

Protocols d'atenció domiciliària

Setembre 2006

Taula

1.- Introducció	3
2.- Marc de la intervenció del SAD	4
2.1. Concepte SAD	4
2.2. Els/les Treballadors/es Familiars	5
2.3. Tipologia usuaris	5
2.4. Objectius	5
2.5. Tipus d'activitats	6
2.6. Àmbit de la intervenció	8
2.7. Interprofessionalitat	9
2.8. La responsabilitat dels casos d'atenció domiciliària	9
2.9. Valoració i pla de feina	10
2.10. Registres	12
2.11. Ajudes tècniques i recursos	12
3.- Protocols	13
3.1. Gent Gran	14
3.2. Persones amb discapacitat	16
3.3. Malalts cronificats, greus i/o terminals	18
3.4. Famílies en dificultat	20
4.- Annexes	22
4.1. Escales de valoració ABVD i AIVD	23
4.2. Escala per valorar situació de risc de la gent gran	25
4.3. Famílies en dificultat: registres	26
4.4. Registres TSIF: Diagnòstic/Pronòstic, Pla de feina i Contracte usuari	29

Els protocols del servei d'atenció domiciliària han estat elaborats i consensuats pel següent equip operatiu, durant el primer semestre del 2006:

Ballester Brage, Rosa. Treballadora Familiar del CMSS Ciutat Antiga.

Bonnín; Magdalena. Treballadora Familiar del SAD Central (Gestió: SERVIRECORD)

Calafat i Vich, Bernat. Tècnic superior-Cap de Secció de Qualitat i Processos d'Atenció, co-responsable del disseny dels protocols.

Dolç Ordines, Àngela. Treballadora Familiar del CMSS EST.

Frau Tomás, Laura. Treballadora Familiar del CMSS ESTACIONES.

Gelabert Vich, Maria Isabel. Psicòloga de l'Equip de Qualitat i Processos d'Atenció, co-responsable del disseny dels protocols.

Llabrés Cladera, Bel. Treballadora Social de l'Equip de Vellesa.

Martínez, Elena. Treballadora Familiar del SAD Central (Gestió: SERVIRECORD)

Mellado Mañas, Tania. Treballadora Familiar del CMSS Llevant Nord

Muñoz Segura, Pilar. Treballadora Social de l'Equip de Qualitat i Processos d'Atenció.

Ordinas Bestard, Margalida. Treballadora Familiar del CMSS Mestral.

Oxinaldi Garzón, Neus. Treballadora Familiar del CMSS Ciutat Antiga.

Perelló, Bienvenida. Treballadora Familiar del SAD Central (Gestió: SERVIRECORD)

Poquet Vives, Coloma. Treballadora Social de l'Equip de Qualitat i Processos d'Atenció, co-responsable del disseny dels protocols

Salas Felipe, Pilar. Educadora de l'Equip de Qualitat i Processos d'Atenció.

Han rebut les aportacions dels professionals dels Centres Municipals de Serveis Socials i dels Serveis Centrals de la Regidoria de Serveis Socials

Els presents protocols han estat aprovats a la reunió de direcció de la Regidoria de Serveis Socials del dilluns 11 de setembre del 2006, la seva aplicació és vinculant per tots els serveis d'atenció domiciliària.

1.- INTRODUCCIÓ

Els protocols d' Atenció Domiciliària són una eina metodològica que delimita, ordena i facilita la tasca del procés d'atenció individual/familiar dels/ de les treballadors/es familiars de la Regidoria de Serveis Socials.

Neixen amb l' intenció de ser un instrument facilitador per a tots els professionals del servei d'atenció domiciliària, tant pels serveis contractats a nivell central com pels territorials, de forma que delimiti les tasques, la seva responsabilitat en relació als casos, la unificació de criteris diagnòstics, un posicionament d'atenció, la col·laboració i interprofessionalitat de professionals interns i d'altres serveis o entitats externs.

Són fruit del treball realitzat, en un primer moment, per tot el col·lectiu de treballadores familiars municipals dels CMSS. Després es van aprofundir i donar forma amb un grup operatiu mixt de treballadores familiars municipals i participants de l'empresa d'atenció domiciliària en contracte de serveis.

Sorgeixen en una etapa on estan en revisió els protocols vigents i en procés de creació el de treballadors socials. Per tant, la seva implementació serà un repte per a tots els treballadors ja que veuran llum dins d'un moment de canvis interns i externs – aprovada i a l'espera de la seva implementació la Llei de “Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència”- de reajustos, i de nou encaix de tots els instruments.

La finalitat de tots els protocols és comuna: Prestar una millor atenció a les persones i famílies que precisen d'un pla individualitzat. Seran un punt de trobada interprofessional on quedin clarificades les intervencions de cada un.

Els diferents protocols que el present document recull són el resultat de la llarga experiència professional de les treballadores familiars. Com a novetat, destacar que s'incorporen un seguit d'eines de valoració i registre per incrementar la qualitat de la intervenció des del diagnòstic -valoració inicial, passant per la intervenció, seguiment i la valoració final de tot el procés.

Els protocols d'atenció domiciliària tindran un seguiment continuat i una avaluació de la seva implementació, ús i utilitat.

Recordar que hi ha normativa d'aplicació:

- Projecte de Llei de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (aprovat pel Consell de Ministres del 21 d'abril de 2006 i publicat al BOCG del 5 de maig de 2006)
- Ordre de la Consellera de Benestar Social per la qual es regula el servei d'ajuda a domicili. Octubre 2000
- Règim jurídic bàsic del servei d'atenció domiciliària de l' Ajuntament de Palma de Febrer 2003.

2.- MARC DE LA INTERVENCIÓ DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

2.1.- CONCEPTE

- És un **servei públic de caràcter social** que es realitza dins l'àmbit domiciliari, adreçat a restablir, millorar i/o mantenir el benestar físic, psíquic i/o social de famílies o persones que tinguin dificultats per poder valer-se per sí mateixes o mantenir el nucli familiar complet.
- La intervenció la realitzen **professionals especialitzats a partir de programes individualitzats de caràcter preventiu, formatiu, assistencial i/o rehabilitador**, amb la finalitat de facilitar l'autonomia de l'usuari dins del seu context habitual, prevenir les situacions d'aïllament, i/o mantenir l'estructura familiar.

L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA:

- Sempre **procurarà l'autonomia personal**. Procurarà no realitzar allò que pugui ser fet per la persona atesa o la família per sí sola, **evitant i/o prevenint la incapacitació progressiva**.
- Per poder aconseguir els objectius haurà de comptar amb la col·laboració del propi usuari, la família, veïns, amistats, associacions i altres serveis de caràcter sanitari i/o social, específics i/o generalistes.

2.2. ELS/LES TREBALLADORS/ES FAMILIARS

- Professionals especialitzats que porten a terme el Servei d'Atenció Domiciliària, aportant a les persones i famílies una actuació amb projecció educativa –preventiva i/o assistencial que es realitza al domicili de l'usuari o entorn habitual.

Les seves actuacions es poden classificar:

a) **Assistencial**: Cobrir necessitats relacionades amb la cura personal quan la persona no es pot valdre per ella mateixa (mobilitzacions, higiene personal, canvi de bolquers...).

b) **De suport**: Es cobreixen necessitats de tipus emocional oferint suport afectiu (confiança, canvis positius, reafirmar i acompanyar en els processos quotidians ...)

c) **Curativa - Rehabilitadora**: Ajudar a atendre les necessitats mèdiques i sanitàries de l'usuari/a (revisions, control vacunes, corregir mals hàbits, règims alimentaris...)

d) **Preventiva:** Detecció de comportaments, situacions de crisi, hàbits i actituds. Intervenció en situacions d'hospitalització, mort. Evitar aïllament, situacions de soledat.

e) **Orientativa- Educadora:** Donar informació suficient a l'usuari perquè pugui decidir. Ajudar a adquirir o reforçar hàbits positius, provocant actituds que fomentin l'autonomia. Fer reflexionar a l'usuari perquè introdueixi elements de canvi a la seva vida quotidiana.

2.3.- TIPOLOGIA USUARIS

- **Gent gran, discapacitats, malalts i famílies, que en major o menor grau siguin dependents¹.**

2.4.- OBJECTIUS

Objectius prioritaris:

- a) Estimulació i potenciació de l'autonomia personal
- b) Detecció i/o prevenció de situacions de crisi personal, familiar, de risc i/o d'aïllament personal
- c) Afavorir un marc de convivència saludable i una relació positiva amb l'entorn
- d) Manteniment de les persones dins del seu medi habitual, prevenint internaments innecessaris o no desitjats
- e) Potenciació i adquisició d'hàbits i habilitats que millorin la seva seguretat, condicions i qualitat de vida
- f) Donar atenció d'àmbit domèstic que suposi un recolzament personal o social necessari.
- g) Promoure i fomentar l'adequació de la vivenda a les necessitats de la persona atesa

¹ Entenem per dependent aquella situació on l'usuari (sigui persona o família) no pot fer sense ajuda determinades activitats de la vida diària (AVD), de les considerades essencials per a l'autocura o pel desenvolupament normal de la vida quotidiana. La futura Llei de "Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència" marcarà els criteris bàsics per determinar-ne el grau.

2.5.- TIPUS D'ACTIVITATS

Podríem parlar de dos grans blocs d'**activitats**, que hom pot fer, per mantenir un nivell de vida adient. A partir de la valoració d'aquests dos blocs², es podran realitzar les següents intervencions sempre que es consignin al **pla de feina** establert (que inclourà el tipus d'usuari, les necessitats expressades i detectades i els objectius a aconseguir):

a) **Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)**: són les relacionades amb l'autocura, tals com aixecar-se del llit, anar a dormir, vestir-se, caminar, menjar, netejar-se, mantenir el control d'esfínters...

- **D'atenció personal i cures especials**. Són aquelles activitats i tasques que recauen sobre la pròpia persona beneficiària i van dirigides a mantenir el seu benestar personal i social.

- Aixecar-se, enllitar-se, canvis posturals
- Netejar-se, dutxar-se o banyar-se
- Caminar per la casa
- Vestir-se
- Pentinar-se, afaitar - se, maquillar-se
- Menjar
- Pujar i baixar escales
- Higiene personal, canvi de roba, rentat del cabell i tot el que requereix la higiene habitual de persones immobilitzades i/o incontinents.
- Canvi de borses i bolquers
- Ajuda i suport a la mobilització per prevenir la formació d'úlceres i escars.
- Transferències del llit a la cadira, del llit al WC, etc.
- Ajuda per a la presa de medicaments
- Ajuda per a menjar i/o rebre alimentació especial.
- Acompanyament dintre i fora del domicili.

b) **Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD)**: són les relacionades amb el desenvolupament de les tasques habituals per viure de forma independent, tals com cuinar, netejar, rentar, planxar, fer la compra, manejar diners, controlar la medicació, manejar-se pel carrer, utilitzar mitjans de transport, fer gestions, relacionar-se amb l'entorn proper...

- **Domèstiques o d'atenció a la llar**. Són aquelles activitats i tasques quotidianes que es realitzen a la llar. Cal destacar les relacionades amb

² Veure escala de valoració. Annex 4.1.

l'alimentació, la vestimenta i el manteniment i l'adequació de l'habitatge. La participació de l'usuari/a variarà en funció de la seva situació personal i grau de dependència, de les capacitats per desenvolupar les ABVD i AIVD. En tot cas, sempre s'intentarà que hi hagi el màxim de participació en funció de les seves possibilitats.

- Higiene de la roba i estris bàsics del domicili
- Fer els llits
- Organitzar menús, fer la compra
- Recolzament a l'organització i economia domèstica
- **Prevenció i ajuda per a facilitar la vida social i relacional, de caràcter educatiu i integrador.** Dirigides a fomentar hàbits de conducta i adquisició d'habilitats bàsiques, així com aquelles actuacions dirigides a fomentar i facilitar la participació de la persona dins la seva vida familiar i social.
 - Detecció de canvis i observació de relacions familiars i socials.
 - Potenciar valors positius per a superar situacions de crisi
 - Entrenament en habilitats domèstiques, higièniques i d'organització i economia domèstica, tant a usuaris com a familiars.
 - Ajuda a l'organització familiar, hàbits convivencials i recolzament de les competències parentals
 - Supervisar la presa de medicaments prescrits
 - Passejar
 - Sortir de compres conjuntament amb la persona atesa
 - Ajudar a la realització de gestions
 - Acompanyaments (a consultes mèdiques, clubs, etc.)
 - Ajudar a l'enteniment i organització de la correspondència personal.
 - Estimular per a que realitzi telefonades o visites als seus amics, coneguts i familiars, perquè es mantinguin o es reiniciïn els contactes a nivell social.
 - Parlar i dialogar amb la persona atesa

Excepcionalment, es podran realitzar altres serveis o tasques distintes de les anteriors sempre que estigui concretat i explicat al pla de feina i/o contracte amb l'usuari/a.

Tot i això, no podrà atendre situacions que requereixin atenció continuada tot el dia, sigui mèdica i/o social. Tampoc realitzarà intervencions durant la nit, ni

cures que requereixin la intervenció d'especialistes (infermeria) així com l'administració de medicaments per via intravenosa o similars³.

2.6.- ÀMBIT DE LA INTERVENCIÓ

Les situacions ateses han de presentar problemàtica social. Per tant, s'utilitzaran els següents criteris diagnòstics:

Per dictaminar un diagnòstic de problemàtica social sempre hi haurà d'haver -com a mínim - un dels següents criteris:

Manca de recursos econòmics suficients per cobrir les necessitats bàsiques	Els recursos econòmics mensuals que té la persona -família no li permeten cobrir adequadament les necessitats bàsiques: alimentació, higiene, vestimenta, allotjament, atenció personal ⁴ .
Situacions que suposen un risc per a la integritat de les persones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abandó -desatenció d'infants. Indicis i/o maltractes d'infants. ➤ Dones maltractades ➤ Persones majors desateses pels seus familiars.
Dificultats d'integració social i/o aïllament	<p>Situacions en les que hi ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marginació i/o exclusió social per ètnia, immigració, discapacitat, d'altres ➤ Escàs o nul suport de xarxa d'amics i/o coneguts <p>Normalment associat a escassa o nul·la participació en activitats: culturals, esportives, d'oci i d'entitats de la barriada.</p>
Dificultats d'autonomia funcional de les persones	Persones –generalment majors- que no tenen capacitat d'autocura, ni disposen de familiars/persones que ho realitzen i precisen d'un suport domiciliari.

Les situacions d'atenció que no compleixin un dels criteris anteriors seran derivades a d'altres serveis.

Per tant, l'atenció domiciliària de l' Ajuntament de Palma podrà atendre:

1. Persones empadronades al municipi
2. Amb diagnòstic de problemàtica social i que tinguin dificultat per a realitzar les AVD, tant a nivell individual com familiar.
3. Amb un pla de feina establert a nivell interprofessional.
4. Beneficiaris del sistema de seguretat social⁵

³ Per exemple, no es tallaran les ungles de persones diagnosticades de diabetis, però sí podrà administrar la insulina prescrita per l'especialista. També podrà realitzar el canvi de gases quan l'usuari/a presenti llagues o escaries però no es realitzaran les cures, que ha de realitzar infermeria.

⁴ Els recursos econòmics existents no són requisit d'accés al servei ni únic criteri per intervenir. Tal i com especifica el quadre, és un element més de la valoració diagnòstica del cas (Llibre TSIF) També tenir en compte que hi ha una normativa de la nostra administració que contempla la possibilitat d'incorporar el co- pagament a la gestió de l'ajuda a domicili.

⁵ Aquelles persones que siguin beneficiàries de ISFAS o MUFACE ja tenen aquesta prestació contemplada i es pot sol·licitar a la seva mútua.

2.7.- INTERPROFESSIONALITAT I APORTACIONS DE LES TREBALLADORES FAMILIARS

- Un cas presentat com a beneficiari d'atenció domiciliària tindrà un **pla de feina** establert on quedarà reflectit: diagnòstic/pronòstic, objectius a aconseguir, equip de cas, activitats a realitzar i temporalització.
- La aportació específica dels/de les treballadors/es familiars es fonamenta en la formació i experiència de treball dins l'àmbit domèstic i en el maneig de les situacions dins del territori de l'usuari/a. Però també és un membre de l'equip interprofessional i com a tal, la/el treballador/a familiar aporta la seva visió a totes les fases d'intervenció (diagnòstic, disseny del pla de feina, realització de les activitats previstes i avaluació dels objectius), des d'una perspectiva preventiva – educadora.
- Encara que l'atenció domiciliària s'emmarca dins del treball individual/familiar, també té un enfocament comunitari, ja que ha de contribuir a que l'usuari no romangui tancat al seu domicili, sinó que es relacioni amb el seu entorn i utilitzi els recursos de la comunitat. Això significa treballar dins l'entorn – comunitari i de barri- propi de l'usuari.

2.8.- LA RESPONSABILITAT DELS CASOS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

La responsabilitat l'entendrem com una forma de⁶:

- ✓ Facilitar el funcionament del cas i la seva conducció
- ✓ Fer possible la interprofessionalitat
- ✓ Vetllar per l'elaboració conjunta del Diagnòstic, Pronòstic, Pla de Feina i Avaluació.
- ✓ Convocar les reunions de coordinació entre els diferents professionals
- ✓ Facilitar el treball en xarxa i la relació amb altres serveis
- ✓ Custòdia i responsabilitat de l'expedient de la persona atesa.

⁶ Definició extreta dels "Protocols Socioeducatius" 2006

Es seguiran els següents criteris:

a) Pel que fa als diagnòstics que contempla el protocol d'atenció domiciliària

Situació de dependència i/o risc social	Responsable del cas
1.- Gent gran	Treballador/a social i/o Treballador/a familiar
2.- Persones amb discapacitat	Psicòleg/a, Treballador/a social, Educador/a discapacitats
3.- Malalts cronicats, greus i/o terminals	Treballador/a social i/o psicòleg/a
4.- Famílies en dificultat	Psicòleg/a i/o Treballador/a social

b) Quan la intervenció és en equip interprofessional

Els professionals del servei d'atenció domiciliària tindran una funció bàsicament complementadora del pla de feina establert. Tindran la responsabilitat tècnica de la seva intervenció i objectius i accions clarament definides a cada cas. La responsabilitat del cas –tal i com l'hem definida- es decidirà als equips operatius de cas i podrà variar en funció de la fase i evolució del mateix.

c) Quan la intervenció és bàsicament d'atenció domiciliària

Trobem una única situació on els professionals del servei d'atenció domiciliària podrien ser responsables del cas: quan parlem de gent gran en situació de dependència, amb una intervenció assistencial i de seguiment de prestacions. Aquesta situació pot mudar quan l'evolució del cas ho requereixi.

2.9.- VALORACIÓ I PLA DE FEINA

Seguint el mapa de processos d'atenció individual - familiar i tenint en compte els protocols professionals vigents, tindriem⁷:

Diagnòstic/pronòstic: Els/les TF participaran, conjuntament amb TS i/o PSI en la valoració inicial del cas. Per a realitzar-la s'utilitzarà:

- Entrevista/es conjunta/es .
- Visita/es a domicili conjunta/es.
- Escala per valorar l'autonomia funcional en relació a les ABVD (Índex de Barthel)
- Escala per valorar les AIVD (Lawton y Brody)
- Escala per valorar situació de risc per a la gent gran (Qüestionari de Barber)
- Registre d'observació i seguiment familiar: Pels casos de famílies en situació de dificultat en l'atenció i cura dels fills⁸

⁷ Totes les escales i instruments de registre es troben als annexes del present document.

⁸ Protocol 3.4 del present document.

Intervenció: A partir de la valoració del cas, s'establirà el pla de feina amb els objectius a treballar durant la fase d'intervenció, tant a nivell general com dins del domicili. Per a concretar l'atenció domiciliària s'utilitzarà:

- Contracte de servei amb l'usuari

Seguiment : Per valorar permanentment la situació de l'usuari i la intervenció dins del domicili utilitzarem, tenint sempre en compte els objectius i propostes, els següents instruments:

- Els utilitzats a la fase de diagnòstic/pronòstic que siguin oportuns. Es tracta de veure, comparant els registres, en què ha millorat i/o si hi ha major deteriorament.

Finalització de la intervenció del servei: S'utilitzaran els criteris del sistema de registre informàtic (NOU):

- Assoliment total dels objectius: Hem aconseguit els objectius plantejats a l'inici de la intervenció.
- Decisió explícita de la persona/família: No permet l'entrada del servei i/o l'usuari considera que ja no precisa del servei. Si l'usuari és una família que tingui expedient al servei de menors, aquesta situació es comunicarà immediatament.
- Absència de la persona de més d'un mes: L'usuari no es troba al domicili a l'hora pactada, no assisteix a les entrevistes programades del centre, no contesta el telèfon...
- Defunció de la persona
- Decisió del servei per incompliment dels acords: La persona o família incompleix reiteradament els acords establerts de forma conjunta. Si la persona o família té al seu càrrec menors es comunicarà immediatament a l'equip operatiu de cas (sense declaració de risc) i/o al servei de menors (amb declaració de risc)
- Derivació a d'altres serveis: Residencials, Centres de Dia, terapèutics, etc.
- Acord de tancament amb persona/família: Ambdós (professionals i usuari) consideren adient la finalització de la intervenció i la valoració i seguiment del cas ho confirma.
- Canvi de sector (en aquest cas no finalitza el servei, sols la intervenció des d'un centre municipal per iniciar-la al que correspon en funció del domicili)
- Altres motius (especificar)

2.10. REGISTRES

Els/les treballadors/es familiars registraran – igual que la resta de rols professionals- al NOU. S'utilitzaran les sortides documentals del mateix. Malgrat tot, quan es precisi una major especificitat o la sortida documental informatitzada no sigui possible, es podran utilitzar els registres amb suport paper⁹.

2.11.- AJUDES TÈCNIQUES I RECURSOS

Per a la realització dels plans de feina individualitzats, les/els professionals del servei podran comptar - sobretot pel que fa a l'atenció a la gent gran - o instar a que s'activin ¹⁰:

- Grues, cadires giratòries, coixins antiescares i tots els estris que facilitin l'autonomia de la persona i el treball directa del Servei d'atenció domiciliària¹¹.
- Menjar a domicili (MD)
- Teleassistència (TA)
- Centres de Dia
- Casals per a la gent gran (pisos assistits, menjadors comunitaris, serveis de neteja de roba, dutxes, etc.)¹²

Així com tots aquells recursos de la xarxa d'atenció sanitària i social que es considerin necessaris per a la bona evolució del cas.

⁹ Registres del llibre de TSIF i que es recullen al annex 4.4. del present document.

¹⁰ Cada una d'aquestes ajudes tècniques i/o recursos tenen els seus propis barems i circuits, que cal consultar ja que es poden actualitzar cada any.

¹¹ Si l'usuari no les té i es determina que les precisa, el servei informará de la seva existència i orientará a l'usuari per poder aconseguir-les.

¹² Tot i que no tots els CMSS tenen actualment Casal per a la gent gran, ja n'hi ha en funcionament i d'altres aprovats. Per tant, la tendència seria a que aquestes iniciatives es generalitzessin.

3.- PROTOCOLS

3.1.- GENT GRAN		
<ul style="list-style-type: none"> » Persones majors de 65 anys » Sempre es donarà el primer criteri diagnòstic, associat a un dels altres tres i a alguns dels factors de risc associats. 		
Criteris diagnòstics		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultats físiques i/o psíquiques que limiten l'autonomia de la persona¹³: No poden fer sense ajuda determinades activitats de la vida diària de les considerades essencials per a l'autocura o pel desenvolupament normal de la vida quotidiana (ABVD i AIVD). 2. Escàs o nul suport de la família nuclear i/o extensa 3. Aïllament social 4. Escassos recursos econòmics. 		
	Factors de risc	Factors de protecció
Individuals	<ul style="list-style-type: none"> » La persona té alguna malaltia física o psíquica que limita la seva autonomia, però no en grau que precisi recurs residencial i especialitzat. » Existència de discapacitats físiques i/o sensorials en relació a l'edat (pèrdua de visió, audició, dificultats motores...) » Pateix maltracte (físic i/o psíquic) » Crisi actual per pèrdua del company/a i/o familiar curador. » Manca d'higiene personal i/o del domicili. » Alimentació inadeguada, insuficient i/o deficient. » Barreres arquitectòniques al domicili i/o edifici. » Ingressos insuficients » Mancances a l'equipament domiciliari 	<ul style="list-style-type: none"> » L'estat orgànic i psíquic no impedeix que pugui realitzar algunes ABVD i AIVD. » Motivació per a mantenir les pautes mèdiques i professionals. » L'habitatge permet mantenir el major grau d'autonomia personal possible (accessibilitat, equipament...)
Familiars	<ul style="list-style-type: none"> » Desatenció i/o abandonament per part de la família nuclear i/o extensa. » Pèrdua dels membres de l' unitat familiar » Relacions familiars disfuncionals » Un sol familiar curador (esgotament físic i psíquic) » Sobrecàrrega familiar » Els curadors actuen de forma negligent i/o amb maltractes cap a la persona que precisa atenció. 	<ul style="list-style-type: none"> » Manté bona relació amb els familiars (família pròpia i/o extensa) » Existeix més d'un familiar curador » Hi ha familiars amb capacitats i disponibilitat per arribar a ser curadors.
Comunitaris	<ul style="list-style-type: none"> » Xarxa de suport i relacional molt feble o inexistent » Poc o nul contacte amb els recursos culturals, socials i sanitaris de l'entorn » Degradació urbanística de la zona » No existeixen recursos i/o espais culturals i socials de trobada i intercanvi. 	<ul style="list-style-type: none"> » Manté relació i rep suport de veïns i/o amics. » Coneixement dels recursos socials de l'entorn » Manté contacte amb els recursos socials, sanitaris, associatius i culturals del seu entorn. » La zona té recursos suficients per a la cobertura de les necessitats bàsiques. » Existeixen espais informals de trobada i relació (places, cafeteries...) » L'entorn manté un nivell d'accessibilitat acceptable.

¹³ El grau de dependència es determinarà, mentre no hi hagi una ordre estatal i/o autonòmica que ho contradigui, amb les escales de valoració recollides als annexes del present document.

<p>Posicionament d'atenció</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Atenció i tractament¹⁴ a tots aquells casos que compleixin els requisits diagnòstics. ▶▶ Atenció i no tractament quan pel grau de dependència de l'usuari/a precisa d'intervencions permanents, específiques i/o especialitzades. ▶▶ Atenció, tractament i comunicació a Fiscalia dels casos de maltractes
<p>Responsable de cas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶▶ El/la treballador/a social. El/la treballador/a familiar complementa el pla de feina ▶▶ El/la treballadora familiar podrà ser responsable d'aquells casos on es prioritzi una funció bàsicament assistencial i d'acompanyament o de seguiment de prestació.
<p>Forma de detecció</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Petició directa de l'interessat /da ▶▶ Petició d'un familiar, veí, amic o persona assabentada de la situació ▶▶ Per un professional del centre (TSIF i/o TSGC) ▶▶ Petició d'una associació, entitat i/o servei
<p>Intervenció del SAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶▶ La intervenció amb aquest col·lectiu és majoritàriament de tipus assistencial, tot i que es combina amb la resta d'actuacions pròpies del/de la treballador/a familiar. ▶▶ Atendrà bàsicament a les ABVD, potenciant aquelles AIVD per les que l'usuari/a es trobi capacitada i reforçant aquelles en que es manté un bon grau d'autonomia¹⁵: <ul style="list-style-type: none"> - Domèstiques o d'atenció a la llar - D'atenció personal i cures especials - Prevenció i ajuda per a facilitar la vida social i relacional ▶▶ Proposarà l'activació de les ajudes tècniques necessàries per millorar el grau d'autonomia de la persona ▶▶ Instarà i participarà en la comunicació dels casos de maltractes ▶▶ Acompanyament a la mort del usuari/a i al dol dels supervivents
<p>Col·laboració d'altres professionals</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Treball amb equip interprofessional: TS per problemàtica econòmica, sociofamiliar; PS per valoració diagnòstica, dificultats psicològiques i relacionals, valoració en cas de sospites de maltractes, i acompanyament a la mort i dol. ➤ Sempre s'han de tenir en compte els recursos comunitaris del territori, les activitats grupals i comunitàries¹⁶ organitzades pels CMSS que es puguin utilitzar i els serveis territorials municipals (menjadors, servei de bugaderia, dutxes... etc.).
<p>Col·laboració d'altres serveis i entitats</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es treballarà de forma continuada amb els serveis de salut (primaris i específics) ➤ Amb Fiscalia per a la comunicació de situacions de maltractes. ➤ Si la situació de salut física i/o psíquica és greu, el/la responsable del cas elaborarà un pla de feina conjunt amb els serveis de salut, el qual es complementarà des del SAD.

¹⁴ L'atenció implica: escolta i valoració, informació, orientació, assessorament i derivació (si cal) a partir de la petició expressada. El tractament implica l'organització de la intervenció (pla de feina amb objectius acordats amb el/s usuari/s) a partir de la demanda, quan la valoració diagnòstica i el perfil de cas ho determina. No tractament significa que la nostra intervenció no es adequada o possible i, habitualment, derivarem al servei i/o recurs pertinent, en tot cas, no significa "no atenció".

¹⁵ El grau de dependència/autonomia de l'usuari/a es determinarà en cada cas a partir de les escales de valoració dels annexes. Serà la pauta que ens facilitarà l'elaboració del pla de feina individualitzat.

¹⁶ Els productes del catàleg de prevenció social i d'altres iniciatives que es puguin portar a terme.

3.2.- PERSONES AMB DISCAPACITAT		
<ul style="list-style-type: none"> » Joves i adults amb discapacitat física, psíquica¹⁷, sensorial o múltiple¹⁸. » Sempre es donarà el primer criteri diagnòstic associat a un dels altres i alguns dels factors de risc associats. 		
Criteris diagnòstics		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultats d'autonomia funcional¹⁹ de les persones: No poden fer sense ajuda determinades activitats de la vida diària de les considerades essencials per a l'autocura o pel desenvolupament normal de la vida quotidiana (ABVD i AIVD). 2. Escàs o nul suport de la família nuclear i extensa 3. Aïllament social 4. Manca de recursos econòmics 		
	Factors de risc	Factors de protecció
Individuals	<ul style="list-style-type: none"> » Dificultats de salut mental amb o sense diagnòstic. » Escàs o nul seguiment mèdic/psiquiàtric. » Escàs o nul seguiment de les pautes de medicació. » Habitatge sense adaptar a les condicions de la discapacitat. » No acceptació de la discapacitat » Manca d'ordre i neteja al domicili » Manca d'higiene personal » Mancances a l'equipament domiciliari 	<ul style="list-style-type: none"> » Segueixen les pautes mèdiques prescrites. » Grau de capacitats conservades » Es poden valdre econòmicament » Habitatge adaptat a les necessitats » Motivació per superar-se
Familiars	<ul style="list-style-type: none"> » Dificultats intrafamiliars » Sobrecàrrega, estrès i/o ansietat dels curadors. » Menors a càrrec de l'usuari/a. » Manca suport família extensa » Més d'un membre del grup familiar amb discapacitat. » La família no accepta la discapacitat del/dels membre/s afectats » Sobreprotecció i/o abandonament del/dels membre/s afectats. » Pocs recursos econòmics 	<ul style="list-style-type: none"> » Existència de familiar curador » Tenen suport familiar (nuclear i/o extens) » Tenen més d'un familiar curador » Entenen la situació del/dels membre/s afectats i motiven a la millora.
Comunitaris	<ul style="list-style-type: none"> » Xarxa de suport i relacional molt feble o inexistent. » Manca suport xarxa relacional » Escàs o nul contacte amb els equipaments i serveis comunitaris. » Rebuig de l'entorn » Barreres arquitectòniques per accedir als equipaments 	<ul style="list-style-type: none"> » Mantenen relacions externes » Existeix xarxa veïnal » Mantenen contacte amb associacions específiques, equipaments i/o serveis comunitaris » Hi ha accessibilitat suficient als recursos i equipaments.
Posicionament d'atenció		

¹⁷ S'entén que dins les discapacitats psíquiques s'inclouen les dificultats de salut mental i les intel·lectuals.

¹⁸ Els diferents tipus i graus de discapacitat seran diagnosticats pels serveis específics que corresponen.

¹⁹ El grau de dependència/autonomia vindrà determinat pels diagnòstics específics i pel futur desenvolupament de la Llei (projecte aprovat pel Consell de Ministres 21.04.2006) que haurà d'incloure un barem específic per determinar-ne el grau.

- » Amb les persones amb discapacitat:
 - Atenció i tractament: La situació familiar i el certificat de minusvalia determinarà el grau i, per tant, la possible intervenció amb l'usuari/a
- » Pel que fa a les problemàtiques de salut mental:
 - Atenció i no tractament quan no hi hagi contacte i seguiment amb serveis específics
 - Atenció i tractament quan hi hagi diagnòstic i tractament des de les USM i un pla de feina establert conjunt, signat amb l'usuari i amb la família al càrrec, amb tasques molt definides.

Responsable de cas

- » El/la psicòleg/a i/o T. Social en els casos de salut mental.
- » El/la treballador/a social i/o psicòleg/a i/o educador SIAD, en la resta de casos.
- » El/la treballador/a familiar complementa el pla de feina

Forma de detecció

- » Petició directa de l'interessat /da
- » Petició d'un familiar, veí, amic o persona assabentada de la situació
- » Petició d'una associació, entitat i/o servei
- » Pel professional responsable per detecció de la situació durant el procés d'intervenció d'un cas.

Intervenció del SAD

- » Amb els discapacitats que no presenten dificultats de salut mental, les intervencions són assistencials, de suport i de llarga durada.
- » Amb els que presenten problemàtiques de salut mental o intel·lectual – sempre que hi hagi pla de feina amb un servei específic- es realitza:
 - a) Una tasca educativa i molt contenidora.
 - b) Una tasca assistencial, de suport i llarga durada quan l'usuari/a, tot i que segueixi la seva terapèutica específica, arribi al mateix punt que els discapacitats que no presenten dificultats d'aquest tipus.
- » Amb tots els supòsits, tenir molta cura del/s familiar/s curador/s.
- » Atendrà bàsicament a les ABVD, potenciant aquelles AIVD per les que l'usuari/a es trobi capacitat i reforçant aquelles en que es manté un bon grau d'autonomia:
 - Domèstiques o d'atenció a la llar
 - D'atenció personal i cures especials
 - Prevenció i ajuda per a facilitar la vida social i relacional
- » Proposarà l'activació de les ajudes tècniques necessàries per millorar el grau d'autonomia de la persona
- » Sempre hi haurà molta complementació amb els serveis de salut (primària i específics) i amb les associacions específiques que pertoquin en funció de la discapacitat.

Col·laboració d'altres professionals

- » Treball amb equip interprofessional: TS per problemàtica econòmica, sociofamiliar; PS per dificultats psicològiques i relacionals; Educador SIAD per l'abordatge i treball conjunt dels aspectes relacionats amb la discapacitat.
- » Sempre s'han de tenir en compte els recursos socials i comunitaris del territori i les activitats grupals i comunitàries organitzades pels CMSS que es puguin utilitzar.

Col·laboració d'altres serveis i entitats

- » Es treballarà de forma continuada amb els serveis de salut de primària i amb les USM i equipaments específics.
- » S'elaborarà un pla de feina conjunt amb els serveis de salut, el qual es complementarà.
- » Contactar i treballar conjuntament amb les associacions específiques que puguin existir.

3.3.- MALALTS CRONIFICATS, GREUS I/O TERMINALS		
<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Persones menors de 65 anys que pateixen malalties invalidants per a poder realitzar amb autonomia les ABVD. ▶▶ Sempre es donarà el primer criteri diagnòstic associat a un dels altres i a alguns dels factors de risc associats. 		
Criteris diagnòstics		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultats d'autonomia funcional²⁰ de les persones: No poden fer sense ajuda determinades activitats de la vida diària de les considerades essencials per a l'autocura o pel desenvolupament normal de la vida quotidiana. 2. Escàs o nul suport de la família nuclear i extensa 3. Aïllament social 4. Manca de recursos econòmics 		
	Factors de risc	Factors de protecció
Individuals	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Greus dificultats a nivell de salut que limiten de forma severa la seva autonomia ▶▶ Pronòstic d'augment progressiu de dependència. ▶▶ Aïllament social ▶▶ Manca d'ordre i neteja al domicili ▶▶ Manca d'higiene personal ▶▶ Mancances a l'equipament domiciliari ▶▶ Barreres arquitectòniques ▶▶ Manca d'autoestima ▶▶ Dificultats psíquiques associades al maneig de la malaltia ▶▶ Dependència que no es correspon amb el grau de deteriorament 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Maneig del procés de la malaltia ▶▶ Es conserven capacitats suficients per prendre decisions ▶▶ Bona vinculació als serveis de tractament i seguiment de les prescripcions professionals ▶▶ Habitatge amb les ajudes tècniques necessàries ▶▶ Es conserva el màxim grau d'autonomia possible ▶▶ Es mantenen interessos per diferents temes i activitats
Familiars	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Dificultats intrafamiliars (excés de càrrega dels curadors, manca d'habilitats...) ▶▶ Crisi psicològica associada al maneig de la malaltia ▶▶ Sobreprotecció/abandonament del malalt/a ▶▶ Dificultats emocionals per assolir el procés de la malaltia ▶▶ Aïllament social dels familiars curadors ▶▶ Pocs recursos econòmics 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Hi ha més d'un familiar curador ▶▶ La família assoleix el procés de la malaltia ▶▶ Tenen capacitat de reorganització en funció del moment del procés de la malaltia ▶▶ Fomenten el major grau d'autonomia possible en el malalt/a ▶▶ Demanen ajuda quan la precisen i saben on fer-ho ▶▶ Mantenen relacions externes i tenen espais de respir ▶▶
Comunitaris	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Poca o nul·la xarxa veïnal de suport ▶▶ Mancança de recursos i equipaments socio-sanitaris propers. ▶▶ Entorn poc afavoridor del contacte amb d'altres. ▶▶ Rebuig social al malalt 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ El malalt/a manté relacions externes (amics, veïns) ▶▶ Participa, dins les seves possibilitats, d'activitats comunitàries ▶▶ Utilitzen els recursos comunitaris existents ▶▶ L'entorn facilita el contacte extern
Posicionament d'atenció		
<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Atenció i tractament sempre complementari al dels serveis específics (xarxa d'atenció) 		

²⁰ El grau de dependència/autonomia vindrà determinat pels diagnòstics específics de cada cas (elaborat pels serveis que l'atenen) i complementat pels registres propis fins que no tinguem una normativa que digui el contrari.

Responsable de cas
<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ El/la treballador/a social i/o psicòleg/a. El/la treballador/a familiar complementa el pla de feina
Forma de detecció
<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Petició directa de l'interessat /da ▶▶ Petició d'un familiar, veí, amic o persona assabentada de la situació ▶▶ Petició d'una associació, entitat i/o servei ▶▶ Pel professional responsable per detecció de la situació durant el procés d'intervenció d'un cas.
Intervenció del SAD
<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ La intervenció amb aquest col·lectiu és, majoritàriament, de tipus assistencial, curativa -rehabilitadora i de suport. ▶▶ Sempre hi haurà molta complementació amb els serveis de salut (primària, específics i especialitzats) i amb les associacions específiques que pertoquin. ▶▶ S'atendran les ABVD i es treballaran les AIVD en la mesura que les capacitats de la persona ho permetin. <ul style="list-style-type: none"> - Domèstiques o d'atenció a la llar - D'atenció personal i cures especials - Prevenció i ajuda per a facilitar la vida social i relacional ▶▶ Proposarà l'activació de les ajudes tècniques necessàries per millorar el grau d'autonomia de la persona ▶▶ Sempre es tindrà molta cura del/s familiar/s curador/s ▶▶ Acompanyament a la mort del usuari/a i al dol dels supervivents
Col·laboració d'altres professionals
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Treball amb equip interprofessional: TS per problemàtica econòmica, sociofamiliar; PS per dificultats psicològiques, relacionals i acompanyament al dol.
Col·laboració d'altres serveis i entitats
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es treballarà de forma continuada amb els serveis de salut (primaris i específics) elaborant un pla de feina conjunt, el qual es complementarà. ➤ Contactar i treballar conjuntament amb les associacions específiques que puguin existir.

3.4.- FAMÍLIES EN SITUACIÓ DE DIFICULTAT		
<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Grups familiars en situació de dificultat de cura i atenció als fills. ▶▶ Hauran de reunir els criteris diagnòstics de problemàtica social ▶▶ Sempre es donarà, com a mínim, una de les dues situacions, que poden anar associades a alguns dels factors de risc associats 		
Criteris diagnòstics²¹		
<ul style="list-style-type: none"> a) Dificultats en la cura bàsica dels fills: alimentació, higiene, neteja, vestit, atenció mèdica b) Dificultats en la cura bàsica de la llar: neteja i higiene de la casa, organització domèstica, alimentació i elaboració del menjar, neteja i higiene dels estris domèstics i de la roba... 		
	Factors de risc	Factors de protecció
Individuals	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Desordre dins dels diferents àmbits de desenvolupament (laboral, escolar, educatiu, temps lliure) ▶▶ Manca d'habilitats bàsiques/instrumentals ▶▶ Manca d'habilitats maternals/paternals. ▶▶ Desconeixement i/o poca capacitat per moure els recursos pertinents ▶▶ Dificultats per realitzar tot tipus de gestions (legals, laborals, escolars...) ▶▶ Manca de feina o de relacions laborals estables. ▶▶ Desconeixement de l' idioma ▶▶ Manca regularització (residència i/o treball) ▶▶ Absentisme escolar dels fills ▶▶ Embarassos adolescents ▶▶ Baixa autoestima ▶▶ Consum de tòxics i/o altres addiccions ▶▶ Dificultats de salut mental sense diagnosticar, sense control mèdic, sense control medicació... 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Tenen feina i capacitat per cercar activitat laboral en cas de pèrdua del lloc de treball habitual. ▶▶ Capacitat per a la comunicació ▶▶ Saber demanar ajuda i acceptació de intervenció professional ▶▶ Al manco hi ha una figura parental protectora ▶▶ Motivació i capacitat d'aprenentatge ▶▶ Capacitat de vinculació afectiva ▶▶ Interès per a l'educació i cura dels fills. ▶▶ Coneixement de l' idioma ▶▶ Regularitzats a nivell legal ▶▶ Salut física/psíquica conservada. Si hi ha dificultats, estan correctament tractades. ▶▶ Autoestima positiva ▶▶ Bona vinculació amb els serveis educatius.
Familiars	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Desinterès per la criança dels fills ▶▶ Manca d'atenció i control cap als fills menors. ▶▶ Dificultats econòmiques ▶▶ Absència d'un dels dos progenitors que pot provocar sobrecàrrega al que és present. ▶▶ Habitatge poc adient, inestable i/o deteriorat (en precari) ▶▶ Existència de més d'una generació en dificultat ▶▶ Relacions conflictives intrafamiliars ▶▶ Violència familiar ▶▶ Violència de gènere ▶▶ Maltractament, abusos ▶▶ Menors institucionalitzats (actualment, abans o en procés d'estudi) ▶▶ Canvi reiterat de domicili ▶▶ Amuntegament ▶▶ Manca de xarxa familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Capacitat de supervisió dels fills i interès pel seu procés de desenvolupament ▶▶ Un o més familiars amb possibilitat de ser curadors i models adults positius ▶▶ Crisi familiar actual ▶▶ Relacions familiars conservades ▶▶ Habitatge unifamiliar amb condicions suficients ▶▶ Tenen relacions externes i les mantenen a nivell informal

²¹ Les fonts consultades són: els Protocols socioeducatiu i psicossocial i els Protocols d'actuació de la Regió de Múrcia.

Comunitaris	<ul style="list-style-type: none"> » Poc o nul coneixement de la cultura dels nouvinguts » Relacions conflictives a nivell comunitari » Poca o nul·la xarxa veïnal de suport » Manca de recursos i equipaments » Dificultat per accedir als recursos existents » Entorn poc afavoridor del contacte amb d'altres. » Rebuig social <p>Zona o barri degradat i/o en procés de rehabilitació</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Hi ha xarxa veïnal » Recursos bàsics presents a la zona » Hi ha espais de participació i zones de trobada informal » Acceptació de la diferència: Interès per conèixer diferents cultures i possibilitat d'intercanvi cultural.
Posicionament d'atenció		
<p>Situacions que requeriran d'intervencions centrades en les funcions de prevenció, orientació i suport.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Atenció i tractament de les famílies que presentin alguna de les situacions de dificultat: cura bàsica de la llar i cura bàsica dels fills. » Col·laboració en plans de feina consensuats amb els serveis competents en protecció de menors. 		
Responsable de cas		
<ul style="list-style-type: none"> » El/la treballador/a social i/o psicòleg/a. El/la treballador/a familiar complementa el pla de feina. En determinats casos, la intervenció del/la treballador/a familiar es complementarà i complementarà l'educador/a familiar i/o el mediador/a cultural. 		
Forma de detecció		
<ul style="list-style-type: none"> » Petició del professional responsable per detecció de la situació (per petició directa de l'interessat /da; d'un familiar, veí, amic o persona assabentada de la situació; d'una associació i/o entitat; d'un servei o durant el procés d'intervenció d'un cas) 		
Intervenció del SAD		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participació del/ de la T. Familiar en la realització del Diagnòstic i Pronòstic i del Pla Personalitzat des de l'inici de la intervenció com a part de l'equip operatiu ✓ Ens els casos detectats que requereixin comunicació al servei de menors, participació en l'elaboració de l'informe i de la proposta d'intervenció. » Intervenció educativa i preventiva » Tasques d'observació per a la valoració diagnòstica i pel seguiment del cas²² » Sense oblidar el treball de les ABVD, es treballaran específicament les AIVD, potenciant i reforçant al màxim les capacitats presents. Sobretot les que s'engloben dins dels apartats: <ul style="list-style-type: none"> - Domèstiques o d'atenció a la llar - Prevenció i ajuda per a facilitar la vida social i relacional 		
Col·laboració d'altres professionals		
<ul style="list-style-type: none"> » Treball amb equip interprofessional: TS per problemàtica econòmica, sociofamiliar; PSI per dificultats psicològiques, relacionals i intrafamiliars, Educador per possible itinerari amb els menors, PL per orientació formativa i laboral de joves i adults del grup familiar, ED SIAD en cas d'haver-hi discapacitats, ED Familiar per a la realització d'intervencions educatives amb els menors i els pares dins l'entorn domiciliari, Equip de Mediació per les situacions d'immigrants. » Tenir sempre en compte els recursos grupals i comunitaris dels CMSS per tal de fer-ne ús. 		
Col·laboració d'altres serveis i entitats		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es treballarà de forma continuada amb els serveis de salut (primaris i específics), educatius i amb el Servei de Menors. ➤ Altres serveis inespecífics i específics segons necessitat. ➤ S'elaborarà un pla de feina conjunt amb tots els serveis implicats. ➤ Contactar i treballar conjuntament amb les associacions específiques (en funció de la problemàtica) que puguin existir). 		

²² Instruments d'observació i seguiment: Veure annex

4.- ANNEXES

ESCALES DE VALORACIÓ DE LES ABVD I AIVD.

ÍNDEX PER AVALUAR LES ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA (AIVD).
(Philadelphia Geriatric Center, Lawton y Brody, 1969)

A.- ÚS DEL TELÈFON	
1.- Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia, cerca i marca números	1
2.- Marca uns quants números que coneix	1
3.- Contesta al telèfon però no marca	1
4.- No utilitza el telèfon en absolut	0
B.- ANAR DE COMPRES	
1.- Realitza totes les compres necessàries amb independència	1
2.- Compra amb independència petites coses	0
3.- Necessita companyia per realitzar qualsevol compra	0
4.- Completament incapaç de realitzar compres	0
C.- PREPARACIÓ DEL MENJAR	
1.- Organitza, prepara i serveix menjar adequat amb independència	1
2.- Prepara el menjar adient si li donen els ingredients	0
3.- Encalenteix, serveix i prepara menjar però no manté la dieta adient	0
4.- Necessita que li preparin i serveixin el menjar	0
D.- CURA DEL DOMICILI	
1.- Té cura del domicili, sol o amb ajuda ocasional per realitzar les feines més feixugues	1
2.- Realitza les tasques domèstiques lleugeres (escurar, fer llits...)	1
3.- Realitza les tasques domèstiques però no manté un nivell acceptable	1
4.- Necessita ajuda per a realitzar totes les tasques de la casa	0
5.- No participa en cap tasca domèstica	0
E.- NETEJA DE LA ROBA	
1.- Neteja completament la roba personal	1
2.- Renta roba petita, esbandeix a mitges...	1
3.- Necessita que algú altra li renti tot	0
F.- TRANSPORT	
1.- Viatja amb independència en transport públic o propi	1
2.- Té capacitat per organitzar el seu transport utilitzant taxi, però no utilitza altres transports públics	1
3.- Va en transport públic si l'acompanya una altra persona	1
4.- Sols va amb taxi o cotxe amb ajuda d'altres	0
5.- No viatja en absolut	0
G.- MEDICACIÓ	
1.- És responsable de l'ús de la medicació (dosi i hores correctes)	1
2.- Pren responsablement la medicació si se li prepara amb anticipació en dosi separades	0
3.- No té capacitat per responsabilitzar-se de la pròpia medicació	0
H.- ÚS DELS DINERS	
1.- Maneja els diners amb independència (fa pressupostos, paga rebuts, va al banc...) recull i coneix els seus ingressos	1
2.- Maneja el gasto quotidià però necessita ajuda per anar al banc, orientació per fer grans despeses, etc.	1
3.- No te capacitat per a manejar diners	0
TOTAL	

. Màxima autonomia: **8**

. Dependència: **0**

S'ha de valorar la incapacitat de realitzar determinades tasques per causes culturals (per exemple, rentar i planxar en homes d'edat avançada)

VALORACIÓ CAPACITAT FUNCIONAL PER A LES ABVD (Índex de Barthel)

PUNTUACIÓ TOTAL: _____

La incapacitat funcional per a realitzar les ABVD es valora com:

AUTONOMIA (LLEUGERA): Major de 80 punts

SEVERA:

Entre 45 - 59 punts

BANY				5	AUTÒNOM: Es renta completament a la dutxa o banyera. Hi pot entrar i sortir sense una persona present	0	DEPENENT	
VESTIT		10	AUTÒNOM: Es vesteix, despulla i es pot ajustar la roba. Es ferma les sabates.	5	AJUDA: Necessita ajuda però, al manco, la meitat de les tasques les realitza en un temps raonable.	0	DEPENENT	
HIGIENE PERSONAL				5	AUTÒNOM: Es renta la cara, mans i dents. S'afaita.	0	DEPENENT	
ÚS DEL WC		10	AUTÒNOM: Utilitza el WC o cunya. Es seu, s'aixeca, es fa nèt i es torna a posar la roba tot sol.	5	AJUDA: Necessita ajuda per mantenir l'equilibri, netejar-se o posar i treure la roba	0	DEPENENT	
ÚS DE LES ESCALES		10	AUTÒNOM: Puja i baixa escales sense supervisió, malgrat utilitzi baranes o bastons	5	AJUDA: Necessita ajuda física o supervisió per pujar i baixar escales	0	DEPENENT	
TRASLLAT BUTACA - LLIT	15	AUTÒNOM: No necessita ajuda. Si utilitza cadira de rodes també ho fa.	10	MÍNIMA AJUDA: Necessita una mínima ajuda o supervisió	5	GRAN AJUDA: Capaç d'asseure's però necessita molta assistència pel trasllat.	0	DEPENENT
DEAMBULACIÓ	15	AUTÒNOM: Camina sol al manco 50 metres, tant si no utilitza res com si precisa bastó o caminador	10	MÍNIMA AJUDA: Pot caminar 50 metres però necessita ajuda o supervisió	5	CADIRA DE RODES: Pot moure sol la cadira de rodes al manco 50 metres.	0	DEPENENT
MICCIÓ Aval. setmana anterior		10	CONTINENT: No presenta episodis d'incontinència. Si necessita sonda o col·lector es maneja sol.	5	INCONTINÈNCIA OCASIONAL: Episodis ocasionals amb una freqüència menor que un cop al dia	0	INCONTINENT: Al manco una vegada al dia	
DEPOSICIONS SÓLIDES (S'avalua el mes anterior)		10	CONTINENT: No presenta episodis d'incontinència. Si usa supositoris o lavatives ho pot fer sol.	5	INCONTINÈNCIA OCASIONAL: Episodis ocasionals amb una freqüència menor que una vegada a la setmana. Necessita ajuda per ús de supositoris i/o lavatives.	0	INCONTINENT	
ALIMENTACIÓ		10	AUTÒNOM: Capacitat per l'ús de totes les peces del cobert. Menja amb un temps raonable.	5	AJUDA: Necessita ajuda per tallar, untar.	0	DEPENENT	

MODERADA:

Entre 60 – 80 punts

GRAN DEPENDÈNCIA:

Menor de 45 punts

ESCALA PER VALORAR SITUACIÓ DE RISC PER LA GENT GRAN

QÜESTIONARI DE BARBER

NOM DE L'USUARI: _____

DATA: _____

Marcar la resposta correcta:

Viu sol	SI	NO
Es troba sol a l'hora de demanar ajuda	SI	NO
Més de dos dies a la setmana no menja calent	SI	NO
Necessita d'algú que l'ajudi sovint	SI	NO
La seva salut l'impedeix sortir al carrer	SI	NO
Freqüentment té problemes de salut que l'impedeixen valdre's per sí mateix	SI	NO
Té problemes visuals que dificulten la realització de les tasques habituals	SI	NO
Té dificultats per conversar perquè hi sent malament	SI	NO
Ha estat ingressat a l'hospital durant el darrer any	SI	NO

PERTANY A GRUP DE RISC	SI	NO
-------------------------------	-----------	-----------

Cada resposta afirmativa val 1 punt.
1 punt o més suggereix una situació de risc.

4.3. FAMÍLIES EN SITUACIÓ DE DIFICULTAT

Registre d'observació i seguiment famílies

Usuari:											
Nº expedient:											
Data valoració inicial:											
Data seguiment:											
Data valoració final:											
Professional:											
1.- Neteja de la vivenda:											
Valoració general de la neteja de la vivenda											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Valoració general dels accessos a la vivenda											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Un i/o dos pares saben:	Endreçar										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Granar										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Netejar estris, utilatge, mobiliari										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Netejar trespols											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Organitzar la compra de productes necessaris per fer-ho											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
OBSERVACIONS NETEJA DE LA VIVENDA											
2.- Roba											
Hi ha armaris que permeten l'ordre											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Tenen rentadora en condicions											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Valoració general de l'estat de la roba de casa											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Valoració general de l'estat de la roba personal dels pares											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Valoració general de l'estat de la roba dels fills											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Un o els dos pares saben	Rentar la roba										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Utilitzar la rentadora										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Planxar										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Cosir										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Plegar la roba											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Organitzar la compra de productes necessaris per fer-ho											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Organitzar la compra de la roba i sabates de temporada necessària											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
OBSERVACIONS ROBA CASA I PERSONAL											

3.- Higiene											
Tenen aigua calenta		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Té els sanitaris bàsics		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració aspecte higiene general pares		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració aspecte higiene general fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Un o els dos pares saben	Realitzar la seva higiene personal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Mantenir la seva higiene personal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Realitzar la higiene personal dels fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Mantenir la higiene personal dels fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Organitzar la compra de productes necessaris per a la higiene personal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
OBSERVACIONS HIGIENE											
4.- Alimentació											
La cuina té els electrodomèstics bàsics		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tenen taula i cadires on fer les menjades		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració general de l'organització de la compra		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració general dels menús		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració general de l'alimentació del grup familiar		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Un o els dos pares saben	Organitzar menús adients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Fer el llistat de la compra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Anar a comprar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Col·locar els aliments al lloc idoni (gelera, rebost,...)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Cuinar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Menjar a les hores adients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
OBSERVACIONS ALIMENTACIÓ											
5.- Salut											
Un o els dos pares:	Reconeixen símptomes bàsics (malalties habituals)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Saben realitzar les cures més bàsiques	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Saben seguir les pautes de medicació	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Fan seguiment mèdic malalties actuals dels fills (si en tenen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Fan seguiment mèdic malalties cròniques dels fills (si en tenen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració estat general salut pares		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració estat general salut fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
OBSERVACIONS SALUT											

6.- Gestió econòmica											
Un o els dos pares	Manegen l'euro sense dificultat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Saben quines despeses fixes tenen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Saben quins ingressos tenen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Saben prioritzar les despeses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Saben negociar el pagament dels seus deutes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Viuen d'ajudes, no gestionen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració general de la capacitat gestora		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
OBSERVACIONS GESTIÓ ECONÒMICA											
7.- Habilitats parentals											
En relació a la mare i/o tutora	Supervisa i vigila amb eficàcia als fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Porta el seguiment escolar dels fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Dóna suport a les necessitats educatives dels fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Presta atenció a les necessitats emocionals dels fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Interactua amb els fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Proximitat emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Demana assessorament i accepta ajudes externes en relació a dificultats en la criança	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Afavoreix les relacions socials dels fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Llenguatge amb positiu, premia les conductes adients	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Expressa l'afecte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Posa límits quan cal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	És sobreprotectora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	En relació al pare i/o tutor	Supervisa i vigila amb eficàcia als fills	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Porta el seguiment escolar dels fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dóna suport a les necessitats educatives dels fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Presta atenció a les necessitats emocionals dels fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Interactua amb els fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Proximitat emocional		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Demana assessorament i accepta ajudes externes en relació a dificultats en la criança		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Afavoreix les relacions socials dels fills		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Llenguatge amb positiu, premia les conductes adients		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Expressa l'afecte		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Posa límits quan cal		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
És sobreprotector		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Els pares poden arribar a acords –respecte a la criança i educació dels fills- i els mantenen		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració general de les capacitats parentals (mare i/o tutora)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Valoració general de les capacitats parentals (pare i/o tutor)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
OBSERVACIONS HABILITATS PARENTALS											

**REGISTRES TSIF: DIAGNÒSTIC /PRONÒSTIC, PLA DE FEINA,
CONTRACTE AMB L'USUARI I AVALUACIÓ FINAL**

FULL DE DIAGNÒSTIC/PRONÒSTIC DE LA PERSONA/FAMÍLIA

CMSS		DATA	
USUARI		Nº EXP.	
PROFESSIONALS			

1.- DEMANDES EXPRESSADES

2.- PROBLEMES I DIFICULTATS

3.- CAPACITATS, POTENCIALITATS I HABILITATS

4.- PRONÒSTIC DE RESOLUCIÓ

4.1. IMPLICACIÓ DE LA PERSONA/FAMÍLIA

--

4.2. RECURSOS I PRESTACIONS DISPONIBLES DES DEL SERVEI

--

5.- PROPOSTA DE TIPUS D'INTERVENCIÓ:

CONTENCIÓ		MODIFICACIÓ		PREVENCIÓ	
-----------	--	-------------	--	-----------	--

6.- MODIFICACIONS SITUACIÓ INICIAL:

DATA	MODIFICACIONS IMPORTANTS

PLA DE FEINA

CMSS		DATA	
USUARI		Nº EXP.	
PROFESSIONALS			

1.-OBJECTIUS QUE S'HAN D'ACONSEGUIR

--

2.- ESTRATÈGIES D'ABORDATGE

--

3.- EQUIP DE PROFESSIONALS

PROFESSIONAL	TASQUES QUE CAL REALITZAR

4.- PROPOSTA D'ACCIONS QUE HA DE REALITZAR LA PERSONA/FAMÍLIA

--

5.- TERMINIS PROPOSATS D'INTERVENCIÓ

ACORD – CONTRACTE

Reunits el/s senyor/s _____
i els professionals _____
del Centre Municipal de Serveis Socials _____

ACORDEN QUE:

1.- *La situació de la persona/família _____ que motiva el present acord – contracte és la següent:*

2.- *La persona/família accepta l'ajuda professional, per la qual cosa s'acorda assolir els següents objectius:*

3.- *La persona/família es compromet a realitzar les següents tasques:*

4.- *Els professionals del CMSS es comprometen a realitzar les següents tasques:*

5.- Proposta d'atenció domiciliària:

<p>a) Tipus d'atenció (ABVD/AIVD):</p> <p>b) Dies:</p> <p>c) Horari:</p> <p>d) N° d'hores setmanals:</p> <p>e) Observacions:</p>
--

6.- Per al seguiment dels acords i les tasques es realitzaran entrevistes periòdiques. (Indicar periodicitat): _____

7.- El CMSS podrà modificar i/o ajustar el calendari i horaris (franja horària i/o quantitat d'hores d'atenció) en funció de l'evolució de la persona/família i de les incidències que es puguin produir a nivell professional (baixes, vacances...)

8.- El present acord – contracte té una durada de _____ mesos. Serà revisat per ambdues parts per decidir el seu compliment o la necessitat de pròrroga.

Palma, _____

Sgt: _____
(Usuari)

Sgt: _____
(CMSS)

FULL D'AVALUACIÓ FINAL

CMSS		DATA	
USUARI		Nº EXP.	
PROFESSIONALS			

0.- MOTIU DE TANCAMENT

1.- Assoliment total dels objectius acordats	
2.- Decisió explícita de la persona/família	
3.- Absència de la persona/família de més d'un mes	
4.- Defunció	
5.- Decisió del servei per incompliment dels acords	
6.- Derivació a d'altres serveis. Derivat al servei(quin?) _____	
7.- Acord de tancament amb la persona/família	
8.- Canvi de sector	
9.- Altres motius (especificar): _____	

1.- SITUACIÓ FINAL: CANVIS EN LA SITUACIÓ INICIAL I DE LES PROBLEMÀTIQUES I CAPACITATS DE LA PERSONA/FAMÍLIA.

--

2.- GRAU DE CONSECUCIÓ DELS OBJECTIUS PACTATS AMB LA PERSONA/FAMÍLIA

--

3.- GRAU DE DISPONIBILITAT DE RECURSOS I PRESTACIONS

--

4.- VALORACIÓ DEL PROCÉS DEL CAS

--

--

5.- OBSERVACIONS

--

6.- PROFESSIONALS QUE FAN EL TANCAMENT

DATA	PROFESSIONALS