



Fundació
Sant Francesc
d'Assís

Sobretot, persones.

2016-2019 Pla estratègic

Índex

1.	Introducció	2
2.	Missió - Visió - Valors.	4
3.	DAFO	5
4.	Bases del Model d'Atenció a la FSFA.	7
5.	Objectius estratègics.	10
6.	Cronograma	15
7.	Annex 1: Model de transversalitat	19
8.	Annex 2: Model “Hortènsies”	21
9.	Annex 3: Model Social Residencia Montseny	32
10.	Annex 4: Model Socio Sanitari CSS Can Torras	40
11.	Annex 5: Pla de Comunicació Corporativa.	44
12.	Participants en l'elaboració del document.	49

1. Introducció

La Fundació Sant Francesc d'Assís (FSFA) és una fundació de caràcter privat, sense ànim de lucre, fundada a l'any 1977, i la seva activitat ha estat majoritàriament desenvolupada als municipis d'Alella i El Masnou.

En la actualitat disposa de tres centres assistencials, cadascun destinat a una activitat assistencial diferent:

Residència per a Discapacitats Intel·lectuals Les Hortènsies.

- 156 places residencials. 12 places de d'atenció diürna especialitzada
- Centre concertat amb el SISPAP.
- Situat a la població d'Alella

Centre Sociosanitari Can Torras

- Centre Proveïdor del CatSalut des de 1986 (des del inici del Programa Vida als anys).
- Contractació 2015: 61 llits de Llarga Durada, 34 llits de Convalescència, 25 places d'Hospital de Dia.
- Situat a la població d'Alella.

Residència Geriàtrica Assistida Montseny

- 70 places residencials geriàtriques assistides. 18 places en Concert amb el SISPAP. 52 places privades (Inclouen les usuàries del conveni amb la Obra Social de La Caixa).
- Situat a la població d'El Masnou.

Com a dades generals orientatives, la FSFA:

- Atenen a unes 370 persones diàriament.
- Atenen a unes 950 persones diferents al cap de l'any.
- Hi col·laboren uns 380 treballadors per efectuar aquesta atenció (incloent el personal de la empresa externa de restauració).
- Més del 90% del ingressos provenen del Govern de la Generalitat de Catalunya.
- La despesa en personal contractat és aproximadament el 70 % del pressupost ordinari anual.

L'any que ve la FSFA, farà 40 anys des de la seva constitució.

Durant aquest anys es poden diferenciar diferents fases en la seva evolució, una primera de constitució, seguidament una de creixement, posteriorment una de finançament, i últimament una de reordenació dels òrgans de govern i direcció.

Tenim que tenir tots clar que la FSFA la formen les persones que governen, que dirigeixen, que treballen i que son ateses a la FSFA, no son els edificis ni les instal·lacions ni altres estructures externes.

Donat aquest punt, creiem que és el moment d'efectuar una reflexió col·lectiva per poder identificar que som i que volem ser, que fem i com ho fem, que volem fer i com ho volem fer.

Per poder realitzar tot això d'una manera ordenada, s'ha elaborat un document que ho reflecteix d'una manera estructurada "Pla Estratègic 2016 -2019". Amb la orientació d'experts externs i posterior treball de persones referents que formen part de la FSFA, es va elaborar un document inicial que es va divulgar entre tot el personal que forma part de la FSFA per que poguessin participar en el procés i trasmetre les consideracions i aportacions per poder elaborar el document final que ha proposat de la Direcció de la FSFA, va aprobar el Patronat de la Fundació en la reunió del 21 de novembre de 2016..

2. Missió - Visió - Valors.

2.1. Missió

La FSFA és una institució, sense ànim de lucre, que dona assistència a les persones que pateixen problemes socials, sanitaris o una discapacitat psico física, mitjançant una atenció integral, de qualitat i sostenible, potenciant al màxim les seves capacitats, i centrada en els drets de la persona.

2.2. Visió

Aconseguir un nivell d'expertesa acreditada, per ser referents en els nostres àmbits d'actuació, i poder donar resposta a les necessitats del nostre entorn social amb la màxima equitat.

2.3. Els nostres VALORS son:

- El Compromís social.
- La Professionalitat.
- El Humanisme.
- La Honestetat.

3. DAFO

3.1. Debilitats

- Manca d'autocrítica.
- Dèficit en la comunicació tant externa com interna.
- Estructura física.
- Manca de coneixement de la institució tant pel públic com pel personal del sector no prop del centre.
- Envelliment de la plantilla.
- Diversitat de convenis col·lectius: 5 convenis col·lectius a la Fundació.
- Falta formació al personal.
- La pressa de decisions pel personal directiu no es la mes àgil.
- Excessiva dependència de “personal target” per part dels treballadors.

3.2. Amenaces

- Dependència extraordinària de la Generalitat de Catalunya. Departaments de Salut i de Benestar Social i Família.
- Renovació dels contractes dels tres centres.
- Regulació per part de la Generalitat del preu que paguen pels serveis.
- Manca de control propi pel que fa als fluxos de pacients/persones que ingressen a la Fundació.
- Estem en una època de crisis.
- La existència d'altres proveïdors de la zona sobre tot:
 - A nivell social, residències de la zona.
 - A nivell sanitari, altres proveïdors amb mes “presencia institucional”.

3.3. Fortaleses

- Bona formació del personal graduat/licenciat.
- Bona Professionalitat.
- El personal es troba identificat amb la Fundació.
- Hi ha implícit una voluntat de servei vers a les persones.
- La resta de proveïdors de la xarxa benestar/social/sociosanitària/aguts té confiança amb la atenció que es presta a la Fundació.

- Capacitat de resistència.
- Solvència econòmica.
- Valors implantats a la Fundació.
- Creació recent de l'equip directiu: Equip directiu jove i amb ganes de créixer professionalment.
- Tres línies d'atenció i cures molt consolidades de cara a l'administració.
- La institució té capacitat d'adaptació.
- Creació d'un comitè d'ètica.

3.4. Oportunitats

- Bones possibilitats de consolidació de l'equip directiu
- Voluntat de fer-se conèixer tant interior com exteriorment.
- Fer públic la implantació dels models Assistencials.
- Explicar la Transversalitat de l'atenció com a eix de qualitat
- Potenciar el centre de serveis corporatiu com a pilar de tots els treballadors de la institució.
- Millorar l'estructura

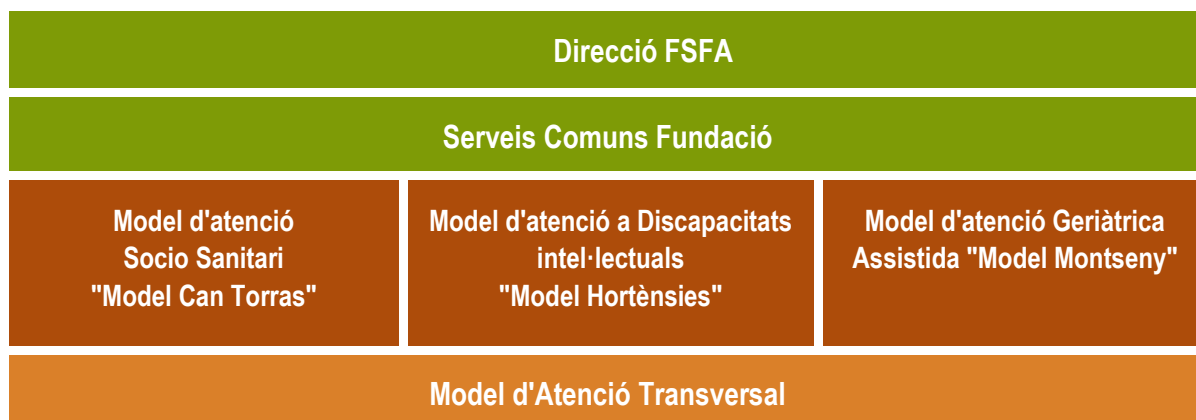
4. Bases del Model d'Atenció a la FSFA.

El model d'atenció a la FSFA es basa en la definició d'un model comú transversal a tota l'activitat assistencial que es realitza en el si de la FSFA, sobre aquest model transversal es desenvolupen els diferents models assistencials en cada uns dels centres en el àmbit de la seva línia d'activitat per tractar d'obtenir els **objectius generals** marcats en cada un d'ells:

Hortènsies: poder donar resposta a totes les necessitats que genera una discapacitat intel·lectual, des de el control d'uns possibles trastorns conductuals greus, fins l'atenció d'una complexitat clínica elevada. Tot això sense perdre dues idees bàsiques, de que s'efectuï en un entorn material i emocional lo més agradable possible (és la seva llar) i procurant sempre obtenir el major grau d'autonomia personal i una integració social plena.

Can Torras: proporcionar l'atenció socio sanitària que precisa el seu entorn social i la xarxa assistencial en la que esta integrat, tenint en la qualitat assistencial i dels serveis que proporciona l'horitzó principal, amb una voluntat d'objectivar aquesta qualitat per ser referent en el seu sector.

Montseny: poder assumir un nivell de dependència i de complexitat clínica elevat de la població geriàtrica atesa, però en el marc d'una Atenció Integral Centrada en la Persona que respecti les voluntats d'aquestes i del seu entorn familiar, conciliant-les al màxim possible amb les necessitats organitzatives i les característiques particulars del centre.



4.1. Model de transversalitat:

(Desenvolupament complert en Annex 1).

El més rellevant del model d'atenció transversal seria:

Definir una unitat d'actuació en tots els centres de la Fundació que afecta a tots els àmbits d'atenció (social – discapacitat psíquica – sociosanitària) i que es basa en mantenir unes característiques comunes que afecten fonamentalment a la:

- Línia Assistencial: Entenem la assistència a les persones quan la emmarquem en els següents eixos:
 - Humanística.
 - Holística.
 - Multidisciplinari.
 - Integral.
 - Continuada.
 - Integrada.
- Línia Ètica: Desenvolupament del Comitè d'Ètica propi.
- Línia Normativa: Ens exigim un acompliment normatiu acreditat. Realitzar una gestió amb els màxims criteris de transparència a tots els nivells.

4.2. Hortènsies. Model:

(Desenvolupament complert en Annex 2).

El més rellevant d'aquest model d'atenció seria:

- Model d'atenció integral consolidat al Centre.
- Adaptació a les noves normativa d'habitabilitat, edificació i accessibilitat.
 - Reestructuració i remodelació dels espais, potenciant la calidesa de llar, adaptar-lo a la normativa d'aplicació.
 - Millorar infraestructures i condicions de treball.
- Fer que l'entorn ens conegui i crear-nos prestigi.
- Afavorir al personal d'atenció directa d'edat més avançada una disminució en les carregues de treball físic que suporta. Adaptar llocs de treball dins el mateix centre seguint uns criteris fundacionals junt amb comitè de riscos laborals del centre.

4.3. Montseny. Model:

(Desenvolupament complert en Annex 3).

El més rellevant d'aquest model d'atenció seria:

- Implementar el model assistencial AICP (Atenció Integral Centrada en la Persona).
- Diversificar el origen dels ingressos.
- Augment de la tarifa mitja.
- Reordenació i adequació dels espais del centre.
- Reestructuració dels horaris de funcionament del centre.
- Adaptar-se al procés de "Cantorització" del centre.
- Pla de drenatge de treballadors, principalment auxiliars, a Hortènsies i C. Torras.

4.4. Can Torras. Model:

(Desenvolupament complert en Annex 4).

El més rellevant d'aquest model d'atenció seria:

- La prestació de serveis te que plantejar-se amb la màxima qualitat possible objectiva i percebuda.
- Flexibilitat en els recursos assistencials.
- L'abordatge holístic dels plans d'intervencions a les persones ateses, tenint en compte uns principis ètics bàsics:
 - Prevenir i evitar les futilitats en el procés assistencial.
 - Maximitzar el bé que es pugui oferir.
 - No discriminació en el tracte ni en les atencions.
 - Promoure la màxima autonomia de la persona.
 - Procurar respectar al màxim les decisions personals preses sempre de forma informada i cognitivament conscient.
- Pel que fa a l'atenció post aguda del malalt crònic complex avançat:
 - Obtenir una millor estabilitat post ingrés per descompensació clínica significativa en Hospital d'aguts.
 - Millora funcional després de descompensacions o intercurrències amb davallada funcional secundària.
 - Control simptomàtic o cures especials de pacients provinents de l'atenció hospitalària o de la primària i que no requereixen d'ingrés hospitalari.
 - Control simptomàtic en les fases finals de la vida quan es requereixen atencions especials.

5. Objectius estratègics.

Una vegada definida la missió – visió i valors, analitzat el resultat del DAFO i definits els models d'atenció, s'han identificat una sèrie d'objectius estratègics basats en els següents eixos:

5.1. Solvència.

5.1.1. Control Pressupostari.

- 2016-2019. Pressupost equilibrat. Manteniment del cash flow per poder fer front a des ajustaments de cobrament, inversions i amortitzacions.
- 2016-2017. Millora del control pressupostari per centres assistencials i de cost.

5.1.2. Sostenibilitat ecològica.

- 2016. Planificació elements de millora ecològica.
- 2017 – 2018 Execució elements de millora ecològica planificats.
- 2019. Avaluació elements executats de millora ecològica.

5.2. Qualitat.

5.2.1. Revisar i millorar els sistemes d'informació sanitària/social/personal.

- Indicadors qualitat a la Residència Montseny.
 - 2016-17. Determinar i quantificar indicadors qualitat.
 - 2018-19. Seguiment i millora dels mateixos
- Indicadors qualitat a Hortènsies
 - 2016-17. Determinar i quantificar indicadors qualitat.
 - 2018-19. Seguiment i millora dels mateixos.
- Indicadors qualitat a Can Torras
 - 2016-2017. Revisió, adequació, definició i quantificació dels indicadors.
 - 2018 aconseguir el compliment previst en els indicadors definits.
 - 2019 aconseguir el compliment dels indicadors no aconseguits i millora dels indicadors amb els estàndards més ajustats.

5.2.2. Qualitat percebuda. Enquestes de qualitat per centres:

- 2016 a Can Torras
- 2017 a Montseny i Hortènsies
- 2018 a Can Torras
- 2019 a Montseny i Hortènsies

5.2.3. Avaluació externa del model assistencial (Joint Commission):

- 2016-2017. Preparar la organització i adequar els centres/procediments.
- 2018-19. Assolir la certificació Joint Commission.

5.3. Model d'atenció

5.3.1. A nivell Montseny, Model social de AICP:

- 2016. Documentar el model.
- 2017. Instauració plena del model.
- 2018. Consolidació i avaluació del model.
- 2019. Instauració Pla de millora del model.

5.3.2. A nivell Hortènsies, Model "Hortènsies"

- 2016. Consolidació del model.
- 2017. Avaluació del model.
- 2018. Implantació mesures correctores model.
- 2019. Adequació del model al nou entorn físic.

5.3.3. A nivell Can Torras. Model d'atenció sociosanitària integral e integrat.

- 2016-17. Revisió indicadors de la Central de Resultats (CR). Completar indicadors no quantificats actualment.
- 2018-19. Millora progressiva dels indicadors definits i quantificats. Difusió externa amplia dels resultats en els diferents àmbits d'influència.

5.4. Transversalitat

5.4.1. Consolidació del model d'atenció transversal en els tres àmbits d'assistencials (social – discapacitat psíquica – sociosanitària) basat en una mateixa línia d'actuació en la atenció sanitària i social que té com eix comú una unitat d'acció multi disciplinar, integral i integrada en la societat.

- 2016. Centralitzar les histories clíniques informatitzades.
- 2017. Documentació e implantació plena dels protocols.
- 2018. Objectivar resultats. Difusió del model d'atenció transversal.
- 2019. Revisió i adequació del model.

5.4.2. Comitè d'ètica (CE)

- 2016. Consolidar l'Estructuració interna del CE.
- 2017. Legalització del CE.
- 2018. Publicitació del CE.

5.4.3. Compliment Normatiu

- 2016-2017. Anàlisi extern. Recomanacions i adequació procediments.
- 2018. Consolidació procediments adequats.
- 2019. Revisió externa.

5.5. Infraestructures

- 2016-2017. Elaboració d'un pla general d'adequació de les infraestructures de la Fundació.
- 2017-2019. Adequacions graduals segons el pla general elaborat.
- 2016-2018. Reforma arquitectònica de les Hortènsies.
- 2017-2019. Adequacions periodificades al Montseny.
- 2016-2019. Seguiment més estricte i professional del manteniment de les infraestructures i subministraments.

5.6. Recerca

5.6.1. Transversalitat

- 2018-2019. Resultats del model i publicar-los.

5.6.2. Hortènsies

- 2016. Documentació i publicació model.
- 2017 Avaluació línies de treball.
- 2018-2019. Presentació treballs de recerca.

5.6.3. Can Torras

- 2017-2019. Publicar elements d'excel·lència de les millores assistencials.

5.7. Comunicació

(Línies generals pla de comunicació Annex 5).

- 2016. Elaboració d'un Pla específic de comunicació.
- 2017-2018. Execució del Pla de comunicació.
- 2019. Revaloració Pla de Comunicació.

5.8. RRHH

5.8.1. Polítiques.

- 2016. Millora en la estructuració de les relacions laborals / CCEE.
- 2016. Millora en la estructuració prèvia de les actuacions legals.
- 2016-2018. Acabar el pla de trasllats del Montseny
- 2016-2018. Optimitzar la adequació professional dels llocs de treball.
- 2016-2017. Pacte d'objectius comuns Fundació.

5.8.2. Riscos laborals

- 2016-2017. Execució del protocol de registre – anàlisi – correcció, dels accidents laborals.
- 2018-2019. Objectivar una disminució en la incidència d'accidents laborals.

5.8.3. Formació

- 2016-2018. Consolidar els Plans de formació anuals per centre.

6. Cronograma

OBJECTIUS			2016	2017	2018	2019
Solvència	1	Pressupost equilibrat. Manteniment del cash flow.	CD	CD	CD	CD
	2	Millora del control pressupostari per centres assistencials i de cost.	CD	CD		
	3	Planificació elements de millora ecològica.	DS			
	4	Execució elements de millora ecològica planificats.		DS	DS	DS
	5	Avaluació elements executats de millora ecològica.				DS
Qualitat	6	Determinar i quantificar indicadors qualitat Residencia Montseny.	DC	DC		
	7	Seguiment i millora dels indicadors de qualitat determinats i quantificats a la Residencia Montseny.			DC	DC
	8	Determinar i quantificar indicadors qualitat Residencia Hortènsies.	DC	DC		
	9	Seguiment i millora dels indicadors de qualitat determinats i quantificats a la Residencia Hortènsies.			DC	DC
	10	Revisió, adequació, definició i quantificació dels indicadors de qualitat del CSS Can Torras.	DA	DA		
	11	Aconseguir el compliment previst en els indicadors de qualitat definits al CSS Can Torras.			DA	
	12	Millora dels indicadors de qualitat amb els standards més ajustats al CSS Can Torras..				DA
	13	Enquestes pròpies de qualitat percebuda Can Torras.	DTS			
	14	Enquestes pròpies de qualitat percebuda Montseny i Hortènsies.		DTS		
	15	Enquestes pròpies de qualitat percebuda Can Torras.			DTS	
	16	Enquestes pròpies de qualitat percebuda Montseny i Hortènsies.				DTS
	17	Avaluació externa del model assistencial, preparar la organització i adequar els centres/procediments.	CD	CD		
	18	Assolir la certificació Joint Comission.			CD	CD

OBJECTIUS			2016	2017	2018	2019
Model atenció	19	Documentar del model social de AICP a la Residència Montseny.	DC			
	20	Instauració progressiva del model social de AICP a la Residència Montseny.		DC		
	21	Consolidació i avaluació del model social de AICP a la Residència Montseny.			DC	
	22	Instauració Pla de millora del model social de AICP a la Residència Montseny.				DC
	23	Consolidació del model d'atenció "Hortènsies" a la Residència Hortènsies.	DC			
	24	Avaluació del model d'atenció "Hortènsies" a la Residència Hortènsies.		DC		
	25	Implantació mesures correctores model d'atenció "Hortènsies" a la Residència Hortènsies.			DC	
	26	Adequació del model d'atenció "Hortènsies" al nou entorn físic de la Residència Hortènsies.				DC
	27	Revisió indicadors de la Central de Resultats (CR), quantificar acomplir la totalitat dels indicadors al CSS Can Torras.	DA	DA		
	28	Millora progressiva dels indicadors definits i quantificats del CSS Can Torras. Difusió externa dels resultats.			DA	DA
Transversalitat	29	Centralitzar les històries clíniques informatitzades.	CD			
	30	Documentació e implantació plena dels protocols d'assistència transversal.		CD		
	31	Objectivar resultats. Difusió del model d'atenció transversal.			CD	
	32	Revisió i adequació del model d'atenció transversal.				CD
	33	Consolidar l'estructuració interna del Comitè d'Ètica.	CE			
	34	Legalització del Comitè d'Ètica.		CE		
	35	Publicitació del Comitè d'Ètica.			CE	
	36	Anàlisi extern dels procediments normatius. Recomanacions i adequació dels procediments.	CD	CD		
	37	Consolidació procediments adequats.			CD	
	38	Revisió externa dels procediments normatius.				CD

OBJECTIUS			2016	2017	2018	2019
Infraestructures	39	Elaboració d'un pla general d'adequació de les infraestructures de la Fundació.	DS	DS		
	40	Adequacions graduals segons el pla general elaborat.			DS	DS
	41	Reforma arquitectònica de la Residencia Hortènsies.	DS	DS	DS	
	42	Adequacions periodificades a la Residencia Montseny.		DS	DS	DS
	43	Seguiment més estricte i professional del manteniment de les infraestructures i subministraments.	DS	DS	DS	DS
Recerca	44	Resultats del model d'atenció transversal i publicar-los.			CD	CD
	45	Documentació i publicació model d'atenció "Hortènsies".	DC			
	46	Avaluació línies de treball del model d'atenció "Hortènsies".		DC		
	47	Presentació treballs de recerca del model d'atenció "Hortènsies".			DC	DC
	48	Publicar elements d'excel·lència de les millores assistencials resultat de l'evolució del model SS Can Torras.		DC	DC	DC
Comunicació	49	Elaboració d'un Pla específic de comunicació.	CD			
	50	Execució del Pla de comunicació.		CD	CD	
	51	Revaloració Pla de Comunicació.				CD
RRHH	52	Millora en la estructuració de les relacions laborals / CCEE.	CD			
	53	Millora en la estructuració prèvia de les actuacions legals.	CD			
	54	Acabar el pla de trasllats del Montseny.	CD	CD	CD	
	55	Optimitzar la adequació professional dels llocs de treball.	CD	CD	CD	
	56	Pacte d'objectius comuns Fundació.	CD	CD		
	57	Execució del protocol de registre – anàlisi – correcció, dels accidents laborals.	CD	CD		
	58	Objectivar una disminució en la incidència d'accidents laborals.			CD	CD
	59	Consolidar els Plans de formació anuals per centre.	CD	CD	CD	

CD: Comitè de Direcció.

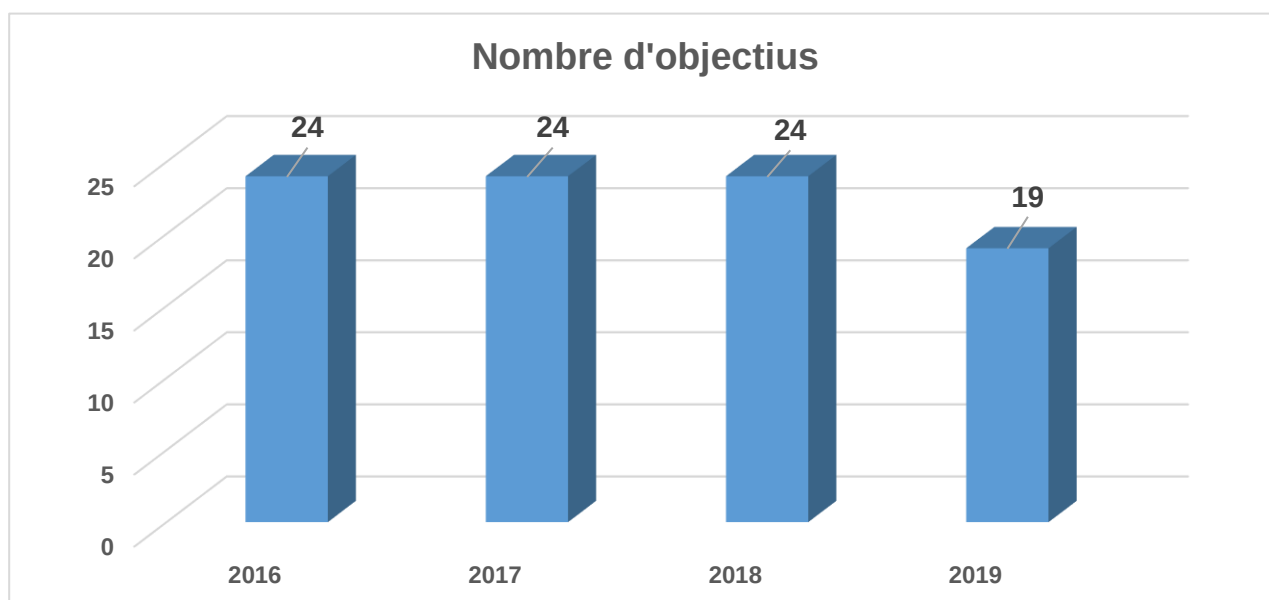
DC: Direcció de Centre.

DS: Direcció de Serveis.

DTS: Direcció de Treball Social.

DA: Direcció Assistencial del centre.

CE: Comitè d'Ètica.



7. Annex 1: Model de transversalitat

Elaborat: Dr. José M^a Cuartero, direcció general de la FSFA.

Es tracta de la definició d'una unitat d'actuació en tots els centres de la Fundació que afecta a tots els àmbits d'atenció (social – discapacitat psíquica – sociosanitària) i que es basa en mantenir unes característiques comunes que afecten fonamentalment a la:

Línia Assistencial:

Definició: entenem la assistència a les persones quan la emmarquem en els següents eixos:

Humanística: Col·loquem a les persones com a centre del nostre interès.

Holística: Contemplem a les persones com un tot, que és superior a la simple suma de les seves parts, i que està condicionat per el seu entorn social i familiar.

Multidisciplinar: Efectuem l'anàlisi de les necessitats de les persones des de diferents visions professionals per poder contemplar-les de la forma més completa possible.

Integral: Definim els Plans d'atenció a les persones de forma coordinada per que els diferents serveis assistencials actuïn conjuntament i amb els mateixos criteris i objectius.

Continuada: Compromís d'esgotar tots els recursos assistencials propis i valoracions de forma interna, abans de plantejar la necessitat d'una actuació assistencial externa, assegurant una atenció de confortabilitat, sent indiferent el nivell dependència.

Integrada: Coordinació activa amb tots els nivells assistencials del nostre entorn tan sanitaris com socials per tractar d'atendre a les seves necessitats.

Plans d'actuació:

- 2016 – 2019. Aplicació per part de la Direcció de cada centre d'aquesta línia assistencial transversal a la definició dels diferents models assistencials.
- 2016 – 2019. Dissenyar i comprovar el seu compliment, per part del responsables assistencial de cada centre, de que les valoracions multidisciplinars de totes les persones ateses a la Fundació es basen en la línia assistencial transversal.
- 2016 – 2019. Incloure en tots els plans de formació destinats als professionals assistencials sanitaris (personal auxiliar, infermeres, metges) les bases d'aquesta línia assistencial transversal per que la coneguin i apliquin en les seves actuacions quotidianes.
- 2016 – 2017. Centralitzar les històries clíniques informatitzades per que al accedir els diferents professionals que en un moment determinat tenen que incidir en la atenció del pacient puguin disposar d'una informació completa i actualitzada.

Indicadors de qualitat:

Pels tres centres

- N° Exitus totals / N° Exitus en centre / N° Exitus en el centre amb criteris de pal·liació.
- N° Derivacions a UCIAS No Psiquiàtriques hospitalàries / N° ingressos No Psiquiàtrics hospitalaris.
- N° de valoracions efectuades any / N° valoracions complertes (per tots els serveis i amb pla d'actuació i objectius consensuats).

Per Hortènsies:

- N° Derivacions a UCIAS Psiquiàtriques hospitalàries / N° Ingressos Psiquiàtrics hospitalaris.

Per Can Torras:

- Centralització i registre de les valoracions internes efectuades després de cada derivació efectuada a UCIAS hospitalàries des de cada centre.

Pel Montseny:

- Millora funcional dels pacients provinents de Can Torras.

Línia Ètica

- Plans d'atenció centrats en les desitjos de les persones i el seu entorn social i familiar.
- Proposar la limitació de les atencions terapèutiques sense un fi beneficiós clar.
- Vetllar per la no limitació de les atencions terapèutiques clares en persones discapacitades.

Pla d'actuació:

- 2016. Consolidar l'Estructuració interna del CE.
- 2017. Legalització del CE.
- 2018. Publicitació del CE.

Línia Normativa.

Ens exigim un acompliment normatiu acreditat.

Realitzar una gestió amb els màxims criteris de transparència a tots els nivells.

Pla d'actuació:

- 2016-2017. Auditoria externa. Recomanacions i adequació dels procediments segons normatives.
- 2018. Consolidació dels procediments adequats.
- 2019. Auditoria externa.

8. Annex 2: Model “Hortènsies”

Elaborat: Sra. Ana Ruzafa, direcció Residència Hortènsies. Sra. Montserrat Marco, coordinadora assistencial Residència Hortènsies. Sra. Elisabet Martínez, coordinadora assistencial Residència Hortènsies.

La Residència Les Hortènsies és un centre d'acolliment residencial i d'atenció especialitzada. Té per finalitat atendre a persones amb discapacitat intel·lectual, trastorns de conducta i amb necessitats de suport generalitzat. Des de la visió integral de la persona, atenem donant resposta a les necessitats de salut, educatives, socials, emocionals i de benestar en les diferents etapes de la seva vida; sempre potenciant les habilitats dels usuaris per assolir una major autonomia o evitar-ne el deteriorament.

8.1. Principis bàsics

La línia d'actuació que volem que ens defineixi ha d'estar basada en el principi de Funcionalitat i perquè arribi a ser així, ha de contemplar dins el seu marc altres principis bàsics: la globalitat, la normalització, la participació i la personalització.

Partim de la funcionalitat perquè entenem que la formació que donem o intentem donar als Usuaris no és escolar, per tant no és directament individualitzada i curricular, sinó que intenta dotar-los d'habilitats, actituds i aprenentatges que els donin l'oportunitat de ser útils per a ells mateixos i per poder participar i formar part de la seva comunitat. Per això, defensem que hem de dotar-los d'habilitats funcionals, entenent per funcional aquella acció que ha de ser portada a terme per algú, es a dir, en el cas que l'usuari no la faci, alguna altra persona l'haurà de fer per ell. Aquesta definició no vol dir que hem d'excloure totes aquelles habilitats que no siguin estrictament funcionals. Considerem que algunes d'elles no són imprescindibles, però sí contribueixen a la millora de la qualitat de vida de la persona i a la qualitat i domini de l'espai en el que es mouen i són una via d'adquisició de les habilitats funcionals.

No podríem entendre la Funcionalitat sense la normalització, la globalitat i la personalització.

La **NORMALITZACIÓ**: Entesa com una opció i un dret de tota persona. És el nostre deure intentar fer viure i preparar els residents per una vida tan normalitzada com sigui possible, sense perdre de vista les limitacions que suposen el fet que una residència és lloc d'estada, lloc de treball i lloc d'oci.

Què vol dir normalitzar? Nosaltres ho entenem:

- Respectar l'edat cronològica dels atesos: l'edat mental ens pot servir en un moment concret com a guia del període evolutiu en el que es troben, per entendre millor alguns dels seus comportaments i actuacions, però partim del fet que són persones adultes i que com a tal això implica el dret a ser considerats i respectats com adults, el dret a utilitzar entorns i materials adequats, fer activitats, aprendre habilitats ...etc. reconeguts i respectats culturalment en altres grups d'aquesta edat específica.
- El nostre deure és en aquests sentit reduir i no augmentar les diferències que els poden separar de persones discapacitades de la mateixa edat.
- Normalitzar vol dir també no fer especials aquells serveis que necessiten, per estalviar possibles problemes sempre i quan puguin fer servir els del seu entorn i els considerats normals: no fer venir

al centre al traumatòleg, sinó enviar-los al hospital, no evitar l'ús del transport públic sempre que tinguin habilitats per utilitzar-lo amb l'excusa de la sobreprotecció ... etc. Es a dir, no els fem més disminuïts del que implica la seva patologia. No els evitem problemes o situacions que els puguin plantejar un dilema, sinó fomentar que aquests apareguin i donar recursos per resoldre'ls especialment en espais i situacions integradores. Normalització vol dir ser conductor o si més no partícip de la pròpia vida i per això és necessari sentir-te útil, competent i responsable.

La **GLOBALITAT**: considerant a la persona com un tot integral, en la seva dimensió afectiva-relacional amb ella mateixa i els altres (autoestima, confiança, tolerància a la frustració, interessos, actituds, contacte ...); capacitats, limitacions i necessitats cognitives (atenció, comprensió, percepció, orientació ...) i motrius (acció, moviment, desplaçament, coordinació, flexibilitat ...) Per tant en el desenvolupament de qualsevol habilitat i actitud s'hauria de tenir present les tres dimensions.

La **PERSONALITZACIÓ**: es necessari no oblidar que cada persona és això, individual, personal i que té unes característiques pròpies.

Intentar no perdre mai de vista el fet que dins el grup s'ha de respectar la individualitat de cada un dels components, la seva manera de ser i d'actuar i els seus interessos, demandes i necessitats que els mouen.

Un punt bàsic que defineix la personalització és la Participació: que afirma que tota persona és i ha de ser a la seva vida activa i que també les persones amb discapacitats intel·lectuals importants poden adquirir habilitats que els permetin participar, encara que sigui tan sols amb la seva presència en diferents entorns i activitats integradores.

Aquests son en definitiva els principis que ens mouen i que volem que defensin la nostra feina, però és necessari dir que seran utilitzats per arribar allà on ens hem proposat. Es a dir, són els trets que ens defineixen en el nostre fer, en la consecució de l'objectiu final: millorar la Qualitat de vida de tots els atesos en aquest centre.

Qualitat de vida entesa (segons Shalock) *"com un estat de mínim benestar personal, de relacions interpersonals (benestar material), de desenvolupament personal (benestar físic), d'autodeterminació, inclusió social i drets"*.

8.2. Funcionament.

La residència Les Hortènsies presta els seus serveis de forma continua i permanent les 24 hores del dia, tot l'any a 156 residents i 12 usuaris de CAE (Centre d'Atenció Especialitzada). Això suposa i comprèn tot un seguit d'actuacions per a la realització de les activitats de la vida diària: atenció personal, prevenció del deteriorament físic, psíquic o social i promoció de la salut; així com l'afavorir el màxim grau d'autonomia i d'integració social.

Per portar a terme totes aquestes actuacions i dins del grup del personal d'atenció directa, el centre compta:

- Atenció Medica Permanent

- Atenció d'Infermeria continuada
- Atenció Social
- Atenció Psicològica
- Atenció Educativa
- Personal auxiliar qualificat i acreditat en atenció sociosanitària
- Fisioteràpia i Teràpia Ocupacional
- Suport a les Activitats Bàsiques de la Vida Diària
- Piscina climatitzada – Hidroteràpia
- Dinamització Psico-Física
- Dinamització Lúdica
- Servei de Restauració i Hosteleria complets
- Bugaderia
- Perruqueria (opcionals)
- Podologia (opcionals)
- Estètica (opcionals)

Segueix un model d'atenció integral, globalitzat i interdisciplinari, respectant totes les dimensions de la persona i la seva realitat socio-familiar. Per aquest motiu, no sol té en compte a l'usuari, sinó també la seva família i la seva integració i participació en la comunitat de la que en forma part.

Els diferents equips de treball s'impliquen en un model d'atenció de qualitat per tal d'aconseguir una millor qualitat de vida als usuaris atesos, això implica, per part de l'entitat, el disseny de diferents accions formatives, de participació i de diàleg.

8.3. Distribució d'espais i usuaris.

La Residència té dues edificacions principals: una petita torre on estan ubicats els serveis generals; i una altra en la que es duu a terme l'activitat assistencial. Les dues edificacions estan envoltades d'espais oberts i enjardinats.

L'àrea destinada a l'atenció assistencial del centre es divideix en dues zones ben diferenciades, amb l'objectiu d'agrupar als residents d'un nivell d'assistència similar. Una és la zona d'Hortènsies on s'atén a persones que presenten una major dependència i fragilitat clínica. L'altra, La Masia prevalen residents amb més autonomia i amb majors problemes conductuals. Cada zona disposa de diferents unitats d'atenció (a les Hortènsies 5 i a la Masia 7), per la distribució de les persones en les diferents unitats d'atenció tenint en compte 4 aspectes: nivell assistencial, nivell cognitiu, trastorns de comportaments i existència de fragilitat clínica. Les unitats d'atenció estan dotades de WC, lavabo i dutxa adaptada i dotades amb el mobiliari i equipaments necessaris. Per donar serveis comuns a les diferents unitats es disposa de:

Menjadors: Espais d'uns 275 m2 totals, que comunicat directament amb la cuina i estan adaptat a la seva funció i població que l'utilitza.

Patis o Espais exteriors: Espai exterior enjardinat d'uns 500 m2.

Zones d'atenció nocturna: Espai constituït per dormitoris, amb llits adaptats, armaris individuals, i lavabos (vàters, rentamans, dutxes i banyeres adaptades)

Infermeria: Espai d'uns 90 m2, amb una habitació d'atenció permanent d'infermeria, un espai de cures i un espai de despatx, totes Inter comunicades. Situades a la zona de Hortènsies i dotades amb el mobiliari i equipament necessari.

Sala de Fisioteràpia: Espai d'uns 65 m2, dotada amb el mobiliari i equipament necessari.

Piscina adaptada: espai d'uns 200 m2 amb una piscina adaptada i amb hidromassatge zona de platja perifèrica tot això susceptible de cobertura durant l'hivern i deixar-la al aire al estiu. Vestuari i amb vàter, lavabo, dutxa adaptada i zona de canvis adaptats amb mobiliari i equipament necessari.

Pati piscina: Espai exterior d'uns 300 m2 amb accés directe de la piscina i sala de fisioteràpia.

Sala polivalent: Espai d'uns 130 m2 dotat amb una zona de rentat de materials. Polivalent en la seva distribució interior. En el es realitzen l'activitat ocupacionals o similars, activitats de lleure, o activitats conjuntes de varies sales.

Sala de Visita: Espai d'uns 90 m2 dotat amb, vàter i lavabo adaptada, mobiliari i equipament necessari, om els Familiars poden realitzar les seves visites.

El centre a més disposa de serveis com: Rober, Bugaderia, Cuina, Despatxos, Sala de juntes i altres.

8.4. Pla Individualitzat d'atenció interdisciplinària.

És el Programa d'intervenció en els processos bàsics d'acolliment, estada i comiat: abordatge interdisciplinari i d'aplicació del PIAI

La residència disposa d'un Protocol d'Acolliment al centre ampli i molt concret en el qual es contemplen els següents passos d'actuació: Pre ingrés, Ingrés i Post ingrés.

Durant la seva estada en el centre, cada usuari disposa d'un PIAI (Pla Individual d'Atenció Interdisciplinari), explicitat en un dossier, en el qual es registren (trimestralment) els informes , els objectius , les activitats i les avaluacions de les diferents àrees de treball.

Aquest pla és revisat, anualment, per a tots els professionals implicats en les Reunions Multidisciplinàries de Seguiment, l'objectiu de les quals es dur a terme un treball interdisciplinari envers al resident a nivell físic, psíquic, educatiu i social.

En el calendari de revisions anuals, proposat des de coordinació, queden establertes les dates previstes per a tots els resident. Però si, i segons l'evolució del resident, es considera la necessitat de fer-ho amb anterioritat, s'avisava amb una setmana d'antelació a totes les àrees de treball i s'afegeix com un cas amb caràcter d'urgència.

Previ a la presentació del cas, cada àrea, realitza la Valoració Periòdica del resident segons criteris propis consensuats per els components de l'Àrea i la Direcció Tècnica del centre que es registrarà en un full específic a la secció pròpia de cada Àrea del Expedient Individual del resident.

Seguidament, cada àrea, omple la part corresponent del PIAI on figura un resum de la valoració efectuada, la identificació de problemes, els objectius marcats, les actuacions recomanades i el sistema d'avaluació i seguiment.

En les Reunions Multidisciplinars de Seguiment, els representants de cada àrea, exposen els corresponents anàlisi i es discuteixen els diferents aspectes per poder elaborar uns Objectius comuns i unes Actuacions Generals i Individualitzades, prioritzades, i que s'especificaran en el PIAI pel coordinador de la Reunió.

Tots els components de la Reunió el signaran i acordaran un temps aproximat per a la propera revisió.

Coordinació educativa informa als tutors de la existència de la valoració i, paral·lelament, fa còpia del PIAI per el PAAD . De la mateixa manera, coordinació s'encarrega d'incorporar les noves indicacions a la rutina diària ens els serveis bàsics del resident, actualitzant totes les actuacions i atencions individuals, que requerirà a partir de la nova valoració del mateix.

El programa d'intervenció en el comiat del resident del centre pot seguir un protocol diferents segons sigui motivat per èxits o per trasllat a un altre recurs o cessament o suspensió de la prestació.

8.5. Estructura del model.

El nostre model integra a l'usuari dins una petita comunitat, partint de la idea que és casa seva, i on disposa dels serveis per oferir la millor qualitat de vida , és a dir, cobrint necessitats bàsiques i de benestar que qualsevol petita comunitat integra en el seu modus vivendi.

Com a tota comunitat, ha de ser “viva” i disposar d'una capacitat adaptativa important i necessària per cobrir qualsevol circumstància que l'usuari presenti en el transcurs de la seva vida dins el nostre centre.

Aquesta petita comunitat disposa de serveis domèstics, sanitaris, socials, educatius, lúdics, esportius i fins i tot laborals, i que s'adapta a les necessitats de cada un dels usuaris.

Serveis domèstics: Els usuaris participen de les feines domèstiques de fer llits, planxar, doblegar i ordenar roba, parar taula, ordenar i endreçar d'espais, manteniment del jardí o fer encàrrecs pels quals reben un sou setmanal.

Serveis Socials: La Treballadora Social està a disposició dels usuaris per qualsevol demanda respecte la família o sortides amb aquesta per poder millorar el contacte familiar. Alhora coordina amb els tutors les millors opcions per realitzar activitats externes o gestionar amb l'administració les ajudes a les que pot optar l'usuari.

Direcció del Centre											
Serveis Comuns Fundació											
Coordinació Assistencial Masia							Coordinació Assistencial Hortènsies				
Serveis Comuns Centre											
Educ./Psiclg.			Educ./Psiclg.				Educ./Psiclg.				
MASIA							HORTENSIES				
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
Serveis Sanitaris Centre: Medicina, Infermeria, Fisioteràpia - To											
Serveis Sanitaris Fundació											

Serveis sanitaris: Actuen a nivell transversal en tots els àmbits d'actuacions i activitats que es desenvolupen en el centre. El personal mèdic i d'infermeria està especialitzat en aquest àmbit d'atenció sanitària, tan en l'aspecte formatiu com de carrera professional.

Els usuaris disposen d'un servei metge de capçalera en el Centre, sovint no cal demanar hora, el metge sempre els atén.

El servei metge disposa d'un consultor extern Psiquiatra.

Els serveis mèdics a nivell Fundació donen cobertura de forma continuada i el servei de d'infermeria del centre té una presència in situ també de forma continuada (24 h. + 365 dies al any).

També disposem d'una "Unitat Hospitalària" per atendre les petites urgències on les infermeres cuiden dels usuaris les 24 hores del dia. Es disposa també del servei de dietètica on les DUI, juntament amb les fisioterapeutes dissenyen plans per controlar el pes.

Els usuaris que per les seves patologies o per accidents / tractaments aguts requereixen rehabilitació, disposen del servei de fisioteràpia on, a part de tractar la patologia, poden anar a fer exercici.

Una vegada valorades les seves dolències poden ser alliberades, temporal o definitivament, de les seves obligacions domèstiques.

Serveis educatius: els educadors vetllen per mantenir les habilitats i potenciar les habilitats d'autonomia, comunicatives, de cortesia i bon comportament, ... que l'usuari pot millorar.

Es dissenyen les activitats poden ser amb grup generals o grups específics o individuals, segons es puguin aconseguir millors resultats.

Es dicten pautes d'actuació del personal d'atenció directa que poden ser grupals o individuals, tan per direccionar les activitats ordinàries com les extraordinàries.

Actuen de manera longitudinal en els diferents agrupacions d'usuaris donades les diferents estratègies que es tenen que desenvolupar en cada una d'aquestes.

L'èxit del model Hortènsies ha estat aconseguir una imbricació total en el modus d'actuar dels serveis sanitaris i educatius, compartint uns objectius individuals i col·lectius comuns i respectant i ordenant les estratègies i actuacions de cadascun. Apostant pel desenvolupament fins un nivell màxim en qualitat i nivell de les atencions donades.

Serveis lúdics i d'animació: Els usuaris disposen tant d'estones d'oci com de treball on preparen les celebracions (aniversaris, festivitats populars, ..) decorant la casa, preparant l'animació de la festivitat (dances, cançons,...). També realitzen petits treballs manuals (roses per sant Jordi, imants, penjadors, davantals, testos, ... per la Fira d'artesanía) que, ocasionalment, venen per recollir diners per fer més i millors excursions. Altra activitat de gran interès és el Bingo, on quan canten línia o bingo guanyen petits objectes donats pels familiars, treballadors i amics de la Fundació.

En les estones d'oci cada usuari pot escollir entre diferents opcions com jocs de taula, costura, taller de maquillatge, gaudir dels diferents jardins del Centre, mirar i comentar les revistes (tant les del cor com la pròpia de la residència, la revista TARANNÀ on difonem les nostres experiències). Els caps de setmana són especials perquè fem cinema i discoteca.

Durant l'any realitzen excursions de caire divers en funció dels interessos de cada usuari, tant anem de rebaixes (si han estalviat) com a la platja, al Tibidabo, a passejar al port, a fer un vermut, al futbol, al teatre.

Serveis esportius: El Centre disposa de basquet, piscina, sortides a les instal·lacions de Can Gaza on hi ha un circuit motriu. També fem rutes diàries on treballem el "power walking" per millorar l'estat físic dels usuaris.

Serveis laborals: Dins les tasques que realitzen els usuaris de forma voluntària pel manteniment i bon funcionament del Centre tenen encomanades feines de jardineria, triturar documents, reciclar, cura de l'hort, porteria, rentacotxes, tasques d'ajuda al personal (petits encàrrecs), feines domèstiques, ... pels quals reben un sou setmanal (on signen el full de salari) i es contemplen les baixes laborals i les jubilacions com a opció per mantenir el mode de vida dins la comunitat, així poden fer les seves despeses al anar a comprar o estalviar per altres compres.

El Centre disposa d'un "quiosc" i d'un "banc" que s'obre els dimecres de forma generalitzada, ja que és el dia de cobrament, i on els usuaris poden comprar els seus refrescos o desar el que volen estalviar. Altres dies s'obre de forma puntual per qui vulgui disposar dels diners o fer alguna despesa per anar a comprar.

En un futur el quiosc ampliarà l'oferta d'articles a complements de roba, bijuteria i papereria.

Altres serveis:

Opcionals: la Residència disposa dels serveis opcionals de perruqueria, estètica i podologia que van a càrrec del tutors i des del Centre fomentem l'ús d'aquest serveis donen qualitat de vida als usuaris.

Seguretat de l'usuari: Un tema important a tenir en compte a l'hora d'enfocar l'assistència de l'usuari és la seva seguretat. Atenem a persones amb comportaments hetero i autolesiu que ens crea la necessitat d'innovar i crear adaptacions per tal de garantir la seva integritat física i la de les persones que estan al seu entorn més proper. Es per això que dissenyem conjuntament tot l'equip material de seguretat que no es troba dins el mercat .

Volem fer esment que tot i tenir una sala destinada a les visites, les famílies tenen la llibertat per estar a qualsevol de les instal·lacions del centre, sempre que es preservi la intimitat de la resta d'usuaris (això només limita banys i ocasionalment alguna habitació). Això permet que puguin gaudir usuari i família d'una mateixa activitat o festivitat.

8.6. Pla de desenvolupament

Degut al nombre d'usuaris que acull el centre i a la diversitat dels mateixos, es necessari establir un criteri funcional d'agrupament que afavoreixi l'atenció integral del servei que es vol realitzar. Com ja s'ha puntualitzat anteriorment, es realitza l'agrupament d'usuaris seguint els criteris de: nivell de dependència, nivell cognitiu, trastorns de comportament i fragilitat clínica. Amb aquest criteris s'afavoreix que l'atenció del grup derivi en la cobertura bàsica de les necessitats individuals, posteriorment, i un cop realitzat el PIAI de cada usuari, aquestes passen a personalitzar-se en objectius i actuacions concretes de cada servei o professionals.

Es per aquest motiu que l'estructura física del nou centre ha d'estar en acord amb el seu pla funcional i que sigui prou flexible per acollir aquests perfils amb independència del nombre d'usuaris que el tinguin. Es a dir, si en l'actualitat tenim 15 usuaris amb nivell de dependència alt, nivell cognitiu baix, sense trastorns de comportament i amb important fragilitat clínica, es possible que d'aquí a sis mesos, i degut a l'envelliment dels usuaris , el nombre d'aquest perfil hagi augmentat a 20 i la infraestructura de la residència ha de ser prou flexible per poder donar cobertura igualment a les seves necessitats de salut, educatives, socials, emocionals i de benestar.

8.7. Objectius

Tant en l'anàlisi intern , com en l'extern, es conclou que la millora de la infraestructura del nostre centre ha de ser el primer objectiu a atendre per poder encaminant-lo cap a la personalització d'espais individuals de cada usuari i en un tracta d'espais comuns que potenciïn la calidesa de llar i que amb la adaptació dels espais, poder projectar el Centre com referent al sector.

A nivell intern, considerem que el model de vida que s'està portant a terme funciona molt correctament i que el punt de partida immediat, ha de ser el de millorar les estàncies dels dormitoris, cambres higiènica i alguns espais comuns i adaptar-nos a la condicions materials segons estableix el Decret 205/2015. Que no estem obligats a complir en l'actualitat ja que ens regim per la normativa del moment de

construcció del Centre, però que constitueix el problema més acusat per poder cobrir les necessitats més bàsiques dintre de la normalització que volem porta a terme.

A nivell extern, prop del nostre centre hi ha d'altres de nova construcció que compleixen la normativa del Decret i, per tant, a l'hora d'escollir centre amb el mateix servei, el tutor de l'usuari pot decidir-se cap a la opció del centre de nova construcció i que afavoreixen més la personalització d'espais.

8.7.1. Objectius generals.

- Millorar la infraestructures.
- Afavorir al personal d'atenció directa d'edat més avançada una disminució en les carregues de treball físic que suporta. Adaptar llocs de treball dins el mateix centre seguint uns criteris fundacionals junt amb comitè de riscos laborals del centre.
- Actualització dels serveis a les noves tecnologies, avançar en el procés de informatització.
- Formació continuada del personal d'atenció directe prioritzant la vessant educativa.

8.7.2. Objectius específics.

- Mantenir, desenvolupar i documentar el model d'atenció instaurat al Centre.
- Adaptar el model a la nova normativa d'habitabilitat, edificació i accessibilitat.
- Reestructuració i remodelació dels espais, potenciant la calidesa de l'lar.
- Fer que l'entorn ens conegui més en profunditat i poder objectivar el nostre prestigi.
- Adaptar llocs de treball dins el mateix centre, de menor càrrega física, i seguint uns criteris fundacionals i junt amb comitè de riscos laborals del centre.
- Com a prevenció de riscos laborals, renovació i actualització d'ajudes mecàniques que evitin el sobre esforç del treballador (llits elèctrics, grues d'elevació i bipedestació, transfers, camilles de dutxa elèctrica e hidràulica, cadires de banys,...) i en la formació en temes d'ergonomia i tècniques d'evasió. Però això no impedeix el procés de vida natural de les persones.
- Instaurar un sistema informàtic que afavorís que els diferents professionals que són referents d'un usuari, puguin accedir de manera ràpida a la seva informació assistencial, educativa, sanitària i social.
- Millorar en el sistema de control i vigilància d'estances comuns, afavorint així la seguretat de l'usuari i del personal. Instaurar càmeres de vigilància en les estances comuns al centre que afavorís el control i la seguretat del servei que es realitza en el centre.
- Instaurar un sistema de localització ràpida dels referents de servei, per tal de garantir la seva presència en cas d'urgència i/o evitar molèsties innecessàries a la resta de serveis.
- Proporcionar al personal formació complementària de temàtica educativa que vagi en acord a les necessitats dels usuaris que s'atenen en el centre. El coneixement en temes

educatius com: abordatge educatiu en els trastorns de comportament; reeducació de conductes amb reforç positiu; la importància de la comunicació i la necessitat de l'ús sistemes de comunicació alternatius; la importància de treballar en les habilitats d'autonomia personal... Es per aquest motiu que caldria potenciar la formació en aquest nivell.

8.8. Conclusions

Amb aquest Pla s'aspira a donar un pas cap endavant i "Convertir-se en el centre referent dintre del seu sector i donant una atenció integral a tota la problemàtica que es presenta en l'àmbit de la discapacitat psíquica", que compti amb instal·lacions segures, amb personal capacitat, regularitzat i participatiu, i dotat d'un sistema de gestió plural i coordinat, orientat a prestar el millor servei residencial, en un marc d'eficàcia i eficiència que li distingeixi de la resta de centres de disminuïts psíquics.

VOLEM TRENCAR BARRERES I PREJUDICIS. VOLEM FER CANVIS, PER PETITS QUE SIGUIN, I MILLORAR LA IMATGE DEL COL·LECTIU DE DISCAPACITATS PSÍQUICS EN LA NOSTRE SOCIETAT.

9. Annex 3:

Model Social Residencia Montseny

Elaborat: Sr. Joan Francesc Miralles, direcció tècnica Residencia Montseny. Sra. Nuria Cubells, responsable hignc. – sanit. Residencia Montseny. Sra. Montserrat Miralles, direcció Residencia Montseny.

9.1. Introducció

Els canvis en les circumstàncies socials que han tingut lloc en els últims anys en la nostra població, han obligat a buscar noves estratègies per assegurar la ocupació del centre.

Actualment, una de les principals vies d'ingrés al nostre centre és la derivació d'usuaris provinents del C SS Can Torras, la tipologia de la majoria d'aquests usuaris és la d'un pacient fràgil que necessita forta atenció mèdica i assistencial.

Influeix també que com a conseqüència del entorn econòmic, les famílies endarrerixen l'ingrés. Aquesta tendència suposa que hi ha, i hi haurà cada vegada més, una gran demanda d'atenció sanitària al nostre centre.

En paral·lel al procés abans descrit, ens hem adonat que el model d'atenció actual ha deixat de ser l'adequat a les necessitats dels nostres usuaris. Hem vist com les persones que atensem i el seu entorn familiar, són més exigents a l'hora de reclamar serveis i informació, no sols en referència al tractament de les seves malalties, sinó també a les mesures encaminades a promocionar la seva autonomia personal. Aquestes persones aspiren a seguir desenvolupant els seus projectes vitals conforme les seves preferències i a mantenir el control de la seva vida en tots els àmbits de decisió.

Així que l'experiència d'aquests darrers anys ens ha fet adonar que el model i orientació de l'atenció haurà de conjugar una forta atenció sanitària amb la implementació d'un nou model assistencial que tingui més en compte preferències de les persones ateses i les del seu entorn familiar. Tot això en conciliació amb les necessitats organitzatives i les característiques del nostre centre.

Per altra banda, i també en relació al entorn econòmic, s'ha realitzat una adequació de les tarifes i en conseqüència ens hem vist abocats a gestionar un canvi de conveni laboral que es va fer efectiu a inicis de l'any 2015. Això ha significat una disminució en les prestacions econòmiques del personal amb l'objectiu d'ajustar les despeses. Per fer-ho possible s'ha iniciat un procés de drenatge de treballadors del Montseny a altres centres de la Fundació.

És evident que tots aquests canvis no han contribuït en generar un ambient laboral propici per que pugues arrelar una dinàmica positiva de evolució del model. Però és evident que la fase més problemàtica ja s'ha superat i que en el personal de nova incorporació, la proposta de evolucionar el model d'atenció pot regenerar aquesta dinàmica positiva i arrossegat la resta.

9.2. Anàlisi

9.2.1. Perfil dels usuaris:

- Persones grans d'edat molt avançada (mitjana de 87anys).
- Pateixen pluri patologies amb gran necessitat d'assistència sanitària (ancià fràgil).
- Elevat grau de dependència en les ABVD.
- Demanden més serveis a part dels purament sanitaris, exigeixen que es respectin les seves voluntats i preferències.
- Els futurs usuaris voldran que l'ingrés a un centre no signifiqui la pèrdua de continuïtat de les seves rutines, costums, etc.

9.2.2. Perfil dels competidors:

- Residències de capacitat petita-mitjana.
- Preus lleugerament inferiors als nostres.
- Serveis sanitaris i Equip tècnic limitats. Serveis d'infermeria i medicina propis amb cobertures horàries molt inferiors, la resta del horari d'atenció sanitària coberta per la xarxa pública amb una irregularitat de serveis significatiu. Infraestructura de serveis assistencials sanitaris de suport quasi inexistent (oxigenoteràpia, seroteràpia, etc...).

9.2.3. Tendències en l'atenció a la dependència

- Plantejaments de nous models d'atenció centrat en la persona.
- Augment de la demanda d'atenció sanitària.
- Limitació de les ajudes públiques a la atenció a la dependència. Des dels diferents àmbits i institucions es promou la permanència de l'ancià a casa, això és més factible si la persona no presenta una fragilitat clínica important.

9.2.4. Serveis que disposem en nostre centre

- Servei mèdic propi especialitzat i permanent 24 h (vinculació a CSS C. Torras).
- Servei d'infermeria 12 h, tots els dies de la setmana..
- Equip d'auxiliars de infermeria amb ratis per sobre de les obligades per normativa. Amb anys d'experiència però mancada de formació per implementar la evolució del model assistencial.
- Plantilla de personal tècnic completa, jove, dinàmica i especialitzada: Treball social. Educadora social. Fisioteràpia. Terapeuta ocupacional. Psicologia.

- Programes molt experimentats i amplis en activitats lúdiques i estimulatives.
- Servei de restauració adaptat a les múltiples necessitats de la població atesa, tant en textures com en la composició de les diferents dietes.

9.3. Nou model assistencial. Atenció interdisciplinària centrada en la persona “AICP”

9.3.1. Introducció

Durant aquests darrers anys i en paral·lel al procés d'agreujament del grau de deteriorament físic i psíquic de la població residencial, assistim a un procés d'humanització i dignificació de les residències. El nostre centre també ha conviscut amb aquests processos i tot i que s'hi ha anat adaptant, potser toca revisar i evolucionar el nostre model assistencial.

Per la complexitat d'una residència com la nostra, i amb l'ànim de controlar al màxim els riscos, no és fàcil evitar la temptació d'organitzar-ho tot amb un cert excés de disciplina, basada en la realització de tasques idèntiques en horaris molt marcats, que porten als residents i als professionals a una vida pautaada per les rutines. Aquesta manera de fer condueix als residents, de forma gradual, a un procés de despersonalització i als professionals a un creixent progressiu en la automatització del seu treball i a un profund sentiment d'infravaloració.

La nostra voluntat és la d'esforçar-nos per trobar fórmules d'atenció que ens permetin respondre simultàniament a les necessitats organitzatives de la nostra estructura residencial amb les necessitats inherents a l'exercici dels drets dels residents. Si optem per flexibilitzar les pautes d'atenció del nostre centre, tothom en sortirà guanyant; els usuaris tindran més possibilitats d'elecció i més oportunitats per organitzar-se la vida segons els seus criteris i preferències, i els professionals es beneficiaran, no sols per realitzar tasques més personalitzades sinó també per desenvolupar les seves expectatives i iniciatives en un medi més humà i amb més sentit.

“No es tracta de canviar el que fem, sinó fer-ho d'una altra manera, amb un altre esperit i donant sentit a les activitats que realitzem i a les relacions que establim amb els usuaris, els seus familiars i els nostres companys de feina

Tot i que la personalització dels serveis és un principi rector comunament anomenat en l'atenció geriàtrica, és molt possible que aquest principi sols quedi en una declaració d'intencions si els centres residencials segueixen aplicant la rigidesa organitzativa, si no hi ha un coneixement real dels usuaris o si s'apliquen procediments uniformes que no tenen en compte les preferències i costums de les persones usuàries.

Tota intervenció assistencial s'ha de sustentar en els principis ètics. La nostra voluntat és seguir els quatre principis rectors de tota interacció social que ens proposa la Bioètica: Principi de no maleficència, Principi d'Autonomia, Principi de Justícia i Principi de Beneficència.

A diferència d'altres models clàssics que també busquen l'atenció individualitzada, l'AICP aporta una visió diferent, la principal diferència rau en el rol actiu que atorga a les persones usuàries i les seves famílies per que generen conseqüències en les diferents intervencions que es poden contemplar.

Per entendre millor quins són els punts clau de l'AICP ens fixem en el “Decàleg de l'Atenció Centrada en la Persona en els Serveis Gerontològics” (Martínez 2013):

- Totes les persones tenim dignitat
- Cada persona som úniques.
- La biografia és la raó essencial de la nostra singularitat.
- Les persones tenim dret a controlar la nostra pròpia vida.
- Les persones amb greu afectació cognitiva també tenen dret a exercir la seva autonomia.
- Totes les persones tenim fortaleces i capacitats.
- L'ambient físic té una gran importància en el benestar de les persones.
- Totes les persones som interdependents.
- Totes les persones som sers multidimensionals subjectes a canvis.

9.3.2. Pla assistencial seguint el model AICP

La valoració integral i la elaboració dels plans d'atenció constitueixen la base en l'atenció a les persones ingressades al nostre centre. Això no canvia seguint el model AICP, el canvi fonamental rau en el rol actiu que s'atorga a les persones usuàries i a les seves famílies i com afecta això en el pla assistencial.

La valoració integral és un procés dinàmic i estructurat que detecta i quantifica els problemes, necessitats i capacitats en les esferes clínica, funcional, mental i social per elaborar estratègies d'intervenció, tractament i seguiment a llarg termini. Els seus objectius són:

- La millorar i exactitud diagnòstica en base a un diagnòstic múltiple: clínic, funcional, mental i social.
- Descobrir problemes tractables no detectats prèviament.
- Conèixer els recursos de la persona i el seu entorn.
- Situar la persona en el seu nivell sanitari i social més adequat a les seves necessitats, evitant sempre que sigui possible el deterior i la dependència.

Els principals medis de valoració són la història clínica, l'exploració física, l'avaluació psíquica i social, l'observació i una sèrie d'instruments específics anomenats “escales de valoració” que faciliten la detecció i seguiment de problemes, la seva quantificació i comparació així com la comunicació entre els diferents professionals que atenen la persona usuària.

El treball en equip és el pilar bàsic en què es fonamenta l'atenció integral, on els diferents professionals poden prendre part activa i interaccionar per assolir els objectius proposats.

L'equip interdisciplinari avalua des de cada àrea per posar en comú les valoracions i dissenyar les estratègies metodològiques pertinents, que permetin, a més de proporcionar a les persones usuàries un entorn terapèutic, fer significatiu i gratificant el quotidià a través de tres intervencions:

1. Reforç de la identitat personal i projecte vital.
2. Programa d'activitats individualitzat per a cada persona emmarcat en una:
 - La programació individual
 - La programació grupal.
 - Activitats especials.
 - Les activitats conjuntes o mixtes.
3. L'estimulació terapèutica des de les activitats de la vida diària.

Per fer que l'equip funcioni de forma coordinada cal introduir les figura del Coordinador de l'equip i del professional de referència de cada usuari, que pot ser qualsevol persona que treballi en l'atenció directa (parlem de tècnics o personal auxiliar), aquesta persona serà el referent d'un usuari o de varis i les seves competències bàsiques en relació a la persona usuària consisteixen en:

- Conèixer les necessitats, preferències i desitjos del usuari intentant que les seves expectatives siguin satisfetes.
- Gestionar la informació sobre la persona usuària amb cura i respectant el dret a la intimitat.
- Identificar les competències de la persona usuària donant valor i reconeixement a les seves capacitats.
- Intervenir activament en el PIAI, les reunions i ocupar-se del seu seguiment i implantació, vehiculant si cal la comunicació entre la persona usuària i resta de l'equip.

És molt important que aquesta figura es vegi recolzada i respectada per la persona usuària i la seva família. Tota persona pertany i participa d'una realitat social i familiar, per aquest motiu, quan ingressa en qualsevol centre ho fa amb la motxilla del seu passat i amb un futur per realitzar. La família proporciona vincles afectius, relacionals i emocionals, necessaris pel benestar de les persones. Si es dona continuïtat a aquesta relació reduïm la vulnerabilitat de les persones usuàries. Des d'aquesta perspectiva la nostra voluntat és proporcionar un espai d'intercanvi per possibilitar a les famílies que així ho desitgin participar activament en la cura dels seus.

La Planificació dels serveis és de vital importància donat que contempla el disseny del mapa de processos, els programes d'intervenció, els protocols assistencials, l'organització del servei, els instruments a utilitzar i els sistemes d'avaluació. Tot això mirant d'harmonitzar el sistema d'organització i gestió amb un tracte personalitzat.

El Pla d'Atenció Individualitzat PAI és l'instrument bàsic on es recullen les valoracions, informacions personals, objectius, idees, propostes d'intervenció i recomanacions per què la persona usuària adquireixi el major grau d'autogestió sobre el seu quotidià.

Ha de ser un document dinàmic, fruit del treball interprofessional i de diàleg amb la persona usuària i/o la seva família. Aquest document serà el full de ruta consensuada per atendre les necessitats i recolzar el projecte de vida des de l'impuls de l'autonomia de la persona usuària.

Objectius del PAI:

- Que valori de l'estat de salut psico / física, funcional i social.
- Que contempli el projecte vital de cada persona usuària tenint en consideració els seus desitjos i preferències fins on sigui possible.
- Que prioritzï les necessitats d'atenció individuals integrades en la globalitat de les actuacions dissenyades.
- Que identifiqui un pla de millora, si és possible, dels factors de risc de cada persona.
- Que defineixi les estratègies i intervencions respecte a la persona usuària.
- Que concreti les atencions especials que cada persona usuària necessita.
- Que sigui dinàmic, adaptat a les necessitats de cada persona en cada moment.
- Que sigui obert i participatiu, amb la persona usuària, la seva família si cal, i l'equip assistencial.
- Coordinat. Integral. Conseqüent amb la valoració. Periòdic. Actualitzat. Avaluable.

El quotidià té una importància fonamental en el disseny i aplicació de les accions proposades i sempre a partir de les propostes sorgides de la pròpia història personal. Es tracta de Integrar els aspectes terapèutics en la vida diària.

9.3.3. Adaptacions al model AICP

En relació als canvis a desenvolupar seguint aquest model d'atenció s'han identificat algunes iniciatives assistencials a valorar:

- Reorganització del centre en unitats de convivència.
- Flexibilitat en l'atenció per ajustar-se a les rutines que la persona desitja seguir.
- Estudiar noves opcions per menjar (opcions en els menús, menjadors en grups petits, etc.).
- Activitats espontànies, no programades en horaris predeterminats i enteses per a gaudir i no sols com activitats terapèutiques.
- Acceptació de certes decisions entorn al no seguiment de certs tractaments o dietes prescrites.

- Col·laboració amb les famílies perquè portin objectes per decorar les habitacions o el centre.
- Estimular els professionals per que mantinguin vincles propers amb els usuaris.
- Proposar el usuaris i les seves famílies a participar en les reunions on es tracta el seu PIAI.

9.4. Objectius

9.4.1. Mantenir l'índex d'ocupació anual i augment progressiu de les tarifes.

- Diversificar el origen dels ingressos.
- Pla de comunicació adreçat als possibles generadors dels ingressos.
- Ser un referent com a centre de qualitat assistencial i com a model AICP.

9.4.2. Reducció de despeses fixes.

- Pla drenatge de treballadors a altres centres de la Fundació.

9.4.3. Mantenir un nivell alt en l'atenció sanitària

- Revisar i actualitzar si cal els protocols sanitaris.
- Unificar criteris servei d'infermeria.
- Revisar funcionament d'infermeria i reorganitzar tasques.
- Pla de formació i actualització de coneixements de l'equip d'infermeria.

9.4.4. Millorar en la coordinació entre el personal d'atenció directe i el personal qualificat:

- Unificar criteris i involucrar a tothom a l'hora d'aplicar els processos d'atenció seguint les indicacions i acords del PIAI.
- Millorar el processos de comunicació interna (briefing, reunions sectorials, etc.)
- Revisar horaris de funcionament general i dels diferents serveis per adaptar-los millor a les necessitats dels usuaris i aprofitar millor les hores de dedicació.

9.4.5. Introduir el nou model d'atenció centrada en la persona AICP

- Formació del personal qualificat, personal d'atenció directe e indirecte.
- Iniciar el model marcant objectius assolibles amb un calendari realista.
- Comunicar l'inici del procés d'implementació del nou model a tots els treballadors, usuaris i familiars.

9.4.6. Adaptar les instal·lacions a les necessitats assistencials i d'organització del centre..

- Definir un Pla integral d'adaptacions.
- Actuacions progressives segons el Pla establert, la disponibilitat i les prioritats assistencials.

10. Annex 4:

Model Socio Sanitari CSS Can Torras

Elaborat: Sr. Albert Llistar, direcció assistencial C SS Can Torras. Dr. Davide Bernaudo, metge C SS Can Torras. Sr. Xavier Martin, direcció de treball social de la FSFA.

10.1. Introducció

El model d'atenció a la persona gran en l'àmbit sociosanitari ve definida ja des del 1986 amb el Programa Vida als Anys, en tres conceptes bàsics:

- Treball en equip interdisciplinari, imprescindible per a l'atenció dels pacients afectes de malalties cròniques complexes amb dependència ja sigui establerta o potencialment reversible. Ha estat una de les característiques diferencials de l'àmbit sociosanitari a Catalunya.
- La visió holística de la persona més enllà de les patologies. La utilització de l'avaluació integral geriàtrica com a eina de treball bàsica amb els pacients. Una eina diagnòstica basada en una avaluació multidimensional, de caire interdisciplinari per avaluar les capacitats funcionals, psicològiques (cognitives i anímiques), nutricionals i socials, útil per al diagnòstic i seguiment de pacients ancians, tant a nivell hospitalari, domiciliari i com de pacients institucionalitzats.
- Intervenció sobre el pacient de forma individualitzada en base a plans terapèutics interdisciplinaris, intervenció centrada en les necessitats i voluntats de les persones, una cosa que anys més tard passaria a anomenar-se atenció centrada en la persona.

L'any 2011 s'estableix el nou Pla de Salut de Catalunya per als anys 2011 - 2015. Aquest estableix un nou model d'atenció, denominat com a Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat, mitjançant el desplegament d'unes estratègies coordinades i integrades en el sistema sanitari català, tant en matèria de prevenció com de tractament personalitzat i orientació continuada dels pacients crònics i dels seus familiars.

El Centre Socio-Sanitari Can Torras, ubicat al poble d'Alella al carrer Ferrer i Guàrdia, 9--- 11, pertany a tots els efectes a la Fundació Privada Sant Francesc d'Assís, institució sense ànim de lucre que dona assistència a les persones que pateixen problemes socials, sanitaris o de disminució psicofísica mitjançant una atenció integral centrada en la persona. Neix l'any 1981 com a residència amb l'objectiu d'atendre a persones d'edat avançada amb algun tipus de discapacitat.

En l'actualitat el Centre Socio- Sanitari CanTorras forma part del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La seva funció es acollir pacients amb criteris de rehabilitació per malaltia aguda, pacients crònics complexos amb descompensació de malalties de base o amb criteris de pal·liació, que presentin dificultat de cuidats en el seu domicili, amb l'objectiu de assegurar-li la millor assistència sanitària en relació al seu estat.

10.2. El Model

El model d'atenció del CSS Can Torras vol integrar i adaptar-se a totes les característiques assistencial i les deferents línies d'actuació marcades des de la administració pública responsable de l'atenció socio sanitària en la població de referència del centre, i que s'han descrit en la introducció.

S'han impulsat dispositius assistencials alternatius a l'hospitalització convencional, com són les unitats de llarga estància, convallescència, i hospitalització de dia en què es treballa amb plans terapèutics interdisciplinaris per donar resposta a les múltiples i complexes necessitats que tenen els pacients amb malalties cròniques avançades.

Com eixos principals propis a on es tenen que integrar aquestes característiques assistencial i línies d'actuació anteriorment descrites definim:

- La prestació de serveis te que plantejar-se amb la màxima qualitat possible objectiva i percebuda.
- Flexibilitat en els recursos assistencials per adaptar-se en cada moment a les necessitats de la població diana i dispositius assistencials de referència del entorn.
- L'abordatge holístic dels plans d'intervencions a les persones ateses, tenint en compte uns principis ètics bàsics:
 - Prevenir i evitar les futilitats en el procés assistencial.
 - Maximitzar el bé que es pugui oferir.
 - Sense discriminació en el tracte ni en les atencions.
 - Promoure la màxima autonomia de cadascú.
 - Respectar al màxim les decisions personals preses sempre de forma informada i cognitivament conscient.

El centre s'ha centrat en l'atenció post aguda del malalt crònic complex avançat en els aspectes següents:

- Obtenir una millor estabilitat post ingrés per descompensació clínica significativa en Hospital d'aguts.
- Millora funcional després de descompensacions o intercorrències amb davallada funcional secundària.
- Control simptomàtic o cures especials de pacients provinents de l'atenció hospitalària o de la primària i que no requereixen d'ingrés hospitalari.
- Control simptomàtic en les fases finals de la vida quan es requereixen atencions especials per assegurar el seu control simptomàtic.

En definitiva es tracta d'un Centre que dedica els seus esforços a millorar els seus serveis amb una concepció global de la persona, un enfocament integral assistencial basat en la multidisciplinarietat, amb el objectiu final d'assolir una millor qualitat de vida de les persones ateses.

El centre disposa de diferents dispositius assistencials, cadascun amb unes característiques determinades, per poder desenvolupar les atencions descrites:

La **Llarga estada** ofereix atenció continuada a persones amb malalties cròniques amb diferents nivells de dependència i/o complexitat clínica que no poden ser ateses en el seu domicili habitual.

Els objectius terapèutics són la millora o el manteniment funcional, el control dels símptomes i la millora de la qualitat de vida. No és un recurs substitutori del domicili i en cap cas es un recurs que es pugui utilitzar de forma indefinida a l'espera de resoldre una problemàtica social.

Els pacients tributaris d'ingressar en aquesta línia assistencial són aquells en que el pronòstic de recuperació i/o estabilització es preveu superior als 45 dies.

La **Llarga Estada Psico Geriàtrica** es un recurs amb els mateixos objectius de la Llarga Estada però específic per l'atenció de pacients amb demència o deteriorament cognitiu.

L'atenció intermèdia o mitja estada està destinada a l'atenció de convalescència i/o cures pal·liatives, de forma indistinta, depenent de les necessitats dels pacients. Els pacients tributaris d'aquesta línia assistencial son aquells que el pronòstic de recuperació i/o estabilització clínica és preveu inferior als 45 dies.

La mitja estada de Convalescència té com objectiu fonamental l'avaluació integral, l'estabilització clínica, la rehabilitació funcional i finalment el retorn al seu entorn habitual. Esta definit per donar un ventall de serveis integrats per:

- Promoure la recuperació d'un procés agut i/o amb pèrdua d'autonomia potencialment recuperable.
- Facilitar l'alta hospitalària per maximitzar l'estabilitat clínica i l'autonomia dels pacients per prevenir futurs ingressos innecessaris, o repetitius, o de llarga durada en un hospital d'aguts.

La Mitja Estada Psicogeriàtrica es un dispositiu específic per l'atenció de pacients amb demència o deteriorament cognitiu que precisen un ingrés de curta durada (també es preveu inferior als 45 dies) amb els següents objectius:

- Avaluació, diagnòstic i/o ajustament del tractament.
- Abordatge i tractament de trastorns del comportament.
- Situació de crisi familiar greu i/o urgent.

La **Mitja Estada Pal·liativa** està destinada a persones en edat geriàtrica amb malalties en situació irreversible avançada que requereixen tractament específic pal·liatiu amb un pronòstic de vida breu i amb necessitats assistencials complexes. L'objectiu principal és afavorir el confort, la qualitat del control de símptomes i el suport emocional.

L'Hospital de Dia Es un recurs alternatiu a l'internament ja que també és un dispositiu assistencial interdisciplinari. Està destinat a persones grans amb malaltia crònica que requereixen seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori per oferir-los mesures integrals de suport, rehabilitació i de diagnòstic – tractament precoç de les probables descompensacions del seu estat de base. La seva utilització pot ser posterior a l'alta de l'internament sociosanitari per perllongar el procés de tractament i/o la rehabilitació. El temps d'estada en aquest servei està determinat per la consecució dels objectius fixats al ingrés.

En pacients diagnosticats de demència o dèficit cognitiu es poden beneficiar de programes específics d'estimulació cognitiva als pacients i d'atenció a les seves famílies per orientar i assessorar en les tècniques del maneig del malalt dement.

Perfil de pacients del recursos d'atenció diürna:

- Pacients fràgils que precisen una supervisió sanitària propera per obtenir una millor estabilitat clínica continuada.
- Continuar el procés de millora funcional després de descompensacions o intercorrències amb davallada funcional secundària.
- Assegurar unes cures complexes a pacients amb dificultat d'acompliment.
- Pacients afectats de demències que presenten un grau de deteriorament cognitiu lleu o moderat i que poden beneficiar-se d'un programa de psicoestimulació integral.
- Pacients afectats de demències que presenten TC de difícil control amb sobrecarrega del entorn familiar.

10.3. Integració

El CSS Can Torras té la voluntat ferma de integrar-se al màxim nivell en la xarxa d'atenció social i sanitari del seu entorn poblacional, per poder donar un servei amb la màxima coordinació amb els diferents recursos assistencials disponibles per l'atenció a la població de referència en els diferents nivells assistencials, és per això que participa en el Comitè d'expertesa del pacient PCC/MACA junt amb les Gestors de casos de l'àrea, els equips mèdics dels hospitals de referència, equip referent de primària de l'àrea i el PADES. És un comitè interdisciplinari que es reuneix un cop per setmana per proposar i seleccionar a aquells pacients candidats per entrar al programa d'atenció del malalt crònic complex i malaltia avançada, ja siguin procedents de ingressos hospitalaris com proposat per la Primària. Té com a funcions principals:

- Programar l'atenció als pacients crònics complexos.
- Procedir a la identificació i l'atenció de persones amb malalties cròniques avançades i necessitats d'atenció pal·liativa.
- Proposa accions per a un model de col·laboració i coordinació entre serveis sanitaris i serveis socials bàsics.
- Guiar la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat.
- Recomanar bones pràctiques en la redacció de plans d'intervenció individualitzats i compartits.
- Reflexiona sobre l'ètica en la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada

Des del Servei de Treball Social es manté relació directa i continuada amb tots els recursos social del nostre entorn, ja siguin de cara ter pública o privada, ja siguin de caràcter administratiu o assistencial, i de tots els diferents nivells de la xarxa social.

Com una estratègia d'apropar-se a la població civil directament, es promou l'organització, informació i assessorament de voluntaris que volen desenvolupar la seva tasca al centre. Els voluntaris ofereixen

suport amb intervencions personalitzades que ajuden a les persones ateses a augmentar la qualitat de vida i afavorir els aspectes de relacions personals i lúdic, així com el fet que no es perdi el contacte amb la comunitat.

10.4. Objectius

- Donar resposta a les necessitats de drenatge d'usuaris dels hospitals de referència del sector sanitari, així com la derivació de malalts per part de l'atenció primària o residencial de l'entorn.
- Establir-se com a referent en la gestió de cures de l'entorn, oferint una atenció professional, càlida, propera, empàtica i basant-se en la millor evidència científica disponible.

Objectius específics:

- Objectius dirigits a la millora continuada dels serveis prestats:
 - Garantir la cobertura de les necessitats biològiques, físiques, psicològiques i socials dels usuaris atesos.
 - Potenciar el treball en equip interdisciplinari
 - Implicar a l'usuari i familiars de referència de la co-responsabilització en el procés d'atenció.
 - Fomentar el treball col·laboratiu. Potenciar un bon ambient de treball, potenciant les relacions humanes entre els diferents membres de l'equip.
- Objectius dirigits a la gestió de coneixement:
 - Actualitzar els coneixements de cada grup professional a través de formació interna i/o externa.
 - Participar en estudis d'investigació, taules rodones, jornades, congressos... del nostre àmbit amb un objectiu doble: actualitzar-se i donar a conèixer l'atenció en el nostre Centre.
 - Fomentar mecanismes que permetin millorar la comunicació tan interna com externa.
- Objectius adreçats a la millora dels serveis de suport:
 - Actualitzar el sistema de suport informàtic que agilitzi el treball multidisciplinari, incloent la gestió i administració del centre.
 - Millora contínua de les infraestructures per tal de garantir l'òptima realització de la tasca assistencial.
- Objectius adreçats a la relació amb altres institucions:
 - Col·laborar en la formació acadèmica dels alumnes de l'entorn potenciant les relacions amb centres docents (Cicles formatius, formació ocupacional, universitats...)
 - Potenciar la relació amb l'àmbit universitari.
 - Participar en actes relacionats en l'àmbit sociosanitari.

11. Annex 5: Pla de Comunicació Corporativa.

El pla de comunicació de la FSFA s'integrarà dins el propi pla estratègic, i haurà de donar resposta a les següents necessitats bàsiques:

- Donar a conèixer la Fundació, la seva funció, els seus valors i serveis en l'entorn de referència.
- Posicionar la FSFA com a entitat de referència en la seva àrea d'influència.
- Donar a conèixer les accions i projectes que es derivin del desenvolupament del pla estratègic
- Dotar al propi equip humà de FSFA de coneixement sobre la Fundació, i dotar-lo d'eines que els facilitin la seva difusió

Aprofitar l'efemèride dels 40 anys de la FSFA (1977-2017) com a argument: Nova imatge, notorietat, nou pla estratègic...

Eix principal:

L'eix principal del projecte ha de ser el de construcció de marca (notorietat + posicionament), més que no pas un projecte de màrqueting orientat a la promoció i venda directa de serveis.

11.1. Fase 1: Bloc Estratègic

Anàlisi

- Anàlisi en profunditat del material facilitat per FSFA
- Entrevistes amb l'equip directiu i/o altres membres de l'equip de FSFA (3)
- Visita a les instal·lacions de FSFA (Can Torras, Les Hortènsies, Montseny)
- Anàlisi de l'activitat online de FSFA (web, xarxes socials)
- Identificació dels perfils target del pla de comunicació i les seves necessitats (ciutadania, entitats prescriptores, institucions, equip intern FSFA)

Conclusions

- Definició del posicionament desitjat de FSFA (Base argumental per a totes les accions de comunicació)
- Definició dels missatges clau, to i estil de la comunicació de FSFA

Pla d'accions de comunicació

- Determinació de l'abast definitiu del pla de comunicació (selecció i prioritització d'accions), de forma conjunta amb la direcció de FSFA:
 - Adaptació global al pressupost disponible
 - Aprofitar sinergies: coordinar i compartir continguts de les accions a realitzar per a maximitzar el seu impacte i simplificar la seva producció.
- Elaboració de fitxes / briefing per a cadascuna de les accions seleccionades (amb pressupost de producció i implementació)
- Selecció de proveïdors externs i tancament de pressupostos:
 - Selecció d'impremtes, càlcul de tiratges
 - Tancament del pla de mitjans (ràdio, premsa, exterior, etc...)
 - Programació (web)

Calendarització: Elaboració d'un cronograma de referència per a la implementació de les accions determinades en el pla, sota criteris de maximitzar sinergia i impacte

Proposta preliminar orientativa de possibles accions:

Redisseny identitat corporativa FSFA

- Actualització de la identitat corporativa de FSFA i els seus centres
- La idea és mantenir els elements bàsics donant-li un aire més actual, i optimitzar-la per a la seva correcta reproducció en mitjans impresos i digitals.
- Resulta interessant realitzar aquesta tasca aprofitant el 40 aniversari de FSFA

Manual bàsic d'identitat corporativa FSFA

- Edició d'un manual bàsic d'aplicació, que faciliti el disseny i garanteixi una coherència en totes les aplicacions gràfiques de FSFA.
- El manual inclourà les pautes i plantilles per l'edició de tot el material corporatiu, prèvia realització d'un inventari de suports (papereria corporativa i administrativa, carpetes, targetes, presentacions...)
- Aquest manual s'editarà en versió digital (PDF)

Sessió fotogràfica

- Realització d'un reportatge fotogràfic en les diferents dependències de FSFA, per a disposar d'un arxiu d'imatges que nodreixi totes les aplicacions i accions de comunicació necessàries (fulletons, cartelleria, web...)

Audiovisual corporatiu

- Realització d'una peça audiovisual breu (màxim 3 minuts) que serveixi de carta de presentació de La Fundació.
- Aquesta peça resulta especialment indicada per a la seva difusió online (web FSFA, Youtube, Facebook...)

Definició best line FSFA

- Creació d'un eslògan que acompanyi a la marca FSFA en totes les seves manifestacions, i que ajudi al receptor a conèixer millor l'entitat.
- Aquest eslògan podria incorporar alguna referència al 40 aniversari de l'entitat

Material de comunicació imprès (Fulletó general FSFA + Díptics per centre (Can Torras, Hortensies, Montseny, + Guia d'acollida)

- Elaboració dels continguts, disseny i arts finals per a diferents peces de comunicació impresa.
- Analitzar els perfils de destinatari d'aquestes peces i adaptar els missatges (usuaris i familiars, entitats i organismes prescriptors, professionals de FSFA, etc.)
- Aquests materials inclouran un marcat component corporatiu: Explicar de forma clara l'essència de la Fundació (història, missió, visió, valors diferencials)

Accions online (Actualització continguts web + Actualització plataforma web + Recomanacions i directrius per a xarxes socials)

- Actualitzar el contingut (text i imatges) de la web, a partir dels continguts realitzats pel material imprès de comunicació.
- Analitzar els públics i els objectius esperats de la web i definir un pla a mida per a aconseguir-los (SEO, SEM, mètriques, social media, cross-linking)
- Avaluar la possibilitat de canviar la plataforma web, la qual cosa implicaria una sèrie d'avantatges (imatge actualitzada, versió responsive (adaptada a mòbils i tablets), més agilitat en l'actualització de continguts o en la incorporació de noves funcionalitats, etc.)
- Revisió de l'estratègia i recomanacions per l'activitat de FSFA en xarxes socials (Facebook, Twitter).

Campanya de comunicació exterior

- Realització d'una campanya exterior per donar a conèixer la FSFA en l'àrea d'influència
- Caldrà avaluar els mitjans idonis per a maximitzar el retorn de la inversió en mitjans:
 - Ràdio
 - Premsa
 - Tanques exteriors, MUPIS
 - Pòsters

- Altres (busos, trens, metro, kiosks)

Senyalètica exterior (Intervenció corporativa en espais físics FSFA)

- Disseny i producció de plaques identificatives per l'exterior de cadascun dels centres de FSFA.
- Realització d'un panell corporatiu informatiu sobre la FSFA, per a col·locar en la recepció de cadascun dels centres

11.2. FASE 2. Implementació

Gestió de la producció i implementació / Seguiment i avaluació

- Un cop tancat el pla d'accions, caldrà definir l'abast de la dedicació de Lacocomedic per a la gestió de la implementació i el seu seguiment.
- En principi, es considera oportú realitzar aquestes tasques durant un període de 4 mesos, durant el qual l'equip de Lacocomedic mantindrà reunions quinzenals de seguiment amb l'equip de FSFA

12. Participants en l'elaboració del document.

- Dr. José Mº Cuartero, direcció general de la FSFA.
- Sra. Lourdes Aran, direcció eco – fin. de la FSFA.
- Sr. Xavier Martín, direcció de treball social de la FSFA.
- Sr. Juan Carreño, direcció de serveis generals de la FSFA.
- Sra. Ana Ruzafa, direcció Residència Hortènsies.
- Sra. Maria Bayón, direcció RRHH i Serveis Centre SS Can Torras.
- Sra. Montserrat Miralles, direcció Residència Montseny.
- Sra. Montserrat Marco, coordinadora assistencial Residència Hortènsies.
- Sra. Elisabet Martínez, coordinadora assistencial Residència Hortènsies.
- Sr. Albert Llistar, direcció infermeria CSS Can Torras.
- Dr. Davide Bernaudo, metge CSS Can Torras.
- Sr. Joan Francesc Miralles, direcció tècnica Residència Montseny.
- Sra. Nuria Cubells, responsable hignc. – sanit. Residència Montseny.
- Dr. Enric Agustí, assessor extern.