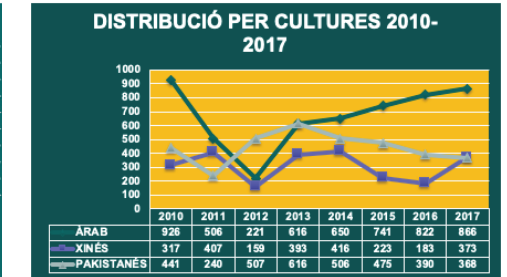
Les funcions de les mediadores son:

- Facilitar la comunicació intercultural entre els usuaris de diferents cultures i els professionals, realitzar la traducció lingüística, la interpretació cultural i afavorir un ambient de confiança en les entrevistes triangulars.
- Facilitar als usuaris i professionals la informació que necessiten per millorar la qualitat assistencial.
- Detectar situacions susceptibles de provocar conflictes.

Evolució de les mediacions



Distribució per cultures



Conclusions

La mediació intercultural representa una resposta a les dificultats amb les que es troben els professionals davant la necessitat de donar assistència a usuaris que provenen d'altres països i que pertanyen a grups cultural diversos.

La mediació intercultural va més enllà de la interpretació lingüística, ajuda a desxifrar els codis que presenten cadascuna de les cultures per afavorir la bona entesa entre tots els actors.

Es percebuda com un recurs molt valorat per la majoria dels professionals del nostre hospital.

Programa Làbora: Aliança Publicosocial per a l'Ocupació

Antònia Giménez - Programa Làbora (Creu Roja)

Teresa Roigé - Programa Làbora

Ajuntament de Barcelona: Institut Municipal de Serveis Socials I Barcelona Activa

Entitats Catalanes d'Acció Social -ECAS

Federació d'Empreses d'Inserció de Catalunya -FEICAT

Creu Roja

1. Transformar el Programa Làbora en un "Servei Paraigua" de l'ocupació social a Barcelona

El Programa Làbora neix fa 4 anys a partir del context de crisi econòmica i social del moment on s'evidencia un enquistament de la bossa d'atur estructural degut a l'augment del volum de persones en situació de vulnerabilitat tant social com laboral i, per l'augment de casos als Centres de Serveis Socials on la desocupació és un dels elements principals d'intervenció. Per tant, el repte era millorar l'alineació entre els Serveis Socials i l'ocupació de les persones amb més vulnerabilitat.

L'objectiu és millorar les condicions socio-laborals de 6.000 persones en situació de vulnerabilitat provinents de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, accedint al mercat laboral 1.500.

2. Noves formes d'articular recursos i estructures

Els Punts Làbora dóna cobertura als 40 CSS i serveis específics distribuïts en els 10 districtes de Barcelona Ciutat, amb el següent repartiment:

- 21 Punts d'Orientació. 29 orientadors/es. Realitzen l'acollida, diagnòstic d'ocupabilitat, accions grupals i seguiment individual durant l'itinerari. Cada territori rebrà derivacions del Centre Serveis Socials que li pertorqui: Nou Barris (5) Sant Martí (4) Sants-Montjuic (3) Sant Andreu (3) Horta-Guinardó (3) Eixample (3) Ciutat Vella (4) Gràcia (2) Sarrià (1) Les Corts (1)
- 5 Punts de Mòduls de Millora de la Ocupabilitat. 5 formadors/es Distribuïts per la ciutat, atendran participants de més d'un districte. Realitzen accions per identificar l'objectiu professional i millora de competències transversals.
- 7 Punts de prospecció. 11 prospectors/es Treballaran conjuntament i de manera transversal, contactant i fidelitzant empreses per cobrir les seves necessitats amb candidats/candidates més adients provinents de qualsevol dels territoris
- 8 Punts Específics. 8 professionals Distribuïts per la ciutat, atendran participants de més d'un districte. Realitzaran diferents accions/serveis que complementen la intervenció dels/les participants.

3. Resultats obtinguts

	2015	2016	2017	2018*
Persones derivades	6.865	5.592	6.468	6.403 ¹
Persones ateses	5.900	5.020	6.505	6.225 ²
Insercions (persones)	1.537	1.613	1.893	1.755 ³
Contractes	**	1.967	2.362	2.557 ⁴
Pressupost	1.789.600 €	2.804.341 €	2.855.541,00	2.864.619

* Persones interessades 8.821 (-4% respecte 2017) 1 2.596 (40%) baixes 2 102.72% respecte objectiu 2018. 3 7.29 % menys 2017 però 17% més respecte objectiu 2018. Increment 4.5 punts les dones contractades⁴ Els inferiors a 6 mesos s'han reduït 25 punts a favor l'obra i servei. Contractes a jornada completa hem baixat 7.66 punts. Els indefinits han millorat 1 punt.

4. Conclusions: valor diferencial que ofereix l'Aliança

- És una estratègia i enfoc integral a nivell de ciutat mitjançant la cooperació públic-social; impulsada per l'Ajuntament de Barcelona, dissenyada i portada a terme per al Tercer Sector amb un model de governança entre iguals

- És un treball en xarxa i de participació entre les 32 organitzacions implicades en la inserció socio-laboral, 2 federacions, Àrea de Drets Socials i Barcelona Activa on posa en valor i es racionalitza recursos per una major eficàcia i eficiència
- Dóna una resposta integral amb innovació organitzativa ja que complementa la tasca d'intervenció social dels CSS amb la d'ocupabilitat realitzada des del Làbora
- Facilita, mitjançant la Plataforma tecnològica, una eina de gestió i de treball entre CSS i Làbora per fer efectiu el treball en xarxa i comunicació entre professionals i actors implicats
- Garanteix l'equitat en l'atenció a les persones amb un model per competències comú a nivell de ciutat amb circuits i protocols d'atenció compartits treballant sota una mateixa metodologia
- Pretén ser un observatori d'anàlisi i d'acció ja que sistematitzem i analitzem les característiques sociolaborals de les persones identificant necessitats per invertir en recursos
- Genera ofertes donant incentius a empreses per garantir un mercat laboral per a les persones amb més dificultats
- Avala competencialment els/les millors candidats/des, mitjançant el Matching, per donar resposta a empreses segons llocs de treball i garantir objectivitat vers l'accés a ofertes de treball
- Reconeix a empreses compromeses mitjançant indicadors de qualitat d' inserció amb el "Segell Làbora"

Resultats del Pla de retorn a domicili: atenció integrada social i sanitària post-ictus

Aina Plaza - Departament de Treball, Afers Social i Famílies

Marta Fabà i Andrea Giralt - Institut Municipal de Serveis Socials

Mercè Salvat i Aida Ribera - Pla Director de la Malaltia Vasculard Cerebral

Carles Contel - Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària

Emili Vela - CatSalut

Repte/Objectius

L'ictus és la primera causa mèdica de discapacitat i la segona de demència. S'estima que el 50% de supervivents a un ictus presenta dificultats per caminar i necessita assistència en les activitats de vida diària (AVD). És una malaltia amb un elevat impacte sociofamiliar. Els objectius després de l'ictus van dirigits a aconseguir la màxima autonomia de la persona, facilitar la independència i la reintegració a l'entorn familiar, sociolaboral, reduint el risc d'institucionalització i la mortalitat secundària. S'ha demostrat que els programes de suport a l'alta hospitalària que integren la coordinació amb els serveis sanitaris i socials acceleren l'alta al domicili i incrementen la probabilitat de ser independent a llarg termini. El Pla de retorn a domicili (Pla) pretén aconseguir una atenció social i sanitària integrada

per a persones que han patit un ictus, que permeti un procés d'atenció continuat des de l'hospitalització fins l'atenció al seu domicili.

L'objectiu és descriure l'evolució a curt i mitjà termini dels pacients inclosos en el Pla, específicament:

- La qualitat de vida, la recuperació funcional fins als 6 mesos després de l'ictus i la satisfacció amb l'atenció rebuda
- El consum de recursos i costos sanitaris i de serveis socials durant el primer any després de l'ictus

Intervenció

El Pla coordina les actuacions sanitàries i socials per a:

- Detectar precoçment els pacients ingressats amb ictus i necessitat d'atenció domiciliària.
- Prescriure els serveis socials municipals abans de l'alta (atenció personal, neteja de la llar, teleassistència, àpats a domicili, ajudes tècniques a la llar), d'acord amb les necessitats socials. La valoració econòmica del pacient no determina la denegació del servei.
- Tenir activats els recursos socials municipals quan el pacient arribi a casa i planificar l'atenció domiciliària coordinadament amb l'atenció primària de salut.

Metodologia emprada

Estudi descriptiu de seguiment d'una cohort de pacients.

Població diana: pacients diagnosticats amb seqüeles d'ictus agut ingressats en un hospital de la ciutat de Barcelona amb afectació de 2 o més AVD i necessitats socials durant el març 2016 fins a març 2017.

Hi ha tres fases en la recollida prospectiva de dades:

- Durant l'hospitalització: els centres sanitaris d'internament recolliran un conjunt de variables sociodemogràfiques i clíniques pacient.
- 3 i 6 mesos de la data d'ictus: un avaluador extern cec per a la intervenció va recollir telefònicament l'escala de qualitat de vida (euroQoL-5D), escala de satisfacció (Pound adaptada), escala de Barthel, escala de Rankin.

El consum de recursos es va determinar mitjançant els Sistemes d'Informació del CatSalut i de l'Institut Municipal de Servei Socials.

Resultats

S'inclouen al Pla 92 persones amb ictus.

Característiques basal: el 53,3% són dones, el 23,9% viuen soles i un 71,0% tenen rendes <18.000€/any. El 80,7% té problemes per caminar, el 98% i 93% té molts o alguns problemes per les activitats quotidianes i per caminar.

Amb el Pla un 91,3% va rebre SAD i un 55,4% van requerir adaptació de la llar. El 76% de les

persones amb SAD el continuen necessitant als 6 mesos i un 48% al 12 mesos.

S'ha trobat diferències estadísticament significatives als 6 mesos en la millora de la percepció de la qualitat de vida en mobilitat, cura personal, activitats quotidianes i ansietat/depressió; i als 3 i 6 mesos s'ha incrementa el nombre de persones amb dependència moderada, escassa i independència.

Els cost mitjà sanitari per persona/any és de 13.950,7€, el major cost se concentra en la data d'ictus. El cost social per persona any és de 3.908€, concentrant-se la major part de la despesa entre el segon i tercer més des de la data d'ictus.

Conclusions

Sembla que el Pla és útil per avançar i donar una resposta proactiva a les persones amb necessitats complexes socials i sanitàries, amb una elevada satisfacció amb l'atenció, la continuïtat els suport rebut.

Els resultats del pla es completaran amb la comparació amb un grup control, que ens permeti valorar si les millores observades en capacitat funcional i són atribuïdes a la intervenció.

El Pla de retorn no s'ha integrat de la mateixa manera als diferents centres hospitalaris; podent influir aspectes culturals, organització, lideratge i dotació de professionals.

Construint Ponts

Claudia Hernández, Mireia Ballús i Carla Del Amo - AREP

Repte Objectius Hipòtesi

Arep és una associació de familiars de persones amb patiment psíquic fundada l'any 1979 i que actualment disposa de l'àrea laboral (SPL, CET) àrea de rehabilitació (SRC, Club social) àrea associativa i voluntariat, i l'àrea d'habitatge amb llar residències, llars amb suport i suport a la pròpia llar (PSALL/SAVI).

Els serveis de l'àrea d'habitatge són concertats amb el departament d'afers socials. En teoria, i per definició, són recursos rehabilitadors temporals o permanents, que han d'ajustar-se al que cada persona necessita, segons circumstàncies i necessitats canviants. Això ens pot fer pensar en estades curtes i derivacions entre els recursos d'habitatge, un cop el procés rehabilitador indiqui la conveniència.

Malauradament la nostra realitat dista d'aquesta teoria, ja que quan una persona atesa a un servei d'habitatge és candidata a ser derivada a un altre recurs, topem amb dificultats com llistes d'espera, transicions brusques, pors ajustades...

L'estada mitja a 2019 a llar residència és de 70 mesos, i a llars amb suport de 48.

Intervenció / Metodologia emprada

Des de la nostra realitat vam considerar necessari acostar els diferents recursos tan com

fos possible. En aquest sentit partim d'una idea, l'àrea d'habitatge, per tal de crear una realitat estructurada que permeti aquesta continuïtat en l'acompanyament a les persones amb patiment psíquic.

L'acostament s'orienta a les persones ateses i també als equips, pel que vam activar:

A) Valoracions d'entrada d'àrea:

Definim el procés de valoració d'entrada a habitatge amb una visió d'àrea i d'itinerari, pel que la valoració la realitzen el/la director/a assistencial del recurs proposat, treballador/a social i psicòleg/oga d'un altre recurs d'habitatge.

Això ens permet tenir i transmetre una visió molt més clara del possible itinerari de la persona atesa.

B) Programes transversals d'àrea:

Programes rehabilitadors oberts a tota persona atesa a habitatge, segons es consideri al seu programa individual (PIAI)

A dia d'avui comptem amb el programa de cuina, programa d'oci, programa de passeig saludable, i el programa IPT.

Es realitzen setmanalment conduïts per una persona de l'equip de llars amb suport, i una altre de llar residència.

C) Programes a l'altre recurs

Oferim a persones ateses a habitatge la realització de programes al recurs que es considera com a destí. El que es tradueix en "viure" l'experiència de ser atès a l'altre recurs, estant durant un dia setmanalment i formant part d'aquesta comunitat.

Resultats obtinguts

A l'any 2018, dues persones han passat d'habitatges amb suport al programa de suport a la pròpia llar, una persona ha passat d'un programa de suport a la pròpia llar a llar residència, una persona ha passat de residència a un habitatge amb suport i una persona atesa a llar residència ha passat al programa de suport a la pròpia llar.

Actualment dues persones de residència estan realitzant programes a llars amb suport i una persona del PSALL està en recerca d'habitatge a la comunitat.

La participació dels recursos d'habitatge en els programes transversals actualment és equitativa. Destaquem també, que des de la seva implementació es presenta major atenció per part dels equips a l'itinerari de la persona.

Conclusions

L'estructura creada ens ha permès potenciar el coneixement mutu, pel que hem començat a trencar idees associades cap als recursos, els equips i les persones ateses.

Com a exemple representatiu d'aquest coneixement, una educadora de llar residència

compartia en una reunió d'equip reflexions arrel de la derivació d'una persona atesa, expressant sorpresa davant l'ampli ventall de persones que podien beneficiar-se del suport a la pròpia llar, reconeixent com la idea establerta que tenia amb anterioritat elaborava un ideal difícilment assolible i per tant cronificador.

Valorem que hem començat un canvi cap a trencar l'estigma associat a llar residència, recurs finalista i assistencialista, així com l'associat a llars amb suport, com a recurs inassolible des de llar residència.

Com a futures línies de treball, considerem important donar a conèixer els recursos d'habitatge a la xarxa de salut mental encarregats de les derivacions, exposant la intencionalitat i característiques de cada recurs d'habitatge. Per tal de poder definir conjuntament un itinerari rehabilitador, on la persona atesa sigui realment la protagonista.

SESSIÓ 3.4.

Inclusió comunitària en l'àmbit de la salut mental i addiccions

Activa't per la salut mental

Maria Jesús San Pio - *Federació Salut Mental Catalunya*

Emilio Rojo - *Departament de Salut, Generalitat de Catalunya*

Repte / Objectiu / Hipòtesi

Activa't per la salut mental vol aconseguir que persones amb problemes de salut mental i els seus familiars, esdevinguin agents de salut actius en el seu procés de recuperació, i millorar així la seva qualitat de vida, mitjançant un circuit d'atenció integrat entre serveis de salut mental i xarxa social i associativa, que posa al centre la persona.

Intervenció / Metodologia emprada

És un projecte conjunt de Federació Veus, Generalitat de Catalunya i Federació Salut Mental Catalunya, emmarcat en el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, i que vol donar resposta a les necessitats detectades en aquest àmbit. Amb 12 territoris pilot i més de 5.000 beneficiaris es desenvolupa localment amb les associacions i serveis sanitaris de cada territori, amb la col·laboració de més de 150 professionals de la xarxa, 120 voluntaris i 15 persones contractades.

Activa't per la salut mental s'estructura com un circuit integrat d'atenció que inclou: serveis de informació especialitzats (Espai Situa't), psicoeducació per a pacients i familiars (PROENFA i KLAU DE RE), formació en apoderament (PROSPECT), i grups de suport entre iguals (GAM). Tots els materials han estat validats. S'han realitzat una avaluació rigorosa per diferents mitjans (disseny experimental, enquestes, focus grups...).

A més a més s'han desenvolupat recursos accessibles a través del web www.activatperlasalutmental.org: informació sobre salut mental, vídeos amb testimonis, fulletons per acompanyar millor, aprofitar la consulta, guies per GAMs, manual de Recuperació.

Resultats obtinguts / Impacte

“Ens ajuda a veure que no estem sols. Això és molt important per una persona amb trastorn mental.” Carlos

“Ens heu donat eines, en un llenguatge senzill. Ara la meua filla diu que amb mi es pot parlar.” Pilar, té una filla amb trastorn mental

El projecte ha estat avaluat per part de dues entitats externes i també s'han recollit i analitzat indicadors de la intervenció.

Dep Institut ha avaluat l'Espai Situa't amb aquests resultats:

- Molt alta satisfacció i molt bona valoració de la utilitat i dels diferents aspectes del servei (tracte, informació, accessibilitat, etc).
- Es destaquen aspectes no trobats en altres serveis: la informació rebuda, tracte proper, la capacitat d'escolta, etc.

L'Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques (IVALUA) ha portat a terme:

- Avaluació d'implementació: satisfacció dels participants molt elevada, i propostes de millora. Es mostra necessari fer el circuit més flexible i adaptat a les necessitats de les persones, ampliar o reduir determinats continguts, o propostes per aconseguir un millor nivell participació i reduir els d'abandonaments.
- Avaluació d'impacte amb disseny experimental: Efectivitat del circuit sobre la persona afectada i el familiar, amb grup tractament que ha participat al circuit, i un grup control que se n'ha mantingut al marge. Mostra de 448 persones dels 12 territoris (224 unitats familiars: persona amb TMS i familiar de referència). Resultats més rellevants: efectes positius en la recuperació de les persones amb un diagnòstic de TMS, que mostren avenços en el seu procés de recuperació i percepció més positiva de l'experiència de cura dels familiars participants, tant la seva pròpia com la de la resta de la família.

Conclusions

El valor afegit i innovació del projecte es resumeix en:

- Proporciona eines per al maneig quotidià del trastorn mental i augmenta la influència i control que famílies i persones amb experiència pròpia exerceixen en les seves vides.
- Ajuda a posar les persones en el centre i afavoreix el model de recuperació necessari en salut mental.

- La participació de persones amb experiència pròpia en salut mental, familiars i professionals a tots els nivells de decisió i execució es una clau de l'èxit.
- Afavoreix la coordinació i el treball conjunt dels diferents agents de les xarxes sanitària, social i associativa en cada territori.
- La coordinació del projecte assegura una implementació homogènia en el territori, la qualitat, la gestió del coneixement i la innovació.
- Model de com haurien d'implementar-se les polítiques públiques, ja que des de l'inici s'introdueix l'avaluació com a pas previ a la incorporació a la cartera de serveis públics.
- L'avaluació externa ha demostrat efectes positius
- Es replicable a altres territoris.

Avaluació de capacitats conjunta coordinada entre els usuaris, els professionals dels serveis de salut mental i la fundació tutelar

Victòria Monell, Fran Nuñez i Ana Mestres - *Fundació Malalts Mentals de Catalunya*

Repte

La Fundació Malalts Mentals de Catalunya (FMMC), dona cobertura a aquelles persones de la província de Barcelona que necessiten una mesura de suport decretada judicialment. Per la nostra trajectòria de mes de 25 anys hem constatat que en moltes ocasions les mesures decretades no s'adeqüen ja des de l'inici per ineficiències en el procés judicial, per desconeixement de les mesures per part de famílies, usuaris o professionals... són mesures que són vives com les circumstàncies de cada persona i que necessiten al llarg del temps ser revisades. Dins de les nostres obligacions a l'exercir qualsevol càrrec de suport, està el defensar els drets de les persones que atenem i la base en la que s'ha de sustentar la defensa d'aquets drets s'inicia per a que aquestes persones tinguin una mesura de suport si es necessari i si es el cas que aquesta s'ajusti al màxim a les seves capacitats i necessitats.

El objectiu principal és establir un sistema regular de revisió de capacitats i incloure a la persona com a protagonista del seu propi procés fent-la part activa de la revisió i avaluació d'aquestes per acompanyar-la en la orientació dels objectius relacionats amb la seva recuperació. També fer partícips als usuaris en un document que adreçem al jutjat en el que ells lliurement manifestin com avaluen les seves capacitats i circumstàncies en relació als suports que necessiten, oferint el dret d'assumir riscos segons les diferents avaluacions.

Intervenció

Des de la FMMC, s'ha pres de referencia i guia el quadre que apareix al Protocol de Cribatge utilitzat pels professionals dels diferents serveis per valorar la necessitat d'inici o no d'un procediment per establir una mesura de suport.

El document estableix 13 camps que tenen a veure amb les capacitats i habilitats (autogovern, instrumentals, autocura, relació, d'auto-gestió, gestió econòmica, autopercepció, AVD, etc.). S'estableix una reunió anual de forma conjunta entre l'usuari i els professionals de la FMMC i dels serveis de salut i /o habitatge o Serveis de rehabilitació comunitaris en la que es va revisant de forma consensuada cada capacitat establerta. Per aquestes capacitats valorades s'estableixen tres estadis que marquen quin grau de capacitat s'estableix: Si te capacitat/ si necessita suport per desenvolupar-la/ no te capacitat en aquest àmbit.

El document d'Avaluació de capacitats adreçat als usuaris amb una mesura de suport atesos des de l'entitat tutelar, és una eina que pretén apoderar els usuaris com a protagonistes de la seva pròpia recuperació. Presenta un espai que permet la reflexió conjunta entre usuaris i professionals.

Impacte

Aquesta eina ofereix l'oportunitat de obtenir dades objectives als propis usuaris i als professionals de referència sobre la situació de les capacitats dels usuaris i el seu desenvolupament. Es revisen els suports necessaris de forma conjunta amb aquesta avaluació periòdica dels ítems estandaritzats. Permetrà un estudi cronològic de capacitats i habilitats per poder adaptar els suports necessaris en cada moment.

Aconsegueix que la persona desenvolupi la capacitat de decidir i d'obrar sobre als àmbits que componen el seu projecte vital, tenint en compte la habilitació i rehabilitació de la persona sobre el procés de recuperació. Proposa apoderament i autodeterminació sobre l'enfocament de l'itinerari de vida futur, possibilitant el reconeixement i desenvolupament de les seves capacitats des d'una visió constructiva.

La FMMC desenvolupa la implementació d'aquest document, amb la implicació directa dels usuaris i professionals tant de recursos de la xarxa de salut (CSMA i CAP) com professionals dels serveis d'habitatge on pot residir l'usuari (Llars Residència i Llars amb suport).

Facilita informació objectiva i centrada en la persona sobre les mesures de suport oportunes per millorar la intervenció dels professionals de referència.

Conclusions

La FMMC proporciona una eina d'intervenció psicosocial per usuaris amb trastorns mentals i addiccions, a través del Document d'Avaluació de Capacitats. Es tracta d'un instrument per augmentar la informació en relació a que la mesura de suport sigui el mes adequada en cada moment tenint en compte les capacitats. La inclusió de les usuaris, com a participants actius, dintre dels propi procés de recuperació cap a la construcció d'un projecte de vida amb millores físiques, mentals, socials i funcionals a l'entorn comunitari. L'abordatge integral possibilita la validació de diferents vies per arribar a un funcionament satisfactori sota les

experiències vitals pròpies, enfortint les pràctiques professionals transversals, col·laboratives i integrals. Aquesta eina implantada durant el 2018, permetrà establir una nou sistema de treball adaptat a les especificitats dels usuaris de salut mental. El recull de la informació farà que puguem consolidar els canvis necessaris detectats per millorar i adaptar els suports.

SAVA Addiccions: "Acompanyant des de la proximitat"

Marie-Anne Aimée, Mercè Cervantes, Maite Tudela i Judith Sanjuan

Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de Dia per a drogodependents de Catalunya

Objectiu

El SAVA es planteja com un projecte pilot de suport al col·lectiu de persones amb problemes d'addicció i té com a finalitat garantir el contínuum assistencial de les persones usuàries desvinculant-les d'aquells suports més intensius (Comunitat Terapèutica i/o Pis de reinserció) per tal de facilitar l'assoliment de la seva independència i d'acompanyar-les en el seu dia a dia.

La seva funció és donar suport i acompanyament a les persones i a les seves famílies de manera absolutament flexible i adaptada a les seves necessitats per tal de facilitar el seu procés d'autonomia i integració social i comunitària. Amb aquest suport individualitzat es poden evitar processos de recaiguda i retrocés en la rehabilitació i reinserció i reafirmar els canvis iniciats.

Aquest servei neix per donar resposta a necessitats derivades de canvis que s'han produït en els darrers anys tant en l'entorn com en el propi col·lectiu.

D'una banda ens trobem amb una societat amb la següent problemàtica :

- Dificultats per accedir a un habitatge digne
- Dificultats per accedir al món laboral
- Amb estructures familiars amb menys capacitat de contenció.

D'altra banda el propi col·lectiu presenta un seguit de dificultats que requereixen una atenció a la complexitat:

- Envel·liment de la població
- Increment de problemàtica orgànica i mental
- Més dificultats de reinserció a nivell laboral, formatiu i de socialització.

Tot això fa que quan les persones acaben un procés de rehabilitació i reinserció residencial es trobin encara amb fortes mancances que requereixen d'un acompanyament més individualitzat i proper com és el que pot oferir el SAVA (Servei d'acompanyament a la vida autònoma).

Intervenció

El SAVA facilita les següents prestacions:

- Acompanyament socioeducatiu i elaboració del Pla Personal de Vida Autònoma (PVA).
- Acompanyament en la recerca d'habitatge.
- Acompanyament de visites de seguiment i altres recursos comunitaris.
- Suport psico-emocional.
- Seguiment visites mèdiques i de les pautes farmacològiques prescrites.
- Seguiment d'hàbits de vida saludables: higiene personal, alimentació, esport, son...
- Seguiment i reforç per a la gestió econòmica.
- Seguiment i reforç per a l'autonomia en qüestions domèstiques.
- Recolzament en la realització de les gestions que suposin gran dificultat.
- Promoció i orientació dels recursos comunitaris.
- Orientació d'activitats formatives.
- Orientació per a la recerca activa de feina.

Totes aquestes activitats es faran mitjançant la intervenció de l'equip professional assignat que dona suport a processos individuals d'autonomia per a un temps determinat.

Es basa en l'aplicació de la metodologia participativa de l'Atenció Centrada en la Persona, en la que la persona és qui pren les seves decisions i planifica, dissenya i porta a terme les accions corresponents.

Aquest servei defuig l'assistencialisme, i promou una actitud d'acompanyament que dona seguretat a les persones usuàries per tal que puguin prendre decisions amb llibertat i aprenguin d'elles.

Resultats/Impacte esperat

Al ser un servei pilot no podem donar resultats globals però sí tenim informació a partir de l'experiència de diverses entitats de la Coordinadora que el venen desenvolupant des de fa anys.

Les xifres ens mostren que entre un 80/90% de les persones ateses milloren en les següents àrees:

- Manteniment de l'abstinència
- Adherència al seguiment en els seus centres de referència (CAS, SS, CSMA, CAP..)
- Millora de l'ocupabilitat laboral i formativa
- Millora de la gestió del lleure
- Millora en la gestió de les Activitats de la vida diària
- Millora en les relacions socials i familiars.
- Millora en els hàbits de vida saludable (alimentació, son, seguiment pautes mèdiques...).

Conclusions

- La flexibilitat del disseny permet individualitzar al màxim la intervenció, i amb això atendre un ampli ventall de població. Les diferències individuals, el moment de cada usuari/a i la seva realitat és la que obliga al disseny de l'itinerari en el programa, així, s'individualitzen els objectius, treballant-los d'una manera realista i adaptada.
- Realitza una tasca de coordinació molt important amb tots els serveis que intervenen amb la persona facilitant el manteniment d'una línia única d'intervenció i del contínuum assistencial esdevenint el referent especialitzat en la gestió de casos complexos.

Per tot el que hem exposat ens sembla fonamental que aquest servei esdevingui un servei consolidat i dotat pressupostàriament de la Cartera de serveis del Departament TASIF.

Pla de Serveis Individuals social: arribant a quin no arriba i primers resultats

Eva Maria Benito, Míriam Iribarren i Aleksandra Cetnarowska - Hospital Universitari Santa Maria de Lleida-GSS

Objetius

Mitjançant un equip multidisciplinar (psiquiatra, infermera i educadora social) s'ofereix atenció psiquiàtrica a persones en situació d'exclusió social i trastorn mental sever.

Metodologia

Combina una doble atenció: el Tractament Assertiu Comunitari i la Gestió de Casos mitjançant un enfoc col.laboratiu entre la xarxa social i la sanitària i a través d'intervencions integrals, integrades, centrades en la persona i comunitàries.

Resultats

S'han analitzat els resultats des de l'inici del programa fins al març de 2019 (18 mesos) i sobre les derivacions rebudes tant per la xarxa social com per la sanitària. Del total de 89 derivacions el 65% són de la xarxa social i el 35 de la sanitària. Les entitats que treballen amb persones en situació de sense llar suposen el 74% del total de derivacions dins la xarxa social i el 14% arriben dels equips bàsics d'atenció social primària. També s'intervé en el programa de refugiats i demandants d'asil el que suposa el 7% de les derivacions provinents de la xarxa social. Entre les derivacions de la xarxa sanitària destaca que el 42% d'aquestes provenen de la unitat d'aguts de l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida.

El perfil indica un 72% d'homes majoritàriament d'origen extracomunitari (el 67% del total). Cal remarcar que només 11 del total de derivacions han sigut refusades per no complir els criteris d'inclusió al programa i que en aquests casos s'ha realitzat la valoració del cas i l'assessorament corresponent a l'entitat derivadora.

Conclusions

Les dades posen de manifest la importància del programa en quant a la disponibilitat en l'atenció al col·lectiu. En primer lloc la possibilitat d'accedir a persones en situació d'exclusió i no només a persones sense llar, destinataris habituals dels programes similars. En segon lloc el programa potencia el treball en xarxa entre les entitats i recursos socials i comunitaris i la xarxa sanitària, reflectida no només en les derivacions, també en les actuacions destinades a fomentar el vincle de la persona amb els recursos i les xarxes. Cal fer esment de la importància de la sensibilització per part dels serveis sanitaris que el programa promou, manifestat clarament en les derivacions rebudes per part de la xarxa sanitària. Per últim la possibilitat d'assessorar a les entitats derivadores en els casos no acceptats és una aportació significativa del programa.

XarXaJoves: acompanyem i donem suport als joves amb problemes de salut mental

Carles Bonete i Marta Segrelles - *Federació Salut Mental Catalunya*

Objectiu

El XarXaJoves (XXJ) és un projecte d'acompanyament integral a joves d'entre 16 i 25 anys amb problemes de salut mental. Es realitza en col·laboració amb entitats de salut mental del territori per economitza recursos i aprofitar el treball en xarxa, però amb professionals, metodologia i activitats diferenciades. El projecte es desenvolupa a Barcelona, al Barcelonès Nord i a Lleida, amb capacitat per atendre a 15 joves per territori.

Acompanyem aquests joves cap a recursos formatius, laborals i de lleure i els oferim espais de trobada i relació. Els ajudem a fer-se responsables de la seva recuperació, apoderar-se i a recuperar el seu projecte de vida.

La situació detectada que ha impulsat el naixement d'aquest projecte és, per una banda:

- 1 de cada 4 persones patirà problemes de salut mental al llarg de la seva vida
- El suïcidi ja és la 1ra causa de mort entre els joves d'entre 15 i 29 anys
- Les taxes de depressió i ansietat en joves i adolescents han augmentat un 70% en els últims 25 anys

Per altra banda, el buit assistencial que es produeix quan el jove, en assolir la majoria d'edat, fa el canvi de la xarxa de salut mental infanto juvenil a la xarxa de salut mental d'adults. En aquest traspàs, molts joves es desvinculen per una falta d'acompanyament proper i personalitzat. Aquests, tornen a reaparèixer en el sistema, més deteriorats i desaperats.

Per tant, l'objectiu general del XXJ és el d'oferir un espai de suport i acompanyament integral i comunitari als joves d'entre 16 i 25 anys que presenten un problema de salut mental. No només vetlla per la continuïtat assistencial a la xarxa de salut mental sinó que treballa per mantenir la vinculació, o generar-la, amb els centres educatius, formatius i d'inserció, laborals i de lleure, afavorint l'apoderament, l'autonomia personal i la vinculació / participació del jove amb la comunitat.

Metodologia

Els principis metodològics que regeixen la intervenció del XarXaJoves són:

- La persona com eix central del procés d'intervenció
- Individualització i acompanyament integral
- Autogestió
- Participació comunitària i treball en xarxa

D'aquests principis, es deriven les línies de treball del projecte:

1. Acompanyament a l'itinerari individual del jove: Posem el pes en l'acompanyament individual i el centre de la intervenció en cada jove, per tal de poder donar-li suport en la construcció d'un projecte de vida autònom, reduint la dependència dels serveis de salut mental.
2. Activitats grupals de lleure: Les activitats estan pensades per realitzar-se en diferents espais comunitaris. Totes elles es plantegen obertes a la comunitat jove de cada municipi. Són autogestionades i es decideixen per part del grup.
3. Atenció i suport a les famílies: Els familiars tenen la possibilitat de rebre suport i orientació de forma individualitzada, així com l'oportunitat de participar en grups d'altres familiars de joves vinculats.
4. Treball i acompanyament a les entitats del territori: Treball en coordinació amb les entitats, dels diversos àmbits, presents al territori per establir estratègies conjuntes d'intervenció amb els joves.

Resultats

Al llarg del 2018, l'impacte del programa queda representat en:

- 96 joves orientats des de diversos recursos i serveis al XarXaJoves
- 80 joves atesos: informació, orientació (si s'escau a altres recursos), suport i vinculació al XarXaJoves
- 53 joves vinculats al programa i que han iniciat un pla d'intervenció individual
- 144 atencions a familiars, tant individuals com grupals
- 211 difusions i coordinacions a diversos serveis, recursos i entitats

Conclusions

El projecte XarxaJoves dóna resposta a un perfil de població complex, on convergeixen trets de la salut mental amb trets propis de l'adolescència i la joventut. Aquest col·lectiu presenta unes necessitats diferents i específiques a les que cal donar una resposta individual i personalitzada, donada la rellevància d'aquesta època vital i lo determinant que resulta en el futur d'aquests joves.

La valoració, de forma general, és molt positiva. Les dades recollides permeten observar la forta necessitat d'atenció que hi ha en aquest àmbit. Aquest fet, de forma conjunta amb la bona acollida en els territoris, fa evident la necessitat d'un recurs amb aquestes característiques en la xarxa socio-sanitària - comunitària i en el territori, que fins ara trobava diverses dificultats per realitzar una intervenció integral i coordinada cap al jove amb un problema de salut mental.

