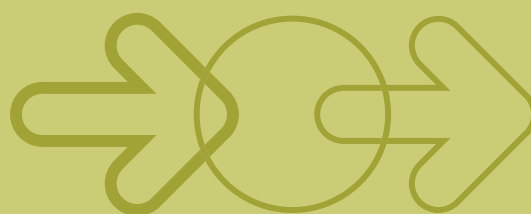


Com a casa

**Procés de canvi cap al model de residència
gerontològica centrat en les persones**

BCN

Recerca aplicada



Ajuntament de Barcelona

*Àrea de Drets Socials
Direcció d'Estratègia i Innovació
Gener de 2017*

Amb la col·laboració de:



Equip de recerca

Per l'Ajuntament de Barcelona:

Àngels Campos. *Tècnica de gestió del Departament de Planificació i Processos. Àrea de Drets Socials.*

Laura Porzio. *Tècnica de suport del Departament de Planificació i Processos. Àrea de Drets Socials.*

Per la Fundació Casa Asil:

Ascensió Finet. *Gerent de la Fundació Casa Asil.*

Teresa Marfull. *Equip de direcció i de comunicació de la Fundació Casa Asil.*

Susanna Fraile. *Directora del centre residencial Casa Asil.*

Comissió tècnica impulsora

Carmina Català. *Cap del Departament de Planificació i Processos. Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona.*

Ester Quintana. *Cap del Departament de Gent Gran. Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona.*

Ascensió Finet. *Gerent de la Fundació Casa Asil.*

Teresa Marfull. *Equip de direcció i de comunicació de la Fundació Casa Asil.*

Susanna Fraile. *Directora del centre residencial Casa Asil.*

Àngels Campos. *Tècnica de gestió del Departament de Planificació i Processos. Àrea de Drets Socials.*

Laura Porzio. *Tècnica de suport del Departament de Planificació i Processos. Àrea de Drets Socials.*

Marisa Parés. *Tècnica de Gestió de la Direcció d'Estratègia i Innovació. Àrea de Drets Socials.
Seguiment del conveni.*

Coordinació de recerca

Departament de Planificació i Processos. Direcció d'Estratègia i Innovació. Àrea de Drets Socials.
Ajuntament de Barcelona.

Grup de contrast extern

Pilar Rodríguez. *Fundació Pílares.*

Toni Vila. *Universitat Autònoma de Barcelona.*

Maria José Guarino. *Centre Residencial Dovela.*

Mercè Mas. *Experta en persones grans.*

Iolanda Fierro. *Pla per a les Persones Grans. Ajuntament de Barcelona.*

Josep de Martí. *Inforesidencias.com.*

Un agraïment especial a totes les persones residents, a les seves famílies i a l'equip de professionals del centre residencial Casa Asil de Sant Andreu de Palomar, que de manera desinteressada ens han dedicat part del seu temps i ens han permès compartir amb ells moments, espais i situacions de la seva quotidianitat a la residència. Sense la seva col·laboració aquesta recerca aplicada no s'hauria pogut portar a terme.



Índex

INTRODUCCIÓ	5
1. Recerca aplicada i model de transformació: el perquè d'una recerca aplicada des de l'administració	7
2. Per un procés de canvi i innovació en residències gerontològiques	9
3. Marc teòric i conceptual	10
3.1 El context sociodemogràfic	13
3.2 Atenció integral centrada en les persones: el model d'AICP	15
4. Objectius	19
4.1 Objectius específics	19
5. Metodologia	20
5.1 Àmbit i població de la recerca	20
5.2 Les entrevistes: les persones residents, els familiars i els professionals	20
5.3 Revisió participativa: instrument/qüestionari	22
5.4 Observació participant	23
5.5 Grup de contrast	23
6. Cap al model d'atenció integral centrada en les persones	24
6.1 La residència "Casa Asil"	24
6.2 Expectatives: com ha de ser una residència?	27
6.3 Experiències i reflexions de les persones residents, dels familiars i de l'equip de professionals: els processos clau	30
6.4 Instrument de revisió participativa: els equips de treball i l'organització	45
7. Anàlisi dels resultats	70
7.1 Coneixement de la persona	70
7.2 Atenció personalitzada	72
7.3 Reconeixement i respecte a la persona; intimitat	74
7.4 Autonomia, benestar i independència	77
7.5 Equips de professionals i organització	79
7.6 Espais físics	81

8. Una aproximació jurídica i legal al model d'AICP	84
9. Anàlisi sobre l'impacte i la viabilitat de les mesures	85
9.1 Coneixement de la persona	85
9.2 Atenció personalitzada	87
9.3 Reconeixement i respecte a la persona; intimitat	89
9.4 Autonomia, benestar i independència	91
9.5 Equips de professionals i organització	93
9.6 Espais físics	95
10. Conclusions i recomanacions	97
11. Bibliografia	104
12. Annexos	107

INTRODUCCIÓ

Durant els últims 20 anys el nombre de persones grans a la ciutat de Barcelona ha anat creixent de manera gradual¹. Podem parlar d'una societat envellida que viu més anys, en un context social canviant amb referència al disseny dels espais, les relacions socials i la presència de les noves tecnologies a la vida quotidiana. Aquests canvis ràpids i constants poden transformar-se en barreres per a les persones grans i promoure la no autonomia i la no independència en relació amb la gestió de la seva quotidianitat.

Les causes i situacions que generen aquestes dificultats en el context social es poden reproduir en algunes de les institucions d'atenció a les persones grans, segons quina sigui la seva forma organitzativa.

Des de la perspectiva d'un canvi de model, trobem força estudis en què se subratlla la importància que té respondre a les exigències individuals, diferents i subjectives d'aquest col·lectiu (Rodríguez, 2011: 6-7). Rodríguez afirma que, de fet, un gran nombre de persones grans persegueixen un altre estil de vida per a la seva maduresa i que desitjarien quedar-se a viure a casa seva, fins i tot vivint en solitud i encara que necessitin atenció i cura de llarga duració. Aquest canvi de paradigma fa necessària una reestructuració organitzativa de les institucions de serveis d'atenció a la gent gran i una nova formació estratègica per als professionals que hi treballen.

En vista de tot l'exposat, podem afirmar que el projecte de transformació en curs de la residència de la Fundació Casa Asil de Sant Andreu de Palomar representa, per a l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona, una oportunitat òptima de col·laborar en l'elaboració d'un model pilot que pretén donar resposta a les noves exigències de les persones grans a la ciutat de Barcelona.

El document que teniu a mà s'estructura en 9 capítols. En el primer capítol presentem l'aproximació teòrica i metodològica d'una recerca aplicada des de l'administració, en aquest cas concret impulsada i coordinada des del Departament de Planificació i Processos. Després situem i contextualitzem el projecte de recerca i la relació entre la Direcció d'Estratègia i Innovació de l'Àrea de Drets Socials i la Fundació Casa Asil de Sant Andreu de Palomar. En el capítol 3 es presenta el marc conceptual envers l'envelliment com a procés i el model d'atenció integral centrada en les persones (AICP). En els capítols 4 i 5 s'expliquen els objectius de la recerca aplicada i la seva metodologia i es detalla el treball de camp portat a terme a la residència gerontològica.

El capítol 6 inclou l'anàlisi de tots els materials, de totes les dades i de tots els relats recollits, entre d'altres. Després d'una breu introducció a l'àmbit de l'estudi, als apartats 6.2 i 6.3, passem a la presentació de les entrevistes (principalment persones residents i familiars) segons unes

5

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

¹ Evolució de l'edat any a any. Percentatges. 1981-2010. Gent gran de 65 anys i més de Barcelona per edats. Característiques de la població de Barcelona segons el Padró Municipal. Juny de 2010.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

grans dimensions que agrupen els processos clau de manera transversal a partir del fil argumentari dels relats de les persones entrevistades, que ens suggereixen relacions i connexions entre processos.

- Coneixement de la persona.
- Atenció personalitzada.
- Reconeixement i respecte; intimitat.
- Autonomia, benestar i independència.
- Equip de professionals i organització.
- Espais físics.

Aquests grans calaixos analítics estructuren de manera paral·lela l'apartat 6.4, en què es presenten les dades (situació actual i canvis proposats) de l'instrument/qüestionari per a la revisió participativa.

Al capítol 7 presentem l'anàlisi dels resultats de tots els materials recollits durant el treball de camp, sempre seguint l'estructura conceptual de les dimensions transversals abans descrites.

En cada quadre es presenten els principis fonamentals de la dimensió, segons el model. Després s'inclouen les veus de les persones residents, les veus dels professionals segons les entrevistes i les veus dels professionals segons l'instrument participatiu. També remarcuem les opinions més significatives de les persones expertes que van participar en el grup de contrast. Gràcies a l'anàlisi en profunditat d'aquestes experiències i reflexions, presentem les mesures d'impacte de cada dimensió per portar a terme el procés de canvi.

Al capítol 8 presentem l'aproximació jurídica i legal al model d'AICP, i al capítol 9, l'anàlisi de les mesures de cada dimensió conceptual a partir de la relació entre l'impacte i la viabilitat.

Finalment, al capítol 10 donem unes quantes recomanacions per implementar el model en el marc d'un procés de transformació, canvi i innovació.

1.

Recerca aplicada i model de transformació: el perquè d'una recerca aplicada des de l'administració

Els contextos de treball de l'àmbit social són contextos de transformació social. Els projectes que es posen en marxa i les metodologies que s'apliquen en aquests contextos són transversals i sovint tenen enfocaments multidisciplinaris: ciències de la salut, educació social, treball social, psicologia, pedagogia i altres ciències socials com ara la sociologia, l'antropologia i les ciències polítiques, entre d'altres. També constatem que cada vegada més el context de treball social gaudeix d'espais de reflexió de la pràctica.

Aquests espais de reflexió de la pràctica són necessaris per pensar i aprendre què fem i com ho fem. Pensar la pràctica és un bon començament per revisar la teoria i continuar avançant. Els espais d'anàlisi de casos, les sessions de supervisió, els grups de millora, l'intercanvi d'experiències, etc., ens apropen a la possibilitat de la millora contínua.

Aquestes premisses generals estan actualment sistematitzades i s'emmarquen en el **Pla de Gestió del Coneixement de l'Àrea de Drets Socials**, que té com a última finalitat proveir als professionals i als serveis de coneixement útil i productiu el necessari per dur a terme la seva tasca i potenciar així l'eficiència, la millora contínua i la qualitat dels projectes i serveis. En aquest pla es treballa per afavorir un canvi cultural de l'organització, posant especial èmfasi en la transferència del saber, de l'expertesa i del coneixement que han acumulat els professionals que la integren.

El que es pretén és passar de ser consumidors de coneixement a generadors de coneixement. Aquest pla de gestió del coneixement inclou un conjunt de projectes, espais i escenaris repartits en tres grans eixos de treball:

1. Visibilitzar i compartir el coneixement adquirit.
2. Interconnectar el coneixement per generar-ne de nou a través del treball col·laboratiu intern.
3. Generar connexions amb les xarxes de coneixement extern.

L'administració, i en concret l'àrea de Drets Socials, genera processos d'aprenentatge en forma d'espai de debat i de reflexió (1) per afavorir **l'actualització del coneixement** dels seus professionals i (2) el **descobriments de pràctiques no conegudes o de tendències innovadores**, (3) però també per **contrastar, sistematitzar o avaluar** els processos de canvi de models i treball habituals. Finalment es pretén (4) **transferir i difondre** el coneixement adquirit per generar impacte entre les persones (subjectes actius dels fenòmens estudiats, professionals de l'àmbit social, etc.).

La participació en recerques aplicades pròpies, i especialment en col·laboració amb les universitats i els centres de recerca, **és un dels eixos de treball de l'àrea per: analitzar, conèixer, transformar i innovar.**

La innovació, des del punt de vista del procés, és una idea que evoluciona, es desenvolupa i creix a través de la comunicació i del treball en equip fins que es transforma en una rea-

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

litat tangible. L'avaluació, la revisió i la millora contínua formen part de la base de la innovació.

Es pot **innovar** fent el que fem però d'una manera diferent, més efectiva, aplicant la **creativitat i l'aprenentatge**. Des d'aquesta perspectiva, per innovar, primer cal sistematitzar els recursos del coneixement, materialitzant els avenços que es deriven del coneixement acumulat i, a partir d'un **procés d'anàlisi i reflexió**, concretar la creació, la introducció i la difusió de **processos nous i millors**.

Una **recerca aplicada és un procés conceptual, metodològic i pràctic d'investigació que té com a objectiu principal generar canvis i produir impacte en un col·lectiu, en un grup o en una organització**. Els canvis poden generar creixement social i econòmic i aportar beneficis a tots als agents implicats.

En altres paraules, una **recerca aplicada** queda plenament justificada en el marc de l'administració perquè l'anàlisi i la sistematització ens reportarà la retroalimentació necessària per millorar en qualitat i en eficiència la resposta de l'organització cap als ciutadans:

- Una recerca entesa com un procés d'aprenentatge amb una finalitat pràctica i d'aplicació immediata.
- La transferència dels resultats i l'aplicació dels canvis s'ha de fer a curt i a mitjà termini.
- Els equips de treball han de ser grups multidisciplinaris i dinàmics amb capacitats i voluntat de canvi. La implicació dels professionals es pot donar en la fase del disseny del projecte, del treball de camp i dels grups de contrast, en els processos d'anàlisi i en les conclusions.

2.

Per un procés de canvi i innovació en residències gerontològiques

El projecte de recerca aplicada “Procés de canvi d’una residència gerontològica: cap al model d’atenció integral centrada en les persones” és fruit d’un conveni de col·laboració de l’Ajuntament de Barcelona amb la Fundació Casa Asil de Sant Andreu de Palomar, en el marc del seu nou pla estratègic (2014-2023).

L’objectiu de la Fundació és reconvertir aquesta gran residència en unitats de convivència, impulsant un canvi de model d’atenció integral centrada en les persones (AICP) per fomentar un entorn més proper i proactiu respecte a les necessitats, els desitjos, els gustos i els hàbits subjectius. També persegueixen un model més sostenible per disminuir els costos sanitaris i socials.

La Direcció d’Estratègia i Innovació de l’Àrea de Drets Socials de l’Ajuntament de Barcelona dona suport a aquest projecte, ja que representa un model pilot susceptible de ser desplegat en altres institucions de la ciutat.

La Fundació Asil, en els darrers anys, va organitzar entre els seus membres uns grups mixtos de treball partici-

patiu i transversal de reflexió, recerca, anàlisi i avaluació per començar a posar en marxa el procés de canvi, i van transformar físicament una part d’una planta de la residència.

A partir del desenvolupament d’aquesta primera fase, s’ajusten els objectius del següent pla anual 2015-16, en què s’inclou directament la col·laboració de suport de la Direcció d’Estratègia i Innovació.

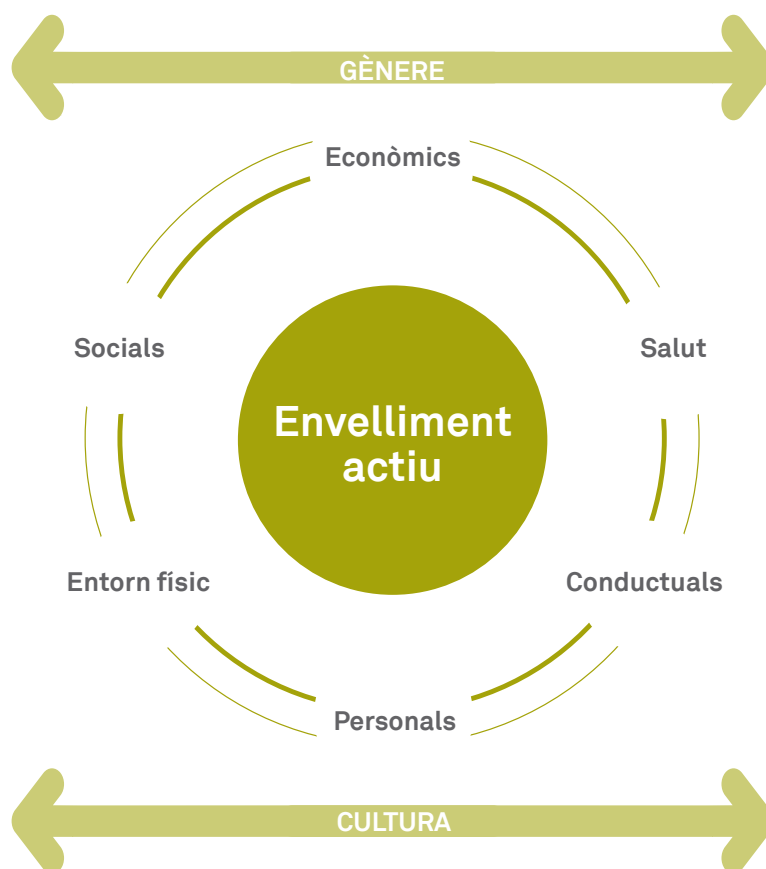
Per col·laborar en la definició, en el procés i en la metodologia d’un projecte pilot, aplicable a altres institucions i entitats de cura i atenció a la gent gran, es proposa portar a terme una recerca aplicada que permeti identificar i analitzar els factors clau de la transformació del model tradicional de residència en el model organitzatiu d’atenció centrada en les persones.

En altres paraules, l’objectiu general del projecte de recerca aplicada és generar coneixements i metodologies per detectar els processos clau de la transformació de la residència Casa Asil en una residència gerontològica integral i centrada en les persones, i extrapolar-ne el model.

3. Marc conceptual

Ens referim a l'**envelliment** com un **procés subjectiu** que no depèn únicament de l'edat i que implica seguir gaudint d'una vida plena i activa. Ens referim a l'envelliment com un **procés actiu**, en el qual cal promoure l'autonomia i la capacitat de continuar prenent decisions sobre la pròpia vida. L'OMS (2002) defineix l'envelliment actiu com "el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen". Les persones grans són subjectes actius que tenen històries

i experiències úniques que influencien de manera diferent els processos d'envelliment. En altres paraules, els significats i les percepcions que s'atribueixen a la vellesa són **construccions socials** que depenen del context temporal, espacial i cultural. Cada persona és única i els processos d'envelliment no són homogenis, ja que depenen de diferents factors i condicionants. L'esquema següent, que ja vam utilitzar en un altre estudi², és força entenedor pel que fa als factors que marquen el procés d'envelliment actiu³ i que hi interactuen:



² "Orientació per promoure noves oportunitats davant la diversitat d'envelliments a la ciutat de Barcelona." Octubre de 2014. Elaboració i coordinació tècnica del Departament de Planificació i Processos. Col·laboració de l'Institut d'Envelliment de la Universitat Autònoma de Barcelona.

³ Quadre extret del document "Envejecimiento activo. Un marco político" de l'OMS, 2002.

El recorregut per l'experiència d'envellir al llarg del temps des de la salut, l'activitat i les relacions com a eixos cabdals que marquen la vida es va desenvolupant a través de les diferents experiències biogràfiques i subjectives de cada persona. Ens referim, per tant, a **l'envelliment com una transició personal subjectiva** que interactua amb l'entorn i amb processos de canvis socioestructurals.

Pensem en l'envelliment com un cicle vital heterogeni en relació amb les experiències biogràfiques de cada persona. Parlem d'envelliment com un procés contraposat al concepte de vellesa, estàtic i homogeni, que té com a únic resultat la fi d'un procés vital.

Si ens referim a l'envelliment com procés evolutiu del cicle vital, és necessari observar i analitzar els canvis que es produeixen en aquesta etapa de la vida i els factors que els condicionen. En aquest context, cal subratllar que són justament aquests **canvis, i no l'edat**, els que defineixen les condicions en què l'envelliment es produeix. Fonamentals són els diferents processos cognitius davant d'aquests canvis: la relació de **cos i salut** amb la percepció del **pas del temps**, el manteniment o la pèrdua de les capacitats, les **actituds** i les **formes d'adaptació** a aquests canvis.

Aquesta transició personal i subjectiva que representa l'envelliment

necessita d'adaptacions i **canvis de l'entorn**: vida individual, familiar i social. Els entorns, que la nostra societat planifica i estructura a partir de les necessitats i habilitats de les persones més joves, poden resultar cada vegada més insegurs conforme es perd agilitat, rapidesa mental i mobilitat. La resposta a aquesta situació sovint es concreta amb estratègies de disciplina, rutina i planificació que eviten les situacions noves i imprevistes. Com ja havíem assenyalat en treballs previs, el risc és que les persones grans acabin refugiament-se cada cop més en entorns segurs, com ara les seves llars, cosa que afavoreix les situacions d'aïllament i soledat.

En treballs previs⁵ havíem identificat altres elements clau que cal tenir en compte a l'hora de conceptualitzar els processos d'envelliment.

La situació **econòmica** i les possibilitats envers els recursos són factors essencials que influeixen directament l'estat de salut i la percepció que es té de la salut. Els **hàbits** i les conductes rutinàries que es van tenir al llarg de la vida (activitat física, alimentació, ús de medicaments, etc.) també repercuteixen en els diferents processos d'envelliment. A més, són determinants alguns factors personals, com ara el cos biològic, la genètica i la capacitat d'adaptació als canvis. Després ho són tots aquells elements que conformen la identitat d'una persona, com ara el sexe,

⁵ "Orientació per promoure noves oportunitats davant la diversitat d'envelliments a la ciutat de Barcelona." Op. cit.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

el gènere, i els entorns i les relacions socials. Es detecta que el **gènere** és encara un element de diversitat: en relació amb la cura, les dones agafen més sovint el rol de cuidadores i els homes redueixen la intensitat de les activitats després de la jubilació.

En vista de tot això, podem afirmar que **envellir activament** significa relacionar-se socialment i participar en els àmbits familiars, comunitaris i socials. La participació social permet continuar desenvolupant una vida activa, formar-se i autorealitzar-se en un moment en què l'activitat laboral deixa de formar part de les activitats quotidianes.

El terme “actiu” posa l'èmfasi en la **participació** en les qüestions socials, econòmiques, culturals, espirituals i cíviques, i no només en la capacitat d'estar físicament actiu. La salut necessita el benestar físic, però també el mental i el social (OMS), els quals són tan importants com el primer. Per tant, s'ha de prioritzar el manteniment de la independència i de l'autonomia a mesura que s'envelleix. També s'ha de tenir en compte el que recull l'OMS: aquest envelliment es produeix en la comunitat, en la relació amb familiars, veïns i amics. Per això, la interdependència i la solidaritat entre generacions són principis fonamentals de l'envelliment actiu.

És essencial posar èmfasi en els canvis socials que s'estan produint a partir del segle XXI i que influeixen directament les noves i futures generacions de persones grans, que necessiten una nova **percepció**, una nova **conceptualització** i diferents

polítiques socials que responguin a les exigències i als reptes nous.

La nova generació de persones grans és la més polaritzada de la història pel que fa als recursos econòmics, a les expectatives i a l'estat emocional. D'una banda, la nova generació de persones grans és la més formada de la història, activa professionalment i, per tant, amb poder adquisitiu per gaudir de l'ús del temps de manera satisfactòria (viatjar, activitats d'oci, activitats culturals, etc.). De l'altra, ens trobem amb persones aturades de llarga durada que, a causa de la crisi i dels canvis socioestructurals que se'n deriven, no podran tornar a l'entorn laboral. Les seves expectatives de futur no són clares i tenen nous riscos de vulnerabilitat econòmica i de salut.

A les noves llars actualment **conviven diferents generacions** (grans, adults, joves) amb necessitat de recolzament econòmic mutu. Es preveu el risc d'aïllament de persones amb rendes baixes i problemes de salut i dependència.

A més, el **nivell d'estudis i formació** durant els últims anys ha augmentat molt, i es preveu que continuï augmentant en les futures generacions. Aquest fet modifica les expectatives personals, les necessitats i les formes de participació activa en el mateix procés d'envelliment i en l'estil de vida.

També trobem canvis en els rols de **gènere amb una nova generació de dones** formades i actives laboralment, i amb més presència en àmbits

de participació social. Augmenta la **diversitat** en els **models de família** i en les **tipologies de les parelles**.

La **religió**, entesa com a creença tradicional, comença a **tenir un pes força diferent** en les noves i futures generacions de gent gran. Sorgeixen **creences i espiritualitats noves**.

Emergeix un gran interès per la **formació i l'aprenentatge**, la presència de les **TIC** com a eina quotidiana i un afany i interès nous pel que fa a la **participació social**. També emergeixen interessos envers **nous tipus d'activitats significatives** en relació amb les diferents subjectivitats entre les persones grans.

A causa dels canvis sociodemogràfics, cal tenir en compte que les persones grans accedeixen a les residències gerontològiques en edats sempre més avançades i amb **deteriorament cognitiu** i falta de mobilitat remarcable. En el desenvolupament del deteriorament cognitiu intervenen molts factors que no es limiten a la magnitud del dany neurològic, sinó a la interacció d'aquest amb la biografia de la persona, l'estat de salut global i, finalment, l'aproximació de la psicologia social. Per aplicar l'AICP amb persones amb deteriorament cognitiu, cal superar la barrera de la

psicologia social maligna (Kitwood, 2003) que deshumanitza les persones per falta de coneixements d'ètica, d'empatia i de comprensió, i se les deslliga de la seva pròpia identitat.

En el marc d'aquesta aproximació teòrica i conceptual, cal remarcar la proposta metodològica del Grup d'Estudi de les Demències de la Universitat de Bradford, al qual pertany Kitwood, que dissenya una metodologia d'observació i de diagnòstic: el ***Dementia Care Mapping***. Aquesta metodologia serveix per avaluar la qualitat d'atenció de les persones amb deteriorament cognitiu. El sistema d'observació centrat en detrac-tors i potenciadors personals permet detectar i establir línies de millora de l'atenció i del benestar personal. (Bradford Dementia Group, 2005).

3.1 El context sociodemogràfic

A partir dels anys 80, a Barcelona s'està experimentant un procés d'en-velliment de la població. L'any 2015 hi havia un total de 348.247 persones majors de 65 anys, que correspon a un 21,63 % respecte a la població total de la ciutat. Es preveu que aquest increment vagi augmentant exponencialment durant els pròxims anys.

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Taula 1. Dades d'entorn. Persones grans. Període 2013-2015. Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

	2013	2014	2015
Persones majors de 65 anys	342.328	345.969	348.247
- Percentatge respecte a la població total	21,20 %	21,44 %	21,63 %
- Percentatge de dones majors de 65 anys	60,35 %	60,27 %	60,18 %
- Percentatge d'homes majors de 65 anys	39,64 %	39,72 %	39,81 %
Persones majors de 75 anys	187.651	185.045	185.714
Persones majors de 85 anys	58.695	60.760	63.178

L'índex de sobreenvelliment, és a dir, la proporció de persones de més de 75 anys respecte al total de persones grans, era del 18,14 % l'any 2015; es va registrar un increment de gairebé 1 punt des de 2013, i de 3 punts l'any 2009, quan l'índex era del 15,14 %.

Una altra dada molt interessant en el marc del nostre estudi és el nombre de persones valorades per la LADP l'any 2015. Com veurem al llarg de l'informe, aquesta dada té una rela-

ció directa amb els canvis de perfils de les persones usuàries de residències amb plaça pública. L'any 2015 es van valorar un total de **105.369** persones, de les quals el **67,1 %** són **majors de 65 anys** (70.708 persones); les **dones** representen el **68,45 %** i els homes, el 31,54 %. Tal com indica la taula següent, entre el total de persones valorades, un 28,72 % van ser les de GRAU I, un 30,01 % les de GRAU II i un 22,03 % les de GRAU III.

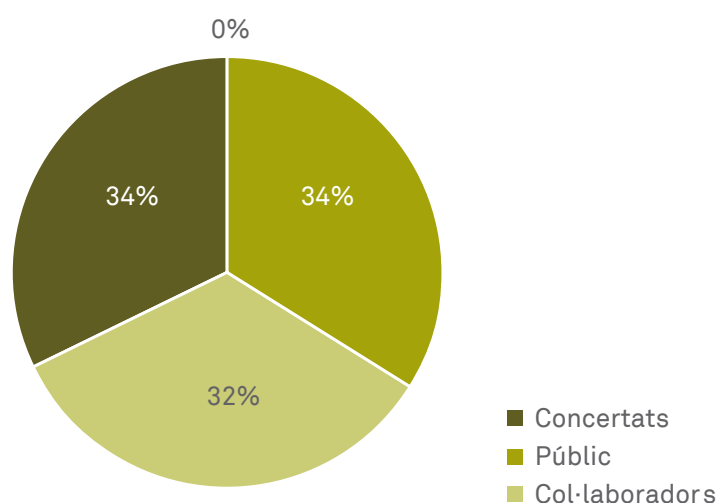
Taula 2. Persones valorades LAPAD segons el grau, l'edat i el gènere. Dades acumulades en data 31/12/2015. Font: Consorci de Serveis Socials.

Grau de dependència	Persones TOTALS	Persones >65 anys	% Persones >65 anys	Dones >65 anys	Homes >65 anys
Grau III	35.937	15.580	22,03 %	10.791	4.789
Grau II	29.840	21.225	30,01 %	14.246	6.979
Grau I	24.685	20.308	28,72 %	14.149	6.159
Sense grau	14.907	13.595	19,22 %	9.215	4.380
TOTAL	105.369	70.708	100 %	48.401	22.307

L'any 2016, a la ciutat de Barcelona hi ha **12.083** persones **valorades** en **llista d'espera** per a l'**accés residencial**. Les sol·licituds a residències

es distribueixen d'una manera força homogènia per a cada tipologia de centre (públic, col·laborador i concertat).

Llista d'espera. Centres residencials.



15

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

3.2 Atenció integral centrada en les persones: el model d'AICP

L'atenció integral centrada en les persones (AICP) és un enfocament conceptual i metodològic que dissenya i defineix com s'han d'atendre integralment les persones grans (salut, relacions socials, context social i proximitat, etc.) posant al centre de la intervenció la persona i la seva dignitat. Pilar Rodríguez la defineix com "la atención integral y centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y del bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y a sus derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su

participación efectiva." (Rodríguez, 2013: 74). Una altra definició que genera consens entre els autors que treballen el tema és la següent: "jo puc planificar la meva cura amb els professionals i les persones que treballen per entendre'm a mi i al meu cuidador, i que em faciliten serveis i un model d'atenció que em permeten assolir els objectius que són importants i rellevants per a mi." (National Voices, 2014).

En altres paraules, incorporar la persona com a element central del procés d'atenció, significa anar més enllà de la cura i tenir l'objectiu que la gent gran continuï tenint el seu propi estil de vida (necessitats, gustos, hàbits, etc.). Un altre punt clau i fonamental d'aquest model és des-

plaçar l'atenció des dels serveis i les activitats per a usuaris passius, cap al disseny de projectes que tinguin un sentit i un significat per a les persones com a agents actius del procés (Rodríguez, 2013).

Al quadre següent es mostren de manera comparativa algunes de les característiques del model d'AICP, que és a on volem arribar, i del model centrat en els serveis, que és d'on venim.

Taula 3. Extracte de Teresa Martínez, 2015. Op. cit. a la bibliografia.

MODEL D'AICP	MODEL DE SERVEIS
Se centra en les capacitats i les habilitats.	Se centra en els dèficits i les necessitats.
Es comparteixen les decisions.	Les decisions depenen dels professionals.
S'emmarca la gent dins els seus entorns habituals.	S'emmarca la gent gran en el context dels serveis socials.
S'esbossa un estil de vida amb un nombre il·limitat d'experiències desitjables.	Planegen la vida mitjançant programes amb un nombre limitat d'opcions.
Se centra en la qualitat de vida.	Se centra a cobrir les places d'un servei.
Es creen equips per solucionar problemes.	Es confia en equips multidisciplinaris.
S'anima els treballadors a prendre decisions.	Es delega el treball a qui treballa directament.
S'organitzen accions per a usuaris/ famílies i treballadors.	S'organitzen reunions per als professionals.
Les noves iniciatives valen la pena fins i tot si són un petit començament.	Les noves iniciatives valen la pena només si es poden implantar a gran escala.
S'utilitza un llenguatge familiar i clar.	S'utilitza un llenguatge clínic i amb tecnicismes.
La intervenció és global i se centra en el pla de vida de les persones.	La intervenció prioritza aspectes, conductes alterades, patològiques, etc.

Per promoure el canvi de model, cal afavorir la transformació de les institucions d'atenció en estructures que donin suport a les persones i les apoderin com a subjectes que opinen i trien. Els professionals han de treballar acompanyant els projectes vitals de la gent gran en entorns agradables i casolans. Finalment, i si les persones residents hi estan d'acord, cal incorporar les famílies en aquest projecte de vida compartit.

Rodríguez (2011: 16) defineix els principis i criteris conceptuais marcs sobre els quals s'ha de fonamentar el model integral centrat en les persones, les famílies i l'entorn social i comunitari. Els principis i criteris han d'adaptar-se contínuament als processos individuals i subjectius de cada persona.

17

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

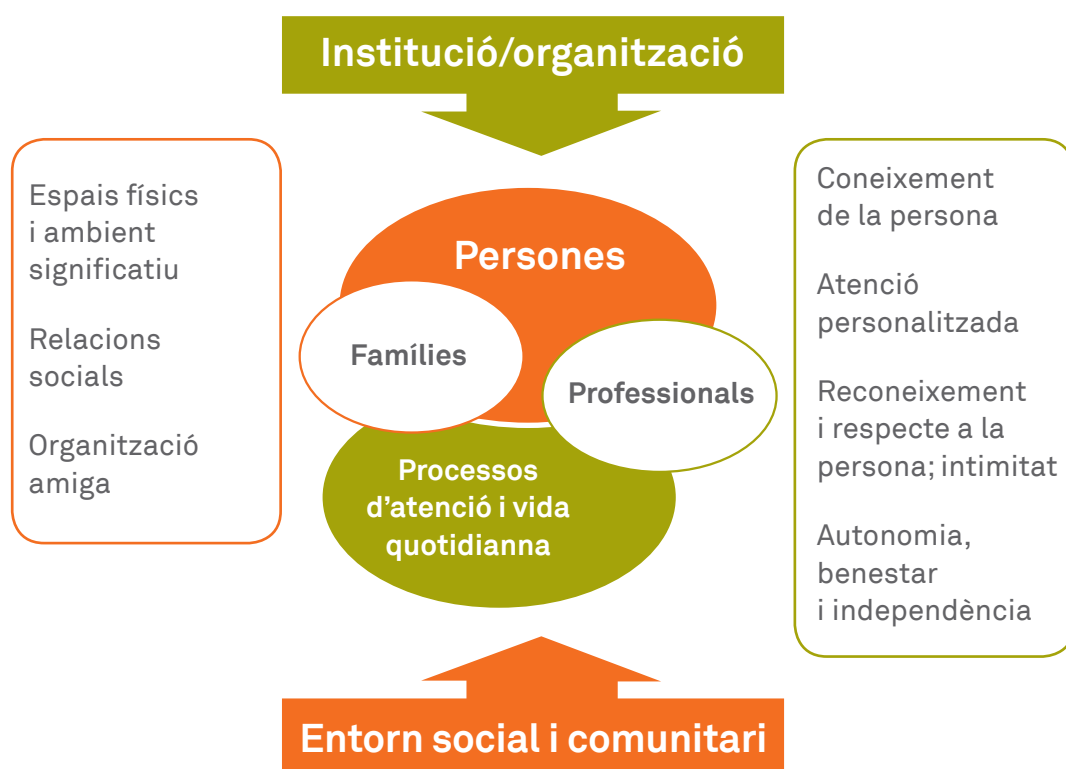


Un altre concepte marc força interessant és el de qualitat de vida entès com un estat desitjat de benestar personal que conté diferents dimensions, característiques i aspectes que depenen dels contextos socioculturals i d'entorn (Shalock i Verdugo, 2007). La qualitat de vida es considera fonamental conjuntament

al model d'envelliment actiu que ja hem introduït. Aquest concepte a vegades dóna peu a interpretacions errònies, per exemple, definir "actiu" com la necessitat de la gent gran de portar a terme activitats amb freqüència, i no prendre part de les decisions que l'afecta. (Rodríguez, 2013).

Per avançar en la transformació de les institucions d'atenció a la gent gran i en la introducció del model, és important tenir instruments que ajudin a definir els processos clau⁶ del canvi. Recentment s'estan publicant guies i manuals d'acompanyament teòric i metodològic força interessants (Martínez, 2013). Podem des-

tacar l'instrument/qüestionari de revisió dels processos participatius que construeix la Teresa Martínez. És una eina d'autoavaluació crítica i reflexiva que serveix per "evaluar el grado de desarrollo de cada acción o metodología clave según los descriptores de buena praxis propuestos. (Martínez, 2013: 12).



Font: adaptació del gràfic original de Teresa Martínez, 2013: 15.

⁶ Teresa Martínez (2013) es refereix als processos clau com a "processos diana". Nosaltres recuperem, en el nostre propi marc conceptual, la idea de procés (dinàmic, canviant, heterogeni i relacional), però optem pel terme "clau" en lloc del de "diana".

4. Objectius

En vista de tot l'exposat, cal remarcar la necessitat de les administracions públiques d'adaptar-se als canvis i promoure models innovadors a partir de la gestió dels coneixements i dels processos. Aquesta recerca aplicada pretén oferir elements per avançar en aquesta línia de treball, amb uns objectius clars i definits.

1. Identificar i analitzar criteris i accions clau que generen i afavoreixen resultats en el procés de canvi i implantació del model.
2. Identificar i analitzar els elements i els processos clau de la transformació de la residència de la Fundació Casa Asil per extrapolar-ne el model.

4.1 Objectius específics

- Analitzar quin impacte està tenint aquest procés de transformació i l'aplicació del model en la vida quotidiana de les persones implicades.
- Recollir relats i experiències de les persones residents i de les seves famílies, mitjançant entrevistes.
- Identificar els processos clau i avaluar en quina fase i moment es troben.
- Detectar àrees de millora, ajustades als objectius de la pròpia institució.

5. Metodologia

20

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

La metodologia de la recerca va ser qualitativa. Va ser fonamental la implicació dels mateixos agents de canvi a partir d'accions d'un procés d'investigació/participació. La mirada es va focalitzar en 4 "espais" principals com a llocs físics i simbòlics d'interacció entre variables. Cada un dels 4 "espais" que identifiquem es van analitzar en relació amb els altres i en relació amb el context social i territorial en què se situen: les persones residents, les famílies, els professionals i els espais físics.

5.1 Àmbit i població de la recerca

L'àmbit d'estudi va ser la residència gerontològica Casa Asil i la població principal van ser les persones residents i els familiars de suport. També va ser determinant la participació a l'estudi dels treballadors del centre.

El treball de camp es va dur a terme mitjançant 3 tècniques de recerca principals:

- Les entrevistes.
- L'Instrument/qüestionari de revisió participativa.
- Les observacions de les persones, dels espais i de les activitats.

5.2 Les entrevistes: les persones residents, els familiars i els professionals

Les entrevistes van ser un element clau en el marc de tot el procés de recerca, ja que ens van permetre analitzar la relació entre les necessitats reals, les experiències i els desitjos

de les persones, amb els principis del mateix model d'AICP. Les entrevistes van ser essencials per establir criteris i prioritats entre la teoria i la pràctica i dissenyar camins metodològics per contextualitzar i adaptar el model a la realitat social i física de la residència Casa Asil.

Per al projecte inicial, ens havíem fixat com a objectiu realitzar el mateix nombre d'entrevistes entre plantes ordinàries i la unitat de convivència. Durant el treball de camp vam relativitzar aquesta variable, ja que el que observàvem i el que escoltàvem ens anava mostrant que l'espai transformat no tenia un pes determinant en la implantació del model. En altres paraules, els processos de canvis posats en marxa afectaven totes les plantes, i el funcionament de la unitat de convivència finalment no va ser un indicador per tenir en compte. Finalment, es van portar a terme **11 entrevistes a persones residents i 10 entrevistes a familiars i a 3 treballadors.**

Les variables fonamentals que ens van guiar a l'hora de triar les persones a les quals vam entrevistar van ser les següents:

- Sexe
- Edat
- Nivell de dependència funcional
- Procedència del domicili o d'altres residències
- Antiguitat al centre

Taula 4. Entrevistes a persones residents, segons les variables.

Sexe	Edat	Estat físic	Nivell cognitiu	Antiguitat	Planta	Procedència	Entrevista familiar
Dona	89	Dependència moderada	Deteriorament lleu/moderat	Més d'1 any	4t 1a	Residència privada	Sí
Dona	83	Autònoma	Molt bé	Menys d'1 any	5a	Domicili	Sí
Home	83	Autònom	Molt bé	Menys d'1 any	5a	Residència privada	Sí
Dona	86	Dependència important	Bé	Més de 5 anys	4a	Domicili	Sí
Dona	77	Autònoma. Necessita suport per sortir al carrer.	Molt bé	Més d'1 any	2a	Hospital	Sí
Dona	93	Autònoma	Bé	Més de 5 anys	4a	Domicili	No
Dona	95	Autònoma. Necessita suport per sortir al carrer.	Molt bé	Més de 5 anys	4a	Domicili	Sí
Dona	92	Autònoma. Necessita suport per sortir al carrer.	Molt bé	Més de 5 anys	5ena	Domicili	Sí
Home	88	Autònom	Bé	Menys d'1 any	4a	Domicili	No
Home	88	Dependència moderada	Bé	Més de 5 anys	4a	Domicili	No
Dona	96	Autònoma	Molt bé	Més de 5 anys	2a	Domicili	No

21

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Taula 5. Entrevistes a familiars, segons les variables.

Sexe	Edat	Parentiu	Visites	Nivell de responsabilitat en la presa de decisions	Planta	Procedència	Entrevista familiar
Dona	Entre 30 i 40	Filla	Diàries	Familiar responsable	4t 1a	Residència privada	No
Home	Entre 60 i 70	Fill	Diàries	Familiar responsable	4t 1a	Residència privada	No
Dona	Entre 60 i 70	Filla	Diàries	Familiar responsable	3a	Residència privada	No
Home	Entre 40 i 45	Fill	Freqüents	Visites/suport	5a	Domicili / residència privada	Sí
Home	Més de 80	Marit	Diàries	Familiar responsable	4a	Domicili	Sí
Dona	Entre 60 i 70	Filla	Diàries	Familiar responsable	4t 1a	Residència privada	Sí
Dona	Entre 60 i 70	Filla	Diàries	Familiar responsable (les decisions les pren la resident)	4a	Domicili	Sí
Dona	Entre 40 i 45	Filla	Freqüents	Visites/suport	2a	Hospital	Sí
Dona	Entre 40 i 45	Voluntària	1 cop a la Setmana	Visites			No
Home	Entre 60 i 70	Gendre	Freqüents	Visites	5ena	Domicili	Sí

5.3 Revisió participativa: instrument/qüestionari

L'instrument/qüestionari és una eina d'autoavaluació que permet realitzar una revisió interna crítica sobre com s'està portant a terme el procés de transformació d'un centre gerontològic cap al model d'AICP. L'instrument es construeix sobre dues dimensions

principals, l'atenció a la persona i l'entorn, que engloben 10 components que corresponen als principis i criteris del model d'AICP. (Martínez, 2013: 14-15). Cada component fa referència a uns criteris i a unes accions que s'estructuren en 20 processos clau. Cada criteri i acció s'autoavalua mitjançant descriptors de bones praxis durant els grups de revisió participa-

tiva. L'objectiu de l'instrument és analitzar en quina fase es troben els 20 processos clau (no iniciat, incipient, avançat o consolidat), però al mateix temps és una eina molt important d'autoreflexió i conscienciació.

Per aplicar aquest instrument metodològic:

- Es van organitzar 5 grups de revisió participativa (1 per equip de planta), en què van participar entre 9 i 10 persones:
 - 3 persones del grup motor del procés de canvi (gerent, director i cap de comunicació).
 - 3 auxiliars (matí, tarda i nit).
 - 1 persona de servei general.
 - 2/3 tècnics.
- Cada grup va avaluar una part de l'instrument, concretament 4 processos clau.
- El grup motor va organitzar i coordinar cada grup.
- Es va realitzar una observació tècnica externa a cada grup.

5.4 Observació participant

L'observació va ser una tècnica complementària a les entrevistes. Es van observar diferents espais, activitats i dinàmiques, en moments diferents.

Pel que fa als espais:

- Planta transformada.
- Plantes ordinàries.

- Menjadors.
- Centre de dia.
- Gimnàs.
- Perruqueria.
- Espais comuns a la planta baixa.
- Porxo/pati.

Pel que fa a les activitats dinamitzades:

- Tallers de pintura amb la psicòloga.
- Bingo assistit i intergeneracional.
- Taller de memòria amb educadora.
- Fisioteràpia al gimnàs.
- Lectura de diaris amb alumnes de batxillerat.
- Cinema a la 4a planta i teatre.

5.5 Grup de contrast

Es va crear un grup de contrast amb professionals experts externs per a tot el procés de recerca. Les persones que van participar al grup van revisar la primera versió de l'informe, encara que vam demanar que se centressin en els capítols 6 i 7.

Les aportacions recollides al grup van ser fonamentals per analitzar els resultats i avaluar l'impacte i la viabilitat de les mesures elaborades.

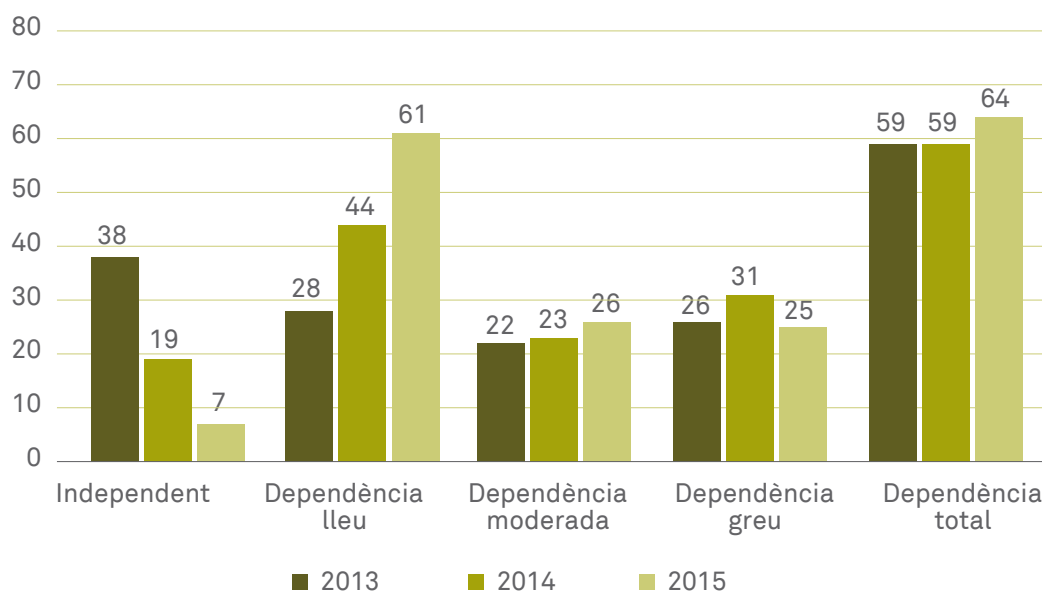
6. Cap al model d'atenció integral centrada en les persones

6.1 La residència "Casa Asil"

La Fundació Casa Asil de Sant Andreu de Palomar és una institució privada amb 150 anys d'història constituïda per una residència gerontològica, un centre de dia i l'escola Sagrada Família. Va ser fundada l'any 1865 per l'Ajuntament de Sant Andreu de Palomar i pel rector de la parròquia. L'any 1866, per dur a terme l'activitat, van arribar a un acord amb la congregació de les religioses de la Sagrada Família perquè en portessin la gestió. Als anys 80 la residència va modificar el seu model de gestió amb l'entrada

de finançament públic i va concertar una bona part de les places. Actualment la residència té un total de 150 places (149 i 1 de respir), de les quals 109 són de titularitat pública i 41, de privada. Pel que fa a l'ocupació, les dones ocupen el 80 % de les places públiques i els homes n'ocupen el 73,08 % (homes: 20 % i 26,92 % respectivament). La mitjana d'edat de les dones residents és de 87,66 anys i la dels homes, de 86,53 anys. Durant els últims anys els nivells de dependència, segons l'escala de Barthel, han augmentat força.

Evolució dels diferents nivells de dependència segons l'escala de Barthel.

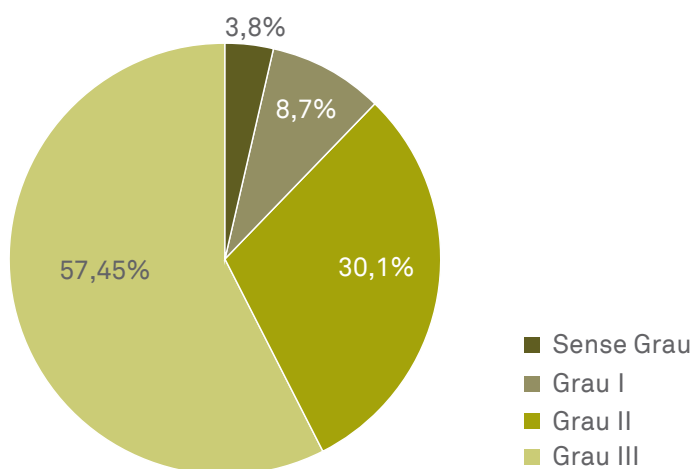


Fonts: memòria anual Casa Asil, 2015. Elaboració pròpia.

Pel que fa la Llei de Dependència i la seva valoració oficial, cal dir que l'any 2015 el 57,45 % de persones residents tenen valorat un grau III de LAPD, un

30,1 % tenen un grau II i un 8,7 % tenen un grau I. Finalment, només un 3,8 % no tenen reconegut cap grau.

Valoracions LAPAD 2015.



25

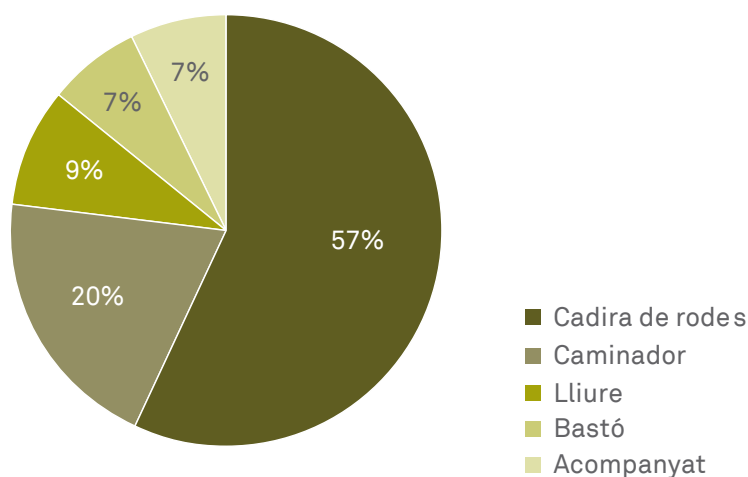
Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Fonts: memòria anual Casa Asil, 2015. Elaboració pròpia.

L'any 2015 les persones que utilitzen cadires de rodes són ja més de la meitat dels residents globals. Aquestes

dades es veuen directament reflectides en l'augment progressiu dels desplaçaments assistits.

Avaluació del desplaçament.

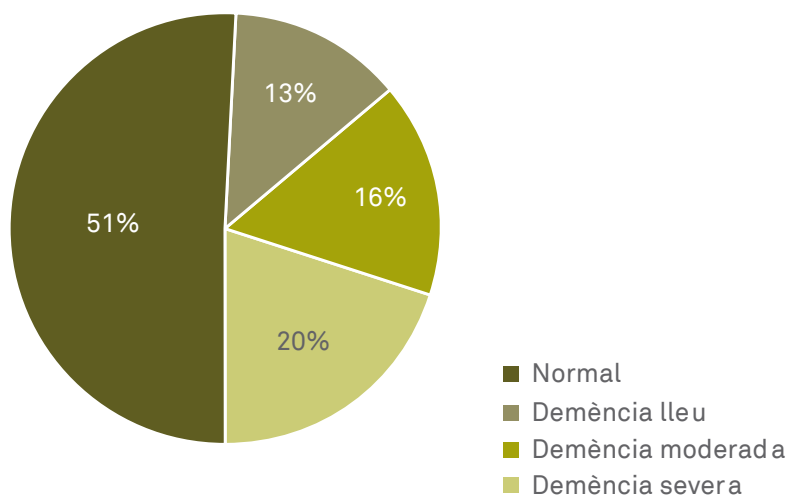


Fonts: memòria anual Casa Asil, 2015. Elaboració pròpia.

Sempre al 2015, el 51% de les persones residents tenen una valoració cognitiva de demència severa contra un 13% de normal. Els processos de canvis estructurals que afecten el curs de la vida de les persones grans

de la nostra societat, es reflecteixen directament en les residències gerontològiques que acullen cada any més persones amb dependència funcional.

Valoració cognitiva 2015.

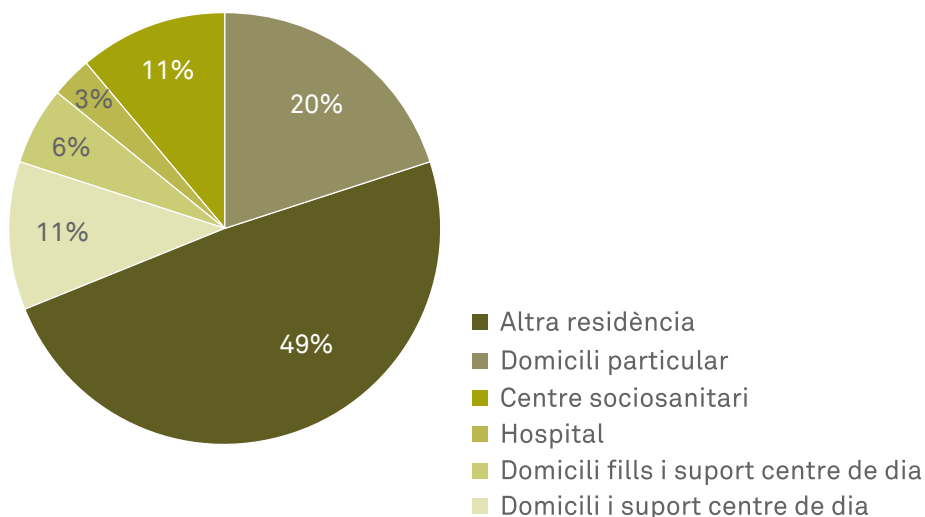


Fonts: memòria anual Casa Asil, 2015. Elaboració pròpia.

Una última dada interessant és la de l'evolució de la procedència de les persones residents en el moment d'entrar a la residència. Mentre que fa uns anys la gran majoria d'ingressos eren des dels domicilis particulars, l'any 2015 el 48,57 % de les persones

residents arriben a la casa Asil des d'una residència de titularitat privada. Aquest element és molt important a l'hora de planificar els processos i els plans d'acollida dels nous ingressos.

Procedència en el moment de l'ingrés.



27

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Fonts: memòria anual Casa Asil, 2015. Elaboració pròpia.

6.2 Expectatives: com ha de ser una residència?

Entrar a viure en una residència implica una sèrie d'expectatives i idees sobre com serà la quotidianitat al centre. Actualment, i de manera majoritària, aquest canvi en l'estil de vida de la gent gran es viu com un procés de fractura amb el projecte vital i sovint implica processos de dol, que acompanyen les persones residents i els seus entorns més pròxims durant molt de temps.

“A mi m’hauria agradat que la meua mare s’hagués refet de la seva depre, i ara que no havia de cuidar ningú, hauria fet i desfet. A nosaltres ens va caure com un gerro d’aigua freda, però és una decisió que va prendre ella amb el cap ben clar. Realment aquí està molt bé, aquí està ben cuidada i ben atesa, controlada, i realment això a mi m’alleuja la feina... però... només té 76 anys. No deixa de ser que s’ha tancat aquí! Ningú ve aquí perquè està a l’hotel, qui ve aquí és perquè està fotut.” (Familiar de persona resident autònoma).

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Aquest sentiment de dol i rebuig cal situar-lo en el marc d'una percepció social més àmplia sobre què implica viure en una residència. En la gran majoria d'entrevistes es detecta que el deteriorament de l'estat de salut i la pèrdua d'autonomia per dur a terme les tasques de la vida quotidiana són els determinants més comuns per prendre aquesta decisió. Tant els familiars com les persones residents concorden que l'objectiu ideal és allargar al màxim possible l'estada a la llar domèstica per mantenir el benestar i perseguir la felicitat de les persones. En altres paraules, anar a viure a una residència és l'últim recurs quan es necessita ajuda i suport.

“A seixanta anys de casats ens hem separat... sí, separat... jo visc aquí i el Joan a casa. Nosaltres vivíem junts amb el nostre fill, que es va casar i separar de seguida; tenien una nena petita. Jo em trobava molt malament i com que no em podien cuidar, vaig haver de venir aquí.”

La dependència i les dificultats conseqüents que comporta cuidar una persona dependent a nivell fisiològic, indueixen la presa de la decisió. Moltes de les persones entrevistades expliquen que tenir un cuidador al domicili propi no resol les situacions problemàtiques de les famílies cuidadores, perquè sovint no cobreixen les 24 hores del dia i els falten coneixements sanitaris, que es consideren indispensables.

Totes aquestes reflexions ens permeten afirmar que la **qualitat d'atenció sanitària, com a criteri fonamental,**

és més valorat que el manteniment dels projectes vitals individuals.

En altres paraules, en les expectatives sobre com hauria de ser un centre gerontològic es prioritza, sense cap dubte, la qualitat de la cura (seguretat, control, assistència, salut, etc.) per sobre de la qualitat de vida (benestar personal, autonomia, projecte propi, autodeterminació). L'anàlisi en profunditat de tots els materials ens permet afirmar que actualment els principis i els criteris que guien el model d'AICP no són percebuts com una necessitat per les persones residents i pels seus familiars, ja que no es coneixen. Encara hi ha la imatge social que les residències no són “llocs per viure” i tirar endavant els projectes vitals propis.

La totalitat de persones entrevistades expressen que el que s'espera d'una residència gerontològica és un **bon servei**.

“Si el model d'ACP és respondre a les necessitats i l'estil de vida de les persones, l'estil de la meva sogra és estar asseguda al sofà i no fer res. Si ella visqués a casa seva, tampoc voldria fer res.” (Familiar de persona resident autònoma).

Podem concloure que actualment l'ingrés a la residència Casa Asil es deu al deteriorament de la salut i implica un trencament voluntari dels projectes vitals. Generalment s'assumeix que cal deixar de banda les particularitats pròpies i adaptar-se a les rutines i dinàmiques del lloc on es viu. Aquest procés no es viu de manera conflictiva, ja que es percep com l'única opció vàlida i factible.

“La meva dona la veu com una persona autònoma, que està bé per seguir amb la seva vida a casa seva. En canvi, ella està encantada d’estar a la casa perquè se sent acompanyada, li fan tot perquè ella ja no volia fer res. Va arribar un moment que va dir: ‘No vull fer res més!’. Ella volia un hotel i ha buscat el seu hotel. (Familiar de persona resident autònoma).

Com ja hem dit, el sentiment de culpabilitat i fracàs envers les capacitats de cura i suport és un element molt present en les entrevistes dels familiars. En els casos en què la decisió presa per la mare o el pare no és compartida, els processos d’adaptació resulten força complicats. Durant els mesos en què es portava a terme el treball de camp, es va posar en marxa una iniciativa molt interessant: la creació d’un grup format per familiars “antics” per atendre i acollir els familiars nous al centre.

“Som 3 familiars que organitzem l’acollida als familiars de residents que acaben d’ingressar. Cada mes els rebem i parlem amb ells, a partir de la nostra experiència; el que estan passant ells també ho vam passar nosaltres. (...) El que fem és explicar qui som, qui són els nostres familiars i els que ens vam trobar. I ells també es van obrir i ens van explicar els seus sentiments, com estaven. Ens vam donar compte que més que fer preguntes, necessitaven explicar que se sentien malament, culpables de portar el seu familiar al centre. (...) Especialment una parella ens va dir

que es van sentir més segurs, perquè van veure que no ho estaven fent malament.” (Familiar de persona resident autònoma).

En vista de tot l’exposat, podem sintetitzar que les expectatives sobre el que s’espera avui dia d’un centre residencial gerontològic són les següents:

- Fractura amb el projecte de vida. La vida anterior s’acaba i comença una nova etapa en què les necessitats individuals passen a un segon pla.
- Seguretat i servei en temes de cura i salut per generar benestar.

Moltes de les persones adultes entrevistades expliquen que en un futur més o menys pròxim probablement viurien a la residència Casa Asil, que es valora com una bona residència per molts dels aspectes que anirem detallant durant l’informe. Ara bé, cal subratllar que els aspectes millor valorats no responen gairebé mai als criteris i principis del model d’AICP.

Per dur a terme un procés de transformació que realment generi un impacte contrastable, cal **promoure un procés de sensibilització i un canvi de mentalitat sobre les expectatives, els desitjos i els objectius.**

“Vius aquí o és casa teva?”

“Visc aquí, casa meva no pot ser. Comparar no es pot, perquè casa teva és diferent! Aquí dines, et cuiden.” (Home de 88 anys).

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

6.3 Experiències i reflexions de les persones residents, dels familiars i dels treballadors: els processos clau

6.3.1 Coneixement de la persona

Els processos d'atenció integral centrada en la persona necessiten un coneixement profund de les biografies i històries de vida de les persones residents per planificar els plans d'atenció individual de la vida quotidiana. Oferir una atenció de qualitat segons els principis i criteris del model implica conceptualitzar les persones residents com a subjectes actius amb poder de decisió i tenir els suficients coneixements sobre les seves necessitats, els seus gustos i les seves rutines. Tal com demostren les dades de les entrevistes i les observacions, el coneixement de les biografies i els hàbits de la vida quotidiana actualment no són una prioritat per als equips de treball. D'una banda, i en l'àmbit discursiu, **se'n valora la importància però en realitat no s'acaba de posar en pràctica** i tampoc no s'utilitza aquesta eina durant les activitats laborals diàries.

“Cuando yo vine aquí me chocaban muchas cosas. El primer día que trabajé aquí, la primera cosa que hice fue sentarme con un residente para hablar con él y conocerlo, mi idea era ‘si te tengo que dar una buena atención, primero te tengo que conocer’. Y me dijeron: ‘No... no. Venga, que hay que poner ropa, que hay esto y lo otro...’. Claro, no tienes tiempo para los residentes.” (Equip d'atenció quotidiana).

Podem afirmar que **les dinàmiques de treball no afavoreixen un coneixement en profunditat de les persones**. Poder conviure i, per tant, arribar a conèixer les persones residents resulta molt difícil a causa dels processos organitzatius de les tasques d'atenció i cura. Un dels instruments que les residències gerontològiques tenen per conèixer les persones i dur a terme amb qualitat l'atenció a la vida quotidiana és el PIAI. Es tracta d'un document polivalent, que es prepara durant una reunió anual, en què es concreta i es planifica l'atenció a la vida quotidiana de cada persona resident. Anteriorment aquest pla estava estructurat exclusivament pels professionals, que es reunien i decidien totes les accions i tots els elements que les persones residents necessitaven, des d'un punt de vista tècnic i de salut.

Un dels primers processos de canvi que s'han posat en marxa a la residència és justament la transformació del PIAI perquè sigui un instrument que incideixi en la qualitat de vida de les persones.

“Durant el preingrés, sempre ho comento que durant els primers tres mesos un membre de l'equip us trucarà per concertar una reunió, i expliquem qui participa i que parlarem del procés d'adaptació a la casa, com vivim; jo sempre ho enfoco que hem d'anar a la una per obtenir el major benestar per a les persones.” (Treballadora social).

L'organització té molt clar que cal modificar radicalment l'instrument perquè sigui una eina fonamental

en els processos subjectius d'envel·liment actiu. Actualment estan treballant força cap a aquesta direcció, modificant i introduint-hi nous elements. Per començar, la reunió anual tècnica s'ha obert a la participació de les persones implicades. Aquest element fonamental resulta difícil d'acceptar, "perquè la gent creu que si ve a viure aquí s'ha d'adaptar i punt". Un dels elements detectats com a problemàtics és l'estructura de les reunions mitjançant les quals es recull el PIAI, que resulta ser força formal sense afavorir que les persones se sentin còmodes parlant de si mateixes. Aquest fet contribueix que el PIAI no es tingui en compte com una peça fonamental en l'atenció a les persones.

- "Coneixeu el pla inicial d'atenció a la vida aquí a la residència?"

Resident i familiar: "El què?"

- "Recordeu alguna reunió en què va parlar de quina activitat fer, de les rutines de cada dia?"

Familiar: "No, mai! Això ja li diuen, el que ha de fer... Li diu el metge, la Rosa" (psicòloga).

L'extracte del diàleg anterior és força representatiu de les experiències i percepcions que es tenen actualment sobre el PIAI a la residència Casa Asil. És força interessant que un element que els professionals consideren central i fonamental no estigui incorporat als relats i a les reflexions de les persones residents i dels familiars.

"Si jo no treballés aquí no tindria n'idea, realment no sabia res del

PIAI de la meva mare. Sabria que he tingut una reunió i que m'han explicat 4 coses, però com a familiar el PIAI no serveix, no és una eina d'informació. Sempre sento que hem de fer PIAI com qui posa una rentadora, si la família reclama, li dónes el PIAI i després es queda així... sense fer-ne res." (Equip directiu).

Cal buscar fórmules diferents per recollir i actualitzar aquestes dades indispensables pel que fa al benestar de les persones.

Una d'aquestes iniciatives és recollir les històries de vida de les persones i crear un dossier que es quedi a cada planta perquè tothom pugui consultar-lo.

Aquesta nova eina en procés de creació ha de servir perquè cada PIAI s'utilitzi per actualitzar els dossiers biogràfics. La història de vida és una tècnica molt important per conèixer les experiències vitals de les persones, les seves preferències i les seves rutines.

És fonamental posar en marxa processos perquè aquests dossiers es transformin en elements que tots els equips de professionals percebin com a indispensables.

Per acabar, es detecta que el PIAI no és només un instrument poc conegut, sinó que fins i tot no s'entén ni es percep com un element fonamental. Les persones entrevistades expressen que no cal tenir aquests nivells profunds de coneixement per donar una atenció de qualitat, ja que les persones que entren a viure en una

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

residència s'han d'adaptar a la seva estructura organitzativa, i no vice-versa.

Cal buscar mecanismes per sensibilitzar les persones residents i les seves famílies sobre la importància que té l'atenció personalitzada pel que fa al benestar físic i emocional.

6.3.2 Atenció personalitzada

L'atenció personalitzada és un "concepte" poc present en les reflexions de les persones entrevistades. Durant les entrevistes s'ha conversat força, en l'àmbit teòric, sobre quins haurien de ser els elements d'atenció personalitzada que s'haurien tenir en compte perquè la persona resident se sentís com a casa. Tot i això, en el moment de vincular la reflexió teòrica amb les dinàmiques de la vida quotidiana tothom valora que respondre a les exigències individuals de cada subjecte és impossible en una residència gran on conviuen moltes persones. Calen horaris i normes iguals que tothom respecti.

"Jo li dono la màxima importància al tracte personal amb els avis. Ara, cal tenir en compte el pes organitzatiu; s'han de seguir unes pautes perquè per conviure amb tothom s'han de tenir unes normes i seguir-les. Per tant, cal tenir en compte el que vol tothom, però fins a un cert punt. Un punt mig, encaixar les dues coses. (Voluntària i anterior persona de referència d'un resident).

Les persones que tenen una bona autonomia fisiològica afirmen que, per viure a la casa, s'han d'adaptar

als horaris, a les rutines i a la tipologia d'activitats que organitza el centre com a institució, que ja té incorporada l'expertesa tècnica indispensable per organitzar el dia a dia a la residència.

"A mi m'agradaria que em demanessin l'opinió, però crec que sempre tindrà més pes l'opinió del professional."
(Familiar de residents autònoms).

La relació entre la reflexió teòrica i l'anàlisi empírica de les rutines quotidianes al centre també genera unes paradoxes força interessants. Si es pregunta de manera directa als professionals i a les persones sobre quin pes ha de tenir l'atenció personalitzada en l'organització de la vida subjectiva de cada persona resident, les opinions majoritàries convergeixen que cal adaptar-se als ritmes i a les necessitats de l'organització. Tot i això, en el moment en què es descriu, de manera menys reflexiva, quin impacte està tenint l'adaptació a les rutines sobre els ritmes personals (hora d'aixecar-se i d'anar a dormir, àpats, higiene, etc.) emergeixen indicadors de malestar.

"M'aixeco tard... jo no puc aixecar-me aviat... a veure... m'agradaria, però no puc perquè hi ha les noies de serveis generals que han de fer els llits i hi ha l'esmorzar. Jo sóc de les que esmorza més tard. Jo quan estava a casa meva tenia un horari, aquí també. Potser no dinava a la 13... dinava a les 14... i no sopava a les 19... sinó a les 21." (Persona resident autònoma).

"Trobo que a l'estiu ens haurien de dutxar més d'una vegada, a casa es-

tàs acostumada a fer-ho cada dia... Aquí hi ha moltes persones i pocs auxiliars, està clar, la cosa no dóna per a més.” (Persona resident amb dependència física).

Els familiars de persones amb greus deterioraments cognitius, que de fet no vam poder entrevistar directament, **creuen que cal adaptar-se a l'organització perquè un tracte més individualitzat realment no afectaria gaire els seus familiars**. Les persones entrevistades expressen que les persones amb demència, com que no són “conscients” del que passa al seu voltant, no necessiten que es personalitzi la seva quotidianitat.

“Les noies que la vesteixen cada dia li trien la roba. No sé si la deixen triar, jo crec que ara ja no importa. Crec que potser li diu vull això i després ja... ni se n'adona; crec que el seu cap ja no està per a això.

- “T’han preguntat mai si la teva mare era molt pudorosa, si li molesta alguna cosa que té veure amb el seu cos?”

“No, mai! Però en aquest moment, en la manera en què està no crec ni que se n’adoni.” (Familiar de resident amb demència).

A l'extracte de l'entrevista anterior veiem com **la percepció social que tenen els familiars i, fins i tot, alguns professionals sobre les persones amb malalties d'Alzheimer o altres tipus de deterioraments és que aquest col·lectiu no necessita atenció personalitzada**, ja que **no té capacitat per entendre, valorar i de-**

cidir. Aquesta percepció és fruit del desconeixement al voltant de com se senten realment les persones amb demència, tal com demostres els estudis del Grup de Bradford.

Cal sensibilitzar les persones implicades sobre el valor que té globalment l'atenció individualitzada en la promoció del benestar i de la qualitat de vida, sobretot en el cas de les persones amb deteriorament cognitiu.

Cal treballar per formar els professionals, però també les famílies de les persones residents perquè aprenguin a interpretar conductes a partir de l'observació.

La Fundació Asil i els seus òrgans directius han incorporat amb molta força aquest principi bàsic del model d'AICP i han de buscar fórmules efectives i avaluables per obtenir els resultats esperats del procés de transformació.

Durant el procés de recerca es van conèixer experiències interessants de persones resident que havien rebut una resposta proactiva envers demandes personalitzades.

“Jo a la tarda estic al pati i cuido de les meves plantes. Quan estava millor anava a casa meva, que t’he dit que tenia terreny i quan ja no vaig poder anar a casa, li vaig dir a les meves nétes que li van dir a l’Anna i me les vaig emportar. I aquí estan millor i tot perquè li toca el sol tot el dia i després les plantes són com les persones... i escoltant les veus dels nens creixen més.” (Persona resident autònoma).

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Un altra resident, que durant la seva vida laboral era mestra de piano, va poder emportar-se l'instrument a la residència per tocar i continuar donant classes a persones adultes i a fills dels professionals del centre. Avui dia té un grup de 20 alumnes que li permet seguir endavant amb el seu projecte vital vinculat a la música i tenir les hores del dia ocupades amb una activitat que li transmet satisfacció i felicitat.

Les activitats que s'organitzen a la casa són un element força interessant per analitzar: la satisfacció que generen i la relació que tenen amb el concepte d'atenció personalitzada. Totes les persones entrevistades valoren molt positivament tot el ventall d'activitats que porten a terme els educadors i altres treballadors (psicòloga, fisioterapeutes i auxiliars).

“Crec que el fet de tenir-lo tot tan programat li va molt bé. Els estimulen molt, crec que estimular és fonamental.”

Cal subratllar que les **activitats** tenen una estructura bastant rígida i **no aconsegueixen promoure l'autonomia de les persones que hi participen**.

Durant un bingo assistit (amb l'ajuda dels alumnes de batxillerat) una resident arriba tard i demana poder incorporar-se al joc. L'educadora li diu automàticament que no 1) perquè el bingo és assistit i a ella li 'toquen' les sessions més autònomes i 2) perquè ja ha començat. No es planteja ni busca fórmules més flexibles per respondre al desig espontani de la

resident que volia jugar. (Extracte del diari de camp).

En relació amb les activitats observades, l'equip de professionals responsables ens va remarcar que, a partir del projecte “Com a Casa”, es van començar a transformar les activitats per respondre de manera més individualitzada als gustos de les persones. En aquest cas també comprovem que aquesta orientació teòrica i reflexiva cap a les necessitats de transformació **no es reflecteix en el desenvolupament pràctic de les activitats**. Durant un taller de dibuix, per exemple, l'aprovació de la tècnica responsable per engegar qualsevol acció resultava indispensable. Les dones que hi participaven, algunes amb una molt bona autonomia cognitiva, necessitaven el consell de la tècnica per triar els colors i començar a pintar. Cal subratllar que l'organització de totes les activitats de la residència és força estructurada i el seu desenvolupament dinamitzat té una fórmula no gaire flexible.

Finalment, a través dels relats i de les observacions s'ha comprovat la manca d'espais físics i d'interacció agradables per desenvolupar activitats lliures de relació i vincle. La gran majoria de persones residents vinculen el temps lliure a les activitats dinamitzades.

“Jo no sóc ni de baixar gaire a baix.. no sóc de grupet perquè si et poses a parlar sempre surten els mals, no pots parlar de si a les notícies han dit això... no... ai que si tinc això i l'altre això.... baixo només per les coses que m'interessen... per anar a pintar... no. Aquí

es fan activitats de cara a què es pot fer, no que a algú li agradin i a altres no.” (Persona resident autònoma).

És indispensable **replantejar** les activitats flexibilitzant el calendari i, sobretot, aconseguir que les **seves dinàmiques internes permetin improvisar i respondre als desitjos i als neguits de la quotidianitat**.

Les activitats han de tenir l'objectiu de **promoure i potenciar les habilitats i les competències** que cada persona té des de la seva **singularitat i donar una resposta coherent a la seva pròpia i única trajectòria vital**.

En general podem afirmar que els equips de professionals no tenen aquesta visió global i holística des les persones grans, des d'una perspectiva biopsicosocial, i aquest fet influeix la mateixa percepció que les persones residents tenen de la implicació i la participació en la vida de la residència. Cal **deixar enrere les activitats rutinàries** o de caire infantil per promoure'n d'altres **motivadores i significatives**. Participar en les activitats ha de ser **una decisió personal motivada per un interès específic** i no per la prescripció o el consell dels professionals.

És fonamental **incorporar en les pràctiques d'atenció quotidiana una visió apreciativa de la persona en totes les seves dimensions**. Cal mirar **les persones des d'un model de la competència i no des del dèficit**.

Segons els testimonis recollits, sembla que les fórmules actuals de participació, que l'equip directiu promou

molt sovint, no es perceben com una font d'informació real ni de generació de canvis.

“Fan unes reunions per dir el que penses de la cuina i jo sempre protesto. Hi ha la gerent, directora, cuiner, el director de l'escola, una mestra i residents. A l'última ja no hi vaig anar perquè veus que no serveix de res. No sé quin sentit té fer aquesta reunió... per saber els parers però... Ens diuen: Dieu el que ho sembli... i després no ens fan cas.” (Persona resident autònoma).

Finalment, **cal afavorir i generar la necessitat d'implicar-se i participar** en l'organització mateix de les rutines i activitats del centre.

6.3.3 Reconeixement i respecte a la persona; intimitat

La dignitat és un atribut bàsic i fonamental intrínsec de qualsevol persona que “ni humilia ni tolera la humiliació” (Rodríguez, 2013)⁷, i implica el reconeixement i el respecte cap a la persona. Hi ha una sèrie de dimensions que, segons teòrics del model d'AICP, tenen directament a veure amb aquests processos, com ara el benestar emocional que es genera quan les persones són felices i se senten a gust, segures i estables. (Rodríguez, 2013). Residents i familiars valoren molt positivament aquest procés clau com un dels punts forts

⁷ Diccionari Maria Moliner, citat per Pilar Rodríguez (2013).

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

de la residència: la qualitat de l'atenció rebuda per part dels equips de professionals. Les persones entrevistades se senten molt respectades per part de tot el personal i destaquen que (1) l'equip de professionals sempre està pendent dels residents, (2) que se senten ateses quan necessiten alguna cosa i (3) que les infermeres i les tècniques són totes molt afectuoses. Quan es tracta de profunditzar més, resulta evident quina conceptualització es fa del "reconeixement i respecte", que se centra principalment en el tracte, el qual es valora com a personal, càlid i afectuós.

"Com es tractaven les persones... aquí són molt més carinyoses. Allà (residència privada) no la tractaven malament, però no hi havia vincle, no eren carinyosos, purament era feina. Oi tant que ella ho va notar! Només et dic que allà no menjava, s'havia quedat súper prima. Estaven sols, pràcticament sols tots el dia al menjador; cada vegada que hi anaves, veies algun professional per allà però no... no feien res amb els avis. No l'acompanyaven... L'afectivitat... té el màxim de pes. (Familiar de persona resident dependent).

El llenguatge utilitzat per famílies i professionals és indicatiu del "bon tracte" o del "tracte inadequat". Referir-se a les persones grans com "els avis" no és considerar-les com a persones adultes portadores de dignitat i de ple dret.

Totes aquelles persones (residents i familiars) que, com a usuàries o cuidadores, van tenir experiènci-

es amb altres residències posen en evidència la **qualitat de l'atenció a la residència Casa Asil** com a tret diferencial i com a **indicador de qualitat** en relació amb altres residències.

Durant les entrevistes es va profunditzar molt sobre aquest punt per entendre què s'entén per "respecte" i "dignitat" i poder analitzar amb tots els elements necessaris l'estat real de l'atenció, en relació amb aquest element central del model d'AICP. Com ja s'ha dit anteriorment, el reconeixement i el respecte cap a la persona com a posta en valor i com a persona única i insubstituïble no és una dimensió percebuda com rellevant per les persones entrevistades. Tant des d'un punt de vista de relat, com des de situacions quotidianes observades, podem afirmar que a la residència **es dona particular rellevància a les necessitats singulars i subjectives inherents de la salut, però no a aquelles que tenen a veure amb els valors, les creences i les cosmovisions.**

És necessari atendre la diversitat i respectar les singularitats de cadascú, valorant les persones tenint en compte que tenen un recorregut biogràfic llarg i determinant.

Des del punt de vista de les persones residents i de les famílies, la protecció de la intimitat és una dimensió directament vinculada a la del respecte a les persones.

Aquesta dimensió, és a dir, el respecte a la intimitat és, segons l'opinió recollida en les entrevistes, un procés força avançat.

“Me meto en la habitación, me quito la ropa y me lavo. Y ellas (enfermeras) lo saben y me cierro la puerta... porque no vieran que estoy en cueros.” (Persona resident autònoma).

“Mai entren a l’habitació sense picar a la porta, sempre demanen permís.” (Persona resident autònoma).

“Aquí sempre s’ha tingut molt en compte que la persona que s’ho pugui fer ella sola, deixar-la, i inclús quan la persona no pugui, intentar tenir la major intimitat per a la persona. Perquè tu penses que no se n’entera però sí se n’entera... i a ningú li agrada que t’estiguin fent una higiene i no et tapin amb un llençol, per exemple.” (Familiar de persona resident amb demència).

És evident que en el marc d’aquesta anàlisi, les opinions dels equips de professionals recollides durant les entrevistes i durant l’observació de les sessions d’autoavaluació són força crítiques. El descriptor de respecte i valor de la identitat de les persones amb demència va sortir com a “iniciat” i, en canvi, el descriptor del procés clau dels professionals sobre el tracte respectuós i personalitzat i sobre la comunicació positiva amb les persones usuàries va sortir com a “avançat”, amb necessitat de millorar-ne alguns aspectes.

“La mentalidad que tenemos ahora no es la misma que la de antes; eso simplemente de tocar a la puerta antes de entrar... les hacen un respeto. Algunas lo hacen y alguna no... intimidad... respeto.” (Equip d’atenció quotidiana).

La qualitat de les accions portades a terme per atendre les persones amb respecte depèn molt **dels criteris i de les iniciatives individuals de cada persona treballadora.**

“Clar, un dia li dic a una companya: ‘Si fos la teva mare, la vestiries així? I aleshores perquè la vesteixes així? Per exemple, li falta un botó... pensa com la vestiries, la teva mare. Aquí hi ha moltes susceptibilitats. Tots hem d’aprendre de tots i falta humilitat per aprendre.” (Equip d’atenció quotidiana).

Aquests elements es posen encara més en evidència quan es fa referència a aspectes concrets sobre la conceptualització del respecte. **La infantilització del llenguatge verbal i del tracte corporal no es valoren com a mancances o faltes de respecte i de no reconeixement de la persona,** excepte en alguns casos puntuals. La gran majoria de famílies i persones residents valoren aquesta manera de relacionar-se amb les persones grans com una mostra d’afecte.

“Parlar-li a una persona gran malalta com si fos un nen és la cosa més bonica que es pot fer, perquè li estàs donant carinyo com si fos un nen, que és el carinyo més gran.” (Familiar de persona autònoma).

Poques són les veus crítiques que tenen opinions com les següents:

“Durant la reunió li vaig dir: ‘li vols parlar normal a la meva mare?’. Li parlava com si fos una nena petita. Aquell to em va semblar denigrant; ella protestava del menjar perquè no

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

li agradava i aquella resposta... em va semblar denigrant.” (Familiar de persona autònoma).

“Esto es un tema de respeto; si tú a mí con la cantidad de años que tengo... 90 años que tengo y tú a mí me vienes a tratar como un niño... ¡Perdona! Pero tengo mucha edad para que me estés hablando... ñeñeñeñe. Que le tienes que sentar en una silla atado, como un niño pequeño... Que le tienes que poner un babero como un niño pequeño, cuando sabes que estas personas ya han vivido toda su vida... Si quieres hacer una sesión de dibujos infantiles, vale... pero no los estés colgando, que parecía eso un aula escolar.” (Equip d’atenció quotidiana).

En algun cas es fa referència a la manca de coneixements d’altres possibles maneres de relacionar-se i organitzar la feina amb la gent gran, però especialment es posa en evidència la manca d’empatia i capacitat de posar-se en el lloc de l’altre.

“Per exemple, no deixar les portes obertes dels lavabos... si s’ha de mirar un bolso, demanar permís abans. Moltes coses que se’ns escapen continuament. També pensa que és molt fàcil infantilitzar. Si un s’acaba el plat de sopa... Ets el rei de la planta! No, no és cap rei! A mi no m’agrada que em tractin com una criatura.” (Equip d’atenció quotidiana).

És necessari **sensibilitzar en profunditat** sobre què significa un **tracte respectuós cap a les persones grans** i sobre com cal atendre-les a partir del seu reconeixement com a **subjectes actius** i des d’una **mirada d’adult**.

6.3.4 Autonomia, benestar i independència

El benestar (físic, emocional i material) és un concepte fonamental en el marc d’una atenció centrada en les persones. Cal treballar en l’àmbit organitzatiu i institucional, així com en l’àmbit polític i social, per aconseguir (1) que les persones grans se sentin satisfetes i estiguin a gust amb el seu propi cos i la percepció que tenen de si mateixes, (2) reduir les situacions d’estrès, (3) que les persones grans tinguin un bon estat de salut i que així ho percebin i (4) que disposin d’atenció sanitària, però també de possibilitats d’oci. Tot aquests elements fonamentals s’han de situar en un context global de dret a una vida digna pel que fa l’habitatge i als recursos econòmics. Aquestes aproximacions macro i micro al concepte de benestar interactuen i defineixen les experiències i els relats de vida de les persones grans.

Les organitzacions que treballen pel benestar de les persones grans, com ara les residències gerontològiques, han d’incidir de manera directa en alguns dels aspectes que troben al seu abast d’intervenció, com ara el benestar físic i l’emocional.

Tenir benestar en una residència, pel que fa a la percepció personal, té una relació directa amb les expectatives i els desitjos que es tenen quan s’entra a viure-hi. Com ja es va analitzar anteriorment, el benestar es vincula a un bon servei, a una situació i percepció de seguretat envers la salut, però no al manteniment de l’autonomia i al dret a prendre decisions sobre la pròpia vida.

En diferents entrevistes les persones residents han relatat episodis en els quals l'equip de professionals va prohibir portar a terme accions, com ara ajudar o col·laborar amb un altre resident, quan la situació podia comportar riscos o perill físic.

“Yo quería ayudar; cuando entramos la Ana nos dijo que aquí nos teníamos que ayudar y ella (auxiliar) me habló muy mal. Me dijo: ‘Tú esto no lo tienes que hacer, no toques, esto, no lo tienes que hacer tú.’ Tuve que ir a llamar a la Ana.” (Persona resident autònoma).

Les que estan en cadires, pobretes, jo les vull anar a buscar i si ho faig, em renyen. ‘¡No es toquen les cadires!’ o ‘compte que pot caure!’. I clar que em sap greu, perquè jo ho faig amb voluntat perquè les veig allà que s’esperen a l’ascensor i: ‘Deixa-la! Ja estic jo per agafar-la! Ja estem nosaltres per treballar!’” (Persona resident autònoma).

Durant una visita en una residència gerontològica de Barcelona, que té com a ideari i forma organitzativa el model d'AICP, vam poder conèixer altres maneres de treballar i incorporar el risc envers la seguretat durant l'atenció a la vida quotidiana de les persones grans. La gerent del centre ens va explicar un episodi força semblant: es va permetre a una persona amb Parkinson acompanyar en els desplaçaments per la casa a un altra persona resident amb demència. Es va decidir que la interacció entre aquestes dues persones generava un gran benestar emocional, que incidia directament en el benestar físic, i que

era força més beneficiós assumir el risc que evitar-lo. En altres residències on aquest ideari està totalment assumit, el risc i la possibilitat de caigudes està contemplat com una possibilitat que cal tenir en compte perquè és més important i prioritar el benestar de les persones.

Un resident vol ajudar un altra resident a aixecar-se i la tècnica li impedeix, dient que: “No! Això ho fem nosaltres!”. Després m’expliquen que és perillós per a tots dos: el que camina no sap aixecar, podrien caure, etc. D’aquest tema se’n parla també durant l’observació del procés de revisió participativa amb l’instrument. (Extracte del diari de camp).

A la residència Casa Asil actualment el risc, en general, no s’assumeix i hi ha normes i pautes tècniques d’actuació que, en molts casos, limiten el lliure arbitri de la gent gran.

La **normativa legal** és molt rígida en aquest sentit i **no permet o dificulta** el desenvolupament del model d'AICP. Al mateix temps, la formació rebuda i les pràctiques i experiències adquirides durant els itineraris laborals durant anys no ajuden ni afavoreixen la possibilitat de potenciar i estimular les persones, més que protegir-les i “garantir-les”.

Per continuar endavant amb el procés de transformació, un **dels reptes és assumir el risc i incorporar el criteri de les persones grans, quan es valori que aquest fet té efectes beneficiosos en el benestar, en l’autoestima** i, al mateix temps, en la

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

generació i en l'enfortiment de la relació i del vincle entre les persones que conviuen en un mateix espai.

6.3.5 Equip de professionals i organització

Les valoracions sobre l'equip de professionals i sobre la residència com a organització són totes molt positives. Els elements que més destaquen les persones entrevistades són els següents:

- L'ambient i el tracte dels professionals.
- Compartir el pati amb l'escola, la proximitat amb nens i la possibilitat de participar a les activitats intergeneracionals.
- Les activitats.
- La claror, les finestres grans i els espais oberts.

La residència Casa Asil es percep com una residència on es respira un caire familiar gràcies a l'atenció i a l'afecte que transmeten les persones treballadores. La relació entre familiaritat, tracte i atenció és directa, encara que aquests elements no són determinants per percebre la vida a la residència com la d'una casa.

“Et parlen, et pregunten com estàs, s'interessen. Potser van massa agobiades, tenen molta feina. M'agradaria que estiguessin més relaxades, estan estressades, tenen una feina molt dura.” (Persona resident autònoma).

“Durant molts anys he compaginat aquesta feina amb l'atenció domiciliària, que és una altra cosa, però... jo

m'adaptava completament a la casa, mirava el que hi havia i deixava que el ritme intern de la casa anés sorgint... Aquí no es pot fer això perquè anem contra rellotge.” (Equip d'atenció quotidiana).

Pel que fa aquest procés clau, també cal subratllar que el punt de vista dels equips de treballadores és molt més crític que el de les persones residents i el dels familiars. Les opinions generals són totes molt positives, encara que les descripcions de la vida quotidiana que emergeixen dels relats mostren una activitat molt intensa per part dels equips, que no tenen possibilitat de dedicar estones de qualitat als residents. Els auxiliars i els tècnics sempre estan pendents de les persones grans de les quals són responsables, però falta una mirada més profunda a partir de pràctiques de convivència. En altres paraules, els treballadors fan, però no hi són.

“Nos sentíamos muy bien trabajando así. Si yo no hubiese tenido la experiencia de Suecia, habría muchas cosas que no me hubiesen alarmado. Me alarma que no tenemos tiempo de sentarnos a conocer al residente, que a lo mejor el residente está gritando solo porque quiere decir algo, o porque tiene que ir al lavabo... ¿2 o 3 veces? ¡Sí, a lo mejor sí! Pero tú tienes allí una cola de residentes para ir al lavabo... No sé, se tendría que trabajar no tanto como si fuese una fábrica... tener en cuenta los sentimientos.” (Equip d'atenció quotidiana).

Sempre en referència als equips, un tema pendent que l'organització ha

d'afrontar per tirar endavant el procés de transformació és **reformular i definir els rols de les auxiliars de referència**.

Aquest és un element central en el marc del model d'AICP i implica uns canvis estructurals a la manera de treballar, però especialment a la manera d'entendre els equips.

“Ser un equip transversal que treballa pel benestar de les persones. Resistències? De persones que fa molts anys que treballen a la casa i que tenen una forma de fer, un tarannà... Veig molta inseguretat a vegades per part de molts professionals. Veuen la família com persones que qüestionen la seva professionalitat i, per tant, no volen tenir contactes, mantenir distàncies.” (Tècnica).

Cal **desjerarquitzar** els equips i aprendre a **treballar de manera col·laborativa**, fent interactuar constantment l'expertesa tècnica des de diferents nivells.

En relació amb aquestes àrees de millora, es detecta que les experiències laborals apreses i incorporades durant molts anys per parts dels equips **difículten la posada en marxa d'aquests processos de canvi**. Durant les sessions de revisió participativa es detecta que, tant per part dels equips tècnics com per part dels d'atenció quotidiana, hi ha resistències a incorporar noves responsabilitats o a aprendre noves maneres de treballar, tal com es diu en una entrevista: “treure's els galons.” Una d'aquestes resistències, per exemple, es concreta en el tema

d'abandonar els uniformes de treball per adoptar unes vestimentes més casolanes i no tan hospitalàries.

“El equipo técnico nos podría echar una mano cuando lo necesitamos y no lo hace. Nosotras no pedimos nada, pero... debería ser una cosa ya natural cuando se trabaja en un equipo... pero aquí puede sentir mal que les pidas ayuda. Esto tendría que surgir espontáneamente; tú tendrías que ver que falta uno y... a ver qué hago, cómo puedo ayudar... Simplemente ya sentándote al lado de un residente que está nervioso, ya simplemente hablándole, no haría falta ni una pastilla.” (Equip d'atenció quotidiana).

La instauració del nou rol de l'auxiliar de referència com a persona clau en la vida quotidiana dels residents és fonamental. Actualment, tal com emergeix en les entrevistes, les auxiliars no es tenen en compte com a treballadores que acompanyen la vida de les persones residents. No es tenen en compte i, fins i tot, no es percep la necessitat que es produeixi aquest canvi. Les persones entrevistades, a l'hora de respondre sobre quins són els seus referents, citen sovint la treballadora social que és la que els va acompanyar en un primer moment.

Cal **conscienciar els equips i les persones** sobre la necessitat d'**instaurar aquest rol amb nous objectius i funcions** a la casa. Cal **sensibilitzar** sobre la importància que pot arribar a tenir per a les persones autònomes, però especialment per a les que tenen demències.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

“Com que totes són tan carinyoses i li fan petons i me l’achuchen... Si ella estigués bé i fos més conscient, crec que sí seria important tenir una (auxiliar) persona de referència, més propera. En el cas de ma mare, no crec que les sàpiga distingir.” (Familiar de persona resident amb demència).

Per concloure l’anàlisi dels materials orals, cal posar èmfasi en l’interès i en el grau de compromís que l’organització com a tal (patronat, equips directius i treballadors) tenen respecte a la transformació estructural i organitzativa de la residència. L’estudi portat a terme evidencia que (1) és creu profundament en la necessitat del canvi, (2) s’estan detectant àrees de millora per aconseguir els objectius del projecte com a casa i (3) s’estan posant en marxa processos de canvis.

Ara cal plantejar activitats i processos que permetin desconstruir les pràctiques i les percepcions socials incorporades a les trajectòries laborals de tots els equips.

Manca formació, formació en ACP, comencem per aquí. Recordo que fa tres anys es va fer pel personal que hi havia en el 2013 aquí a la casa. Va ser molt interessant i eren uns exercicis que tu t’havies de posar a la pell de l’avi... i clar, pensaves: ‘Ostres, això que joestic donant, a mi no m’agrada gens!’. Aquest curs l’haurien de fer tots, auxiliars però també neteja, bugaderia, recepció... tothom que tingui a veure amb els residents. Comprendre l’altre... Si tothom pensés com se sent l’altre, si tothom fos capaç de posar-se a la pell de l’altre, no hauria

d’existir ni el model d’ACP. Quina pena que s’hagi d’inventar una cosa que de per si no existeix.” (Equip d’atenció quotidiana).

Per acabar l’anàlisi d’aquesta dimensió, volem assenyalar la necessitat de conformar equips interdisciplinaris, amb la participació de les auxiliars, per portar a terme les reunions en què es tractin temàtiques integrals sobre la vida a la residència.

6.3.6 Els espais físics

El tema dels espais i del rol i del pes que tenen, en el marc del procés de transformació d’un centre residencial hotel·ler cap al model d’AICP, és un element força interessant per analitzar. Quan vam plantejar l’estudi, vam donar-li una prioritat essencial, tal com s’explica en el capítol metodològic d’aquest informe. Vam dissenyar una metodologia comparativa respecte als espais ordinaris i la unitat de convivència 4t 1a, que acull avui 18 persones. Durant el desenvolupament del treball de camp, ens vam adonar que s’havia de redissenyar la metodologia del treball de camp respecte a la importància de l’espai en el procés de transformació de Casa Asil i valorar en clau analítica el rol que ha de tenir l’espai en relació amb el model d’atenció centrada en les persones.

Pel que fa a la relació amb el procés de transformació de la residència, cal subratllar que **la unitat de convivència no té un pes específic** ni es van dirigir accions de canvis estructurals que afectessin els espais i els equips d’aquesta planta en comparació de les altres. Tots els processos inici-

ats a la casa s'estan desenvolupant a totes les plantes amb l'objectiu de transformar el model. Si l'objectiu és modificar els espais per incidir en el model de funcionament, **els canvis portats a terme són insuficients**. A la planta transformada s'han renovat les habitacions i els espais i ara generen una sensació de net i nou, però no transmeten la sensació d'estar "com a casa".

"El tema office ho veig bé, perquè com a treballador pot visualitzar tot. Però com que el projecte era fer una cosa més familiar... com a casa, quan vaig entrar per primer cop em va xocar una mica. Quan obres la porta hi ha un passadís... si l'entrada fos més oberta com a les cases...". (Familiar de persona resident dependent).

"Allí la planta era un espacio abierto, con una cocina con todo, como en las casas. Nevera, lavavajillas... y entonces los residentes te ayudaban, venían y te ayudaban a lavar, a colocar los platos. Por eso te decía que era más como se vive en las familias, que convives y te ayudas. Claro que teníamos horarios, pero al mismo tiempo era como más familiar. Teníamos la sensación esta de que éramos una familia, aquí no. Nos íbamos con ellos a comprar lo que les hacía falta." (Equip d'atenció quotidiana).

Els canvis estructurals dels espais vinculats per generar usos nous no es perceben com a prioritat per part de les persones residents i dels familiars. La possibilitat d'organitzar, per exemple, el servei de menjador en petits menjadors per plantes a vegades es vincula a una degeneració

de l'estat físic de la persona i a la no possibilitat de "baixar" al menjador general. En altres paraules, avui dia les persones residents i els familiars valoren positivament l'existència d'un macromenjador com a sinònim d'autonomia i salut de les persones que en són usuàries.

"Allí teníamos un cuarto de lavandería donde los auxiliares lavábamos la ropa i siempre nos llevábamos algún residente para ayudarnos, y hacíamos con ellos muchas cosas. Aquí hay una lavandería grande y la ropa ya sube limpia." (Equip d'atenció quotidiana).

Del material oral analitzat es desprèn que el tema al qual sí es dóna importància és el de tenir una habitació individual. El projecte d'augment de volumetria, que té l'objectiu de construir una nova planta i ampliar així l'espai disponible, pretén descongestionar les plantes i avançar cap a un model preferent d'habitacions individuals. Segons totes les experiències relatades, conviure amb persones desconegudes durant aquesta etapa de maduresa és un dels elements que dificulten més els processos d'adaptació.

"Cuando entré a la primera planta, había 3 camas y las dos (mujeres) que había estaban muy mal y yo estaba bien. Y yo sufría mucho, no podía dormir... estaban toda la noche pidiendo de comer. Aquello era pequeño y no podía ni caminar, y se lo decía a mis hijas. Lo pasé mal hasta que salí y cuando vine aquí estaba en la gloria, tengo una habitación grandiosa." (Persona resident autònoma).

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Tothom convergeix en la idea que “per ser com a casa, hauria de tenir una habitació individual, poder tenir les seves plantes i una tauleta i cadires on rebre la gent”. Només dues senyores entrevistades van assenyalar que l’habitació compartida era força positiva per sentir-se acompanyades i modificar la sensació de solitud que tenien quan vivien encara al domicili particular. Cal tenir en compte aquest element a l’hora de valorar i decidir com respondre de manera individualitzada a aquestes demandes diferents.

La neteja i la possibilitat de tenir les habitacions pintades, amb cortines i mobiliaris nous, també es consideren importants perquè les habitacions necessiten de manteniments constants perquè no siguin “com una persona que es pinta i s’arregla però sense rentar-se la cara. (Persona resident autònoma).

“Està més net. Només estava pintat i no teníem cortines. Ara molt millor amb la fusta, perquè abans amb els

carros i els cops sempre es veia brut; ara està més net. I les cortines... molt més maco. Que guapo que ho estan deixant tot, encara que siguin només les cortines i això... ara es veu maco. (Familiar de persona dependent).

Un dels elements dels espais físics que doten la residència d’un caràcter propi i que és valorat com un eix distintiu per totes les persones entrevistades és el pati compartit amb l’escola, el qual dóna alegria i, per tant, contribueix al benestar emocional de les persones.

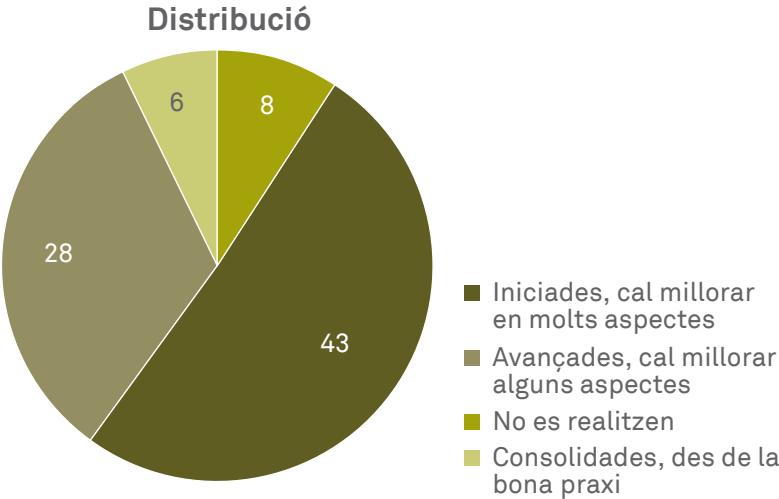
Per concloure, pensem que quan l’estructura vertical d’una residència organitzada per plantes no permet gaires reestructuracions dels espais, **les petites unitats de convivència no han de ser la prioritat del canvi, sinó la modificació dels seus usos i l’organització dels espais en termes de pràctiques de convivència.**

6.4 Instrument de revisió participativa: els equips de treball i l'organització

Estadística de resultats de l'instrument per a la revisió participativa.

S'han analitzat 85 actuacions, obtenint la següent distribució:

A
C
T
U
A
C
I
O
N
S



45

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

La mitjana pel que fa als processos d'atenció i vida quotidiana és de 1,45 sobre 3.

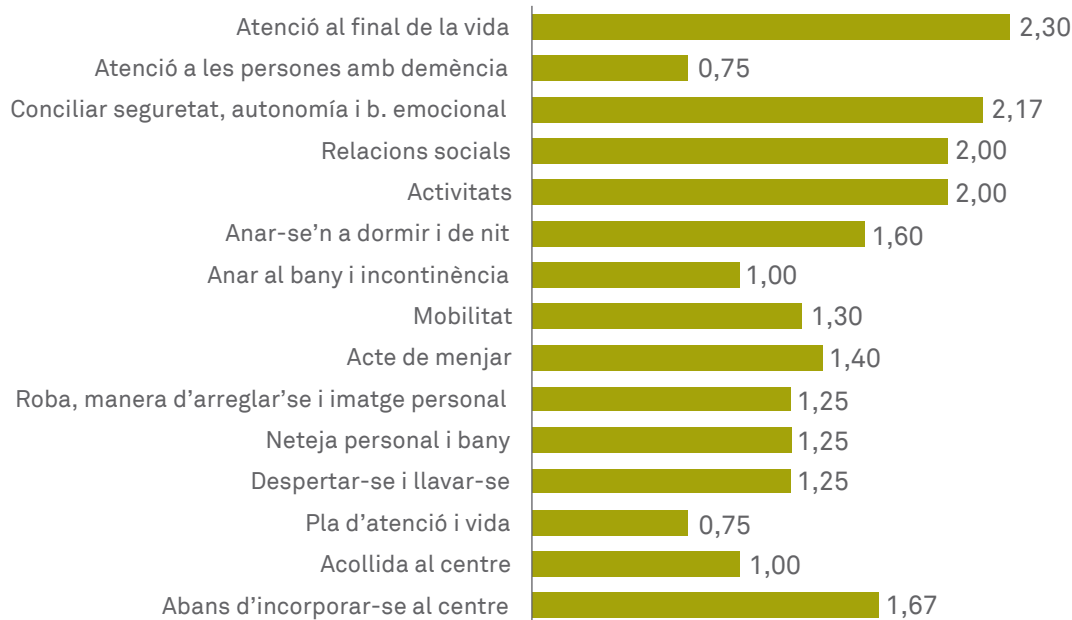
p
r
o
c
e
s
s
o
s

Escala de valoració

0	No es realitzen
1	Iniciades, cal millorar en molts aspectes
2	Avançades, cal millorar alguns aspectes
3	Consolidades, des de la bona praxi

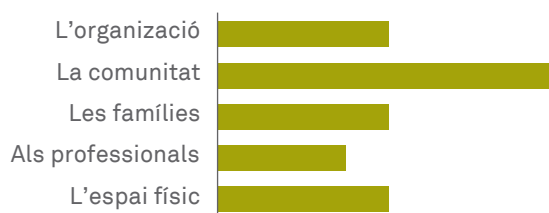
Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones



Processos de l'Entorn

La mitjana pel que fa als processos de l'entorn és de 1,15 sobre 3.



6.4.1 Coneixement de la persona

El centre **parteix d'una organització en què la documentació s'establia principalment d'acord amb els requisits que la normativa exigia**. Això ha fet que es recullin principalment les **mancances** i les **necessitats** a partir de les quals es defineixen els objectius, i **no tant els potencials, les capacitats i les preferències de la persona per orientar un acompanyament que**

li permeti continuar el seu projecte de vida. Tot i això, a partir del desplegament del projecte "com a casa" iniciat l'any 2014, el centre comença a elaborar uns dossiers personalitzats en què es recull la història de vida de la persona resident i es fa esmena a les seves preferències i als seus interessos. Hi ha un exemplar d'aquest document a cada planta perquè esdevingui una eina de coneixement propera, permanent, viva i actualitzada

en tot moment. Però l'elaboració dels dossiers és bastant recent i encara cal fomentar el seu ús, tant pel que fa a la lectura com a l'actualització de la informació.

Un punt que **cal reforçar és el coneixement de la biografia de les persones amb demència**, ja que el seu recull és parcial i parteix principalment de la família. El tracte i l'atenció d'aquestes persones en el dia a dia genera en els equips un coneixement progressiu sobre els diferents aspectes que poden produir-li ansietat o rebuig. Tot i això, manca una major formació orientada a l'atenció correcta de conductes complexes o necessitats emocionals, per intervenir adequadament des d'aquesta mirada.

Actualment l'organització i, en concret, els equips de professionals d'atenció quotidiana es troben en un **procés de transformació que cal acompanyar. També s'està promovent i redefinint les activitats terapèutiques perquè parteixin de la biografia i dels interessos de la persona.**

A partir de les accions de sensibilització realitzades l'any 2015, i del posterior establiment de les reunions d'equips de treball de cada planta orientades al coneixement de la persona, de l'organització i de les interdisciplinàries amb la participació de tots els professionals que des dels diferents perfils intervenen, s'inicia una mirada i una manera de treballar noves.

Cal revisar el model de recollida d'informació inicial dels diferents professionals per identificar i incidir especialment en els punts forts i fe-

bles i valorar quina informació cal incorporar o modificar tenint present en tot moment la figura de l'auxiliar com a eix central.

Per això, es fa necessari continuar, dins el pla de formació, amb accions de **sensibilització sobre la importància del coneixement de la persona**, més enllà de les dades generals i de les dades específiques de salut i funcionalitat de la persona.

A més, durant el procés previ a l'ingrés, cal que la treballadora social i l'auxiliar de referència preparin una entrevista **interdisciplinària** juntament amb la persona i la família, de manera que en el moment de l'acollida es pugui garantir un adequat **acompanyament a la persona** més enllà de les incidències de la planta.

En relació amb el **PIAI** (pla d'atenció i vida, PAV), s'informa d'una manera molt genèrica a la persona sobre què és i què suposa el pla de vida. **Aquest sempre es consensua amb la persona, però no participa en el seu disseny o seguiment.** Es respecta la decisió de no participació de la persona, però no se la va informant periòdicament. Tampoc no s'informa a les persones sobre la possibilitat o la conveniència de planificar les atencions de cara a una futura incapacitat amb què no puguin prendre decisions per elles mateixes.

Es fa una valoració integral, **tot i que la biografia o la història de vida es recull en un altre document fora del pla d'atenció i vida.** S'identifiquen els objectius més importants i s'identifiquen, **sobretot, debilitats o**

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

mancances i no tant fortaleeses i capacitats. No sempre es registren les preferències de la persona en el PAV. Es disposa d'un model predefinit que indica quins aspectes s'han de registrar per escrit.

El PIAI actual **no té com a eix central la biografia**, els interessos ni les preferències de la persona en la seva aplicació diària. No es fan valoracions periòdiques tret que es produeixin canvis significatius. **L'auxiliar de referència no s'encarrega d'observar el PAV de cada persona ni de vetllar pel seu compliment.** La informació està custodiada i protegida.

La família, si la persona gran ho permet, participa en el PIAI. Tot i que no sempre s'aconsegueix, es procura que **la participació de les famílies no suplanti el de la persona gran** i no perdi la interlocució principal i la capacitat de decidir. **S'estimula la col·laboració familiar en la cura**, i es respecta el seu ritme, les seves decisions i el seu grau d'implicació.

Aquest pla **es fa mínim un cop l'any i inclou la participació del resident i/o del seu familiar.**

En aquest moment, l'organització és en **un procés de reflexió per fer un canvi de model i de definició del document** en què s'inclogui, sobretot, **la història de vida, les preferències, els desitjos i les necessitats de la persona i del seu dia a dia.**

Es valora com a proposta la preparació per part de l'equip tècnic, juntament amb l'equip auxiliar, **d'una primera proposta d'activitats sig-**

nificatives per a les primeres setmanes per facilitar l'acollida del nou resident, tenint present la seva **història i la seva biografia personal.** També s'ha proposat establir accions de formació i d'informació amb les famílies i els residents sobre la importància del PIAI.

El paper que **ha d'exercir l'auxiliar de referència esdevé clau** en el seguiment del PIAI perquè el pla esdevingui **una guia en el nostre fer i una eina viva que cal anar actualitzant.**

Cal incloure aquest nou paper a dins de la definició de tasques i funcions de l'auxiliar de referència.

La **valoració ha de ser més global i transversal** (sense parcel·lar), des de la reunió interdisciplinària, per elaborar un document comú i recollir i incloure el següent en el PIAI: **la biografia i la història de vida, les voluntats anticipades, les capacitats i les fortaleeses, els gustos, els desitjos i les preferències de la persona resident**, així com les seves preferències o els seus costums pel que fa a les activitats de la vida quotidiana. Cal tenir present que, quan es recull la història de vida de la persona, s'ha d'elaborar un document d'informació, acceptació i consentiment per part de la persona i/o del seu familiar per poder compartir la seva informació personal amb els diferents professionals.

És important que **l'auxiliar de referència** sigui una persona coneguda per la resta dels membres de l'equip, per la família i pels residents.

6.4.2 Atenció personalitzada

En relació amb les activitats de la vida diària, **la figura del professional de referència no està incorporada en el dia a dia**. No sempre s'organitzen els processos de valoració segons el ritme de la persona. **L'atenció quotidiana no és flexible ni realment personalitzada, tot i que es basa en el PIAI**. Les persones, per exemple, no trien l'hora de llevar-se o l'hora d'anar a dormir, tot i que es tenen en compte les seves preferències i es té una certa flexibilitat, en la mesura que sigui possible. Algunes persones, especialment les que no requeixen gaire suport, si ho desitgen poden mirar la televisió abans d'anar a dormir sense molestar els altres. No sempre es busquen pautes personalitzades per gestionar la dificultat del son, tot i que es busquen alternatives per evitar forçar la persona a ficar-se al llit. **Tampoc no trien l'hora de banyar-se, i la freqüència dels banys no està personalitzada** a excepció d'algun cas puntual. Les persones no trien la roba que s'han de posar, especialment quan la persona té dificultats per fer-ho. L'horari per anar al lavabo o fer el canvi de bolquer no s'estableix a partir de pautes personalitzades. L'elecció de la migdiada està principalment pautada des de la vessant sanitària i no tant des de les preferències personals. No sempre s'expliquen els motius pels quals no podem atendre una demanda o preferència. En les persones amb afectacions greus generalment es té en compte els seus valors i la seva biografia, tot i que no tant com caldria.

En relació amb el menjar, hi ha dos espais de participació en què les persones opinen i participen respecte als menús i altres temes. La persona sempre té el plat a taula, tot i que no arribi a l'hora de l'àpat. També és possible fer un àpat entre hores (galetes, suc, etc.), però no es dóna massa marge de flexibilitat en els horaris, tret de l'hora de l'esmorzar. Les persones no poden escollir entre diversos menús o dietes, tot i que aquests estan personalitzats en relació amb la seva salut i no tant les seves preferències. Tot i això, es respecten els hàbits d'alimentació de la persona. Les persones no poden escollir on mengen, però sí poden triar al costat de qui ho fan. La persona pot menjar amb la família o amb amistats, però només en caps de setmana i festius. Les persones no poden convidar la seva família i amics a prendre alguna cosa, ni participar en la preparació d'aquests àpats.

Durant el preingrés es dóna una atenció personalitzada. Es té present en tot moment els suports que necessita la persona en funció de la seva situació. S'acompanya la persona a conèixer el centre. Sempre s'informa les persones de manera comprensible sobre les recomanacions terapèutiques.

En general, **s'anima les famílies a participar en la vida quotidiana del centre**. S'afavoreix la presència i la proximitat de la família. S'evita que se sentin jutjades, culpabilitzades o insegures. Si es presenten dificultats en la relació entre la persona gran i la seva família, s'escolten ambdues

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

parts i **no es jutja ni s'intenta propiciar acords**. Hi ha algun professional que ofereix suport i mediació per millorar la relació i la comunicació.

Es facilita el contacte social mitjançant espais compartits i activitats en grup. S'organitzen activitats destinades a promoure la interacció i la bona convivència. Es dóna suport a les persones perquè puguin comunicar-se per correu ordinari, Internet, etc.

Es procura que **les persones** estiguin **informades i coneguin les activitats** que es realitzen al centre, i **que tinguin sentit per a elles**, i alhora se les informa del valor terapèutic que tenen. En general, però, **no es disposa de gaires propostes per participar en activitats de la vida quotidiana i tampoc no poden triar entre activitats alternatives**.

Actualment ens trobem en un moment de **reformulació de les activitats** per evitar la monotonia i incloure propostes noves. Es fan activitats fora del centre, però no tantes com es desitjaria.

El centre organitza moltes activitats i diversos menús especials amb motiu de diferents festivitats i celebracions. Es promou molt la participació de familiars, amics i voluntaris juntament amb la gent gran i els alumnes de l'escola, cosa que fomenta el caràcter intergeneracional del centre. Per a les sortides, el centre contracta un transport adaptat per facilitar el desplaçament de les persones amb mobilitat reduïda.

Es promou que les persones s'envoltin d'objectes significatius i que els con-

servin, sempre tenint en compte les limitacions de l'espai. No sempre les persones accedeixen lliurement a les seves pertinences. Això és més habitual en les persones amb més autonomia i competències.

Tot i que es disposa de productes de suport, **falta establir pautes personalitzades per afavorir la continuïtat**, evitant l'ús d'absorbents sempre que sigui possible; per fer-ho, cal una coordinació entre els professionals i la família.

En l'etapa final de la vida, la persona és atesa d'una manera personalitzada i es procura el seu benestar. Té l'atenció sanitària que necessita i s'atén de manera especial el control del dolor. Rep atenció a les seves necessitats psicològiques, socials i espirituals. És possible que, en situacions especials, els familiars o les persones més properes acompanyin la persona i hi passin la nit. **Tot l'equip manté una actitud d'escolta, proximitat i flexibilitat** per atendre qualsevol demanda o necessitat. Es dóna especial atenció i suport a la família i es facilita el comiat després de la defunció. **No tots els professionals estan formats en l'atenció al final de la vida**. Es procura que les persones morin al centre i no a l'hospital, sempre que sigui possible. La família o els amics poden acompanyar la persona durant tot el temps que faci falta, fins i tot a la nit, i es procura que sigui així especialment durant les darreres hores per evitar que la persona pugui morir sola. Es manté la família informada en tot moment.

Les persones tenen l'oportunitat d'expressar les últimes voluntats i es

procura respondre-les i respectar-les tant en la fase final com després de la defunció. Si no hi ha últimes voluntats, el seu representant legal, la família o els professionals actuen respectant els valors de la persona.

Des del centre **es promouen espais de participació**, tot i que acaben reduint-se a les persones amb més capacitats. Al **pla d'atenció no es contemplen les preferències de la persona quant a les atencions requerides per les activitats bàsiques de la vida diària.**

Cal **reflectir** en la valoració prèvia a l'ingrés la **rutina diària i les preferències** de la persona, així com les activitats bàsiques de la vida diària, és a dir, el seus hàbits d'higiene (freqüència i horaris), de menjar i de dormir. També cal introduir-hi **més elements d'observació** per a **totes les persones, especialment en el cas de les que presenten un deteriorament cognitiu avançat, més enllà del seu estat de salut.**

Cal **introduir en el dossier** de cada persona les coses que li poden molestar, les que **no li agraden o les que li generen rebuig** i anar adaptant i concretant les pautes per a cada persona a partir d'un coneixement més extens de la seva història de vida i del seu dia a dia.

Es continua prioritzant l'organització de les tasques abans que les necessitats o les preferències personals de cadascú.

Cal posar més èmfasi en el **coneixement dels costums de la persona i respectar-los, més enllà del seu procés de deteriorament.**

Per això, és important **tenir una coordinació més propera amb les famílies** i parlar-hi més, sobretot quan es tracta de persones que ja no tenen capacitat d'elecció. Per exemple, es pot adaptar la roba de la persona d'acord amb els seus gustos i preferències, o deixar preparada la roba interior i el material d'higiene, però la roba exterior no per treballar l'elecció al matí a l'hora de llevar-se. Des del centre s'ha engegat una iniciativa impulsada per un grup de familiars d'acollida per acompanyar els altres familiars "nous".

Pel que fa a la vida quotidiana, **cal fer una valoració de les eines de suport que pot necessitar cada persona i facilitar-les-hi.**

Cal fomentar activitats significatives i personalitzades a partir de l'adaptació de petites activitats, com ara les tasques de la llar. **S'ha de canviar el concepte d'activitat vinculada a les educadores socials i orientar-la als equips i als voluntaris de planta, des d'una mirada més propera i personalitzada.** També cal fomentar altres tipus d'activitats significatives que generin benestar des del conjunt de l'equip de planta.

S'ha de planificar una **formació de sensibilització** orientada als voluntaris sobre la **importància de la personalització i la significació de les activitats** que s'ofereixen a les persones grans. Cal treballar en el marc dels equips de planta la **importància de la participació de les famílies per reduir les resistències** i iniciar reunions amb familiars per plantar per fomentar la seva participació en els grups de cuidadors.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Cal reflexionar sobre com es pot promoure la possibilitat de convidar familiars o amics a dinar, berenar o sopar.

S'ha d'abordar el tema de la sexualitat dins de la seva història de vida i, si s'escau, en les reunions de planta.

Cal establir una formació entre els equips a partir dels missatges i el coneixement de bones praxis i de la identificació de males praxis.

Cal promoure la participació de les persones grans sense demències en la identificació i valoració d'aquestes praxis, com a veu de les persones grans que pateixen demència i no ho poden expressar.

Cal incorporar els residents amb capacitats conservades per col·laborar en la sensibilització dels treballadors.

S'ha d'establir una formació sobre tècniques de validació.

S'ha de valorar la incorporació d'una supervisió externa o interna en el dia a dia dels equips de planta.

Cal millorar el coneixement per sumar-lo a la capacitat de l'equip i evitar o reduir les solucions farmacològiques.

S'ha de poder gravar situacions per avaluar-les internament més tard i millorar les actuacions.

Cal establir una formació continuada interna que faciliti l'apropament i la incorporació progressiva de les persones amb demència greu respecte a les activitats de la vida quotidiana.

Cal establir un instrument de valoració, a partir de l'observació, per a les persones amb un trastorn de la conducta.

Cal aprendre a observar els factors ambientals, relacionats amb l'espai, i els factors relacionals vinculats a la persona i no tant a la malaltia. Els espais han de facilitar el benestar de les persones amb alteracions de la conducta.

S'ha de reformular el PIAI a partir d'una formació prèvia.

En relació amb les famílies, cal augmentar la seva participació en les decisions del dia a dia de la persona gran, ja que això reduirà el sentiment de culpabilitat. Cal incorporar accions formatives orientades a les famílies i establir un servei d'orientació i assessorament familiar i reunions periòdiques amb familiars per plantes.

És important potenciar el vincle entre l'auxiliar de referència i la família, treballant el document de l'auxiliar de referència i donant-lo a conèixer entre els professionals, els residents i les seves famílies.

Dins del grup d'acompanyament emocional del sistema, cal esforçar-se per reconduir les visions de determinades famílies.

Cal mantenir i fomentar les relacions amb entitats externes i la relació amb la comunitat. S'ha de promoure l'organització d'activitats conjuntes amb entitats del barri i amb residències o serveis propers. Cal convidar altres entitats a esdeveniments compartits. Cal ser presents en el Consell de la

Gent Gran, en la Taula del Tercer Sector Social i en la Fira Gran.

Cal consolidar el coneixement i la importància del programa intergeneracional entre el conjunt de professionals de les plantes i entre els familiars per afavorir la seva participació.

S'ha de parlar amb els equips a les reunions de coordinació per establir un programa compartit i explicar-ne els resultats al conjunt de professionals.

6.4.3 Reconeixement i respecte a la persona; intimitat

Tot i que sempre es manté un gran respecte a la persona i se li pregunta de manera habitual, per exemple, com vol ser anomenada, **no es té l'hàbit d'informar de tot el que farà o de com vol ser atesa, especialment en el cas de les persones amb demència** o que presenten una major limitació en les seves capacitats de comunicació i de relació interpersonals. **Tampoc no es prepara un programa inicial personalitzat** per als seus primers dies al centre **a partir del reconeixement de les seves rutines o de les activitats que li agraden.**

Tot i que des de l'ingrés de la persona es transmet al conjunt de l'equip **una primera informació sobre la història de la persona, aquesta és breu.** Per tant, encara **manca aquest coneixement de la seva identitat personal** per cercar la proximitat a partir de converses que li resultin properes o familiars.

Des de l'aspecte ambiental, **sempre s'anima que les persones portin objectes propis significatius** i es facilita que tinguin accés a les seves

pertinences, tot i que la majoria dels espais del centre són limitats, ja que històricament aquesta residència es va concebre per a persones sense dependència i amb plena autonomia funcional. L'evolució que ha presentat el servei en els darrers anys ha fet que actualment més del 50 % dels nostres residents presentin una mobilitat reduïda, amb la conseqüent necessitat d'espais més grans.

Dins d'aquest procés de transformació en què ens trobem, **encara manca una clara orientació de les activitats a partir del reconeixement de les seves fortaleces i capacitats. No es disposa d'un cercle de confidencialitat per a l'atenció a la persona,** ja que aquesta sovint no sap quins professionals coneixen la informació que fa referència a ella.

S'intenta mantenir un tracte càlid i respectuós amb les persones mentre se les desperta i se les ajuda a llevar-se, vestir-se o se'ls fa la higiene personal.

Cal millorar en aspectes de la seva intimitat, com per exemple tenir més en compte, el **ritme o preferències de la persona** en el moment de despertar-la o explicar-li com i què es farà abans de començar la higiene personal.

De vegades preval el temps i per poder anar més de pressa, no es tenen en compte les capacitats o el foment de l'autonomia. De vegades **es prioritza el fet d'arribar** a donar totes les atencions pautades a cada una de les persones i **no tant la manera de donar** aquestes atencions. En general **es continua prioritant l'organització,**

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

com ara les hores d'anar al lavabo o la preparació de la roba que s'ha de posar la persona resident, procés en què la persona no tria. En general, **cal més formació per disposar de noves eines que permetin fer un abordatge i un acompanyament personal des d'una visió de la persona com a tal**, priorititzant la mirada des de les seves potencialitats per damunt de les seves limitacions. Considerem que **es manté un bon tracte amb les persones**, tot i que no es pot garantir en la totalitat dels professionals d'atenció. De vegades, **és la família qui demana que se li facin les coses, sense tenir present la importància de mantenir el nivell i les capacitats d'autonomia**.

Es constata que **no es té en compte suficientment la intimitat de la persona** quan, en el moment de vestir-la o durant el bany o la dutxa, entra un segon professional per preguntar qualsevol cosa no relacionada amb la persona. Sembla que quan entra un professional, pel fet de ser un professional, no es vulneri la intimitat.

Respecte a les persones amb demència, s'està iniciant un procés de canvi. En el moment del bany tampoc **no es pregunten les preferències a cada persona**, tot i que s'eviten les coses que no li agraden. No s'acorda tampoc amb la persona qui li farà la higiene personal o el bany, però es respecta el desig que no ho facin persones del sexe contrari. **Si que es procura, per exemple, fer els desplaçaments al bany amb amabilitat i protegint la intimitat corporal de les persones**.

Quan les persones demanen anar al lavabo, no sempre se les atén adequa-

dament en temps i forma, ja que es mantenen horaris generals per anar al lavabo, canviar bolquers o davant d'episodis d'incontinència, cosa que **representa un altre punt feble**. Els temps d'espera que pateix una persona des que demana anar al lavabo fins que se l'acompanya encara no té la prioritat desitjada. Aquest problema esdevé força complex quan les persones que es mouen lliurement pel centre necessiten anar al lavabo i necessiten suport per fer-ho.

Es té força cura de la imatge personal (roba i complements) de la persona, i s'adequa la seva roba en cas de necessitat o se li fan suggeriments respectant aquells aspectes que considera importants. Tot i això, **tornem a trobar el punt més feble en aquelles persones que pateixen deteriorament cognitiu**, a les quals no s'acostuma a preguntar com es veuen, ni es té massa en compte la seva opinió. Si, a més, la persona no té la capacitat d'expressar les seves preferències sobre com arreglar-se, tampoc no és habitual preguntar a la família.

Cal un treball profund que posi èmfasi en la importància de la imatge de la persona, en les reunions de residents, en la història de vida i en el PIAI, més enllà del seu deteriorament cognitiu.

Un exemple pràctic seria el de cercar nous pitets més personalitzats, diferenciats i estèticament orientats a la persona.

Es procura que les persones no sentin vergonya a l'hora de sol·licitar ajuda per ficar-se al llit. Aquestes no s'enlliten mai despullades, però el centre

no té establertes pautes d'actuació per part dels professionals per evitar que les persones sentin vergonya en el moment de demanar ajuda.

Cal establir accions de sensibilització sobre la importància en l'atenció a l'hora d'anar al lavabo i sobre l'atenció en els casos de persones amb incontinència.

Una altra acció que cal treballar és la de conèixer, valorar i tractar el possible sentiment de vergonya que pugui tenir la persona en el moment de l'àpat, per oferir-li respostes alternatives al menjador, per exemple, menjar a l'habitació o a l'espai del costat de l'office. **Els formats infantils es tenen cada cop més en compte** en les activitats, tot i que cal millorar-los a partir de la seva personalització.

El conjunt de professionals tracten amb respecte, discreció i confidencialitat les relacions socials i afectives que mantenen les persones, així com la informació que es té sobre les famílies.

En les relacions personals, novament **el punt feble és incloure les persones amb demència a les converses o mantenir una relació adequada amb elles**. Per exemple, no sempre se'ls parla com a adults i se'ls tracta com si fossin nens. Tanmateix, sí que s'adapta la comunicació per aconseguir proximitat i facilitar la seva orientació i comprensió, tot i que no sempre és possible posar-se a la seva pell i entendre les seves emocions i els seus comportaments. De vegades, tampoc no es protegeix amb la mateixa cura la seva dignitat i els seus drets, com

ara la privacitat de les habitacions, en relació amb les persones que presenten una major autonomia i capacitat relacional. S'observa que de vegades **la mateixa família no té present la importància de la comunicació amb les persones amb demència**.

No sempre es manté el màxim respecte ni es valora cada persona amb independència de les seves característiques. Cal reforçar en les reunions de planta la importància de la higiene després dels àpats i la cura de la imatge.

En aquest moment **no s'ha fet un treball profund** sobre la **sexualitat** de les persones grans, **ni és un tema que es prioritza**, atès que no s'han produït situacions destacades que ho requerrissin.

Tot aquest treball iniciat amb els grups de professionals de cada planta ha de permetre anar generant noves mirades envers les persones que viuen i conviuen al centre.

Molt aspectes tenen a veure amb **petits detalls**, que **majoritàriament es produeixen de manera inconscient**, ja que **si es pregunta per la importància que té el respecte a la intimitat, es produeix unanimitat en les respostes**.

El fet de generar aquests espais de treball i reflexió compartits de manera continuada permet prendre més consciència no tant del que es fa, sinó de com es fa. Pel que fa a aquest aspecte, es van observant petits canvis lentament entre els diferents professionals. Encara cal fer molta feina per avançar en la manera diferent que suposa ori-

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

entar qualsevol atenció d'acord amb l'ACP, especialment quan es tracta de persones amb més dificultats per relacionar-se i comunicar-se.

El centre està orientant al treball cap a grups d'atenció més reduïts per poder facilitar una millor resposta a la persona. Per això, entre altres accions, enguany s'ha prioritzat un augment important en el nombre de professionals.

Una vegada passat l'instrument, es valora la necessitat de disposar d'un model de consentiment informat que reculli tota la informació lliurada o facilitada, d'elaborar un llistat de bones praxis per part de cada equip de planta, des de la reflexió sobre la manera d'actuar, per millorar la intimitat de la persona i transformar-les en missatges visuals, (aquesta reflexió també hauria de contemplar una autoavaluació sobre les males praxis) i d'establir accions de formació i sensibilització sobre el tracte càlid i la protecció de la intimitat de la persona.

6.4.4 Autonomia, benestar i independència

La treballadora social programa la rebuda de la persona al centre i l'acollida que realitza juntament amb alguna auxiliar de planta, encara que no sempre participa l'auxiliar de referència ni el conjunt de professionals.

Durant els primers dies no s'informa de manera programada sobre l'estat emocional de la persona en el procés d'adaptació. Tampoc no s'ofereix a la família la possibilitat d'una incorporació gradual al centre. La figura del

professional de referència no està incorporada en el dia a dia per acompanyar-lo en els seus dubtes o en les seves dificultats. S'observa que encara cal avançar respecte del que suposa ser l'auxiliar de referència. Actualment l'auxiliar de referència s'ocupa, sobretot, de la cura de la roba o dels articles d'higiene que pugui necessitar la persona. El motiu és que es continua priorititzant l'organització de les tasques abans que les necessitats o les preferències personals de cadascú.

Pel que fa a les accions que cal dur a terme, inicialment es proposa facilitar que els familiars puguin interactuar directament amb les auxiliars, els residents o altres familiars que estiguin presents durant la visita de coneixement del centre.

També es proposa el següent: quan el resident comença a viure a la casa, si la família no truca, els podem trucar nosaltres per informar-los sobre com es troba la persona en aquests primers dies. També es pot establir alhora un equip d'acollida que prioritzi l'atenció i el seguiment de la persona durant les primeres setmanes.

No s'ha fet un treball de reflexió sobre les necessitats que pot tenir la persona i la família durant els primers dies d'ingrés al centre. Cal sensibilització sobre el que pot suposar per a una persona deixar la seva llar i tota una vida envoltada d'entorns i objectes significatius, que molt sovint no poden emportar-se per la limitació de l'espai. D'altra banda, no s'ha creat cap programa específic d'atenció i seguiment en aquests primers dies en què la persona entra a viure al centre. Tanmateix,

s'aprecien **mirades diferents sobre el paper de la família en funció de les diferents experiències viscudes.**

S'intenta **cercar un equilibri en la facilitació dels suports per evitar la pèrdua d'autonomia.** Això s'observa, per exemple, en la manera de vestir, ja que es fomenta el manteniment de l'autonomia en aquest aspecte, tot i que no és un treball programat o coordinat pel conjunt de l'equip.

Cal més coordinació entre els professionals i la família per establir unes mateixes pautes en relació amb els nivells de suport que se li dóna a la persona, ja que de vegades aquesta es viu com a fiscalitzadora.

S'afavoreix la independència de la persona i es protegeix i prioritza la seva seguretat, especialment amb ajuts tècnics. Això fa que **no sempre es fomenti l'autonomia** en el lavabo **per por a caigudes.** Tampoc no es coordinen les pautes entre els professionals i la família. Es constata una **clara preferència per la seguretat de la persona abans que per la seva autonomia,** de vegades condicionada també per les conseqüències que pot tenir i la **mirada de la família** que molt sovint adopta un paper de sobreprotecció.

Moltes vegades el dret a l'autonomia de la persona i el fet de promoure-la en tot moment **es redueix perquè es dóna prioritat al fet d'acomplir totes les tasques i atencions que estan planificades** per al conjunt de les persones que viuen a la planta. Cal acabar alhora totes les tasques programades. La flexibilitat en els processos d'atenció es fa difícil si les tasques són molt

marcades per temps i torns, ja que s'acostuma a pensar que el torn anterior no ha acabat la seva feina i que la feina inacabada recau en el torn següent, en comptes de pensar que s'ha hagut de prioritzar per demandes o preferències d'una o diverses persones. No es té aquest pensament si la causa ve motivada per una força major o un tema de salut. En aquest cas, encara es visualitza **la importància que té l'organització i la salut per damunt del benestar emocional de la persona.** Un exemple és que els aspectes que demana la inspecció s'acompleixen en tot moment.

El centre deixa tenir alguns elements, com una nevera o un microones, però la normativa, entre altres motius, no permet que les persones es preparin el seu propi menjar. Sí que es fomenta que prenguin l'àpat segons les seves capacitats des d'un tracte càlid i respectuós i de la manera més independent possible; per això, des del servei de fisioteràpia es faciliten productes de suport personalitzats.

En aquests moments **s'està valorant la possibilitat de flexibilitzar els horaris dels àpats** a partir d'una reorganització o redistribució del temps de les diferents tasques.

En general **les activitats es programen i s'organitzen sense massa marge per a la improvisació,** el canvi o la flexibilització. El centre té programes i activitats per fomentar la mobilitat de les persones. Aquelles que presenten més limitacions, incloses les enllitades, reben tractament i pautes de fisioteràpia, mobilitzacions i canvis posturals. Un punt feble, però, és la manca d'es-

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

timulació, de manera general, de les persones que tendeixen a passar molt temps sense moure's, a fer passejades o realitzar activitats que impliquin moviment.

La cordialitat i el bon tracte es considera generalitzat, tot i que encara es creu que es podria millorar. Abans de fer un desplaçament, no sempre es té present el fet d'informar la persona del lloc on se la porta i per què.

S'afavoreix que les persones se'n vagin a dormir de la manera més independent possible, tot i que falta més coordinació entre els professionals i la família. A més, en el moment d'anar a dormir veiem **que preval l'organització**, ja que les persones que necessiten ajuda no ho poden fer a l'hora que vulguin. En la majoria dels casos es disposa de productes de suport per afavorir la independència i la seguretat.

Algunes persones, en funció de les seves capacitats, poden escollir participar o no a les activitats. **Si la persona no vol fer una activitat terapèutica que considerem beneficiosa, es respecta la seva decisió, però també es procura explicar-li els beneficis que comporta l'activitat.** En cas que la participació o la no participació a una activitat pugui ser clarament perjudicial per a la persona, l'equip analitza la situació i s'informa dels motius a la persona o al seu representant. Les persones no tenen l'hàbit de proposar i planificar activitats juntament amb els professionals. Normalment es promou l'elecció oferint alternatives perquè triïn. Tampoc no sorgeixen activitats espontànies.

Es respecta que les persones decideixin sobre la participació de la seva família al centre i sobre el contacte que volen mantenir amb aquesta. Un aspecte que **es valora molt positivament és l'horari, ja que la família pot venir a qualsevol hora del dia i no es posen limitacions en aquest aspecte.** Les persones també poden escollir on i amb qui volen ser. No és obligada la convivència grupal o el fet de quedar-se en espais comuns. Tot i això, **el punt feble és en aquelles persones que no tenen capacitat per poder expressar les seves preferències, ja que cal un treball més profund i orientat a elles.**

Si la persona vol canviar d'habitació compartida, es facilita el canvi sempre que sigui possible. També es fomenta que la persona mantingui el contacte i les relacions amb els amics, els veïns i la família de fora del centre, per exemple, permetent-li que faci servir el telèfon quan vulgui.

S'analitzen les conductes que comporten risc de manera individual i es proposen pautes personalitzades. Es respecta la seva autonomia i el seu benestar emocional, però cal millorar, ja que es tem el risc i les seves conseqüències. No sempre les mesures finals sorgeixen del consens i de l'acceptació de la persona i de la família. **Tampoc no es realitza un procés de consentiment informat amb autorització expressa de l'assumpció de risc per part de la persona o del seu representant.**

S'intenta evitar l'ús de contencions físiques com a primera i única alternativa, tot i que no sempre podem dir que

és una pràctica generalitzada. Alguns aspectes de contenció estan molt vinculats amb la por al risc que la persona gran pugui caure o fer-se mal. Tot i això, **no s'utilitzen les contencions físiques de manera indiscriminada** i només s'apliquen quan les altres opcions no funcionen. El centre té, però, un índex alt de subjecció, especialment en subjeccions pelvianes i baranes al llit per evitar caigudes. Cada cas s'aborda de manera individual per part l'equip i es prescriu per part d'un facultatiu. Se supervisen i se'n revisa la indicació. Davant un motiu d'urgència i en absència de la prescripció, es comunica i es revisa al més aviat possible. S'informa les persones dels motius i es demana el consentiment firmat. Es disposa d'un protocol d'ús adequat de contencions físiques i els professionals, que estan formats en la prevenció i en l'ús adequat de les contencions, el compleixen.

Les contencions farmacològiques es fan mitjançant una prescripció i un control mèdic i sempre de manera individual, ja que hi ha un protocol per al seu ús adequat. **Cal més formació en l'aplicació de mesures no farmacològiques en les alteracions del comportament.**

Un dels punts forts del centre és que és un servei molt obert en què les persones es poden moure lliurement pel conjunt dels espais i escollir en cada moment on volen ser, sense haver de demanar permís ni explicar els motius. La seva debilitat és que aquest aspecte **es redueix en el cas de les persones que no poden traslladar-se per elles mateixes o no tenen un familiar que els acompanyi.**

En el cas de les persones que tenen risc de perdre's o de fer-se mal, es valora el cas de manera individual i es proposen pautes personalitzades. Es disposa de suports per permetre sortides amb acompanyament en cas necessari, però **no es disposa d'un protocol de bona praxi per a la prevenció de la desorientació** i la localització de persones que s'han perdut. En canvi, sí que es disposa d'un protocol en cas de caigudes, ja que és un protocol normatiu. Les persones amb risc de caiguda tenen suports personalitzats, però no sempre el personal manté una vigilància del risc.

Cal elaborar i establir un protocol de prevenció de caigudes, de la mateixa manera que es disposa d'un en cas que es produeixin.

Anualment es fa un estudi de les caigudes que es recull en la memòria social del servei; això ens mostra que hem d'orientar el nostre treball més cap a la prevenció, incorporant sensors de moviment o dispositius que facilitin la seguretat davant de les possibles caigudes.

Cal reorganitzar les tasques de la vida quotidiana per incorporar l'estimulació de la mobilitat al treball del conjunt dels equips de planta. **Cal establir accions de sensibilització en relació amb la importància de promoure la independència física**, tot i que es comenta que falta temps, fomentant la seguretat de les persones i prenent consciència del respecte de les pautes establertes en el manteniment d'espais tancats a partir d'indicadors o cartells.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Cada persona, en la valoració integral i personalitzada que es fa al centre, té prescrits tractaments per a la seva salut que realitza el metge i altres professionals qualificats, que en fan el seguiment. Si la persona amb capacitat suficient no vol seguir les indicacions i el tractament, se li informa tant dels beneficis que comporta realitzar-lo com dels riscos que assumeix en cas de rebutjar-lo. No se signa, però, cap document de renúncia expressa amb l'assumpció de possibles conseqüències negatives.

Amb les persones **amb demència, es desconeixen les tècniques de validació per afrontar les reaccions emocionals o com s'han de tractar els trastorns de comportament**. Tampoc no s'ajusten plenament els objectius de cada activitat ni es promou suficientment la participació d'aquestes persones, tot i que se cerca el seu benestar físic i emocional. Ara es comencen a iniciar activitats que són idònies per a les persones amb demència, com les teràpies amb gossos. S'observa una clara necessitat de formació en l'abordatge de les demències i en el coneixement de tècniques d'observació, seguiment i validació, així com de coneixement i habilitats per tractar els trastorns de conducta.

En relació amb el seu entorn, **no es fa un treball d'observació sistemàtica de les conductes de benestar o malestar**, ni es fomenten entorns comprensibles o predictibles perquè les persones se sentin segures.

No està massa estès l'ús de les noves tecnologies per facilitar la vida

independent, l'autonomia i la comunicació de les persones.

La persona no té opció de canviar el professional de referència, tot i que, davant de situacions greus, l'equip ho valora i el canvia.

Les persones disposen de manera personalitzada de productes de suport per afavorir la seva independència, seguretat i confortabilitat, un cop feta una valoració individual.

Es protegeix les persones d'extorsions i abusos per part d'altres persones posant especial atenció en les que tenen deteriorament cognitiu.

6.4.5 Equip de professionals i organització

Abans de l'ingrés, **a la persona no se li presenta l'equip de professionals de la planta ni les persones que hi conviuen**. S'informa i s'escolta les famílies, s'explica el funcionament del centre i **es procura l'ajust d'expectatives**. Se'ls proporciona **suport si manifesten preocupacions o temors**. S'evita jutjar actituds i comportaments i es procura reduir el sentiment de culpa.

Els professionals mantenen **una actitud discreta i es respecta el protocol de confidencialitat** signat per a tots els professionals. Són cordials, comprensius i mantenen una comunicació adequada, per exemple, amb les persones que tenen problemes per dormir. Tot i això, **no tots els professionals tenen bones habilitats de comunicació i d'observació**, sobretot pel que fa a tenir present en tot moment les preferències de la persona i el seu benestar. A més, **no sempre es**

dóna un tracte d'adult a les persones residents quan se'ls parla. El centre manté un llenguatge proper amb les persones i habitualment s'evita l'ús de termes institucionals.

Les **relacions i l'escolta** entre professionals i persones grans **no sempre és la desitjada**, ja que es comenta que **falta temps** per fer-ho a causa de les tasques que els treballadors han de realitzar al llarg de la jornada. Els professionals habitualment decideixen com s'han de fer les coses, de manera que **es limita el dret a decidir de la persona sobre el dia a dia.**

Cada persona té un **professional de referència** i aquest té al seu càrrec un grup reduït de persones (6-7), però **caldria que tingués més funcions quant a l'observació, el suport i el seguiment del PIAI. Manca una implicació proactiva** en la recerca de solucions abans de consultar altres professionals. **Cal més formació** sobre l'exercici de les funcions de l'auxiliar de referència. Aquest **no sempre** es preocupa de mantenir una **comunicació fluida amb les famílies** de les persones que té al seu càrrec o no ho fa de manera continuada. En general, no s'ha fet encara un canvi de mirada envers la persona per prioritzar les seves fortaleces i capacitats perquè emergeixin i es mostren. **Els professionals no mengen amb les persones usuàries**, sinó que ho fan en menjadors diferenciats. Tampoc no s'integren a la taula quan donen el menjar.

Falta més coordinació entre els professionals i les famílies de cara a estimular l'activitat física de les persones. La importància de la col·laboració i

presència de la família, a la qual s'ha de motivar a implicar-se en l'atenció, no és plenament compartida per la totalitat dels professionals. Tampoc no s'estableixen de manera clara les limitacions de la família per evitar malentesos.

No s'organitza la feina en funció de les persones, sinó de les tasques. Cal més flexibilitat en l'atenció i en les activitats. Manca una major polivalència entre els professionals. El centre **no disposa d'equips d'atenció per a grups reduïts**, tot i que té **un equip tècnic multidisciplinari que dona suport i un director** que lidera els equips.

Els equips d'atenció quotidiana formats per gericultors són fixos a cada planta, però **el professional de referència no té un paper clau** en la coordinació de l'atenció de la persona al seu càrrec. L'equip tècnic no s'encarrega de supervisar el funcionament dels equips d'atenció quotidiana. Els professionals es relacionen amb les famílies des de l'empatia, el respecte, el suport i la no culpabilitat.

El centre no proporciona un servei d'orientació familiar o d'assessorament individualitzat per intervenir sobre les seves necessitats socials i psicològiques. Tampoc no organitza accions formatives per a les famílies en funció de les seves necessitats. Tampoc no es disposa d'espais per a l'intercanvi i el suport mutu entre famílies. **Les famílies tenen vies de participació al centre i les coneixen.** Si tenen queixes o suggeriments, no sempre es responen de manera ràpida. **De vegades es fomenta la participació de les famílies com a voluntaris.**

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

S'organitzen activitats d'oci amb la participació conjunta de residents, familiars, professionals i voluntaris, així com d'altres persones de la comunitat. S'organitzen programes de voluntariat per afavorir el contacte i reforçar el suport a les persones.

Els professionals no sempre saben comunicar-se correctament amb les famílies i de vegades a algunes se les etiqueta. D'altra banda, no totes les famílies mantenen una comunicació fluïda amb el professional de referència.

El centre facilita l'accés de les persones als espais i serveis comunitaris i organitza activitats fora del centre. Es té poca presència en fòrums i espais de participació del barri. És més present en esdeveniment, festes o celebracions encara que no s'organitzen activitats relacionades amb temes de l'actualitat comunitària.

Un dels punts forts del centre és el seu programa intergeneracional que s'aplica al llarg de tot l'any i de manera continuada, atès que la fundació acull serveis per a la gent gran i un centre educatiu en un mateix edifici, on té una participació activa, present i constant, tant des de l'escola cap als serveis de residència i centre de dia, com a l'inrevés.

L'enfocament d'ACP és present en els diferents documents que defineixen el centre i en els seus plans d'acció. Es concreta parcialment en l'atenció quotidiana i cada cop més en els suports documentals que els professionals utilitzen. Hi ha un recull de drets i deures per a tothom, però pro-

bablement no es coneix plenament. **L'organització valora el paper dels professionals d'acord amb l'enfocament d'ACP i hi aposta.**

Les normes actuals del centre no s'han consensuat. Són escrites, però no sempre tothom les coneix. **Responen principalment a motius organitzatius.** Es troben en procés de revisió.

Es mantenen **reunions interdisciplinàries per part de l'equip tècnic** i, des de fa menys d'un any, **reunions mensuals diferenciades per plantes** sobre els residents i l'organització per anar revisant el funcionament dels equips i anar orientant les pràctiques quotidianes cap al model d'ACP. **Per a les situacions complexes, s'ha iniciat un treball d'anàlisi i suport als equips.** Està pendent la posada en marxa d'una darrera reunió a les plantes sobre l'estat emocional dels equips: un espai per abordar la millora de la gestió de les emocions i les dificultats que generen les relacions amb els altres.

En relació amb els documents i els processos orientats a l'ACP, **manquen guies per orientar els professionals en les bones pràctiques**, l'elaboració d'un procediment de formació i acollida per al nou treballador, un pla de formació continuada per al desenvolupament de les competències clau, un sistema d'avaluació anual de la millora de la qualitat de l'atenció amb l'enfocament d'ACP i un mètode d'acompanyament i suport que permeti transferir els aprenentatges als escenaris quotidians de cures i atenció.

Cal millorar el suport documental existent (història de vida, registres, seguiment, informacions) i una major personalització en els registres de seguiment. **L'objectiu de l'organització és el de reforçar la capacitat dels diferents professionals**, dels que hi confia, tot i que manca molt camí a recórrer.

El centre disposa d'un sistema per exposar queixes i suggeriments, que s'analitzen i es responen tenint present en tot moment la persona i la seva qualitat de vida. No disposa, però, de sistemes de participació mixta en què els professionals, els residents i les famílies comparteixin i coordinin punts de vista sobre assumptes relacionats amb la millora de l'atenció del centre. Ara es comencen a fer reunions de planta amb professionals i familiars. Només algunes persones participen en el disseny d'activitats i en el seguiment i en les propostes de serveis.

No es desenvolupen accions de sensibilització orientades a les persones grans, a les famílies o als agents de l'entorn d'ACP. Tampoc no s'ha organitzat cap jornada, cap acte ni cap taller en els darrers dos anys en que les famílies, les persones usuàries i els professionals debatin i reflexionin conjuntament sobre l'ACP, sobre el trasllat del resident al centre i sobre la seva vida quotidiana. Cal difondre més aquest model d'atenció, documentant i compartint experiències i resultats.

Hi ha certes dificultats per estabilitzar els equips. Hi ha resistències al canvi. També es constaten mirades diferenciades entre "antics" i recents. **La prioritat dels equips continua sent**

l'organització de la tasca. Hi ha dificultats per veure les persones de manera integral, és a dir, des **d'una atenció biopsicosocial.**

Les auxiliars comenten que les famílies són sobreprotectores i es consideren experts. Afirmen que cal posar límits i guanyar confiança per reduir el sentiment de culpabilitat. També **cal corregir la desqualificació que molts cops pateix l'auxiliar** per part de les famílies.

No existeix cap servei d'orientació familiar com a tal, però l'equip professional i tècnic atén la família en cas que ho necessiti. Es va iniciar una proposta sobre la creació de grups de suport, tot i que està en una fase incipient.

Cal promoure que el professional de referència pugui donar directament la resposta a la família i fomentar el seu apoderament. En relació amb el professional de referència i la seva comunicació amb les famílies, hi ha una clara diferenciació entre les persones més autònomes i les més dependents.

Els caps de setmana s'utilitza el centre de dia per a altres activitats, com ara dinars amb la família, activitats dirigides per voluntaris, etc. Des del centre s'organitzen habitualment sortides i excursions amb el suport dels voluntaris. El transport adaptat no és propi, sinó que sempre es contracta. Darrerament s'està treballant per promoure una major presència en els diferents espais de participació del barri. El fet que la fundació aculli en un mateix espai un servei de residència i centre de dia i una escola fa que el component intergeneracional

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

estigui plenament implementat des de fa molts anys i tingui un gran arrelament. És el que anomenem “marca de la casa”.

El centre passa per un procés de transformació dels equips i dels seus espais. Per això, l'observació d'una manera diferent de fer és lenta però continuada.

Des de l'inici del projecte “com a casa” orientat en l'ACP, s'ha dotat en el mateix pressupost un augment de la partida de personal per promoure espais de reflexió, debat i formació que permetin anar assolint noves maneres de treballar.

Actualment hi ha documents pendents de revisió, com el reglament de règim interior o el manual d'acollida de treballadors i familiars. El centre disposa d'un manual d'acollida al treballador que cal revisar en la seva totalitat. La formació que el treballador rep està vinculada al coneixement d'una eina informàtica amb què es rep informació i es fan els registres de seguiment. També es dona formació en riscos laborals i informació sobre la confidencialitat i la protecció de dades, però manca una clara formació del treballador nou sobre l'ACP orientat al desplegament de les seves funcions.

S'han anat realitzant diferents accions formatives i de sensibilització respecte de l'ACP, però cal establir un pla de formació continuada. **Aquest treball més proper i transversal en què participen tots els professionals per plantes és una de les eines per a la transformació dels equips.**

Al setembre de 2015 s'inicia la posada en marxa de 3 accions d'acompanyament en la transformació dels equips relacionades amb el resident, la coordinació de l'equip i el seu estat emocional. Al setembre de 2016 està previst iniciar les reunions de plantes sobre l'estat emocional dels equips.

Des de 2014 el centre organitza diferents grups de treball mixtos (actes i festes, cuina intergeneracional, revista, espais, ajuts tècnics, captació de fons, etc.) en què participen professionals, residents i alumnes, famílies, l'AMPA, voluntaris i membres del patronat. Aquests grups despleguen el pla d'acció anual que el centre defineix des d'una vessant plenament participativa.

A l'octubre de 2013 es van organitzar les jornades de diàlegs múltiples i el seminari prospectiu en què famílies, persones residents, voluntaris i professionals van debatre i reflexionar conjuntament sobre com volien viure en el futur i com havia d'evolucionar l'atenció del centre. A partir d'aquestes accions es va establir la visió, un pla estratègic que caldrà implementar en un termini de 10 anys per transformar els equips i els espais, i es van definir els plans d'acció que els grups mixtos de treball han de desplegar.

Al final de cada any es convida totes les persones que han participat en els diferents grups mixtos de treball al llarg de l'any a una jornada de treball per avaluar els resultats i fer propostes que hauran d'orientar el pla d'acció anual següent. Els re-

sultats i continguts d'aquest treball, així com el pla d'acció anual següent, es retornen a tots els participants i professionals.

A partir de les diferents propostes sorgides, **s'aprecia la necessitat d'establir una formació orientada a unificar coneixements i actuacions davant de conductes complexes.** També es considera que els equips han de rebre més **formació i sensibilització sobre els conceptes relacionats amb el tracte respectuós, l'escolta i l'empatia des d'una mirada d'adult.** Cal continuar l'acompanyament dels equips per conèixer per què es donen males praxis.

Cal iniciar un treball intens amb els equips i les famílies per conscienciar-los de la importància de respectar els valors, els costums i la dignitat de les persones, especialment quan es tracta de coses petites, com ara posar les arracades a una persona resident (encara que la família afirmi que no s'adona de res).

Cal més formació i sensibilització per tenir **una mirada en primer lloc de la persona i de les seves capacitats, i alhora tenir en compte les seves necessitats.** Cal canviar el discurs i el nostre llenguatge, unificar la informació de les persones, posant en valor les seves capacitats i fomentar el costum de llegir i complementar els dossiers personals, així com l'ús d'un vocabulari proper, personal i positiu.

Cal apoderar l'equip auxiliar i la figura de l'auxiliar de referència i els equips de planta, definint les seves tasques, el seu rol i la seva formació en l'ACP,

inclòs el paper de coordinació que ha de tenir dins l'equip de planta.

També cal definir **el nou rol dels tècnics en l'ACP, en què passen a tenir un paper de suport** i no de protagonista en una àrea concreta. **En relació amb la família, cal incorporar l'auxiliar de referència en el seu acompanyament** i fomentar la importància del paper del familiar en el benestar del resident. Aquest és un punt que cal treballar en el PIAI.

S'ha proposat desplegar un treball intern de complicitat amb la família, ja des de l'ingrés, i establir trobades entre familiars i professionals.

En l'àmbit documental i de suport, es proposa elaborar, facilitar i difondre el nou **manual d'acollida al treballador i a la família,** revisar i consensuar els protocols a les reunions d'equips, crear vies d'informació i comunicació per al coneixement de les normes de convivència i funcionament del centre, **redactar els documents i els dossiers en primera persona, acabar d'implantar i desplegar els dossiers de planta,** introduir en els protocols **les bones praxis des de l'ACP i els riscos de les males praxis.**

Cal promoure amb la família la **importància de disposar d'instruments i eines significatives per a la persona,** crear enquestes de satisfacció orientades a l'ACP i fer-les als professionals, a les famílies i als residents, i establir reunions periòdiques amb les famílies.

S'ha d'aprofitar l'espai de trobada per anar introduint la cultura afí a

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

l'ACP i fomentar la participació dels residents.

El fet de desplegar un pla de formació orientat a l'ACP i el fet de disposar d'un acompanyament i assessorament externs durant el procés esdevenen punts clau, així com la posada en marxa dels espais per a l'acompanyament emocional del sistema. Cal anar cercant espais informals i distesos fora de l'àmbit laboral. S'ha comprovat que és molt recomanable aplicar l'instrument de revisió participativa de l'ACP en el conjunt de professionals.

6.4.6 Espais físics

Els espais actuals no afavoreixen el foment de la independència i la seguretat. Les persones amb deteriorament cognitiu no disposen de zones segures que afavoreixin l'orientació per on puguin passejar i moure's lliurement. Els diferents menjadors presenten una **clara manca d'espai i d'una decoració acurada** que transmeti un clima casolà i acollidor, tot i que s'han fet accions en els darrers 2 anys per millorar aquest aspecte.

Les taules i la presentació són correctes, però cal millorar. Actualment s'estan fent tovalles noves i ja s'han comprat vaixelles. No es posen detalls damunt les taules, excepte en determinades celebracions o festivitats. D'altra banda, quan s'han fet propostes per crear espais més reduïts o diferenciats en el menjador general, **la resposta majoritària de la gent gran ha estat que volen estar tots junts.**

Manquen espais per rebre visites en privat. No sempre es disposa d'espais privats on les persones puguin mantenir relacions personals i on es pugui protegir la seva intimitat.

El centre va adequant els seus espais cercant un estil més casolà, però **el seu model és majoritàriament hotel·ler.** Només 19 persones conviuen actualment en una unitat de convivència creada l'any 2015. Encara es mantenen passadissos en els quals cal intervenir per evitar que tinguin un aspecte institucional. Els banys necessiten intervencions importants, ja que es van construir per a persones autònomes físicament i cognitivament. **En l'adequació realitzada en alguns banys s'ha prioritzat l'aspecte funcional per damunt del disseny.** Es mantenen de manera habitual força elements de suport a la vista. Les portes tallafocs no s'han decorat per donar-los un altre aire i integrar-les en un ambient més acollidor. A les estances s'han anat fent petites millores, però no estan decorades de manera diferent, excepte pel que fa als diferents colors de les plantes.

Quant a l'ambient, en general **és força distorsionador a causa de la manca d'espai** i de la inexistència d'unitats psicogeriàtriques per a les persones amb trastorns cognitius.

Pel que fa a l'aspecte acústic, sovint es mantenen les ràdios i els televisors encesos. **En general es respira un ambient tranquil,** tot i que s'està treballant en la megafonia per reduir el seu impacte ambiental. Habitualment **es posa música que les persones residents coneixen i que els agrada,** tot

i que només es fa servir per fomentar que es moguin, cantin o es relacionin en els moments de festa o celebracions. A les plantes amb persones amb altes dependències, simplement es posa per generar un ambient més agradable, però no es posa sempre de manera permanent.

Respecte al disseny de la roba, es constata que s'utilitzen peces iguals per a tothom (mantes, edredons, etc.). **El disseny dels diversos espais no afavoreix la realització d'activitats. No s'utilitzen claus visuals amb la intenció de promoure les activitats.**

No es disposa d'espais significatius per a les persones, tret dels dormitoris, tot i que aquests també estan limitats per l'espai existent i les mides que presenten. Es procura que cada cop més es vagin personalitzant les habitacions, encara que l'espai limita molt, per exemple, la incorporació de mobles de casa.

L'entrada als dormitoris té fotografies que algunes persones amb deteriorament cognitiu poden reconèixer. **Les habitacions són espais privats** i les persones poden accedir-hi quan vulguin, tot i que aquest dret es veu disminuït quan la persona necessita ajuda, ja que depèn del temps o de la tasca que està realitzant en aquell moment l'auxiliar. **Algunes habitacions compartides tenen estructures divisòries fixes** que permeten un espai propi mínim, tot i que per accedir-hi, s'ha d'entrar a l'espai privat del company i no sempre és així. **Tot i que la persona tingui competències per fer-ho, no es dona la clau de l'habitació a la persona perquè la custodiï ella mateixa.** Es

procura que els articles d'higiene personal no estiguin a la vista a l'habitació, tot i que no sempre s'aconsegueix.

Sempre que cal fer un canvi a l'habitació, s'informa prèviament a la persona i se sol·licita el seu consentiment. Quan es fan reformes, s'informa a la persona, però no sempre es demana el seu consentiment. Tot i que les estances i els espais no tenen senyals que facilitin l'orientació, no hi ha establers passejos que resultin significatius per a les persones dins i fora del centre. No es tenen petites mascotes al centre.

El centre té un aspecte agradable i transmet confort, però cal renovar encara una part important del seu equipament. S'utilitzen olors agradables i no hi ha terres brillants que provoquin enlluernaments.

Hi ha plantes i flors al centre i les persones que ho desitgen poden ajudar a tenir-ne cura o simplement gaudir-ne. **El centre té espais exteriors amb molta llum i plantes**, tot i que cal remodelar un dels patis. **No té, però, àmplies zones enjardinades.**

Les persones participen juntament amb els professionals en el disseny i en la decoració dels espais, encara que no tant en l'organització d'aquests. **No sempre s'eviten les decoracions infantils o allunyades dels gustos de les persones que hi conviuen.**

El centre no és plenament accessible per a les persones amb mobilitat reduïda, ni disposa d'un equipament adaptat per a l'ús segur i independent de les persones. **El centre en-**

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

cara no té definit un disseny per afavorir l'orientació de les persones amb deteriorament cognitiu ni disposa de senyalitzadors que l'afavoreixin.

La manca d'espai dificulta la possibilitat de crear un menjador a partir de la creació d'unitats de convivència amb una capacitat de 18 a 20 persones. Per això, s'ha presentat un projecte d'augment de volumetria a l'ajuntament que contempla aquesta possibilitat. El centre parteix d'un model tradicional i hotel·ler i es troba en un procés de canvi cap a un model més proper i familiar. S'han anat adequant i millorant els diferents espais. Al principi es van prioritzar els aspectes d'accessibilitat, com els banys, els llits articulats, etc., a causa de l'augment de les persones dependents. A més, amb el mateix objectiu s'han creat seients que es poden mobilitzar a l'auditori del centre per facilitar l'accés d'un nombre més gran de cadires de rodes.

L'any passat es va crear la primera **unitat de convivència i cal avaluar el seu funcionament per extreure conclusions de cara a futures intervencions a l'edifici**. Tot i això, s'estan pintant les plantes de colors diferents. Els colors han estat escollits per les persones que hi viuen, les seves famílies i els equips de treball. S'hi estan instal·lant cortines més alegres i s'estan canviant alguns mobles, com les tauletes de nit o les cadires. **S'està fomentant, entre els residents i les seves famílies, la importància de personalitzar el propi espai**.

El centre disposa d'una **planta baixa molt oberta i amb molta llum, plena de plantes i flors**. S'ha adequat un dels patis per reduir l'impacte de les hores de sol. Aquest és un dels espais principals de relació, tot i que la verticalitat de l'edifici juntament amb l'augment de la dependència i els diferents nivells que presenta la planta baixa limita la facilitat d'accés, així com el seu màxim aprofitament.

Un dels punts forts del centre és el fet que la fundació acull en un mateix edifici la residència i el centre de dia per a les persones grans i el col·legi per a **infants, adolescents i joves**. Aquesta relació i interactivitat fa que hi hagi soroll ambiental, especialment durant les hores de pati. **Aquest "soroll" és molt positiu**.

El manteniment de les **plantes i flors** està actualment molt limitat al nivell d'autonomia de les persones. **No és una activitat que es promou** en el conjunt de persones com una activitat amb diferents nivells de suport.

La construcció de l'edifici orientat en el seu dia per a persones plenament autònomes físicament i funcionalment ha provocat que en els darrers anys hi hagi hagut dificultats d'accés de les cadires de rodes als diferents espais tan privats com comuns, fet que també està vinculat a l'augment de la dependència i a una major longevitat de les persones. Un altre aspecte que dificulta la capacitat d'autonomia de les persones amb mobilitat reduïda o deteriorament cognitiu és el concepte hotel·ler i de verticalitat de l'edifici, ja que a les

sortides de cada mitja planta on se situen els dormitoris i davant de l'accés a l'ascensor hi ha unes escales amb risc de caiguda. Un dels canvis significatius en la creació d'unitats de convivència és la possibilitat de disposar de **més dormitoris individuals**.

També cal anar fomentant que, abans de l'entrada d'un resident, aquest disposi a l'habitació dels seus objectes, mobles i elements personals (d'acord amb les limitacions d'espai actuals) i que la família participi activament en l'adequació i la personalització de l'habitació abans de l'ingrés. Cal acompanyar la família al dormitori on s'instal·larà el seu familiar, ja que així veurà l'espai que hi ha i fins a quin punt es pot personalitzar.

Cal dur a terme accions de sensibilització enfocades al resident i a la família sobre la importància de crear un espai propi i personalitzat, un entorn significatiu i casolà perquè entre tots es vagin introduint de manera progressiva decoracions més casolanes i més càlides.

S'ha de fomentar que els mateixos equips facin propostes de canvi i millora dels ambients i dels espais. Cal planificar el treball a partir d'unitats més petites, tot i que encara no s'hagin pogut construir les diferents unitats de convivència previstes en el projecte "com a casa", i **reduir els espais de convivència amb mitges plantes**.

Cal posar en pràctica petites iniciatives o propostes, per exemple, tenir

un ocell a la planta. Els cartells informatius haurien de retirar-se dels menjadors i posar-los en els espais de control. S'ha de tenir present la incorporació del personal de serveis generals en aquesta transformació. Cal revisar els llums, trobar alternatives als fluorescents i aprofitar millor la llum natural.

S'han de dur a terme accions de sensibilització per entendre la importància i el treball que es pot desplegar amb la música, i evitar mantenir de manera constant la televisió i la ràdio engegades.

Cal evitar les decoracions infantils o escolars i decorar l'espai amb un estil casolà i domèstic. No calen dibuixos per les parets ni altres decoracions que fan pensar més en una escola que en una llar; és millor orientar les aportacions dels alumnes en espais concrets.

Cal conèixer més les preferències de les persones per poder gaudir d'una millor planificació que faciliti l'atenció a les seves demandes sobre els espais i sobre on no volen ser. Els equips han de rebre formació sobre com es poden promoure espais més significatius que facilitin l'orientació i l'autonomia. Cal tenir sensibilitat per la importància de la privacitat.

S'ha de promoure que les persones col·laborin, en la mesura de les seves capacitats, en la neteja i en l'arranjament de les seves habitacions. Cal formació sobre les noves tecnologies per fomentar l'autonomia i l'accessibilitat.

7. Anàlisi dels resultats

En aquest apartat presentem els resultats més significatius de l'anàlisi de tots els materials recollits. Es presenten totes les dimensions analitzades (algunes agrupades de manera transversal) i els seus components i significats principals en el marc del model d'AICP. Després presentem l'anàlisi dels resultats de les dades recollides per a cada dimensió, segons quatre punts de vista:

1. Les persones residents (entrevistes i observacions).
2. Familiars (entrevistes i observacions).
3. Equip de professionals (revisió participativa amb l'instrument/qüestionari).
4. Experts (grup de contrast).

A partir de l'anàlisi conjunta dels diferents punts de vista, presentem les mesures concretes per a cada dimensió.

70

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

7.1 Coneixement de la persona (CdP)

- Les persones grans són subjectes actius amb poder de decisió que tenen necessitats, hàbits i preferències que les defineixen.
- El coneixement de les persones com a subjectes únics i diferents es basa en les diferents dimensions biològiques, socioculturals, psicològiques i espirituals de cada persona.
- Les dinàmiques de treball afavoreixen que els equips de treball (direcció, atenció quotidiana, tècnics, serveis generals, etc.) tinguin un coneixement en profunditat de les persones residents.
- Les biografies i les històries de vida que incloguin les capacitats, les preferències i els interessos de les persones, així com els PIAI són eines centrals pel que fa al coneixement de les persones residents. La percepció d'aquest element és global.

PERSONA RESIDENT

- Les persones residents perceben la seva entrada al centre com un punt d'inflexió en els seus projectes vitals.
- L'ingrés implica començar una nova vida i es considera necessari adaptar-se als ritmes, a les rutines, i als nous hàbits que estableixen els equips de professionals.
- Aquestes reflexions comporten que el coneixement de les biografies personals i de les preferències no es percepí com a element prioritari. Aquests elements no es valoren com a importants

FAMILIARS	• Els familiars comparteixen la idea que el coneixement en profunditat de les persones no és un element important que afecti la quotidianitat dels residents. • Quan es tracta de persones amb deteriorament cognitiu, aquesta percepció és encara més forta. • Com més alt és el deteriorament, menys valor es dóna al coneixement de les persones.
EQUIP DE PROFESSIONALS	• La residència Casa Asil partia d'un model centrat en les mancances i en les necessitats per sobre de les potencialitats, les capacitats i les preferències. • Els equips reconeixen la importància del coneixement de les persones, però a la pràctica falta millorar i implementar la recollida d'informació i la seva aplicació posterior. S'estan elaborant uns dossiers personalitzats per incorporar-hi el màxim d'informació de la persona. • S'està treballant sobre el PIAI perquè sigui una eina més dinàmica i útil que inclogui tota la informació rellevant sobre la persona de manera més global i transversal. • Tots els grups de professionals, encara que amb graus diferents, creuen en el model d'AICP i el tenen incorporat, però exclusivament en l'àmbit teòric (no s'aplica a les tasques d'atenció diàries). Unes primeres eines per interioritzar el model són les reunions de planta interdisciplinàries. • L'instrument ha fet evident la necessitat clara i visible d'impulsar els canvis amb força des dels mateixos processos de treball: sensibilitzar, orientar i transformar les mateixes dinàmiques.
GRUP DE CONTRAST	• El coneixement sobre les persones no prové de la recollida sistemàtica d'unes històries de vida. S'ha de "recollir", és a dir, cal aprendre sobre les persones a partir de la convivència i la quotidianitat. "Quan es dóna suport a la dutxa, per exemple, és un bon moment per conèixer la persona". • És important no crear espais de "laboratori" de coneixement. Cal registrar les preferències i els gustos a partir dels diàlegs i de les converses informals. No s'ha de

GRUP DE CONTRAST

pretendre “definir” les persones a partir d’uns dossiers artificials.

- Els professionals de referència no són persones que presten serveis, sinó persones que donen suport emocional, que coneixen en profunditat la persona resident i que tenen amb ella un vincle significatiu.
- Aquest professional de referència no cal que sigui el que atén les activitats de la quotidianitat.
- Cal tenir present la importància del preingrés. És important visitar les persones a casa seva abans de l’ingrés. En altres paraules, cal començar a conèixer les persones a partir dels seus propis objectes significatius.
- Cal prestar atenció al preingrés i a l’acollida com un moment de trànsit del domicili a la residència, i cal acompanyament durant el procés.
- Cal reforçar l’acompanyament i generar pràctiques d’acompanyament permanent.
- És interessant treballar amb les persones residents per modificar la idea que tenen sobre la vida en una residència. Cal promoure la idea que es pot mantenir l’estil de vida propi.
- És molt important desarrelar les idees errònies sobre la importància del coneixement i de l’atenció personalitzada de les persones amb deteriorament cognitiu.

MESURES

Cal reforçar el coneixement integral de les persones residents, especialment quan es tracta de persones amb demència:

- Redefinir el rol de **l’auxiliar de referència**, entès com un professional central que acompanya la quotidianitat.
- Contemplar que pot haver-hi alguna altra **persona de confiança i proximitat** que manté amb la persona resident un **vincle significatiu** i que pot acompanyar-la en moments rellevants.
- Treballar en profunditat i amb temps els processos de **preingrés**.
- Treballar en profunditat els processos **d’acollida** i d’acompanyament permanent.

- En relació amb les històries de vida, és fonamental **com es recull tota la informació durant el dia a dia** i no tant el format en què es recull. El recull no ha de ser un “dossier” reduït a una mera biografia i ha d’incloure aspectes rellevants de la vida de les persones, especialment les preferències, els gustos i totes les **dades significatives** de la vida quotidiana.
- Transformar radicalment el format i la temporalitat del **pla de vida (PIAI)** en funció de cada cas perquè sigui un instrument interdisciplinari i fonamental per a la vida quotidiana de les persones i útil per a tots els agents implicats. És fonamental que els residents, sigui quin sigui el seu estat cognitiu, participin en la seva elaboració.
- El responsable del **PIAI** ha de **ser tot l'equip**, i cadascú ha de participar-hi a partir de la seva expertesa tècnica i aportar la seva especificitat com a professional des d'un punt de vista col·laboratiu i complementari. Cal que hi participi la mateixa persona resident i altres persones significatives.
- Organitzar i acompanyar els equips cap al **coneixement permanent** de la persona. Els professionals han d'estar en continu procés de coneixement i cal que es formin des d'una **aproximació vivencial**.

73

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

7.2 Atenció personalitzada (AP)

- L'atenció individualitzada és fonamental per promoure el benestar i la qualitat de vida de les persones que viuen en residències gerontològiques.
- Pel que fa a les persones amb un nivell de dependència i diferents graus de deteriorament físic o cognitiu, l'impacte d'una atenció personalitzada és encara més evident i efectiu, especialment quan es tracta de persones amb demència avançada.
- És fonamental treballar d'una manera dinàmica i flexible per adaptar-se a les singularitats de les persones.
- Les activitats són significatives i responen a les característiques i a les preferències de les persones residents.

PERSONA RESIDENT

- L'atenció personalitzada es percep com un criteri de difícil aplicació, ja que per conviure en una residència calen normes, horaris i rutines organitzades per part dels professionals.
- Quan passem a descriure la vida quotidiana al centre durant les entrevistes, emergeixen indicadors de malestar en les experiències de les persones que precisament estan causats per la manca d'una atenció personalitzada.

PERSONA RESIDENT	• Les persones residents que participen en les activitats dinamitzades expressen satisfacció amb aquest aspecte, encara que l'observació ha demostrat que aquestes activitats no promouen l'autonomia ni són significatives pel que fa les potencialitats, les capacitats i les preferències de cada resident. • No es dóna gaire importància als objectes significatius personals ni a la decoració dels espais propis, excepte en algun cas concret.
FAMILIARS	• En aquest punt també trobem opinions semblants entre residents i familiars. Quan es tracta de persones amb demència, la necessitat d'una atenció personalitzada perd encara més força. • Les famílies pensen que l'atenció personalitzada no influeix en el benestar físic i emocional. • Quan es tracta de valorar les activitats pròpiament dites, les opinions són molt positives i la tipologia d'activitats de la casa es descriu com un punt fort, especialment en comparació d'altres centres on no hi ha tanta possibilitat de "fer coses tot el dia". • L'anàlisi dels materials demostra que les activitats són massa dinamitzades i no donen valor a les potencialitats ni a les habilitats que les persones grans van incorporar al llarg de la seva vida.
EQUIP DE PROFESSIONALS	• Encara que es porta a terme una atenció personalitzada de les persones residents, incloses les famílies, durant el preingrés, després no se'n fa un seguiment i no s'actualitza la informació. • En relació amb les activitats de la vida diària, l'atenció quotidiana no és flexible ni personalitzada (menjar, hàbits d'higiene, hora de llevar-se, hora d'anar a dormir, etc.). La vida quotidiana de les persones està organitzada principalment segons les necessitats del servei. • Les activitats que es programen al centre no són personalitzades ni significatives.

	• No existeixen canals fluids perquè les persones autònomes o amb demències puguin triar i decidir què volen fer i com volen fer-ho. • L'atenció personalitzada es valora positivament quan es tracta d'envoltar-se d'objectes significatius i de conservar-los.
GRUP DE CONTRAST	• És fonamental atendre les persones que tenen necessitats i no atendre les necessitats de les persones. Els professionals s'han d'adaptar a les persones i no al revés. • És important que les famílies sentin que “a partir d'ara cuidarem junts de les persones residents”. No s'ha d'oblidar que són persones de dret. • És molt important posar en marxa processos de sensibilització enfocats a les famílies. • Cal centrar l'organització en l'atenció a les persones i no en l'organització de les tasques. L'organització s'ha d'adaptar a les persones i no al revés. • Cal reforçar la figura del professional de referència i la formació en comunicació i empatia. Els equips tècnics també han de formar-se en aquests aspectes i en tècniques d'apoderament.

75

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

MESURES

Cal promoure i potenciar les habilitats de cada persona a partir de la seva singularitat. És necessari atendre la diversitat, respectant les singularitats de cadascú:

1. Organitzar els equips i planificar les tasques en funció de les persones: **prioritzar l'atenció de les persones i no l'organització de les tasques.**
2. Replantar els **perfils professionals** (tècnics i atenció a la vida quotidiana) i les seves funcions, donant prioritat als auxiliars pel que fa als processos d'atenció personalitzada.
3. Operativitzar el **PIAI** i fer que aquesta eina incideixi directament en l'organització i en els equips. És una eina que ha de servir perquè els equips sàpiguin **què han de fer i com ho han de fer** amb cada persona resident. Una proposta seria

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

triar 2/3 objectius de cada persona amb la seva pròpia implicació i, si escau, de la família.

4. Posar en marxa accions de **sensibilització** per als professionals i per a les famílies sobre el valor que té globalment **l'atenció individualitzada en la promoció del benestar i de la qualitat de vida**, sobretot en el cas de les persones amb **deteriorament cognitiu**.

7.3 Reconeixement i respecte a la persona; intimitat (RRPI)

- La dignitat és un atribut bàsic i fonamental intrínsec de qualsevol persona. Un tracte digne és càlid i afectuós, però també respectuós amb les especificitats de cadascú.
- Cada persona, en qualsevol moment del seu cicle vital, és un subjecte únic i singular que té habilitats i fortaleces que ha desenvolupat durant la seva vida, les quals cal identificar i reconèixer.
- Respectar és entendre la perspectiva de cada persona.
- La protecció de la intimitat corporal, el respecte i la protecció de les informacions personals són elements prioritaris.

PERSONA RESIDENT

- A l'hora de preguntar sobre aquest procés clau, les respostes de les persones tendeixen a vincular el reconeixement i el respecte al tracte que es rep per part dels equips de professionals.
- Les persones afirmen que reben un tracte molt respectuós, càlid i afectuós.
- Les necessitats de salut s'atenen per sobre de les necessitats de preferències, valors i creences. El reconeixement global de les persones residents depèn molt de les actituds individuals de cada treballador.
- Les persones residents valoren força positivament el respecte i la protecció pel que fa a la seva intimitat emocional i física.

FAMILIARS

- Infantilitzar les persones grans, mitjançant el llenguatge, el tracte corporal o la tipologia d'activitat no es valora com una mancança per part dels professionals cap als residents.

	• Quan es tracta de persones amb deteriorament cognitiu, aquesta pràctica (infantilitzar) es percep com una mostra d'afecte. • Les valoracions sobre el tracte, càlid i afectuós, són valorades i percebudes com un punt fort de la residència. Pel que fa aquest procés, es comprova que els equips de treball, durant les sessions de revisió participativa, han estat molt més crítics.	
EQUIP DE PROFESSIONALS	• La identitat personal de les persones residents no és el centre neuràlgic de les tasques d'atenció quotidiana. Les activitats i les rutines no es proposen ni s'organitzen a partir de les capacitats i fortaleces de les persones residents. • Encara que les activitats i les tasques quotidianes no es consensuen amb les persones, cal remarcar que aquestes es desenvolupen mitjançant un tracte càlid i afectuós. • Els equips de treball prioritzen la “manera respectuosa” de relacionar-se amb els residents per sobre del “l'actitud respectuosa” en termes de dignitat i reconeixement. • A vegades, per part d'alguns professionals, es té un llenguatge i unes formes que infantilitzen la relació amb les persones grans. • El respecte i la protecció pel que fa a la intimitat de les persones autònomes és un valor afegit i un punt fort de la residència. Tot i això, no s'incorpora tant amb les persones que tenen deteriorament cognitiu. • En canvi, quan es tracta de persones amb deteriorament cognitiu, els descriptors analitzats demostren que es necessita una profunda revisió i canvis.	77 Com a casa Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones
GRUP DE CONTRAST	• Cal garantir que durant tots els processos d'atenció a la vida quotidiana es respectin les persones. Cal treballar en profunditat el tracte adult cap a les persones grans.	

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

GRUP DE CONTRAST

- Cal implementar dinàmiques de treball que impliquin incorporar el respecte en els processos d'atenció quotidiana a la intimitat de les persones: higiene, menjar, etc.
- És molt important que els professionals evitin parlar d'una persona entre ells quan aquesta estigui al davant. És fonamental la formació en ètica i en el tracte adequat.
- Cal garantir la confidencialitat. És important saber distingir aquelles dades sobre la persona resident que tothom ha de conèixer i aquelles que no cal.
- És molt important anomenar les persones tal com elles vulguin perquè se sentin reconegudes de manera constant.
- Una línia clara que cal millorar és la de les activitats organitzades a la residència. Les activitats han de ser significatives per a les persones i s'han de basar en les preferències i en els interessos de cadascuna. No tothom ha de fer la mateixa activitat

MESURES

Partim de dinàmiques molt diferents pel que fa al respecte a la dignitat de les persones autònomes i de les persones amb deteriorament cognitiu. És necessària una profunda revisió d'aquelles dinàmiques que vulneren, sovint inconscientment, la seva dignitat:

- **Formació** específica dels professionals perquè entenguin i sàpiguen atendre les persones que tenen **situacions i comportaments complexos**, i perquè sàpiguen comunicar-s'hi, **especialment** en el cas de les persones amb **deteriorament cognitiu**.
- Organitzar **espais d'anàlisi i reflexió** de les praxis de les situacions quotidianes per revisar les dinàmiques i les tasques dels equips amb l'objectiu de fomentar les millores contínues i l'aprenentatge.
- Revisar i **modificar** tots els **processos** que tenen a veure amb les **activitats íntimes de la vida quotidiana**, sobretot pel que fa a la higiene i a les necessitats d'anar al lavabo.
- Garantir la **confidencialitat de les dades** i de la informació personal: és important saber distingir aquelles dades sobre la persona resident que **tothom ha de conèixer i aquelles que no cal**.

- **Evitar** la praxi de **parlar d'una persona davant d'ella** sense incloure-la a la conversa, sigui quin sigui el seu estat cognitiu.
- **Sensibilitzar les famílies** en relació amb les maneres de **comunicar-se** i de mantenir les relacions socials amb les persones que presenten **deteriorament cognitiu**.

7.4 Autonomia, benestar i independència (ABI)

- L'autonomia, és a dir, el control sobre les pròpies decisions i la quotidianitat, és fonamental per al benestar.
- Els equips de treball i l'organització fomenten i faciliten la presa de decisions.
- Les persones residents realitzen les activitats de la seva vida quotidiana de manera independent, quan no necessiten ajuda.
- Les persones dependents tenen fórmules per tenir moments, espais i llocs d'autonomia i independència adaptats a la situació de cadascú i se'ls facilita el suport necessari.
- S'assumeix el risc envers la seguretat per promoure i generar benestar (físic i emocional) en les persones residents.

79

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

PERSONA RESIDENT	• Aquest procés té una relació directa amb les expectatives que es tenen a l'hora d'entrar en una residència. • La relació entre la incapacitat de ser autosuficient i l'ingrés és molt directa i, per tant, les persones entrevistades expliquen que volen ser ben ateses en termes de salut i sentir-se segures. • Ara bé, el relat d'alguns episodis viscuts pels residents i les observacions realitzades mostren que promoure la independència assumint els riscos (de caigudes, per exemple), és molt beneficiós en termes de benestar.
FAMILIARS	• Els familiars esperen i volen que els equips de professionals que atenen la persona resident garanteixin la preservació de la seva seguretat física i la cura de la seva salut. • Força en línia amb l'anàlisi dels materials anteriors, trobem un biaix important entre les valoracions de familiars de persones residents autònomes (sí que es valora

FAMILIARS

positivament la possibilitat de fer activitats de manera autònoma) respecte a les valoracions de familiars de persones residents amb graus de dependència.

- Quan es tracta de familiars de persones amb deteriorament físic i/o cognitiu, les famílies reclamen seguretat i contenció.

EQUIP DE PROFESSIONALS

- Les pautes tècniques i l'organització teòrica de les tasques i de l'atenció fomenten l'autonomia i la independència de les persones residents, encara que la gestió dels temps organitzatius sovint obstaculitzen i impedeixen la posada en pràctica d'aquests principis incorporats a la visió del centre.
- Les mancances envers l'atenció personalitzada es reflecteixen també en aquest procés, en què continua sent prioritària l'organització de les tasques per sobre de la singularitat i de la capacitat d'autonomia de les persones.
- No es fomenten les relacions ni els vincles entre les persones residents a partir de l'assumpció d'un cert risc pel que fa a la seguretat. La normativa no ajuda gaire en aquest sentit.
- Els equips de professionals posen en evidència que les persones residents generalment no tenen l'hàbit de participar i decidir, sinó que esperen i volen ser "ateses" i més que estimulades, ja que estan institucionalitzades.
- Finalment, en aquest aspecte el rol dels familiars i les seves demandes són força determinants a l'hora de plantejar les dinàmiques de l'atenció quotidiana.

GRUP DE CONTRAST

- És important tenir clar que la independència és la capacitat de desenvolupar les activitats de la vida diària, i l'autonomia és la capacitat de decidir.
- L'envelliment actiu i la capacitat de decidir són possibles i viables fins i tot en el cas de les persones que tenen diferents graus de dependència.

- Cal identificar i entendre les manifestacions de les persones, encara que no siguin verbals, sobre el que volen. És cabdal l'anàlisi dels desitjos d'aquelles persones que no són capaces d'expressar-los.
- Les persones tenen dret a assumir riscos.
- Un consentiment informat respecte al risc és una mesura per cobrir els professionals, però en cap moment és una mesura que afavoreix la transformació cap al model d'AICP.
- Per desenvolupar els canvis necessaris per a la transformació, és convenient desenvolupar un pla de formació, d'acció i d'acompanyament.
- Cal treballar i apoderar les persones (residents i familiars) perquè modifiquin la seva visió de les residències i les vegin com a llocs on es pot participar en la presa de decisions i mantenir el propi estil de vida

81

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

MESURES

Cal sensibilitzar i formar sobre la importància de promoure l'autonomia de les persones grans, encara que tinguin deteriorament cognitiu, entre tots els agents implicats:

1. Organitzar les tasques d'atenció quotidiana fent conèixer l'autonomia, la seguretat i la independència, i garantir un **punt d'equilibri**.
2. **Acordar i consensuar** (persones residents, familiars i professionals) en un document fins a quin punt **s'assumeix el risc** per promoure l'autonomia i el benestar.
3. **Flexibilitzar i modificar les activitats d'atenció quotidiana**, promovent que les persones puguin seguir al seu ritme per garantir el manteniment de les seves capacitats i habilitats.
4. Generar **espais d'escolta** de les persones residents per detectar els desitjos i les necessitats de les que no poden expressar-los.
5. **Sensibilitzar** les famílies, en particular les de les persones amb deteriorament cognitiu, sobre la importància **d'estimular la mobilitat física i l'autonomia**, entesa com la capacitat de prendre decisions.
6. Implementar **protocols de prevenció de caigudes**.
7. Adaptar els espais i incorporar-hi **dispositius tècnics d'ajuda**.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

7.5 Equip de professionals i organització (EPO)

- Els equips de professionals acompanyen les persones residents en la seva vida quotidiana. L'empatia i l'apoderament de les persones són pràctiques fonamentals en les tasques d'atenció a la vida quotidiana.
- Els equips són multidisciplinaris, la figura de l'auxiliar de referència és central i fonamental. Les organitzacions "amigues" promouen metodologies de treball d'equip col·laboratiu i no jeràrquic.
- Les organitzacions promouen el sentit de comunitat i la participació de totes les persones implicades (residents, familiars i treballadors).
- Els valors, la missió i la visió de l'organització són coherents amb el model.

PERSONA RESIDENT	• La qualitat i l'òptima valoració dels equips de treball són factors presents en tots els relats recollits. • Els elements que es posen en evidència són el tracte afectuós i que les persones residents se senten ben ateses. • Cal posar de nou en evidència que el concepte de "ben ateses" té a veure amb el model de servei i no amb el d'AICP.
FAMILIARS	• Les famílies entrevistades estan força satisfetes amb la feina dels equips. • Cal subratllar que les famílies tenen més present la feina dels equips tècnics que la dels auxiliars i la valoren directament. • En clau comparativa, aquelles famílies que van tenir experiències prèvies en altres centres es refereixen a la qualitat de l'atenció com un punt fort de la residència Casa Asil.
EQUIP DE PROFESSIONALS	• Les relacions entre equips de professionals i persones residents se centren més en els serveis que en la convivència. • Manca la possibilitat de passar estones amb les persones residents per conèixer-les i atendre-les a partir de la seva història de vida.

GRUP DE CONTRAST

- Els equips d'atenció quotidiana perceben una desqualificació de les seves funcions, principalment per part de les famílies. Aquest fet dificulta el canvi de rol envers l'auxiliar de referència.
- En general, la qualitat de la feina dels equips de la casa és molt bona. Cal subratllar que les experiències incorporades a les trajectòries professionals i les maneres relatives de portar a terme les tasques sovint queden allunyades del model d'AICP.

- Cal modificar els rols de tots els professionals. Des de la direcció fins als serveis, s'ha de treballar amb un objectiu comú: el benestar de les persones, trencant la parcialitat.
- Les reunions han de ser interdisciplinàries, encara que no sempre és necessària la participació de tots els professionals. Cal definir l'objectiu d'una reunió i fer participar aquells professionals que tinguin "alguna cosa a dir".
- És important eliminar els uniformes.
- Les persones treballadores han de sentir-se segures. S'han de poder equivocar i reflexionar sense que aquest fet impliqui un neguit.
- Cal fer l'ACP amb totes les persones, també amb els equips de professionals. Cal garantir bones condicions laborals, flexibilitat per a la conciliació, etc., i posar en valor tots els professionals per sobre del que fan.
- Els plans de formació han de ser espais participatius de reflexió, anàlisi i millora contínua. Aquests espais poden ser informals i es poden organitzar durant l'esmorzar o l'hora del cafè.
- Cal portar a terme un programa de formació d'acció i d'acompanyament. En el moment de la transformació és molt important un acompanyament extern i expert en el model.
- Cal portar a terme un procés de desenvolupament organitzatiu i garantir el lideratge de la transformació en el marc del canvi de model.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

MESURES

L'objectiu professional principal en una residència ha de ser acompanyar les persones en els seus projectes de vida, i no només servir-les i atendre-les. Cal desjerarquitzar els equips i aprendre a treballar de manera col·laborativa, fent interactuar constantment l'expertesa des de diferents nivells:

1. **Canviar els rols** i la valoració de tots els **professionals**. S'ha de reconèixer l'auxiliar de referència com a l'element clau ("pal de paller") i articulador en relació amb la resta de professionals tècnics i posar de rellevància el seu rol davant de les famílies.
2. **Revertir els organigrames funcionals** i desjerarquitzar-los perquè es reconegui la importància de tots els professionals pel que fan. Un punt fonamental seria **eliminar els uniformes**.
3. Les **pautes** no s'han de donar, sinó que tots els **professionals** han de participar en la seva elaboració de manera participativa, **consensuada i col·laborativa** durant les reunions interdisciplinàries de planta.
4. Garantir espais i **dinàmiques de treball** que donin **seguretat**, confiança i tranquil·litat als **equips de professionals** perquè puguin **expressar lliurement les seves dificultats i preocupacions**.

Per promoure el **canvi de paradigma** que suposa el model d'AICP, cal implementar un **pla de formació contínua** des de l'oportunitat que ofereix el dia a dia i la **quotidianitat, com un espai d'anàlisi, reflexió, aprenentatge i millora contínua**.

7.6 Espais físics (EF)

- Els espais són casolans i integren la funcionalitat amb l'amabilitat dels ambients.
- Els espais responen a les necessitats de les persones residents i dels usos que se'n fan.
- La funció dels espais és generar benestar i confort en les persones que hi conviuen.
- Els espais afavoreixen les relacions i interaccions entre les persones residents, els equips de treball i els familiars.
- Els espais promouen i permeten activitats significatives.

PERSONA RESIDENT	• Els canvis estructurals dels espais vinculats per generar nous usos no es perceben com a prioritats per part de les persones residents i dels familiars. • Es parla sovint de la necessitat d'espais més íntims o casolans on es pugui rebre les visites o passar l'estona amb altres residents. • La possibilitat d'organitzar el servei de menjador en petits menjadors per plantes a vegades es vincula a una degeneració de l'estat físic de la persona. • En relació amb la personalització dels espais, encara que en la reflexió no se li dóna particular èmfasi, sí que trobem que en els relats de la vida quotidiana la relació entre (1) espais casolans, nets i càlids i (2) benestar és molt important.
FAMILIARS	• Les famílies valoren molt positivament les característiques estructurals de la residència i en destaquen el següent: - La llum i la claror. - El pati compartit amb l'escola Sagrada Família, que dóna alegria. • En preguntar si una residència gerontològica pot arribar a ser percebuda com una casa en relació amb els espais, la gran majoria de persones entrevistades valoren que és molt difícil. L'espai en si i la seva organització impedeixen avançar amb aquest descriptor.
EQUIP DE PROFESSIONALS	• La revisió participativa sobre el tema dels espais posa en evidència que la manca d'espai o la impossibilitat de modificar-lo per temes estructurals dificulten l'aplicació del model d'AICP. • Actualment hi ha fortes carències pel que fa al següent: - Les habitacions individuals. - Els espais més íntims per a les relacions socials. - Els espais comuns més petits per a grups més petits, encara que les persones residents prefereixen poder utilitzar un menjador general que espais més casolans a les plantes.

EQUIP DE PROFESSIONALS

- Es posa en evidència que l'estructura de la residència (moltes escales, per exemple) dificulta la promoció de la independència pel perill que generen els espais en si mateix.

GRUP DE CONTRAST

- Es posa en evidència la importància d'organitzar els espais per afavorir les relacions socials, tant les que tenen a veure amb les visites com les mateixes relacions i activitats espontànies entre persones residents.
- És important respondre, en termes d'espais i privacitat, les necessitats d'intimitat de les parelles.
- Cal generar relacions visuals entre les persones distribuint d'una manera coherent el mobiliari (cadires en cercle, no en bateria).
- La decoració, el mobiliari i els objectes significatius per a les persones (personalització coherent) tenen una importància cabdal.
- Cal normalitzar al màxim possible els sorolls (alarmes, teles, etc), com si fos una casa, trencant el concepte de residència/institució.
- És important que es creïn grups de decisió i participació sobre els usos dels espais comuns.
- Cal personalitzar els espais per donar claus visuals d'orientació a les persones residents

MESURES

Quan es tracta d'un procés de canvi d'una residència amb una estructura vertical, és important prioritzar la modificació dels seus usos i l'organització dels espais en termes de pràctiques de convivència. La possibilitat de transformar els espais en unitats de convivència s'ha de valorar en termes de viabilitat.

1. Afavorir la **personalització i l'actualització** constant dels **espais propis** perquè les persones puguin envoltar-se d'objectes significatius. La personalització dels espais amb colors, quadres significatius, etc., pot ser una estratègia per afavorir l'orientació i la independència de les persones residents.
2. Prioritzar les **habitacions individuals** creant habitacions dobles que tinguin elements no fixos (paravents, elements de separació, etc.) per transformar-les en individuals.

3. Crear **espais reduïts per a totes les persones residents** que afavoreixin **entorns de tranquil·litat**. Crear espais per a les visites i de relació entre les persones residents perquè puguin mantenir relacions personals agradables i amb privacitat.
4. **Ampliar els espais comuns** del centre. Involucrar les persones, de manera **participativa**, en l'**organització** dels **usos** dels espais comuns.
5. Afavorir les **relacions visuals** mitjançant l'**organització del mobiliari**, que no ha de ser “geriàtric”. Evitar, per exemple, que les persones estiguin assegudes en bateria i que estiguin durant tot el dia en cadires de rodes tenint butaques com les de casa.
6. Garantir que les **persones amb deteriorament cognitiu** disposin de **zones segures** mitjançant claus visuals i dispositius tècnics que facilitin l'orientació i promoguin la mobilitat.

87

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

8.

Una aproximació jurídica i legal al model d'AICP

88

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Els processos de transformació cap al model d'atenció integral centra da en les persones tenen diferents vessants i elements que sustenten el model i que cal tenir en compte a l'hora de promoure els canvis. A partir de totes les mesures que s'han identificat com a fonamentals per arribar a implementar l'AICP, hem destacat les dificultats de viabilitat en termes d'aplicació pràctica, arquitectura, gestió, pressupostos, etc. Un altre aspecte fonamental que cal tenir present és el de les limitacions i les traves jurídiques i legals que es poden interposar en el procés de transformació.

D'una banda, tenim els processos de canvi que han de modificar els rols i les tasques que els equips de treball han de desenvolupar. En aquest cas, les dificultats que les persones expertes consultades posen en evidència són les que tenen a veure amb el contingut i l'estructura rígida dels convenis dels col·lectius professionals. Per aplicar el model d'AICP, tal com hem analitzat en diferents parts de l'estudi, cal modificar i flexibilitzar els rols professionals i les tasques associades dels equips de treball. Aquesta flexibilitat i adaptabilitat a les necessitats de les persones, indispensable en el marc del model, xoca amb els convenis que recullen les funcions de manera detallada i amb una rígida vinculació al rol professional. Aquest aspecte té incidència en totes aquelles mesures que tenen a veure amb els organigrames funcionals. L'altre aspecte important que cal tenir en compte són les normatives legals relacionades amb les inspeccions que vetllen pel compli-

ment de les normatives vigents. Tot el que té a veure amb el PIAI xoca directament amb algun requisit que estableix la llei. La normativa marca que el PIAI inclogui sempre una sèrie d'informacions estandarditzades per a totes les persones i no permet individualitzar a partir de la diversitat de les persones. La inspecció demana que les persones responsables del PIAI siguin de l'equip directiu, sense permetre una corresponsabilitat. El tema de la inspecció és força determinant en relació amb la transformació de totes les dinàmiques analitzades. Els espais, per exemple, han de seguir unes directives que no permeten la implementació del model d'AICP. Els articles que regulen com han de ser els espais comuns preveuen que, a cada espai (petit o gran) on hi hagi persones residents, sempre hi ha d'haver professionals gericultors. Aquest aspecte de la llei vincula el rol de cuidador al del "vigilant", fet que segons els experts és un fort impediment a l'hora d'implementar els canvis indispensables per arribar a transformar, desenvolupar i consolidar el model d'AICP de residències gerontològiques. Finalment, el calendari d'activitats que sempre marca la llei i exigeix la inspecció ha de ser organitzat i estructurat. La normativa actual en temes de residències gerontològiques no permet flexibilitzar-lo.

9.

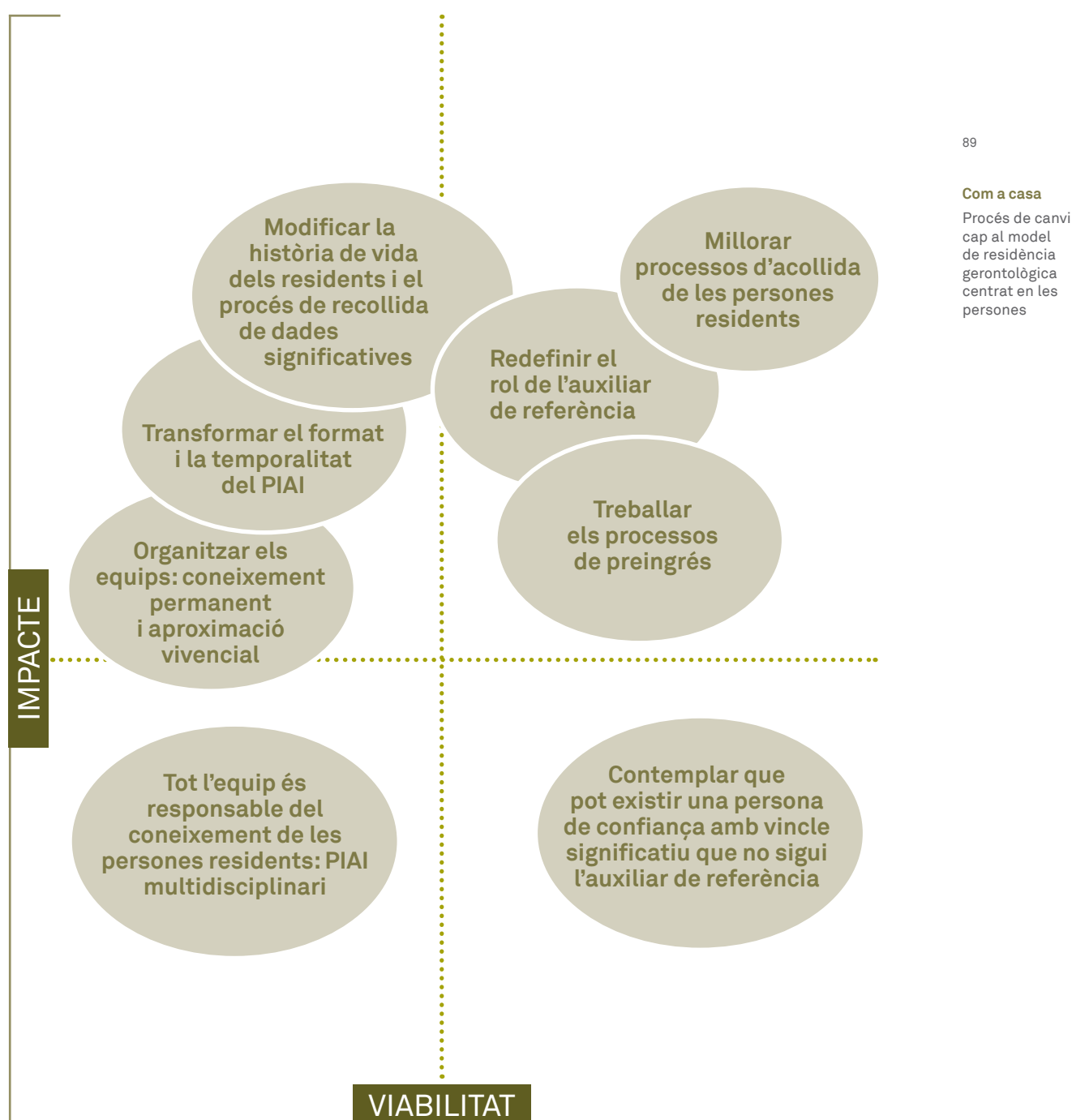
Anàlisi sobre l'impacte i la viabilitat de les mesures

En aquest capítol presentem una anàlisi qualitativa sobre la relació entre l'impacte i la viabilitat de cada mesura de totes les dimensions.

Aquesta última mirada analítica en profunditat es basa en les opinions

(qüestionaris) dels professionals experts del grup de contrast i de la comissió tècnica impulsora del projecte.

9.1 Coneixement de la persona



Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Per aconseguir que el procés de transformació cap al model d'AICP tingui èxit, cal treballar en profunditat i amb tots els agents implicats per modificar les idees sobre què significa entrar a viure en una residència. Les mesures que cal aplicar han de produir canvis que incideixin en les dinàmiques, però també en les visions i en els conceptes, tal com valoren els teòrics del model. Totes les mesures que incideixen en el coneixement de les persones, a partir de la diversitat i subjectivitat, són d'un impacte elevat per implementar el model d'AICP.

Millorar i incidir amb més força en els processos d'acollida, que és la mesura que afecta directament les primeres setmanes de vida en una residència gerontològica, és fonamental i de fàcil aplicació per començar a transformar el model. Els processos d'acollida, per tant, han d'afavorir l'observació i el diàleg com a metodologies efectives per interactuar amb les persones residents i començar a conèixer-les.

També és molt important Introduir nous protocols que profunditzin les dinàmiques del preingrès per millorar el coneixement de les persones residents i aprofundir-hi. En relació amb aquesta mesura, és important que la llei permeti un termini de 15 dies útils entre l'adjudicació de la plaça i l'ingrés, i cal tenir-lo en compte per organitzar i desplegar els nous protocols.

Redefinir el rol de l'auxiliar de referència és una mesura molt valorada en termes d'impacte, encara que

les opinions divergeixen quan ens referim a la seva viabilitat. Aquesta mesura té força implicacions en les organitzacions i en els equips de treball, ja que, per aplicar-la i aconseguir el canvi, caldria un canvi cultural respecte a la manera de conceptualitzar i valorar els rols professionals, especialment els d'atenció a la vida quotidiana.

Aquesta mesura té matisos, atès que el seu desplegament implica canvis importants que afecten la pràctica quotidiana de les tasques i, fins i tot, un canvi de rol professional dels auxiliars d'atenció quotidiana.

Les mesures relacionades amb la transformació de la temporalitat i del contingut del PIAI, les històries de vida i la recollida de dades significatives tenen lleugerament menys d'impacte, encara que, tal com es podria preveure a partir de l'anàlisi dels materials del treball de camp, continuen sent centrals per transformar el model.

Tal com ens transmeten els experts, per implementar aquestes mesures, és molt important generar consens entre el lideratge de l'organització i els equips de professionals.

La mesura que contempla la possibilitat que hi hagi una persona de confiança i proximitat que no hagi de ser necessàriament l'auxiliar de referència és la mesura amb menys impacte de la dimensió, encara que es valora com a viable. Aquesta mesura no posa d'acord les persones expertes: algunes la consideren important en el marc del mateix model d'AICP i

altres, amb perspectives i punts de vista professionals diferents, valoren que té un impacte més baix en comparació de totes les altres mesures de la dimensió.

En cas que entre la persona resident i l'auxiliar de referència no es generi el vincle significatiu, es pot contemplar la possibilitat d'identificar una altra persona perquè desenvolupi aquest rol, encara que el rol central d'atenció i acompanyament l'haurien

de desenvolupar els auxiliars de referència.

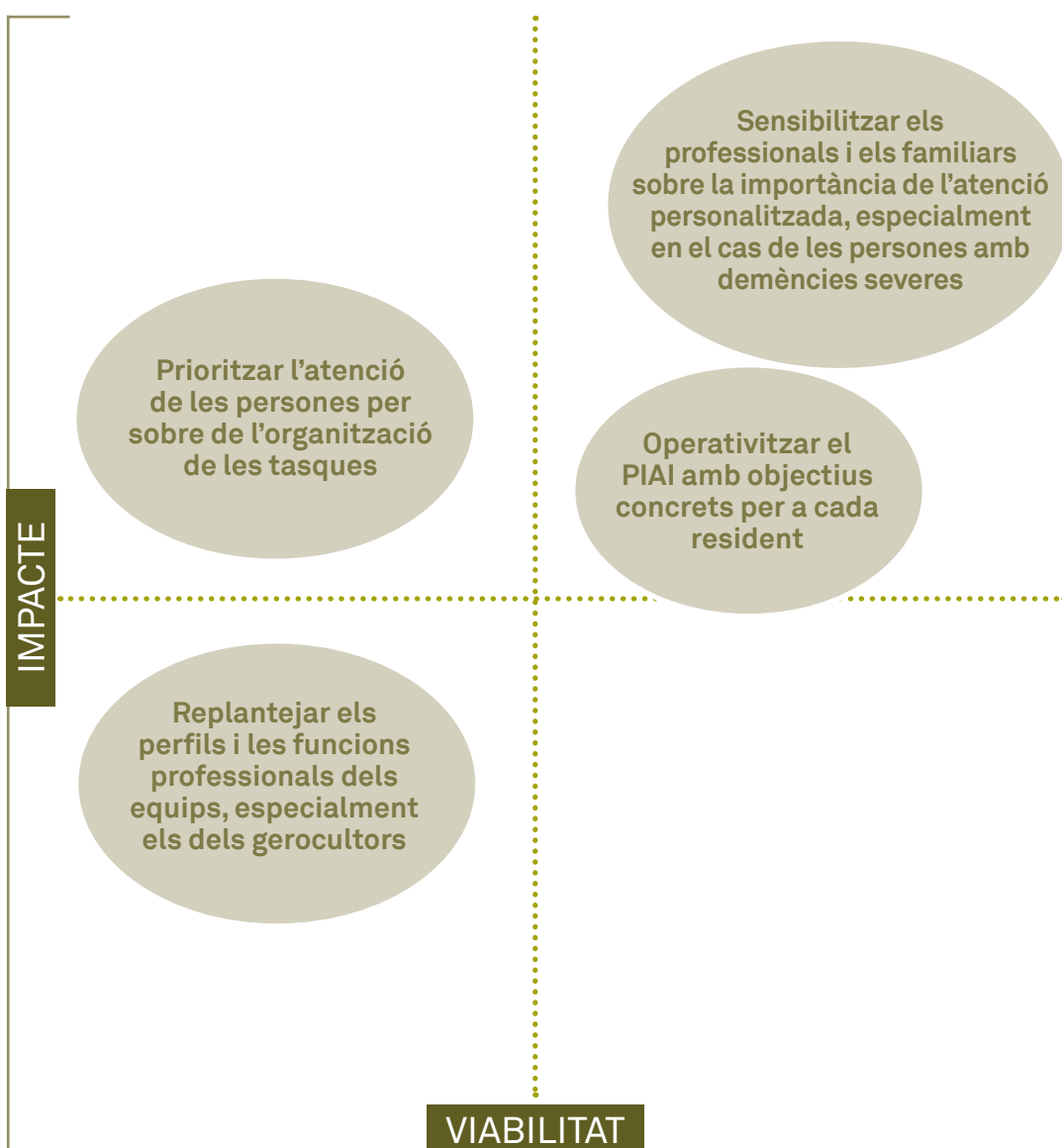
En relació amb la necessitat que tot l'equip sigui responsable del coneixement de les persones des d'un punt de vista multidisciplinari, cal seguir treballant perquè el PIAI es transformi en un instrument construït a partir de la interdisciplinarietat i el treball col·laboratiu.

9.2 Atenció personalitzada

91

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones



Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

L'atenció personalitzada és la dimensió en la qual l'anàlisi prèvia de les dades qualitatives recollides es va concretar exclusivament en la definició de 4 mesures clau. **Totes tenen un impacte molt elevat**, encara que la seva implementació planteja una sèrie de dificultats.

Les **4 mesures** impliquen directament **tots els agents del canvi** (organització, equip de professionals, persones residents i famílies) i requereixen una transformació relacionada amb les tasques de treball concretes, però també amb les idees incorporades sobre qui les ha de desenvolupar i com ho ha de fer.

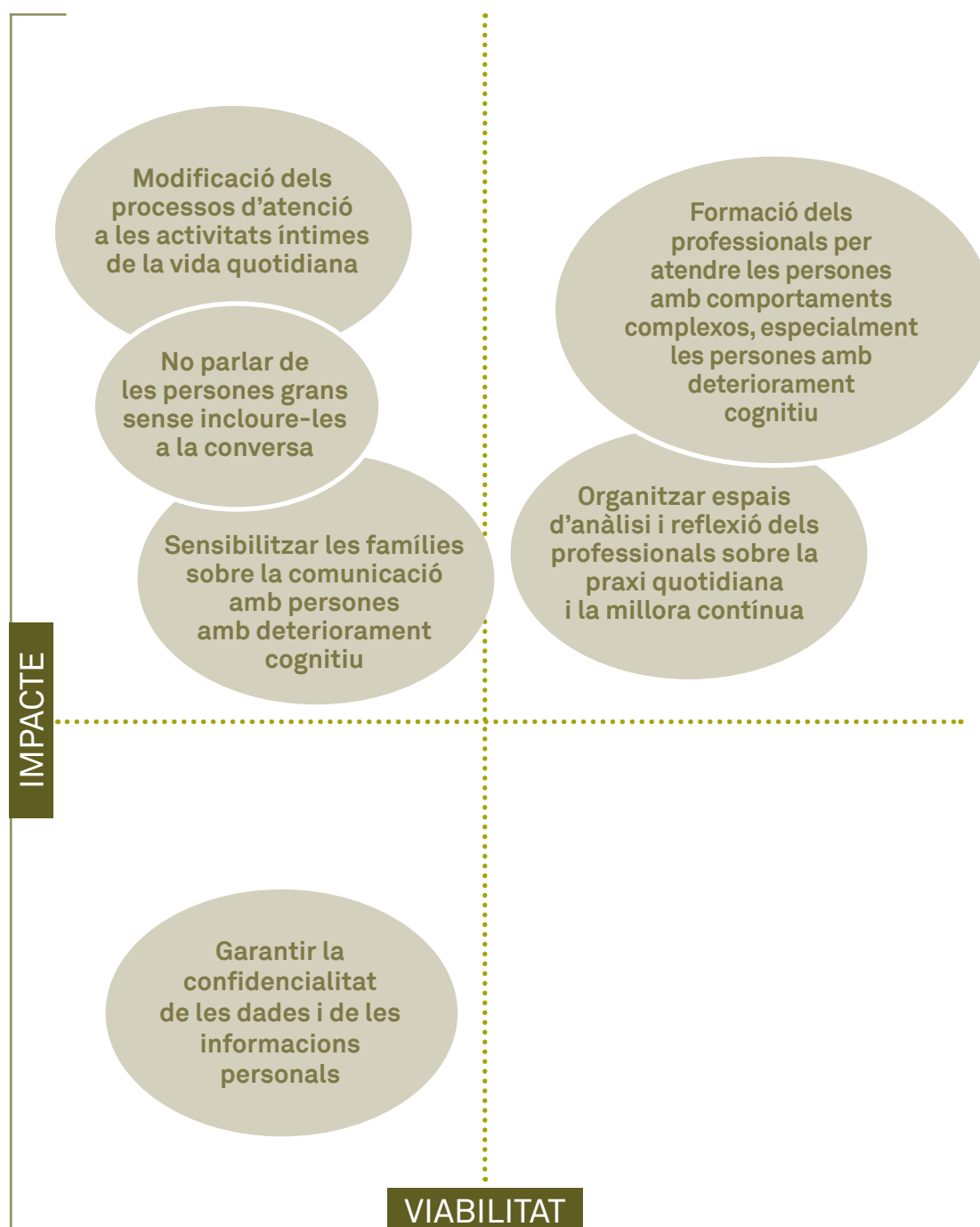
La mesura d'aquesta dimensió, la qual s'estima que té un gran d'impacte i es considera ja força viable, és l'organització d'accions de **sensibilització dels professionals i de les famílies** sobre la importància de respondre a les preferències i a les necessitats individualitzades de les persones grans. En segon lloc, cal concretar aquests processos en el PIAI mitjançant la **personalització** dels PIAI als itineraris individuals de cada persona resident.

Aquestes mesures han de promoure canvis que **apoderin les persones grans** perquè recuperin l'autoestima i la capacitat i la voluntat de prendre decisions sobre la seva vida. En aquesta dimensió, l'opinió de les persones expertes, tant de les teòriques del model com de la vessant tècnica i de gestió, conflueixen en la importància de la formació, especialment respecte als casos de demències avançades.

La **flexibilitat** envers l'**organització de la vida quotidiana**, per prioritzar les persones per sobre de les tasques, requereix uns canvis en termes de normativa legal. Actualment s'exigeix que hi hagi unes pautes organitzatives, uns calendaris i uns horaris fixos i marcats. La flexibilització d'aquests aspectes podria suposar una sanció i explica les valoracions matisades que ha rebut aquesta mesura en termes de viabilitat.

Tot i que en el marc del model d'AICP és fonamental **replantejar la relació** entre els **perfils i les funcions professionals** respecte a l'atenció personalitzada de la vida quotidiana, cal tenir en compte que els convenis col·lectius professionals poden posar traves jurídiques importants a l'hora d'implementar la mesura. Cal promoure un **canvi institucional** que propiciï una **nova mirada** cap als **equips** i les **organitzacions** perquè es puguin modificar les dinàmiques i fer efectiva la mesura.

9.3 Reconeixement i respecte a la persona; intimitat



93

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

L'anàlisi dels resultats d'aquesta dimensió posa en evidència que és indispensable incorporar, amb **formació i reflexió**, els principis d'ètica bàsica, consensuats per la bioètica, els quals han de guiar els serveis i l'acompanyament de les persones grans, en aquest cas.

Per tant, parlem de **formar els professionals tècnics i d'atenció quotidiana** sobre com han d'atendre a les persones residents a partir del respecte per la singularitat de les persones i pel seu dret a la intimitat, especialment en els casos de **demències severes**.

Aquest objectiu s'ha de perseguir mitjançant un **pla de formació**, però també amb la promoció **d'espais d'anàlisi i reflexió quotidians** de millora contínua més informals. La implementació de les primeres 2 mesures modifica el següent:

Canvis **conceptuals** fonamentals i estructurals que defineixen **modificacions** de praxis i **tasques concretes**.

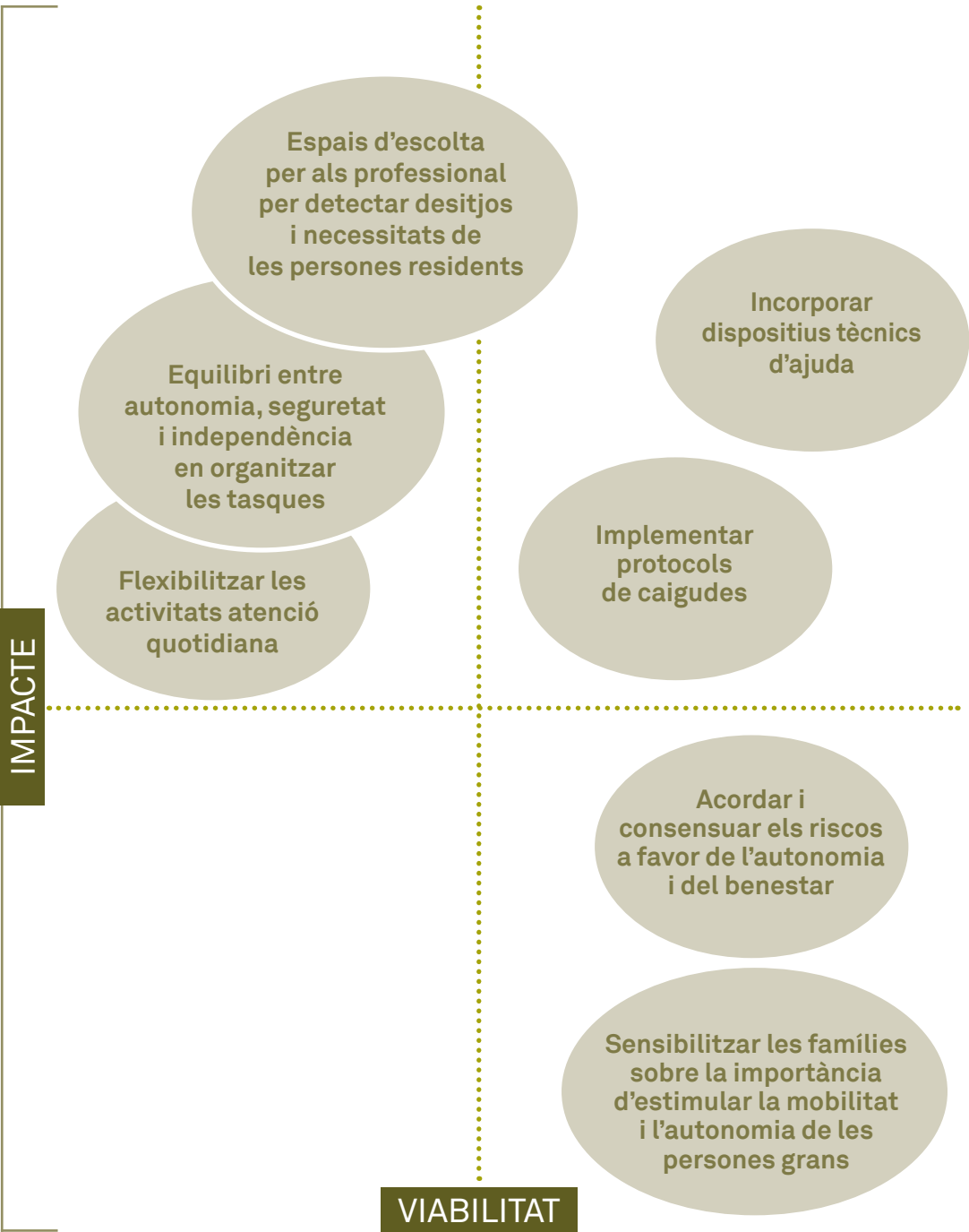
La **sensibilització i formació de les famílies** sobre les persones amb **deteriorament cognitiu** és una mesura conceptualment fonamental, tal com expressen els referents teòrics del model. Cal remarcar que treballar amb les **famílies** és **important** perquè aquestes **acompanyin la feina dels equips de professionals**, tot i que a l'hora de ponderar la mesura en termes d'impacte i viabilitat no és de les més valorades.

Per promoure el respecte i el reconeixement de les persones grans, la nostra anàlisi remarca i confirma

que és molt **important modificar com s'atenen les activitats íntimes de la vida quotidiana**.

En canvi, la mesura que es pondera amb més **matisos** en termes d'impacte i viabilitat és la que té a veure amb la **confidencialitat de les dades**. Aquesta mesura no pretén focalitzar l'atenció exclusivament en les implicacions legals, sinó en el fet de dur a terme una selecció conscient i orientada al benestar de les persones de totes les dades importants i rellevants que cal conèixer i les que no cal. Per tot plegat, encara que en la valoració no es consideri una de les mesures amb més impacte, creiem que cal tenir-la en compte en el marc del procés de transformació.

9.4 Autonomia, benestar
i independència





L'impacte de les 7 mesures d'aquesta dimensió és força elevat, tot i que hi ha diferències remarcables en termes de viabilitat. Les mesures **d'aplicació immediata** són aquelles que, com ja es va analitzar en altres dimensions, **no necessiten de canvis conceptuals** i de **consens** entre els agents implicats:

La incorporació de nous dispositius tècnics i nous protocols de caigudes afavoreix i desenvolupa la capacitat de portar a terme les activitats de la vida quotidiana de manera més autònoma i independent.

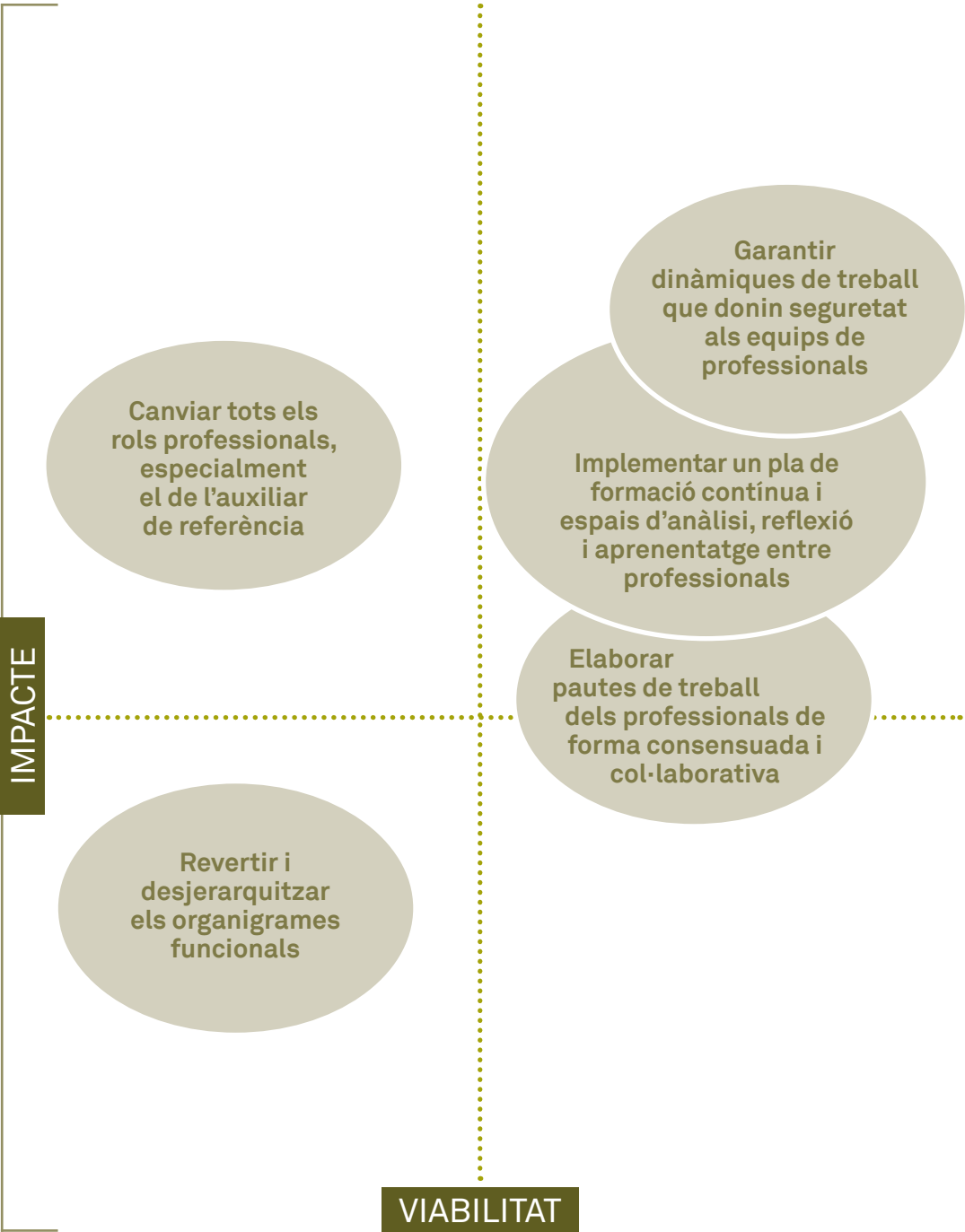
La introducció **d'espais d'escolta** entre els equips de professionals i les persones residents per **detectar i actualitzar constantment les necessitats** i els desitjos especialment d'aquelles persones grans que no **poden expressar-los** verbalment resulta d'un impacte casi màxim, ja que incorpora consens entre els agents del canvi.

En el moment en què les mesures requereixen **dinàmiques integrals de canvis**, la **viabilitat** es considera **més complicada**, no només per part dels professionals tècnics, sinó també per part de les persones que tenen una expertesa teòrica o vivencial. La mesures que proposen **flexibilitzar les tasques i buscar un equilibri entre la seva organització i les necessitats de les persones residents** són cabdals, tal com es mostra en l'anàlisi de l'impacte, per arribar a implementar el model d'AICP. Tot i això, calen molts esforços per part del lideratge organitzatiu i dels equips de treball per modificar les pràctiques i

les dinàmiques de treball arrelades a l'atenció i la cura de les persones grans. Cal promoure aprenentatges nous sobre com es poden fer les mateixes tasques d'una manera diferent, més dinàmica i flexible. Totes les altres mesures queden força validades en termes **d'impacte** i, per tant, no es poden obviar en el procés de transformació del model.

Pel que fa la viabilitat, les mesures **sobre l'assumpció acordada dels riscos i de les accions per sensibilitzar les famílies** de les persones grans requereixen una aproximació que promogui nous coneixements i noves sensibilitats envers la importància de garantir i impulsar la independència funcional i l'autonomia cognitiva, especialment en el cas de les persones amb demències severes. L'assumpció individual dels riscos, per exemple, és força difícil en termes legals, ja que es podria incórrer en sancions per part de la inspecció si es permet a les persones residents no seguir les prescripcions mèdiques sobre la dieta, els medicaments, etc. Cal plantejar accions prèvies de **formació, d'acció i d'acompanyament**, tal com indiquen les persones referents del model d'AICP, per crear les condicions indispensables per implementar aquestes mesures.

9.5 Equips de professionals i organització



Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Totes les mesures afecten els equips i les organitzacions són de gran impacte, i els matisos fan referència a petites diferències en relació amb la viabilitat, que cal tenir en compte a l'hora de planificar les accions.

La importància de promoure i garantir **unes bones condicions laborals per als equips** és el punt de partida per començar a generar una situació global favorable al canvi. Després continuem validant la importància de la formació durant el procés de transformació i de millora contínua com a metodologia d'aprenentatge.

En el moment que els processos de transformació que s'han de produir depenen de **dinàmiques de treball incorporades** de manera **estable als itineraris professionals**, l'aplicació de les mesures és **més complicada**, tal com indiquen les persones expertes.

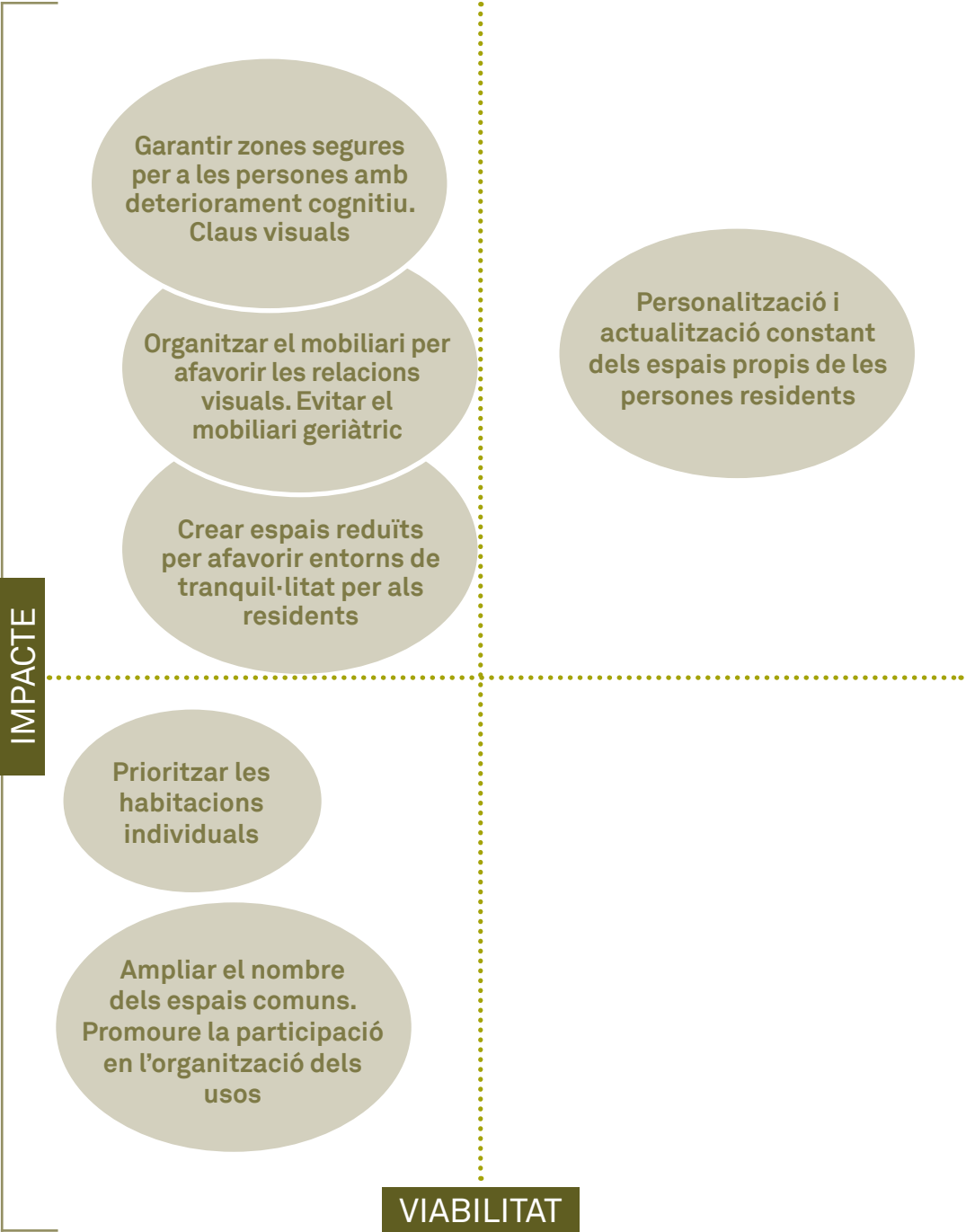
La viabilitat de la mesura que proposa **modificar els rols professionals i les seves funcions** en relació amb la cura i l'atenció de les persones residents resulta complicada, i encara ho és més si incorporem la perspectiva legal a l'anàlisi. El conveni professional, que marca les funcions i les responsabilitats dels auxiliars de referència, és paradigmàtic respecte als objectius de la mesura.

De totes maneres, la nostra anàlisi ens permet afirmar que **prioritzar el rol dels auxiliars de referència** és fonamental per arribar a desplegar el model d'AICP, encara que **es requereixin processos de canvis integrals** entre tots els factors i agents implicats.

Per concloure, les opinions de les persones expertes sobre la **desjerarquització dels equips** no són gaire homogènies. El punt de vista tècnic o de gestió no considera prioritària la mesura, encara que és un punt important en el marc del plantejament teòric i conceptual de l'AICP.

Cal replantejar la mesura o aplicar-la en una fase posterior en el moment en què les altres mesures ja estiguin en procés de consolidació.

9.6 Espais físics



Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

La personalització i l'actualització constants dels espais és la mesura que queda validada amb més força i amb un impacte i una viabilitat quasi màxims. Aquesta anàlisi ens permet afirmar que és una mesura clau en el marc del procés de transformació global del model.

A més, pot contribuir a promoure un canvi de mirada sobre la importància de posar **la persona al centre de l'organització d'una residència gerontològica**, amb les seves necessitats i els seus desitjos, **envoltada d'objectes significatius**.

Garantir zones de seguretat per a les persones residents és essencial per fomentar el benestar de les persones, especialment en el cas de les persones amb demències greus.

Les mesures que proposen modificar els espais a partir de la creació de **zones petites i tranquil·les i una organització i tipologia de mobiliari** noves són mesures factibles que es poden aplicar, fins i tot, en residències que tenen una estructura vertical i que estan organitzades per plantes. Tot i això, és important introduir-hi matisos a partir d'una anàlisi que contempli la perspectiva legal. Existeix un biaix important entre la **necessitat de crear espais més íntims i, per tan, més amigables** on les persones es puguin relacionar i el que està permès segons la llei. La normativa obliga que hi hagi **un gericultor** en tots **els espais comuns que "vigili" les persones residents**. Aquesta mateixa lògica de control pot contradir la necessitat d'entorns de tranquil·litat de les persones i per a les persones.

Les mesures de la dimensió d'espai físic que impliquen fer ampliacions o modificacions que afectin l'estructura dels edificis tenen uns matisos remarcables en termes de viabilitat. Són força importants des d'un punt de vista arquitectònic per superar les barreres estructurals, i una manera de dur-les a terme **és innovant a partir del disseny i de la decoració**. Tal com emergeix del debat entre experts, els espais han de ser amigables i convidar a apropar-se i a entrar a les residències.

Prioritzar les habitacions individuals, en canvi, tot i que té un impacte important per promoure el benestar de les persones, es considera la mesura **menys viable**, especialment per motius econòmics i de pressupost.

Per acabar, volem assenyalar que la gran majoria de residents i les seves famílies expressen que, per aconseguir que la gent gran d'una residència arribi a sentir-se "**com a casa**", la residència ha d'oferir la possibilitat als residents de viure en habitacions individuals. En canvi, la percepció tècnica de la mesura, tal com emergeix de l'anàlisi dels qüestionaris, la relativitza pel que fa a l'impacte i la viabilitat.

10.

Conclusions i recomanacions

“Quan mor un avi, jo me’n vaig al lavabo a plorar.”

(Professional d’atenció quotidiana).

“Bastante trabajo tengo como para saber su historia.”

(Professional d’atenció quotidiana).

Les característiques socioculturals actuals de les persones grans, i de les que vindran, requereixen un nou model d’atenció que les tingui en compte com a subjectes de ple dret perquè puguin continuar desenvolupant el seu projecte vital com a persones amb objectius propis, històries de vida i relacions familiars diferents. Avui dia les expectatives i les demandes socials envers la vida en una residència gerontològica se centren encara en un model hotel·ler de servei, però la perspectiva de canvi envers estils de vida i característiques estructurals (rol de les dones, models familiars, experiència d’associacionisme i participació social) de les persones grans que vindran ens permet pensar que les necessitats i les demandes futures seran radicalment diferents. En altres paraules, és indispensable garantir que les persones puguin triar com envellir de manera semblant a com han viscut. Al mateix temps, cal tenir en compte l’estat de dependència que poden arribar a tenir les persones que entraran en un futur pròxim a les residències, potser en edat sempre més avançada. Cal garantir els drets, el benestar i el respecte de les especificitats d’aquestes persones, sigui quin sigui el seu nivell de dependència, i és recomanable la transformació integral del model d’acompanyament i cura de les re-

sidències d’abast públic i municipal. El model d’AICP és una aproximació fonamental per respondre a les necessitats actuals i als canvis que vindran, tal com els resultats d’aquesta recerca aplicada reforcen i validen. El model d’AICP implica un canvi de metodologia de treball, però encara més un canvi cultural de conceptualització envers els processos d’envelliment, la cura i l’acompanyament.

Els resultats que exposem en aquest capítol pretenen identificar i analitzar les mesures clau que generen i afavoreixen resultats en el procés de canvi i implantació del model. Les conclusions queden agrupades en 3 grans blocs, a partir de la interacció de les 6 dimensions conceptuals analitzades fins ara:

1. Canvis en l’organització.
2. Canvis en els equips de professionals.
3. Canvis en les persones residents i en les seves famílies.

101

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones



CANVIS EN L'ORGANITZACIÓ

Lideratge. Organització dels equips de professionals. Espais i infraestructura.

Les organitzacions han de ser el motor de la transformació per afavorir i promoure els processos de canvi que tenen a veure amb la gestió, la coordinació i el lideratge, així com amb les dinàmiques de treball dels equips de professionals. En el marc del procés de transformació, és molt important promoure accions de lideratge transformacional, ja que la implicació de la institució és cabdal per transformar

un model de residència de serveis centrat en les mancances i en les necessitats cap a un model centrat en les persones: projectes, potencialitats, capacitats i preferències.

“Para lograr el cambio que se desea, conviene llevar a cabo un proceso de desarrollo organizacional y garantizar el liderazgo transformacional. Y eso con carácter previo a la transformación.” (Grup de contrast).

Les organitzacions han de sensibilitzar, orientar i transformar les pràctiques organitzatives i laborals, però també els conceptes i les mirades

envers què significa viure en una residència gerontològica. Cal tenir en compte que la transformació d'una organització afecta directament tots els agents del canvi: equips de professionals, persones residents i famílies.

La relació entre l'organització i els equips de treball és fonamental per afavorir el canvi i "cal fer l'ACP amb totes les persones, també amb els equips de professionals. Garantir bones condicions laborals, flexibilitat per a la conciliació, etc., i posar en valor la feina i funció de tots els professionals, especialment els d'atenció quotidiana." (Grup de contrast).

"Hay que cambiar las prioridades y reforzar la función de acompañamiento por encima de las tareas de la organización. Si esta no acompaña y lidera, el cambio es muy difícil." (Grup de contrast).

Es considera que, per portar a terme el procés de transformació d'una residència cap al model d'AICP, les mesures que modifiquen els aspectes organitzatius són les següents:

1. Redefinir el **rol de l'auxiliar de referència**, entès com el professional central que acompanya la quotidianitat.
2. Treballar en profunditat i amb temps els processos de **preingrés**.
3. Treballar en profunditat els **processos d'acollida i d'acompanyament permanent**.
4. Organitzar els equips i planificar les tasques en funció de les per-

sones: **prioritzar l'atenció de les persones i no l'organització de les tasques**.

5. L'organització no ha de donar **pau-tes**, sinó que ha de permetre i promoure que tots els **professionals** participin en la seva elaboració durant les reunions interdisciplinàries de planta.

Les mesures que modifiquen i produeixen canvis en els conceptes i les mirades són les següents:

1. **Canviar els rols** i la valoració de tots els **professionals**. S'ha de reconèixer **l'auxiliar de referència com a l'element clau** ("pal de pal·ler") i articulador en relació amb la resta de professionals tècnics i posar de rellevància el seu rol davant les famílies.
2. Garantir espais i **dinàmiques de treball** que donin **seguretat**, confiança i tranquil·litat als **equips de professionals** perquè puguin **expressar lliurement les seves dificultats i preocupacions**.
3. Per promoure el **canvi de paradigma** que suposa el model d'AICP, cal implementar un **pla de formació contínua** des de l'oportunitat que ofereix el dia a dia i la **quotidianitat com un espai d'anàlisi, reflexió, aprenentatge i millora contínua**.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Les mesures que produeixen canvis significatius que afecten els espais i les infraestructures són les següents:

1. Implementar **protocols de prevenció de caigudes**.
2. Adaptar els espais i incorporar-hi **dispositius tècnics d'ajuda**.
3. Afavorir les **relacions visuals** mitjançant l'**organització del mobiliari**, que no ha de ser "geriàtric". Evitar, per exemple, que les persones estiguin assegudes en bateria i que estiguin durant tot el dia en cadires de rodes tenint butaques com les de casa.
4. Garantir que les **persones amb deteriorament cognitiu** disposin de **zones segures** mitjançant claus visuals i dispositius tècnics que facilitin l'orientació i promoguin la mobilitat.
5. Crear **espais reduïts per a totes les persones residents** que afavoreixin **entorns de tranquil·litat**. Crear espais per a les visites i de relació entre persones residents perquè pugin mantenir relacions personals agradables i amb privacitat.

CANVIS EN ELS EQUIPS DE PROFESSIONALS

Dinàmiques quotidianes de treball. Formació, sensibilització i canvi de mirada.

Entendre, assumir i incorporar què significa el model per part dels equips de professionals és un dels objectius més importants del procés d'implementació de les mesures. Actualment, tot i que es constata un notable interès pel model d'AICP per

part dels diferents professionals de la Casa Asil, podem concloure que les dificultats incorporades en la implementació dels canvis es perceben com una barrera important a l'hora de modificar les dinàmiques quotidianes del treball i la mirada envers l'envelliment i les persones.

Les tasques d'atenció quotidiana encara són més prioritàries (netejar, alimentar, curar, etc.) que les accions d'acompanyament, que possibiliten el coneixement profund de les persones residents, com ara compartir moments de tranquil·litat dedicats a les relacions amb les persones residents, estar junts, parlar, cuidar la seva imatge, etc. D'una banda, tenim els temps de treball i la seva organització, en què s'inclouen aquelles tasques que es consideren accions de "treball" i d'altres que es perceben com a "no treball", com ara l'escolta activa, l'interès per l'altre, etc.

En vista de tot això, és determinant **acompanyar, sensibilitzar i formar** els equips en aquest canvi de paradigma. Modificar les pràctiques de treball és fonamental perquè els equips arribin a **conèixer en profunditat** els residents. L'objectiu és transformar i acompanyar els equips per **"atendre les persones que tenen necessitats, i no exclusivament les necessitats de les persones."** (Grup de contrast).

Les mesures que produeixen canvis en les accions tècniques són les següents:

- Transformar radicalment el **format i la temporalitat del pla de vida (PIAI)**, en funció de cada cas, per-

què sigui un instrument **interdisciplinari** i fonamental per a la vida quotidiana de les persones i útil per a tots els agents implicats. És fonamental que les persones residents, sigui quin sigui el seu estat cognitiu, participin en la seva elaboració.

- Operativitzar el **PIAI** i fer que aquesta eina incideixi directament en l'organització i ens els equips. És una eina que ha de servir perquè els equips sàpiguen **què han de fer i com ho han de fer** amb cada persona resident. Una proposta seria triar **2/3 objectius** de cada persona amb la seva pròpia implicació i, si escau, de la família.
- Revisar i **modificar** tots els **processos** que tenen a veure amb les **activitats íntimes de la vida quotidiana**, sobretot pel que fa a la higiene i a les necessitats d'anar al lavabo.
- **Organitzar les tasques d'atenció quotidiana** fent conïure l'autonomia, la seguretat i la independència, i garantir un **punt d'equilibri**.
- **Flexibilitzar i modificar les activitats d'atenció quotidiana**, promovent que les persones puguin seguir al seu ritme per garantir el manteniment de les seves capacitats i habilitats.
- Tots els **professionals** han de participar en l'elaboració de les pautes de manera participativa, **consensuada i col·laborativa** durant les reunions interdisciplinàries de planta.

Un dels resultats de l'anàlisi de la praxi dels equips de professionals

posa en evidència que sovint es prioritza la “**manera respectuosa**” de relacionar-se amb les persones residents per sobre de “**l'actitud respectuosa**”, en termes ètics de dignitat i reconeixement. Calen mesures que incideixin en la formació, en la sensibilització i en el canvi de mirada cap a les persones residents, sobretot en el cas de les persones amb diversitat funcional i cognitiva.

Les mesures que produeixen canvis en els conceptes i en les mirades són les següents:

- En relació amb les històries de vida, és fonamental la manera de recollir tota la informació durant el dia a dia, i no tant el format en què es recull. El recull no ha de ser un “dossier” reduït a una mera biografia i ha d'incloure aspectes rellevants de la vida de les persones, especialment les preferències, els gustos i totes les dades significatives de la vida quotidiana.
- Posar en marxa accions de sensibilització per als professionals i per a les famílies sobre el valor que té globalment l'atenció individualitzada en la promoció del benestar i de la qualitat de vida, sobretot en el cas de les persones amb deteriorament cognitiu.
- Formació específica dels professionals perquè entenguin i sàpiguen atendre les persones que tenen situacions i comportaments complexos, i perquè sàpiguen comunicar-s'hi, especialment en el cas de les persones amb deteriorament cognitiu.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

- Organitzar espais d'anàlisi i reflexió de les praxis de les situacions quotidianes per revisar les dinàmiques i les tasques dels equips, amb l'objectiu de la millora contínua i l'aprenentatge.
- Evitar la praxi de parlar d'una persona davant d'ella, sense incloure-la a la conversa, sigui quin sigui el seu estat cognitiu.
- Generar espais d'escolta de les persones residents, per detectar els desitjos i les necessitats de les que no poden expressar-los.

CANVIS EN LES PERSONES RESIDENTS I EN LES SEVES FAMÍLIES

Els relats i les reflexions de les persones residents sobre la seva quotidianitat expliquen amb força que avui dia **l'entrada a una residència gerontològica es percep i es viu com un punt d'inflexió en els projectes vitals.**

Perseguir objectius i satisfer desitjos i necessitats perd importància; l'entrada a un centre implica començar una nova forma de vida: és necessari adaptar-se als ritmes, a les rutines i als nous hàbits establerts per les persones tècniques expertes. Una de les causes d'aquest fet és el desconeixement que l'atenció a les persones grans es pot portar a terme d'una altra manera.

“No se conoce el AICP y persiste la imagen social de que las residencias no son lugares para vivir y proseguir el propio proyecto vital manteniendo el control. No se puede demandar lo

que se desconoce que existe.” (Grup de contrast).

Les residències gerontològiques que volen treballar a partir de l'AICP haurien d'explicar l'ideari i els elements que conformen el model a les famílies per aclarir en quin tipus de centre anirà a viure el seu familiar.

Les persones grans són subjectes actius amb poder de decisió que tenen necessitats, hàbits i preferències que les defineixen. Els drets i les llibertats de les persones grans, especialment els de les persones amb dependència funcional o cognitiva, són uns dels reptes socials que cal perseguir avui dia i en els anys que vindran. Els resultats de l'estudi posen en evidència que és prioritari promoure tota una sèrie de canvis en la qualitat i en els principis ètics de l'atenció per promoure un model nou des de l'atenció a l'acompanyament.

Per avaluar la qualitat de l'atenció de les persones grans, especialment en el cas de les persones amb deteriorament cognitiu, cal aprofundir en la metodologia d'observació i diagnosi del Dementia Care Mapping, un sistema d'observació centrat en detractors i potenciadors personals que permet detectar i establir línies de millora de l'atenció i del benestar personal. De fet, en relació amb les mesures específiques que cal implementar, un dels temes forts en què cal aprofundir és l'atenció a les persones amb deteriorament cognitiu.

L'altre tema central és l'apoderament de les famílies com a agents del canvi. És important que les famílies sen-

tin que “**a partir d’ara cuidarem junts de les persones residents**”. (Grup de contrast).

“El trabajo con las familias para lograr que pasen de ser ‘fiscalizadoras’ a convertirse en ‘aliadas’ es otra de las líneas de mejora que me parecen relevantes.” (Grup de contrast).

Cal garantir que l’atenció personalitzada es dirigeixi cap als residents, però també cap a les seves famílies. No obstant això, cal **personalitzar les relacions de la institució amb els familiars** segons les diferències i les particularitats de cada família i persona resident.

Les mesures que produeixen canvis directes per aconseguir que s’incorporin els principis bàsics de l’AICP i es tracti les persones grans com a subjectes actius i de ple dret són les següents:

- Implicar les **persones residents i les famílies** en els processos de **preingrés** per acompanyar i afavorir la continuïtat dels projectes vitals individuals.
- És fonamental que les **persones residents**, sigui quin sigui el seu estat cognitiu, participin en l’**elaboració del PIAI**. Les persones residents i les famílies han de tenir un rol protagonista en la construcció dels seus plans de vida.
- Posar en marxa accions de **sensibilització** per a les persones residents i les famílies sobre el valor que té globalment l’**atenció individualitzada en la promoció del benestar i de la qualitat de vida**,

sobretot en el cas de les persones amb **deteriorament cognitiu**.

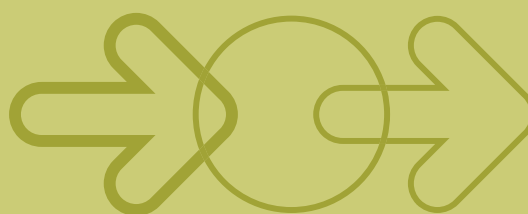
- **Sensibilitzar les famílies** sobre la importància de detectar els desitjos i les necessitats de les persones que no poden expressar-los i transmetre’ls als professionals.
- **Sensibilitzar les famílies** sobre les maneres de **comunicar-se** i de mantenir les relacions socials amb les persones que presenten **deteriorament cognitiu**.
- Afavorir la **personalització i l’actualització** constant dels **espais propis** perquè les persones puguin envoltar-se d’objectes significatius. La personalització dels espais amb colors, quadres significatius, etc., pot ser una estratègia per afavorir l’orientació i la independència de les persones residents.
- Cal explicitar, en el contracte de prestació que es presenta a les persones grans i a les seves famílies durant el procés de preingrés, **quin és el model de residència que s’ofereix**. És a dir, cal deixar clar què poden esperar en relació amb les tasques i la prioritat del centre.

11. Bibliografia

- BRADFORD DEMENTIA GROUP (2005). Dementia Care Mapping. DCM 8th. Bradford: University of Bradford.
- CONSELL ASSESSOR DE LA GENT GRAN. Document de drets i llibertats de les persones grans amb dependència. Ajuntament de Barcelona.
- DEPARTAMENT DE PLANIFICACIÓ I PROCESSOS (2104). Orientació per promoure noves oportunitats davant la diversitat d'envelliments a la ciutat de Barcelona. Informe de recerca. Ajuntament de Barcelona, Àrea de Drets Socials.
- DIVERSOS AUTORS (2013). Pla municipal per a les persones grans 2013-2016. Ajuntament de Barcelona.
- GLOBALISYS (2014). Estudi de prospectiva de la gent gran de Barcelona. Informe de recerca.
- GONZÁLEZ MESTRE, A. et al. (2015). Atenció centrada en la persona. Model d'Atenció Integrada Social Sanitària de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària, Generalitat de Catalunya.
- KITWOOD, T. (2003). Repensant la demència: pels drets de la persona. Vic: Eumo.
- KNUDSTRUP, M. A. (2012). "La relación entre el diseño arquitectónico y el bienestar subjetivo", en RODRÍGUEZ, P. (coord). (2012). Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Madrid: Caser y Fundación Pilares.
- MARTÍNEZ, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Manual para su aplicación. Disponible a: www.acpgerontologia.net.
- MARTÍNEZ, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo. Disponible a: www.acpgerontologia.net
- MARTÍNEZ, T. et al. (2015). "La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención?". N.º 1. En Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Departamento de Empleo y Políticas del Gobierno Vasco y Matia Instituto.
- MARTÍNEZ, T. et al. (2015). "La atención centrada en la persona. ¿Cómo llevarla a la práctica?". N.º 2. En Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. Departamento de Empleo y Políticas del Gobierno Vasco y Matia Instituto.
- NATIONAL VOICES (2014). Calls and contributions from health and social care charities. Disponible a: <http://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/person-centred-care-2020>
- OBSERVATORI DE VULNERABILITAT DE LA CREU ROJA A CATALUNYA (2012). L'impacte de la crisi en les persones grans. Informe de recerca. La Creu Roja.

- RODRÍGUEZ, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. La residencias en la que queremos vivir. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.
- RODRÍGUEZ, P. (2012). Innovaciones en residencias. Para personas en situación de dependencia. Madrid: Caser y Fundación Pilares.
- RODRÍGUEZ, PILAR (coord). (2013). “L’atenció integral centrada en la persona”. Papeles de la Fundació Pilares para la autonomía personal/1.
- SCHALOK, R. L., VERDUGO, M. A. (2007). “El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual”. Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, vol. 38(4); n.º 224: 21-36.

12. Annexos



Idees per al guió de l'entrevista

Les persones residents

Fitxa (nom, edat, nacionalitat, estat civil, barri, "estat")

ENTRADA

- ▶ Decisió d'entrar a la residència.
 - Motivacions i causes.
 - Elecció de la residència (procés i criteri per triar).
 - Visites a la residència prèvies a l'entrada.
 - Coneixements i contactes previs de l'espai i dels equips.

113

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

ACOLLIDA

- ▶ Primers dies a la residència.
- ▶ Quin és el primer record que tens? De quina persona?
- ▶ Rutines, abans (a casa) i ara.
- ▶ Va passar alguna cosa per la qual vas haver de demanar ajuda? (esdeveniments desagradables que poden generar neguit, quedar-se sol, perdre algun objecte, etc.).

QUOTIDIANITAT

- ▶ Horaris i rutines (despertar-se, bany, esmorzar, mirar la televisió, llegir, etc.).
- ▶ Banyar-se, etc.
- ▶ Vestir-se, etc.
- ▶ Cura del cos (vestir-se, arreglar-se, etc., al llarg de la història de vida).
- ▶ Cura del cos (vestir-se, arreglar-se, etc., a la residència).
- ▶ Menjador.
- ▶ Possibilitats de triar rutines quotidianes.
- ▶ Quin és el moment del dia que més t'agrada?
- ▶ Quin és el moment del dia que menys t'agrada?

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

GUSTOS

- ▶ Vestir, menjar, etc.
- ▶ Relacions interpersonals.
- ▶ Organització de la residència i gustos i hàbits dels residents.
- ▶ Pla de vida individual.

EMOCIONS (dignitat de la persona, intimitat, individualitat, flexibilitat, atenció personalitzada, integralitat).

- ▶ A vegades t'has enfadat per alguna cosa? I què passa quan t'enfades?
- ▶ Si passa alguna cosa que et fa feliç, li ho expliques a algú?
- ▶ I si estàs trist?
- ▶ Hi ha alguna activitat o coses que et demanen que diguis/facis que no t'agraden? I què passa? Recordes algun episodi?
- ▶ Quines situacions permetríem i quines no?

ACTIVITATS

- ▶ Activitats a la residència (tallers, relació escola/residència, moments d'oci, etc.).
- ▶ Activitats a fora de la residència?
- ▶ Celebracions, festes, etc., abans (a casa) i ara (residència).
- ▶ T'agradaria fer-ne d'altres? Li ho has explicat a algú?

RELACIONS I ENTORN

- ▶ Persona de referència a la residència.
- ▶ Sobre la presa de decisions.
- ▶ Barri de residència.
- ▶ Relacions a fora del centre.
- ▶ Visites de persones (familiars, amics, etc.).
- ▶ Com es desenvolupa la visita

CANVIS

Unitat de convivència: espai reformat

- ▶ Habitació.
- ▶ Espais comuns.
- ▶ Abans i ara.
- ▶ Què et sembla? Canvis? Abans i ara?

Espais no reformat amb nova decoració

- ▶ Habitacions.
- ▶ Espais comuns.
- ▶ T'has fixat que han pintat i hi posat cortines? Què et sembla?
- ▶ Creus que durant els últims mesos han canviat les activitats o les rutines? (menjador, visites, maneres de relacionar-te amb els auxiliars/tècnics, graus d'autonomia).

115

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

PROJECTE DE VIDA PROPI

1. Quines coses creus que has aconseguit durant la teva vida? Quins objectius has complert?
2. Què t'agradaria aconseguir a partir d'ara?
3. Quina és la cosa més important a la teva vida?

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Les Famílies

ENTRADA

- ▶ Decisió de portar el familiar a la residència.
 - ▶ Com es va prendre.
 - ▶ Elecció de la residència (procés i criteri per triar).
 - ▶ Visites prèvies.
 - ▶ Coneixements previ dels espais i dels equips.
-

ACOLLIDA

- ▶ Primers dies a la residència.
 - ▶ Participació/implicació en les rutines dels primers dies.
 - ▶ Esdeveniments desagradables que poden generar neguit, quedar-se sol, perdre algun objecte, etc.
 - ▶ Quin és el fet que més t'ha impactat sobre el "canvi" de vida?
-

QUOTIDIANITAT

- ▶ Visites a la residència.
 - ▶ Què feu durant les estones que passeu aquí?
 - ▶ Què us agradaria fer junts?
 - ▶ Valoració sobre les rutines i les activitats de la història de vida del resident.
 - ▶ Valoració de la situació actual.
 - ▶ Cura del cos. Abans i ara.
 - ▶ Com creieu que enfoquen aquí a la fundació el "deteriorament" del teu familiar? Passar d'un nivell de dependència a un altre.
-

RELACIONS AMB LA INSTITUCIÓ I VALORACIONS

- ▶ Relació entre la família i la fundació.
- ▶ Persona de referència del resident.

- ▶ Sobre la presa de decisions.
- ▶ Valoració global de la residència.
- ▶ Coneixements sobre el procés de canvi de model (AICP).
- ▶ Implicació en el procés de canvi de model (AICP).

CANVIS

Unitat de convivència:

- ▶ Experiències prèvies al canvi.
- ▶ Procés de canvi. Relat i reflexió.
- ▶ Aspectes vinculats als espais.
- ▶ Aspectes vinculats a les relacions.

Unitats amb nova decoració

- ▶ Canvis en la decoració.
- ▶ Creus que durant els últims mesos han canviat les activitats, les rutines (menjador, visites, maneres de relacionar-te amb els auxiliars/tècnics, graus d'autonomia).

EMOCIONS (dignitat de la persona, intimitat, individualitat, flexibilitat, atenció personalitzada, globalitat).

- ▶ A vegades el teu familiar s'ha enfadat per alguna cosa? I què va passar?
- ▶ Què t'agradaria que passes?
- ▶ Hi ha alguna activitat o coses que demanen al teu familiar que no t'agraden?
- ▶ Quines situacions permetríem i quines no?

PROJECTE DE VIDA PROPI

1. Amb relació al projecte de vida del teu familiar, en tenia un abans d'entrar a la residència?
2. El fet d'entrar aquí ha trencat el seu projecte?

Llistat de mesures de millora proposades per als 20 processos

Resultats globals

Instrument/qüestionari d'autoavaluació

1. Abans d'incorporar-se al centre

1. Elaborar un manual d'acollida amb apartats diferenciats de cara al resident i un altre de cara a les famílies.
2. Disposar d'un model de consentiment informat que reculli tota la informació lliurada o facilitada.
3. Mostrar les instal·lacions, vinculant els espais amb les persones que les atendran i les persones amb les quals conviuran.
4. Facilitar que els familiars puguin interactuar directament, durant la visita de coneixement del centre, amb els auxiliars, els residents o altres familiars que estiguin presents.
5. Revisar el model de recollida d'informació inicial dels diferents professionals per identificar punts forts i febles i valorar quina informació cal incorporar o modificar tenint present l'auxiliar.
6. Establir accions de sensibilització sobre la importància en el coneixement de dades de la persona, més enllà de les generals i de les específiques de salut i funcionalitat de la persona.
7. Valorar l'establiment d'una entrevista interdisciplinària conjunta, no separada, prèvia a l'ingrés.

2. Acollida al centre

1. Determinar el paper que ha d'exercir l'auxiliar de referència en les primeres setmanes, dins del procés d'acollida. Determinar el rol de l'auxiliar (en general).
2. Establir una preparació conjunta entre la treballadora social i l'auxiliar de referència, prèvia al moment d'acollida, perquè en el moment de l'acollida es pugui garantir l'acompanyament de la persona per part de l'auxiliar i que aquest moment es pugui garantir més enllà de les incidències de la planta.
3. En cas que la família no estigui present, establir una coordinació entre l'auxiliar de referència i el conjunt de l'equip per valorar la idoneïtat d'un voluntari o d'un altre recurs per donar suport a la persona i evitar així que se senti sola.
4. En cas que la família no truqui, els podem trucar nosaltres per informar-los sobre com es troba la persona en aquests primers dies.

5. Establir un equip d'acollida que prioritzi l'atenció i el seguiment de la persona durant les primeres setmanes.
6. Introduir, per part del treballador social, la possibilitat de fer un ingrés de manera gradual.
7. Valorar la possibilitat de flexibilitzar els horaris dels àpats a partir d'una reorganització o redistribució del temps de les diferents tasques.
8. Establir una formació orientada a unificar coneixements i actuacions davant de conductes complexes.
9. En la reunió de residents de planta, sempre introduir l'entrada d'un nou resident.
10. Establir dins del rol de l'auxiliar de referència espais de conversa i proximitat amb la persona i/o família.
11. Preparar, per part de l'equip tècnic juntament amb l'equip auxiliar, una primera proposta d'activitats significatives per a les primeres setmanes per facilitar l'acollida del resident nou, tenint present la seva història i biografia personal.
12. Establir un grup de familiars d'acollida per acompanyar altres familiars "nous".

119

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

3. El pla d'atenció i vida

1. Establir accions de formació i informació per a les famílies i els residents sobre la importància del PIAI.
2. Establir un mecanisme de seguiment del PIAI a partir del paper que ha d'exercir l'auxiliar de referència. Fomentar l'ús del pla com a guia en el nostre fer i com a eina viva que cal anar actualitzant.
3. Realitzar una valoració més global i transversal (sense parcel·lar), des de la reunió interdisciplinària, per elaborar un document comú.
4. Recollir i incloure el següent en el PIAI:
 - a. La biografia i la història de vida de la persona.
 - b. Les voluntats anticipades.
 - c. Les capacitats i fortaleeses de la persona.
 - d. Els gustos, els desitjos i les preferències de la persona.
 - e. Les activitats de la vida quotidiana de la persona.
5. Definir les tasques i les funcions de l'auxiliar de referència.
6. Promoure que l'auxiliar de referència sigui una persona coneguda per la resta dels membres de l'equip, per la família i pels residents.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

7. Quan es recull la història de vida de la persona, elaborar un document d'informació, acceptació i consentiment, per a la persona i/o el seu familiar, per poder compartir la seva informació personal amb els diferents professionals.

4. Despertar-se i llevar-se

1. Reflectir en la valoració prèvia a l'ingrés la rutina diària i les preferències de la persona. Introduir més elements d'observació per a aquelles persones que presenten un deteriorament cognitiu avançat, més enllà del seu estat de salut.
2. Establir accions de formació i sensibilització a partir de casos pràctics i de jocs de rol (tècniques de role playing).
3. Introduir missatges de manera "divertida" en diferents espais per recordar el que és més important per a la persona.
4. Introduir espais de reflexió compartits amb els residents.
5. Introduir, en el dossier de cada persona, les coses que li poden molestar, les que no li agraden o les que li generen rebuig.
6. Per fomentar la independència en el moment de despertar-se i llevar-se, continuar treballant dins les reunions de residents de planta la concreció i el consens en el suport específic que es dona a cada persona.
7. Elaborar un llistat de bones praxis, per part de cada equip de planta, des de la reflexió sobre com actuem per millorar la intimitat de la persona, i transformar-les en missatges visuals. (Aquesta reflexió també hauria de contemplar una autoavaluació sobre de les males praxis).

5. Neteja personal i bany

1. Preguntar els hàbits d'higiene de la persona resident en la reunió de preingrés i incloure aquesta informació en la seva història de vida (freqüència i horaris).
2. Replantejar, a partir d'aquest coneixement, la planificació de dutxes de tots els torns.
3. Valorar possibles limitacions d'espai (nombre de banys i necessitats d'adaptació d'aquests).
4. Conèixer les preferències de la persona sobre com li agrada que la rentin.
5. Anar adaptant i concretant les pautes per a cada persona a partir d'un coneixement més extens de la seva història de vida i del seu dia a dia.

6. Millorar la coordinació entre els diferents professionals en relació amb les praxis que cal seguir amb cada persona.
7. Generar una coordinació més propera amb les famílies.
8. Establir accions de formació i sensibilització sobre el tracte càlid i la protecció de la intimitat de la persona.

6. Roba, manera d'arreglar-se i imatge personal

1. Posar més èmfasis en el coneixement dels costums de la persona i respectar-los, més enllà del seu procés de deteriorament.
2. Parlar més amb la família per conèixer els gustos i les preferències d'aquelles persones que ja no tenen capacitat d'elecció.
3. Posar èmfasis en la importància de la imatge de la persona, en les reunions de residents, en la història de vida i en el PIAI, més enllà del seu deteriorament cognitiu.
4. Adaptar la imatge de la persona permetent que utilitzi la seva roba d'acord amb els seus gustos i les seves preferències.
5. Deixar preparada la roba interior i el material d'higiene, però la roba exterior no perquè la persona hagi de triar-la al matí a l'hora de llevar-se.
6. Incloure els gustos i les preferències en relació amb la imatge personal en el recull inicial d'informació.
7. Reorganitzar les tasques per fomentar la independència de la persona.
8. Fer una valoració de les eines de suport que pugui necessitar cada persona i facilitar-les-hi.
9. Parlar amb els residents i les seves famílies en el PIAI sobre la importància de treballar el foment i el manteniment de l'autonomia.
10. A les reunions de residents de planta, cercar acords i alhora concretar el nivell de suport que permeti el manteniment de la seva autonomia.
11. Treballar un millor to de veu a les reunions de planta.
12. Establir accions de formació i de sensibilització sobre com ens agradaria que ens tractessin.
13. Anar recordant a les reunions de planta la importància del respecte a la intimitat de la persona.

121

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

7. Acte de menjar

1. Col·locar estovalles noves i centres de taula.
2. Treballar a les reunions de planta la millora del to de veu als menjadors.
3. Repensar noves disposicions dels menjadors, valorant les necessitats d'espai.
4. Repensar la possibilitat d'establir dos horaris de menjador.
5. Valorar la possibilitat de generar espais més diàfans per oferir un ambient més tranquil.
6. Tractar, consensuar i incloure al PIAI la coordinació de pautes entre els professionals i els familiars en relació amb el nivell de suport que s'estableix per a cada persona en els àpats.
7. Establir espais de sensibilització amb les famílies sobre la importància de potenciar l'autonomia personal.
8. Cercar nous pitets més personalitzats, diferenciats i estèticament més macos.
9. Recordar en les reunions de planta la importància de la higiene després dels àpats i de la cura de la imatge.
10. Conèixer, valorar i tractar el possible sentiment de vergonya que pugui tenir la persona en el moment de l'àpat. Oferir respostes alternatives al menjador, com ara menjar a l'habitació o a l'espai del costat de l'office.
11. Valorar la possibilitat d'espais de futur per a menjadors més diferenciats i reduïts.

8. Mobilitat

1. Reorganitzar les tasques de la vida quotidiana per incorporar l'estimulació de la mobilitat dins el treball del conjunt dels equips de planta.
2. Establir accions de sensibilització en relació amb la importància de promoure la independència física, tot i que comentin que els manca temps.
3. Millorar la coordinació per compartir la informació entre els diferents professionals, el resident i la família.

4. Elaborar i establir un protocol de prevenció de caigudes.
5. Valorar la incorporació de sensors de moviment o dispositius que facilitin la seguretat.
6. Avaluar els espais de major risc de caiguda.
7. Prendre consciència que cal respectar les pautes establertes en el manteniment d'espais tancats a partir d'indicadors o cartells. Sensibilització.

9. Anar al lavabo i atenció a les persones amb incontinència

1. Establir accions de sensibilització sobre la importància de l'atenció per anar al lavabo i l'atenció en els casos de persones amb incontinència.
2. Repensar l'organització per cercar més temps per a la seva atenció, prioritzant la persona.
3. Prioritzar la necessitat de la persona abans que la planta on es treballa. Evitar el pensament "aquest no em toca".
4. Evitar fer preguntes sobre la intimitat de la persona en públic. Per exemple, evitar preguntar en veu alta "qui vol anar al lavabo".
5. Establir accions de sensibilització sobre la importància del foment de la continència i la independència de la persona.
6. Introduir pautes i programes individualitzats dins del PIAI per promoure el manteniment o la recuperació de la continència.
7. Establir accions de sensibilització sobre la importància del bon tracte i del respecte a la intimitat en l'atenció per anar al lavabo i l'atenció en els casos de persones amb incontinència.

10. Anar-se'n a dormir i de nit

1. Recollir a la història de vida els hàbits i els costums que té la persona en relació amb l'hora d'anar a dormir i compartir el coneixement.
2. Repensar l'organització per adequar-la als hàbits, als costums i a les demandes de la persona.
3. Repensar l'organització general, tenint en compte que, si fan la migdiada, caldrà contemplar la possibilitat que puguin anar a dormir més tard.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

4. Establir accions de formació i sensibilització sobre el respecte a les rutines i a les preferències de la persona.
5. Valorar la compra de butaques (nombre i cost) per facilitar la migdiada de les persones.
6. Repensar un espai tranquil on es pugui ubicar les butaques per fer la migdiada.
7. Tenir present a les reunions de planta que hi ha persones que no volen pujar a la planta per por que després no se les baixi.
8. Promoure la creació de més dormitoris individuals.
9. Millorar la coordinació dels equips perquè les pautes siguin les mateixes per a tothom.
10. Valorar entre tot l'equip de planta les necessitats de suport (tipus i freqüència).
11. Valorar la necessitat d'adquisició d'elements de suport.
12. Generar espais de diàleg i reflexió entre els mateixos residents per valorar la seva opinió, i cercar acords per a la bona convivència.
13. Parlar amb les persones i els familiars quan es produeixen situacions com ara la de sortir despulatat fora de l'habitació, per valorar si és un hàbit, una manca de consciència o una necessitat econòmica (no té recursos per comprar una bata).

11. Activitats

1. Fomentar activitats de la vida quotidiana significatives a partir de l'adaptació de petites activitats. Tasques de la llar.
2. Fomentar la relació amb la comunitat.
3. Millorar la personalització de les activitats.
4. Desplegar un procés de més coneixement sobre les preferències per part (de tot l'equip) de les educadores socials per personalitzar la planificació d'activitats.
5. Canviar el concepte d'activitat vinculada a les educadores socials i orientar-la de cara als equips i als voluntaris de planta des d'una mirada més propera i personalitzada. Fomentar altres tipus d'activitats significatives que generin benestar des del conjunt de l'equip de planta.
6. Planificar una formació de sensibilització orientada als voluntaris sobre la importància de la personalització i la significació de les activitats que es despleguen amb les persones grans.

12. Relacions socials

1. Treballar en el marc dels equips de planta la importància de la participació de les famílies per reduir les resistències.
2. Iniciar reunions amb familiars per plantes.
3. Fomentar la participació de les famílies en els grups de cuidadors.
4. Ampliar els espais comuns del centre.
5. Repensar espais de privacitat per a les visites.
6. Abordar el tema de la sexualitat dins de la seva història de vida i, si s'escau, en les reunions de planta.
7. Reflexionar sobre com es pot promoure la possibilitat de convidar familiars o amics a dinar, berenar o sopar.
8. Cercar i redefinir espais perquè esdevinguin més polivalents fent un mapatge del nivell d'ocupació dels espais actuals de la residència i centre de dia.

125

Com a casa

Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

13. Conciliar seguretat, autonomia i benestar emocional

1. Treballar amb els equips la importància del foment de l'autonomia, ja que es tendeix més a protegir i, com a conseqüència, a limitar l'autonomia de la persona.
2. Parlar més amb la família per consensuar acords sobre l'assumpció de riscos.
3. Introduir un procés de consentiment informat amb autorització expressa a l'assumpció de riscos.
4. Continuar cercant alternatives a la contenció.
5. Formació continuada per als equips orientada a tenir un coneixement més ampli de l'ús adequat d'una contenció i de les alternatives existents a la contenció física o farmacològica, i a entendre el risc i els seus nivells d'assumpció.
6. Repensar i cercar possibles recursos o alternatives a les contencions físiques i farmacològiques actuals.
7. Valorar els espais actuals des de les seves limitacions en la seguretat i en l'orientació de les persones amb deteriorament cognitiu. Cercar la possibilitat de disposar de "zones segures". Repensar usos d'espais diferenciats per a persones amb alteracions de conducta.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

8. Reforçar les portes de sortida.
9. Millorar la coordinació entre el personal de menjador i el metge per facilitar la comprensió i l'acceptació de pautes de salut per part de les persones grans, com ara el menjar sense sal; plantejar-se, de vegades, si es pot renunciar a la recomanació mèdica.

14. Atenció a les persones amb demència

1. Promoure la participació de les persones grans sense demències en la identificació i valoració d'aquestes praxis com a veu de les persones grans que pateixen demència i no ho poden expressar. Incorporar els residents amb capacitats conservades per col·laborar en la sensibilització dels treballadors.
2. Establir una formació sobre tècniques de validació.
3. Valorar la incorporació d'una supervisió externa o interna en el dia a dia dels equips de planta. Establir una formació entre els equips a partir dels missatges i coneixement de bones praxis i de la identificació de males praxis.
4. Millorar el coneixement per sumar-lo a la capacitat de l'equip, i evitar o reduir les solucions farmacològiques.
5. Poder gravar situacions per avaluar-les internament més tard i millorar les actuacions.
6. Establir una formació interna continuada que faciliti l'apropament i la incorporació progressiva de les persones amb demència greu a les activitats de vida quotidiana.
7. Establir un instrument de valoració, a partir de l'observació, per a les persones amb trastorn de conducta.
8. Aprendre a observar els factors ambientals, relacionals i d'espai vinculats a la persona i no tant a la malaltia. Espais que facilitin el benestar de les persones amb alteracions de conducta.

15. Atenció al final de la vida

1. Formació del personal respecte al resident i a la família.
2. Formació del personal respecte al dol del professional.
3. Treballar el dol per part dels equips de planta, de cara als residents de la planta i els companys.

16. L'espai físic

1. Preveure que abans de l'entrada d'un resident, aquest tingui a l'habitació els seus objectes, mobles i elements personals.
2. Promoure la participació de la família en l'adequació i la personalització de l'habitació abans de l'ingrés. Acompanyar la família al dormitori on viurà el seu familiar, ja que així veurà quant d'espai hi ha i com el pot personalitzar.
3. Establir accions de sensibilització de cara al resident i a la família sobre la importància de crear un espai propi i personalitzat.
4. Establir accions de sensibilització i formar els equips sobre la importància d'un entorn significatiu, casolà i personalitzat.
5. Introduir decoracions més casolanes i més càlides.
6. Planificar el treball a partir d'unitats més petites.
7. Posar en pràctica petites iniciatives o propostes, per exemple, tenir un ocell a la planta.
8. Fomentar que els mateixos equips facin propostes de canvi i millora dels ambients i dels espais.
9. Els cartells informatius haurien de retirar-se dels menjadors i posar-los en els espais de control.
10. Facilitar i promoure activitats significatives i les eines necessàries per poder-les fer.
11. Tenir present en aquesta transformació la incorporació del personal de serveis generals.
12. Revisar els llums i promoure alternatives als fluorescents. Aprofitar millor la llum natural.
13. Dur a terme accions de sensibilització per entendre la importància i el treball que es pot desplegar amb la música.
14. Evitar mantenir de manera constant la televisió i la radio engegades.
15. Evitar decoracions infantils o escolars i pensar en un espai casolà i domèstic. No calen dibuixos per les parets o altres decoracions que feren pensar més en una escola que en una llar.
16. Orientar les aportacions dels alumnes en espais concrets.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

17. Conèixer més les preferències de les persones per aconseguir una millor planificació dels espais que faciliti l'atenció a les seves demandes sobre els llocs on volen anar i els llocs on no.
18. Sensibilitzar, formar i avaluar respecte a les bones pràctiques.
19. Sensibilitzar de la importància de la privacitat.
20. Continuar fomentant la personalització de les habitacions.
21. Promoure que les persones col·laborin, segons les seves capacitats, en la neteja i en l'arranjament de les seves habitacions.
22. Reduir els espais de convivència amb mitges plantes.
23. Conèixer millor la història de vida per poder conèixer els objectes significatius per a la persona i, en cas que no els tingui, procurar proporcionar-los-hi.
24. Formació sobre les noves tecnologies per fomentar l'autonomia i l'accessibilitat.
25. Formació per als equips sobre com promoure espais més significatius que facilitin l'orientació i l'autonomia.

17. Paper dels professionals i dels equips

1. Formació i sensibilització en els equips sobre el concepte de tracte respectuós, escolta i empatia des d'una mirada d'adult.
2. Acompanyament als equips per conèixer perquè es donen males praxis.
3. Iniciar un treball intens amb els equips i les famílies per conscienciar de la importància de respectar els valors, els costums i la dignitat de les persones, especialment quan es tracta de coses petites, com ara posar les arracades a una persona resident (encara que la família afirmi que no s'adona de res).
4. Formació i sensibilització per tenir una mirada en primer lloc de la persona i de les seves capacitats i, després, de les seves necessitats, i no a l'inrevés. Cal canviar el discurs i el nostre llenguatge.
5. Unificar la informació de les persones, posant en valor les seves capacitats.
6. Fomentar que es llegeixin i es complementin els dossiers personals.
7. Fomentar l'ús d'un vocabulari proper, personal i positiu.

8. Cal apoderar l'equip auxiliar, la figura de l'auxiliar de referència i els equips de planta.
9. Definir les tasques i el rol de l'auxiliar de referència i la seva formació en l'ACP.
10. Definir el nou rol dels tècnics en l'ACP, en què passen a tenir un paper de suport i no de protagonista en una àrea concreta.
11. Cal incorporar l'auxiliar de referència en l'acompanyament de la família.
12. Establir una formació específica per a l'auxiliar de referència que inclogui el paper de coordinació que ha de desplegar dins l'equip de planta.
13. Cal més consciència del paper del familiar en el benestar del resident. Aquest és un punt que cal treballar en el PIAI.
14. Cal disposar d'un manual per a la família.
15. Cal fer un treball intern de complicitat amb la família, ja des de l'ingrés.
16. Cal establir trobades entre familiars i professionals.

129

Com a casa
Procés de canvi cap al model de residència gerontològica centrat en les persones

18. Les famílies

1. Reformular el PIAI a partir d'una formació prèvia.
2. Incloure la família en les decisions del dia a dia de la persona gran, ja que això reduirà el sentiment de culpabilitat.
3. Establir un grup de familiars per fer l'acollida de familiars de nova incorporació.
4. Fer accions formatives orientades a les famílies.
5. Establir un servei d'orientació i assessorament familiar.
6. Establir reunions periòdiques amb familiars per plantes.
7. Potenciar el vincle entre l'auxiliar de referència i la família, treballant el document de l'auxiliar de referència i donant-lo a conèixer entre les famílies.
8. Cercar espais distesos per parlar amb les famílies. Crear espais de relació més lúdics.
9. Dins del grup d'acompanyament emocional del sistema, esforçar-se per reconduir les visions de determinades famílies.

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

19. La comunitat

1. Mantenir i fomentar les relacions amb entitats externes.
2. Promoure l'organització d'activitats conjuntes amb entitats del barri.
3. Promoure activitats compartides amb residències o serveis del barri propers.
4. Participació en el Consell de la Gent Gran.
5. Participació en la Taula del Tercer Sector Social.
6. Participació en la Fira Gran.
7. Convidar altres entitats a esdeveniments compartits.
8. Consolidar el coneixement i la importància del programa intergeneracional entre el conjunt de professionals de les plantes i els familiars per afavorir la seva participació.
9. Parlar amb els equips a les reunions de coordinació per establir una programa compartit i fer el retorn dels resultats del programa al conjunt de professionals.

20. L'organització

1. Elaborar, facilitar i difondre el nou manual d'acollida.
2. Revisar i consensuar els protocols a les reunions d'equips.
3. Crear vies d'informació i comunicació per al coneixement de normes de convivència i funcionament del centre.
4. Redactar els documents i els dossiers en primera persona.
5. Acabar d'implantar i desplegar els dossiers de planta.
6. Promoure amb la família la importància de poder disposar d'instruments i eines significatives per a la persona.
7. Introduir en els protocols les bones praxis de l'ACP i els riscos de les males praxis.
8. Desplegar un pla de formació orientat a l'ACP.
9. Disposar d'un acompanyament i d'un assessorament externs durant el procés.

10. Posar en marxa els espais per a l'acompanyament emocional del sistema.
11. Cercar espais informals i distesos fora de l'àmbit laboral.
12. Crear i dur a terme enquestes de satisfacció a les famílies i als residents orientades a l'ACP.
13. Aplicar l'instrument de revisió participativa de l'ACP a tothom.
14. Establir reunions periòdiques amb les famílies.
15. Aprofitar l'espai de trobada per anar introduint la cultura afí a l'ACP als residents i fomentar la seva participació.

131

Com a casa

Procés de canvi
cap al model
de residència
gerontològica
centrat en les
persones

Com a casa

**Procés de canvi cap al
model de residència
gerontològica centrat en
les persones**

Recerca aplicada

Gener de 2017

Àrea de Drets Socials