

**ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA**  
De la Fundació "La Caixa"

**PROCÉS D'ACOLLIDA EN UN CENTRE SOCIOSANITARI:**  
Millora de l'adaptació i del grau de satisfacció de l'usuari i la família

**AUTORES:**

ALFAMA, Mireia  
MATEU, Maria  
SOTO, Ruth  
VENTURA, Maite

13a.

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió de cures d'Infermeria per a l'obtenció del Màster

Treball dirigit pel professor: J. Tejada

Comissió d'avaluació

M. Teixidor	Presidenta
E. Pont	Secretari
C. Ferrer	Vocal
F. Ferrer	Vocal
J. Tejada	Vocal

Presentat en data:

Acceptat en data:

Queda prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part del les autores.

## ÍNDEX

ÍNDEX	3
JUSTIFICACIÓ	5
OBJECTIUS	7
MARC TEÒRIC	8
HIPÒTESIS	29
DESCRIPCIÓ DEL PROCÉS	34
RESULTAT DEL ESTUDI	35
VALORACIÓ DELS RESULTATS	51
CONCLUSIONS	55
PROPOSTES	56
BIBLIOGRAFIA	57

## ANNEXOS

ANNEX 1 : DOSSIER INFORMATIU A L'USUARI	59
ANNEX 2: VALORACIÓ A L'INGRÉS D'INFERMERIA	69
ANNEX 3: VALORACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL	73
ANNEX 4: INSTRUMENTS DE VALORACIÓ INTERDISCIPLINAR	75
ANNEX 5: PLA D'ACTUACIÓ INDIVIDUALITZAT	95
ANNEX 6: PROTOCOL D'ACOLLIDA	109
ANNEX 7: QÜESTIONARIS	113
TRACTAMENT ESTADÍSTIC DE LES DADES: CD adjunto	

## JUSTIFICACIÓ

El descens de natalitat i mortalitat produïts des de principi del segle XX ha comportat un progressiu envelliment de la població. La proporció de persones de més de 65 anys ha augmentat i ho segueix fent-ho, es preveu que entre 1980 i 2020, la població major de 65 anys augmentarà en quasi un 24 %.<sup>1</sup> Aquest fenomen, unit als avanços tecnològics i els canvis socioculturals, fa preveure que el recurs socio sanitari serà cada vegada més necessari.

Cal concretar que els canvis socioculturals caracteritzats de forma global per la desaparició de la família multigeneracional i el progressiu deteriorament de les xarxes socials, generen unes sobrecàrregues familiars importants de tal manera que l'atenció i la cura de les persones grans, sovint desborda la capacitat de resposta familiar. L'ingrés en un recurs socio sanitari apareix en aquests casos com l'única opció possible, especialment per aquelles persones que presenten un alt grau de dependència o que senzillament necessiten cures que la família no pot proporcionar.<sup>2</sup>

D'altra banda, els avanços tecnològics actuals han preservat moltes vides, però han deixat en aquestes persones certes limitacions, temporals o definitives, que requereixen una atenció especialitzada.

Un dels intents de la societat per adaptar-se a aquesta situació és la creació de residències geriàtriques i centres socio sanitaris. La creació d'aquests centres és un procés més novedós, que en certa manera ve donat per la necessitat de crear un recurs alternatiu a l'hospital d'aguts per tal d'oferir aquests tipus de cures (pal.liatives, convallescència...). A Catalunya, l'any 1986 es creà el programa "Vida als anys" amb la filosofia d'oferir un recurs més apropiat per aquesta tipologia d'usuari.

Cal afegir que l'ingrés d'una persona en aquest tipus de recurs, suposa un canvi de gran magnitud que alterarà indubtablement la seva vida. La societat en general, i les persones grans en particular, tenen una idea preconcebuda negativa sobre

aquestes institucions. S'associen idees tal com els asils de temps passats i les seves misèries, o institucions on van aquelles persones que no tenen família, no tenen béns o diners o aquells que no poden valer-se per sí mateixos i suposen una càrrega... Per algunes persones suposa el reconeixement del seu fracàs social, com l'antesala del final. A aquestes connotacions negatives s'uneix, en determinats casos, que el motiu de l'ingrés ha estat la mort de la parella, per tant a la nova situació caldrà afegir-hi el conseqüent procés de dol.<sup>3</sup>

Per tant, és de cabdal importància el prendre una sèrie de mesures d'acollida per pal·liar el xoc, l'estrès i el possible trauma que suposa l'ingrés, tenint en compte que la persona es troba en un moment psicològicament fràgil.

A l'actualitat, existeix un protocol d'acollida de nous usuaris en la majoria de centres socio-sanitaris de Catalunya, però no hi ha constància d'investigacions de la seva aplicació ni de la seva eficàcia. Tampoc hi ha valoració ni informació del recurs anterior a l'ingrés, i si la hi ha aquesta és molt reduïda. A més, tampoc existeix constància d'un protocol de seguiment de l'adaptació dels nous usuaris al recurs.

En conseqüència, considerem la necessitat d'elaborar tot un procés d'acollida on es contempli la informació abans de l'ingrés, l'aplicació del protocol d'acollida i un seguiment de l'usuari en els primers mesos d'estada, així com valorar l'eficàcia del procés mencionat. Tot això amb la finalitat de millorar l'adaptació de l'usuari i evitar l'estrès psicològic que comporta l'ingrés i les seves conseqüències, així com de millorar la qualitat assistencial i, en definitiva, la qualitat de vida de les persones que viuen en centres socio-sanitaris.

Aquest projecte s'engloba dins la línia d'investigació de control i gestió de qualitat en infermeria.

## **OBJECTIUS**

Els objectius que ens plantegem en aquest projecte són:

- 1) Conèixer el grau de satisfacció de l'usuari i família abans de l' aplicació del procés d'acollida dissenyat.
- 2) Elaborar un procés d'acollida per a nous usuaris.
- 3) Aplicar el procés d'acollida dissenyat i avaluar la seva eficàcia en termes de satisfacció de l'usuari i família, així com de la seva adaptació.

## MARC TEÒRIC

### INTRODUCCIÓ:

El segle XX s'ha caracteritzat pel gran desenvolupament tecnològic, però també ha estat un període de profundes transformacions en els aspectes socials. Els canvis socioculturals i els hàbits familiars són extremadament importants pel que fa a les seves repercussions en les persones grans. Així doncs, observem la desaparició del model tradicional de la família.

Tots aquests canvis i progressos han incidit en la nostra població, tant des d'un punt de vista personal com col·lectiu i podem afirmar que, des del punt de vista demogràfic i sociològic, un dels fenòmens més importants que resulta de la millora produïda en tots els avenços científics és l'envelliment de la població. Aquest envelliment que s'ha accentuat en els últims 25 anys i que continuarà en els propers, comporta modificacions importants en el patró de les necessitats des d'un punt de vista social, socioeconòmic i sanitari, i probablement també, des d'un punt de vista sociocultural.<sup>4</sup>

Tot i que l'envelliment no és una malaltia, és cert que en les persones grans augmenta la incidència o la prevalença de moltes malalties; la seva autonomia i el seu benestar físic i psíquic, limitat progressivament, requereixen mesures de suport que no sempre es poden atendre al sí de la comunitat en la qual s'han esdevingut importants canvis socials (estructura de la família, incorporació de la dona al món del treball..) i culturals. Aquest fenomen ha condicionat el desenvolupament de recursos específics per a l'atenció sociosanitària de la gent gran amb malaltia i dependència funcional, dels malalts crònics i dels malalts terminals.



En aquest context, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el Programa Vida als Anys, que integrava els serveis socials i sanitaris en una mateixa i única prestació.(Ordre del 29 de maig de 1986 )<sup>5</sup>

Inicialment, el programa s'encarregà de la reordenació del que en aquells moments era la xarxa de malalts crònics, incorporant-hi els conceptes d'atenció integral, prevenció i interdisciplinarietat i definint criteris de planificació i coordinació assistencial.

A partir de 1988 i amb la creació del Departament de Benestar Social, es desenvolupa un model d'atenció que no es limita exclusivament a la gent gran sinó que introdueix l'atenció sociosanitària a qualsevol malalt crònic, amb pluripatologia o malaltia invalidant, en processos terminals i SIDA. S'han produït avenços molt importants en el tractament i el suport de persones amb malalties cròniques i inguaribles que han incrementat la seva supervivència i qualitat de vida, i ha augmentat alhora la seva demanda de suport.

Aquests col·lectius d'incidència creixent, necessiten un model d'atenció que promogui la qualitat de vida del malalt amb una concepció integral de l'assistència i que tingui en compte les seves exigències físiques, emocionals, socials i espirituals i amb una resposta que sigui adequada a les seves necessitats (rehabilitadora , de confort...).

Donar resposta a aquesta problemàtica vol dir avançar en donar el recurs més adequat a cada necessitat.

### Població diana

L'atenció socio sanitària a Catalunya ha estat adreçada als col·lectius que més benefici poden obtenir d'un model d'atenció basat en l'atenció integral i multidisciplinària.

És necessari coordinar o integrar de forma planificada els serveis sanitaris i socials en els casos següents :

- Persones grans, amb malalties cròniques i dependència funcional amb tendència a la invalidesa motivats per:
  - Malaltia o deteriorament físic.
  - Deteriorament/ trastorn cognitiu i/ o de la conducta, que inclou la malaltia mental i demències lleus o greus (psicogeriatria).
- Persones amb demències lleus , moderades o greus no incloses en el col·lectiu de la gent gran.
- Persones amb pèrdua d'autonomia o dèficit funcional transitori, però potencialment rehabilitables.
- Persones amb malaltia avançada o terminal.
- Persones amb discapacitat física o psíquica per malalties progressives (esclerosi múltiple, parkinson,...); dany cerebral ( afectacions encefàliques per traumatismes cranials o altres causes) ; malalties de baixa prevalença (malaltia de Huntington, etc.)
- Persones amb malaltia mental de llarga evolució.
- Persones amb problemes d'alcoholisme i/ o altres addiccions a les drogues.
- Persones amb malaltia de la SIDA.
- Persones amb discapacitat psíquica amb origen des de la infantesa :
  - Amb retard mental de grau profund i sever amb trastorn de la conducta.
  - Psicòtics i autistes.
- Persones amb discapacitat física amb greus trastorns de la conducta.
- Persones de 0 –4 anys amb necessitats d'atenció psicoterapèutica .

Malgrat això, els recursos socio-sanitaris han centrat la seva evolució en els col·lectius de persones grans, malalts crònics dependents i persones amb situació terminal. Han ampliat també el seu àmbit a persones grans sense limitar-ho a les persones dependents.

### Model d'atenció

Els principis en els quals es basa la construcció d'aquest model d'atenció socio-sanitària consisteixen en quelcom més que facilitar unes cures tècniques. L'abordatge terapèutic s'haurà de fer des de la globalitat, cal pensar amb la importància dels components psicològics i socials que tenen aquests usuaris. La complexitat i diversitat d'aquestes situacions són tant importants que l'abordatge de l'atenció ha d'ésser:

- Integral : que doni resposta a totes les necessitats de l'usuari (físiques, emocionals, socials, espirituals) i que promogui la importància de l'autonomia i de la reinserció en el seu entorn, en millorar l'adaptació i el control de símptomes.
- Global : que desenvolupi mesures dels àmbits d'atenció i estableixi sistemes de coordinació entre els diferents recursos.
- Inserir a la comunitat, tenint en compte les característiques del sistema assistencial i social del nostre país.
- Interdisciplinari: És l'anàlisi de les necessitats, la planificació de les actuacions i l'avaluació dels objectius de l'usuari des de la perspectiva de les diferents disciplines.
- Harmònic i equitatiu en el desenvolupament territorial dels recursos.

Els usuaris definits com a sociosanitaris són pacients amb malalties no curables, afectats per uns factors comuns que confirmen aquesta circumstància: presència de la mort, sentiment d'inutilitat, manca d'autoestima i dificultats d'adaptació a la seva dependència i al medi institucional, si estan ingressats.

Els objectis terapèutics han d'estar lligats a un tractament globalitzador, basat necessàriament en el respecte envers al pacient i la promoció de la seva dignitat. Cal considerar doncs els aspectes físics, emocionals, socials, i espirituals tant amb els pacients com els seus familiars i tenir-los presents davant de cada problema que s'hagi de resoldre.

Els objectius es defineixen tenint en compte les premisses següents :

1. Garantir la continuïtat de l' assistència mitjançant un correcte desplegament de serveis en diferents àmbits, amb més implicació dels serveis assistencials i una bona coordinació de recursos.
2. Participació del malalt en el seu propi procés.
3. Rehabilitació en el sentit més ampli, encaminada a obtenir o a mantenir el màxim grau d'autonomia .
4. Confort : L'assoliment del confort té també components biopsicosocials. En el tractament de les malalties incurables, el concepte de pal·liació de símptomes, el suport a la família i el manteniment de mesures ambientals senzilles (assegurar la intimitat i la relació, mantenir un bon ambient d'equip, entendre la importància de la comunicació no verbal en el tracte amb els malalts, etc.) són les eines que possibilitaran l'obtenció d'aquest confort.
5. Treball amb la família i l'entorn. Aquesta necessita fer el seu procés d'adaptació i potenciar la seva capacitat d'oferir suport al malalt, la implicació en el procés és molt important per a obtenir la màxima eficàcia terapèutica<sup>5</sup>

## **El procés d'atenció**

En el procés d'atenció d'aquests malalts, cal considerar tots els nivells assistencials implicats ja que, com hem dit, les necessitats són molt globals. Per que aquest procés tingui una coherència i respongui a les necessitats, s'ha de tenir unes directrius bàsiques .

Quan cal un canvi de nivell assistencial és important valorar el trasllat entre els nivells implicats: domicili, hospital d'aguts, centre sociosanitari... . És important aconseguir una continuïtat terapèutica el menys traumàtica possible per l'usuari, per això és necessari que l'equip conegui les característiques bàsiques de la situació del pacient. Cal tenir en compte les etapes següents per orientar el procés i donar-li coherència:

- Acolliment del pacient .
- Anàlisi i avaluació de necessitats
- Elaboració dels objectius terapèutics
- Definició de les necessitats
- Seguiment i avaluació

Aquestes cinc etapes tenen característiques diferents segons el nivell assistencial en que sigui tractat el malalt, i de les capacitats funcionals i estructurals de cada nivell. <sup>5</sup>

El tret característic que defineix l'organització de l'assistència sociosanitària, és la relació dinàmica que els diferents recursos i nivells han de mantenir entre ells i la comunitat.

La tipologia de serveis i les activitats que es poden dur a terme en els establiments socio-sanitaris, estan regulats per l'Ordre del 15 de maig de 1991:

Serveis de internament :

- Unitat de llarga estada
- Unitat de convalsència
- Unitat de cures pal·liatives
- Unitat de SIDA

Serveis alternatius:

- Hospital de dia
- Programes d'atenció domiciliària ,Equips de suport PADES
- Unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries (UFISS)

- UFISS de geriatría
- UFISS de cures pal·liatives
- UFISS mixtes
- UFISS de demències
- UFISS respiratòria

Normalment els centres socio-sanitaris són polivalents i s'estructuren en àmbits interns diferents , això permet augmentar la cobertura i tenir una idea més global de la problemàtica del sector.

## Definició del serveis:

### **Serveis d'internament :**

- Unitat de llarga estada : Té com a funció el tractament rehabilitador , pal·liatiu, de cures i de profilaxi de complicacions, així com de suport a persones grans amb malalties cròniques per tal d'aconseguir el màxim grau d'autonomia possible que permeti la situació de cadascun d'ells.  
Dins de llarga estada hi ha unitats diferenciades de psicogeriatría.  
Serà el personal d'infermeria qui portarà el pes de l'atenció directa , ja que els processos que afecten aquests malalts solen tenir evolucions lentes amb períodes d'estabilització.  
És molt important també el treball de fisioteràpia i teràpia ocupacional, per la millora i conservació de l' autonomia i la rehabilitació funcional.
- Unitat de convalsència : Té com a objectiu restablir aquelles funcions o activitats que han estat afectades, total o parcialment , per diferents patologies. Generalment es tracta de persones grans amb malalties de base que necessiten una recuperació funcional després d' un procés quirúrgic o traumatològic o malalts crònics amb freqüents descompensacions i una situació basal de dependència , que cal reeducar en les activitats de la vida diària i ajudar en l'adaptació als canvis que la malaltia comporta .
- Unitat de cures pal·liatives : La seva funció és oferir tractament pal·liatiu i de confort a pacients amb malalties inguaribles en fase terminal.
- Unitat de SIDA : Les unitats de SIDA varen ser creades per atendre a pacients en una fase terminal d'aquesta malaltia i donen en tot moment el tractament pal·liatiu necessari tant al pacient com a les seves famílies

### **Serveis alternatius :**

- Hospital de dia : És un servei d'assistència interdisciplinar , principalment sanitari on el pacient amb malalties i incapacitats físiques o psíquiques acut durant el dia per rebre tractament integral i retornar després al seu domicili.
- Programa d'atenció domiciliària , PADES : És una eina per a la millora de l'atenció domiciliària de persones grans amb malaltia, malalts crònics amb dependència i malalts terminals. És un element de suport per als professionals de l'atenció sanitària i de les unitats bàsiques d'assistència social i serveix de connexió entre els diferents recursos assistencials existents.
- UFISS : Les unitats funcionals interdisciplinars sociosanitàries estan emplaçades en els hospitals d'aguts . No és un servei assistencial ,la seva funció està dirigida a l'atenció de casos complexos en el camp de la geriatria o de les cures pal·liatives , el suport i la consulta dels professionals de la resta d'hospital , la docència, la protocolització i la connexió amb els recursos i els professionals externs al centre.

Des del Departament de Sanitat hi ha un pla de desplegament de recursos "Pla 2000-2005 " que és un compromís d'avançar durant els propers anys en la consolidació dels recursos sociosanitaris.

L' objectiu més significatiu d'aquest pla consisteix en promoure el model basat en una atenció personalitzada i humana garantint l'abordatge integral dels problemes i una actuació interdisciplinar,



Valorant aquest model d'assistència que planteja el pla del Departament de Sanitat, i tenint en compte les especials connotacions de la tipologia de persones que requereixen l'ingrés en un centre sociosanitari, sembla adient pensar en la creació d'un protocol que faciliti, tant com sigui possible, el màxim grau d'adaptació de tal manera que disminueixi l'estrès d'aquesta situació i millori la satisfacció envers aquest tipus d'assistència .

Com ja hem vist, l'estada en aquests centres sol ser molt superior a l'estada hospitalària mitja, i en molts casos, l'ingrés es definitiu. D'altra banda i en relació amb les patologies, en el millor dels casos els usuaris ingressaran per rehabilitació; això suposa que entren al centre amb una sèrie de limitacions que pocs dies abans no tenien, i tot i que el procés rehabilitador serà evidentment una millora, el sobtat canvi en la vida d'aquesta persona i de la seva família requereixen evidentment un tracte específic i amb matisos diferents a una hospitalització tradicional. Cal imaginar que aquest tracte específic augmenta en els casos de major rellevància psicològica (pacients terminals, claudicació familiar,...)

Hem de tenir en compte, que aquestes persones s'enfronten a diversos canvis: d'una banda la pròpia manca de salut i de l'altra l'ingrés al centre, tot això juntament amb multitud de canvis individuals de cadascú que repercutiran d'alguna manera tant en la seva adaptació personal a la nova situació, com a la pròpia evolució en matèria de salut. Hi ha una gran quantitat d'informació bibliogràfica que ens demostra la important implicació dels canvis sobre la salut física i mental (Dohrenwed i Dohrenwed,1974), i que aquesta implicació pot relacionar-se absolutament amb allò que s'anomena estrès.<sup>6</sup> El concepte d'**estrès** pot trobar-se en diferents etapes de la nostra història. Hi ha indicis de la utilització d'aquest vocable que es remunten al S. XIV i són diverses les definicions que se li han atorgat per diferents autors: Robert Hooke- S. XVII, Claude Bernard- S. XIX, Cannon-1911, Selye-1936, Lazarus i Folkman-1984, etc,...

Però en general, tots ells coincideixen en que qualsevol situació que impliqui un canvi al qual l'organisme s'hagi d'adaptar, es considera estressant.<sup>7</sup> En aquest cas la persona s'enfronta, no tan sols als canvis que la seva patologia li provoca, sinó també als causats pel seu ingrés en un centre d'aquestes característiques.

El pacient al ser ingressat, està sotmès a una sèrie de canvis en principi no desitjats en un ambient institucional que, a més, percep com hostil: ha d'assumir una sèrie de normes, accions, símbols,... que tot i que no desconeix del tot (doncs ja ha sofert un o més ingressos hospitalaris) solen ser una font d'estrès, tant per a ell com per al seu entorn familiar. En els ingressos hospitalaris habituals, donat que solen ser més curts i concrets, la persona assumeix amb més facilitat el seu rol de "pacient hospitalitzat" i el personal sanitari, podria dir-se que "anul·la" en certa manera al pacient. Allà es veu desposseït dels seus objectes personals, la seva roba,... pel que ha de realitzar un esforç suplementari per adaptar-se al medi ambient en el que es troba. A aquests factors cal sumar l'habitual pèrdua d'intimitat, deixar de tenir el control de quan es pot dutxar, menjar, aixecar-se, etc.

Dins de les especials connotacions del recurs al que ens referim, està el fet que gran part dels usuaris són persones d'edat avançada, el que ens porta a manejar l'ingrés d'una manera especial. Hem de tenir en compte, que aquest tipus de recurs és relativament nou i per tant bastant desconegut pels usuaris en general, que freqüentment el confonen amb els asils o residències per avis. A pesar de que són recursos diferents, hem valorat algun estudi realitzat en relació amb l'ingrés en residències de gent gran, doncs trobem aspectes comuns en l'ingrés entre ambdós tipus de centre. Ens referim al període d'espera, existent en tots dos casos.

Diverses investigacions (Kent,1964; Rosner,1966; Leer,1966,1968) demostren que aquest període, en el qual prevalen la incertesa i la por a una etapa desconeguda, és particularment afavoridor d'estrès.

No obstant, els estudis varen demostrar que les persones que havien rebut més informació en relació amb el centre mitjançant prospectes, visites prèvies, detalls sobre les activitats quotidianes, etc., havien vist disminuïdes les seves tensions considerablement.<sup>8</sup>

D'altra banda i de manera habitual, als hospitals "*mantener al paciente desinformado y cerrar filas con respecto a la información, son dos formas mediante las cuales los médicos limitan el poder y la autonomía de los pacientes*", tal i com apunta Marcia Millman(1997,137) en un dels capítols del seu llibre, *The Unkindest cut*.

Una investigació realitzada per Cartwright (1964) va confirmar que un dels factors que augmentaven l'ansietat dels pacients, era el fet de no poder obtenir informació del personal sanitari amb facilitat, i a un nivell satisfactori. El 21% de les persones entrevistades va referir que foren incapaces de trobar respostes relacionades a la seva situació, tractament o evolució durant l'ingrés i un 5% va dir que li hauria agradat rebre informació amb molt més detall. El 44% va afirmar no obtenir cap informació, el 40% que obtenia una mica, i sols el 16% afirmava que havia tingut bastant.

En estudis previs realitzats per Volicer (1973;1974), aquest havia observat que elements del tipus "*no me han dicho cual es mi diagnóstico*", "*no saber las razones de mi tratamiento*", "*no encontrar respuesta a preguntas dirigidas a médicos y enfermeras*",... eren col·locats relativament alts en l'escala de factors estressants. A Espanya, López-Roig i col·laboradors (1990) van realitzar un estudi similar aconseguint resultats molt aproximats.<sup>6</sup>

Un altre element causant d'afavorir l'estrès i l'ansietat és el llenguatge utilitzat pel personal sanitari. El desconeixement d'aquest, provoca una sensació d'ignorància, de devaluació de la persona, que no fan si no accentuar la seva dependència. S'ha de tenir en compte que la majoria dels comportaments que pel personal sanitari són rutinaris no ho són, en absolut, pels usuaris.

En moltes ocasions, gran part de l'ansietat podria reduir-se modificant en certs aspectes la relació habitual personal sanitari- pacient.

Un altre dels factors que han estat investigats (Cassel,1976; Kaplan i cols.,1977; Cohen,1988; Ritter,1988; Barrera i cols.,1993) com factor d'adaptació davant de situacions d'estrès és l'anomenat "**recolzament social**", entenent aquest com les relacions interpersonals que protegeixen les persones dels efectes negatius relacionats amb l'estrès (com la freqüència i tipus de contacte, la participació en activitats socials, recolzament emocional, aportació d'informació, etc.). Per això, considerem interessant incloure aquest tipus de comportament dins del protocol d'acollida que se li proporciona al nou usuari del recurs socio sanitari.<sup>7</sup>

L'aparició d'aquests nous tipus de recursos ha portat ja a estudiar noves formes en l'atenció sanitària dels usuaris, basades especialment en un treball "interdisciplinari" dels diferents professionals que intervenen en tot el procés, la planificació de les actuacions, la millora de l'"estat de benestar" dels usuaris i de les seves famílies i la participació d'ambdós en tot el procés.

Diferents estudis publicats en diversos articles, mostren la importància de crear protocols de treball de tal manera que es pugui reunir, classificar i organitzar tota la informació dels diferents professionals, afavorint-se la interrelació d'aquesta per aconseguir conservar i millorar en el possible l'estat de salut de l'usuari, la consecució dels recursos necessaris per a cadascun d'ells i la millora de la seva adaptació al centre.<sup>9</sup>

En un d'ells, es parla de les "6 erres socio sanitàries":

- Relació d'ajuda
- Relació social
- Rehabilitació
- Readaptació
- Re-confort
- Reinserció

així com de noves tendències de comportament que afavoreixen la disminució de l'ansietat, com són la individualització, la personalització i la implicació en les activitats de la vida diària i social.

Aquesta nova tendència d'homogeneïtzar criteris, de treball interdisciplinari, d'implicació de la persona a la que oferim el servei, comporta la recerca del augment de la seva independència, de la seva sensació d'utilitat, més participació i una millor qualitat de vida, major confort amb més humanització, que en definitiva representen el que s'anomena "estat del benestar".<sup>10</sup>

En resum, després de la revisió bibliogràfica referent a la disminució de l'ansietat i l'estrès així com de les noves tendències de treball relacionades amb el recurs socio sanitari, descobrim diversos punts comuns que ens orienten a buscar la manera d'aconseguir el nostre objectiu com són el coneixement del recurs abans de l'ingrés, la personalització de les cures, la prestació d'una informació clara i precisa en relació amb tot el procés, l'ús d'un llenguatge i to de veu adequat, la determinació d'un familiar i un professional de referència, la comunicació i el treball interdisciplinari, etc., etc.<sup>11</sup> I tenint en compte que el nostre objectiu final és augmentar el grau de satisfacció de l'usuari, cal que ens aturem en aquest concepte.

A partir de la dècada dels 90, la satisfacció dels usuaris ha esdevingut un important indicador per mesurar la qualitat de l'atenció sanitària i l'èxit financer de les organitzacions<sup>12,13</sup>, tot i que els primers en afirmar aquesta relació foren, entre d'altres, Deming i Donabedian.

El primer ja definí als anys 50 la qualitat total com la convergència de tres elements: la motivació del personal, el mínim cost del servei i la satisfacció de l'usuari<sup>14,15</sup>; Donabedian (1966) afirmà que "l'última validació de la qualitat de les cures, està determinada per l'eficàcia en l'assoliment o producció de la salut i la satisfacció de l'usuari".<sup>13</sup>

Recentment, experts en la millora qualitativa dels serveis sanitaris afirmen la necessitat d'identificar, definir i satisfer les necessitats dels usuaris i admeten que la satisfacció envers als serveis rebuts és un índex important de qualitat assistencial. (J. Cacho,1991)

D'altra banda, cal destacar que la satisfacció dels usuaris amb els serveis oferts per les infermeres és un aspecte molt important a tenir en compte, ja que el personal d'infermeria (incloent auxiliars) compon la gran majoria del personal sanitari que atén al pacient de forma directa i constant. Diversos investigadors reconeixen la importància i impacte de les intervencions de l'equip d'infermeria en la satisfacció global dels pacients en serveis hospitalaris. (Carey & Posavac,1981; Fleming,1979; Obeist,1984; Abramowitz, Cote and Berry,1987)<sup>13</sup> (Greeneich,1993)<sup>12</sup> (Abdellah & Levine,1957)<sup>16</sup>

Els primers estudis sobre la satisfacció dels pacients, foren als anys 50 als EEUU per Abdellah i Levine (1957) i als anys 60 a la Gran Bretanya per Mc Ghee (1961) i Cartwright (1964).<sup>17</sup> A Espanya, els estudis sobre el tema són molt escassos i encara més quan es refereixen a la satisfacció obtinguda pels serveis que ha ofert l'infermera.<sup>18</sup>

Hi ha hagut diferents intents d'establir una definició pel concepte de satisfacció de l'usuari. Aquelles que s'han anat establint són molt variables doncs el concepte és molt subjectiu i depèn de diversos factors, la majoria dels quals son difícils de controlar i/o gestionar.

Les primeres definicions provenen de les teories de la motivació. Així, l'any 1959, Herzberg et al. anunciaren els factors que conduïen a la satisfacció o insatisfacció dels pacients. Recollint aquests factors, Bond & Thomas (1992) afirmaren que els pacients estarien satisfets quan les seves necessitats internes, com les relacions interpersonals, el reconeixement i la pressa de decisions, foren cobertes; la insatisfacció apareixia quan els factors externs o medioambientals no eren els correctes. D'aquesta definició i de l'aportació de La Monica & associates (1986),

es conclou que la satisfacció i insatisfacció no són exactament contraris en un continuum.

Una altra definició del concepte fou aportada per Juran (1989), que enuncià la qualitat com l'absència d'errors (els quals provoquen insatisfacció) i la resposta a les necessitats dels pacients. Com a conseqüència s'obté la satisfacció de l'usuari. L'any 1980, Donabedian anuncià: " La satisfacció del pacient és una opinió de la qualitat de les cures i representa els elements específics de la **Qualitat**, els quals estan principalment relacionats amb les expectatives i valors del pacient". Altres investigadors anteriorment esmentats (Abdellah & Levine, 1957; La Monica et al., 1986; Abramowitz et al., 1987) coincideixen en considerar les expectatives com un factor important que determina la satisfacció del pacient.

Hi ha moltes altres definicions, totes elles seguint una línia similar:

- Pascoe (1983), defineix la satisfacció de l'usuari com una reacció general a l'atenció sanitària en àrees significatives d'estructura, processos i resultats de les seves experiències amb els serveis sanitaris.
- Guzman & associates (1988) consideren que la satisfacció del pacient és el resultat de la interacció de l'usuari amb el sistema sanitari, el qual determinarà en part el seu ús futur i el compliment del tractament terapèutic.
- Smith (1992), defineix: " La satisfacció de l'usuari és la combinació de necessitats percebudes, expectatives i experiències d'aquest amb el sistema sanitari".
- Risser (1975), més dirigit al camp de l'infermeria, considera que la satisfacció del pacient amb les cures infermeres, és el grau de convergència entre les expectatives dels usuaris i la percepció personal de l'atenció que estan rebent.<sup>14</sup>

Com es pot comprovar, la gran varietat de definicions existents reflecteixen la dificultat i complexitat d'establir quins són els factors, i amb quin pes específic, determinen la satisfacció dels usuaris.

L'any 1987, Aranaz, Palazón i Mira, consideraven que la satisfacció de l'usuari ve determinada per tres factors:

1. Les expectatives en relació al dispositiu de salut i el personal que l'atén.
2. Les condicions reals del sistema que el rep.
3. El tipus de relació interpersonal que s'estableix entre usuari i professional.<sup>19</sup>

Drummond, en el seu llibre "*La calidad total. El movimiento de la calidad*", estableix que els aspectes més influents en la satisfacció de l'usuari consisteixen en els aspectes tècnics (producció del servei) i la part d'entrega del servei (habilitats relacionals dels professionals implicats).<sup>20</sup>

En la mateixa línia, Ludwig-Beymer, P. Et al. (1993) consideren que les percepcions de la qualitat es concentren en dos elements: la presència d'un ambient acollidor que proporcioni confort, atenció i suport i, d'altra banda, les habilitats relacionals de l'infermera.<sup>13</sup>

L'impacte de les habilitats de relacions interpersonals en la satisfacció del usuari, va quedar reflectit en un estudi que es va dur a terme en una unitat d'hospitalització d'aguts, on es va implementar un model d'interrelació entre infermera i usuari.



El model consistia en 5 comportaments de l'infermera envers l'usuari:

1. Presentar- se i explicar la seva funció.
2. Dirigir- se a l'usuari pel seu nom.
3. Pactar amb ell el pla de cures.
4. Informar-lo.
5. Proporcionar-li suport, escoltar les seves opinions i preocupacions.

Els resultats de la investigació demostraren una clara relació directa entre aquests comportaments i el grau de satisfacció dels usuaris, els quals se sentien tractats de manera individualitzada.<sup>13</sup>

Cal afegir, que en funció del grau assistencial en que ens trobem, els usuaris manifesten expectatives diferents. Així doncs, a nivell ambulatori, l'usuari valora com a més important la informació rebuda sobre el seu problema de salut i el seu tractament, tant des d'un punt de vista quantitatiu com qualitatiu. L'usuari no només valora positivament la quantitat d'informació donada pel professional, sinó també la forma de provisió de la informació, de tal manera que aquelles persones que reben les instruccions per escrit manifesten major satisfacció del servei prestat.<sup>21</sup>

A nivell hospitalari, el més valorat pels usuaris per ordre de major a menor importància, consisteix en la dotació de material i tècnica, els coneixements científics del personal, el tracte personalitzat i la informació rebuda.<sup>19</sup>

Respecte als establiments residencials i sociosanitaris, cal tenir en compte que la satisfacció dels usuaris ve condicionada per tota una sèrie de variables subjectives, com són la por a la mort, a les incapacitats, a la soledat, la incomprensió, l'abandonament i el dolor entre d'altres.<sup>15</sup>

Però en general, i tot i les diferències entre els diversos nivells assistencials en quant a expectatives de l'usuari es refereix, hi ha punts comuns en tots ells que es

poden resumir en la competència dels professionals, la informació i el tracte individualitzat.

Finalment, ja s'ha anomenat que els episodis més crítics i determinants per la satisfacció de l'usuari són l'acollida i l'alta, i serà en funció de com s'estableixin que es determinarà la valoració positiva dels usuaris respecte al servei rebut.<sup>15</sup>

Es per això que hem escollit el moment de l'acollida per poder estudiar la millor manera d'augmentar la satisfacció dels usuaris d'un centre sociosanitari

Per tal de facilitar aquest nou model d'assistència, i com ja hem comentat amb anterioritat, considerem necessari fer ús d'un protocol amb l'objectiu d'unificar actuacions de tal manera que s'assoleixi al màxim l'objectiu marcat pel Departament de Sanitat que és, en definitiva, el màxim objectiu dels professionals sanitaris d'aquests recursos.

L'interès en fer servir un protocol està basat en que, la relació entre la seva definició i allò que ens sembla necessari per millorar l'assistència és evident.

S'ha definit un protocol com: "una construcció ordenada relacionada amb un tema específic, que ens permet definir una pauta d'actuació unificada i de consens entre els professionals que l'han d'utilitzar, metodològicament senzilla i eficient, capaç de crear un format de registre de dades que permeti avaluar la seva aplicació i els resultats obtinguts, amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'assistència."

Es considera que els protocols tenen grans avantatges, tot i que alhora poden presentar alguns inconvenients. Com aspectes positius podem destacar alguns com:

- Estableixen un nivell de qualitat assistencial.
- Augmenten l'eficiència.
- Faciliten els estudis de control de qualitat.
- Afavoreixen la docència i l'enfoc multidisciplinar així com la investigació.

I trobem inconvenients com:

- Discrepàncies entre models i realitat.
- Protocolitzacions sistemàtiques impracticables.
- Complexitat i possibilitat d'entendrer l' activitat assistencial.
- Pot ser condicional a problemes d'actitud.
- I és imprescindible una revisió periòdica per mantenir la seva validesa externa.

Existeix una dinàmica d'implantació de protocols i cal seguir una sèrie de fases:

1. Fase de disseny.
2. Fase d'anàlisi crític, és a dir, sotmetre l' estructura dissenyada a la crítica dels professionals que faran ús del protocol.
3. Fase de difusió i implantació. Es difondrà a tot el personal sanitari implicat.
4. Fase de monitorització del compliment, recorrent a un sistema de presentació grupal i monitorització que ens permeti detectar els possibles problemes que puguin aparèixer durant la seva aplicació.

Els fets ja esmentats del desconeixement del recurs per part dels usuaris i familiars, de les especials connotacions de les estades en aquests centres així com dels propis usuaris, i el desig de millorar la satisfacció dels mateixos basant-nos en facilitar l' adaptació i disminuir l'estrès, ens ha portat a concentrar els nostres esforços en el procés d'acollida i per tant, a crear un protocol específic per aplicar-lo en aquest aspecte concret.

Són diversos els autors que han anomenat el concepte d'acollida i tots ells, tot i que amb matisos, són prou coincidents:

- *"El objetivo de un protocolo de acogida, es mejorar la información y el trato personalizado del paciente cuando ingresa".<sup>22</sup>*
- *" Acoger es recibir, admitir a alguien en nuestra casa, que en este caso será el propio sistema sanitario".<sup>23</sup>*
- *"Que en el proceso de cambio que va a experimentar el paciente cuando esté ingresado, se sienta reconocido en su nuevo entorno. Conseguir integrar al paciente en su nueva unidad, que se sienta seguro, conozca a su enfermera de referencia y tenga a la salida una buena imagen del centro".<sup>25</sup>*
- *"La aplicación de un protocolo de acogida al paciente en el momento del ingreso basado en la relación de ayuda, modifica la ansiedad situacional y mejora su bienestar".<sup>25</sup>*
- *"La acogida estructurada al paciente con actitud terapéutica, conduce a mejorar la adaptación al medio del centro y a establecer una relación de confianza que facilita la expresión del sentimiento del paciente".<sup>25</sup>*

Un estudi realitzat per Oinarri, destaca com a positiva l' experiència amb el treball d'un grup multidisciplinar, que ha permès concatenar una sèrie d'accions en el desenvolupament del protocol d'acollida basades en el consens i el respecte mutu, des d'una visió integral del pacient i entenent l' acollida com un procés en el que intervindran diferents equips professionals.<sup>23</sup>

Altres autors, defineixen el protocol d'acollida com un instrument de comunicació en la continuïtat de cures infermeres que permet obtenir una informació clara, precisa i actualitzada dels usuaris, per tal de poder planificar adequadament el pla de cures en relació a les necessitats i problemes descrits.<sup>26,27</sup>

En el nostre estudi, considerem l' acollida com tot un procés de fases diferents, i no tant sols el moment de l' ingrés, en el qual les accions estan planificades de

manera personalitzada per cada usuari i sempre amb un equip interdisciplinar. Tot i que sí existeixen diferents protocols d'acollida en diversos centres, hem creat aquell que ens ha semblat més complet per poder arribar a l'objectiu final de millorar la satisfacció de l'usuari, afavorint la seva adaptació i disminuint al màxim l'estrès que pugui causar-li l'ingrés en aquest tipus de recurs. L'estudi serà un comparatiu del grau d'adaptació i satisfacció dels usuaris (i família) als qui no hem aplicat el protocol d'acollida, i d'aquells als quals sí els hi hem aplicat.

## **HIPÒTESI**

El grau de satisfacció de l'usuari i família, així com l'adaptació de l'usuari a un centre sociosanitari, millora amb un procés d'acollida.

## **METODOLOGIA**

Es planteja un estudi en dos fases:

1<sup>a</sup>. Fase: Estudi observacional descriptiu longitudinal (post-facto). En aquesta fase, s'avaluarà el grau de satisfacció i adaptació en usuaris ingressats en el centre.

2<sup>a</sup>. Fase: Estudi quasi experimental combinat amb un estudi longitudinal i de casos. En aquesta fase, s'escollirà a la població d'usuaris del Centre Mèdic Molins que se'ls hagi aplicat el procés d'acollida.

## **POBLACIÓ i MOSTRA:**

Tots els usuaris ingressats en el Centre Mèdic Molins.

## VARIABLES

**Variable independent:** Procés d'acollida a un nou usuari en un centre sociosanitari.

Contempla:

- Informació del recurs a l'usuari i/o família abans de l'ingrés.
- Concretar visita del centre previ a l'ingrés, si és possible.
- Acollida: dia de l'ingrés:
  - ❖ Presentar l'equip assistencial.
  - ❖ Mostrar l'habitació. Acomodar-lo.
  - ❖ Permetre objectes personals.
  - ❖ Presentació dels altres usuaris.
  - ❖ Informació de la normativa i horaris, així com dels seus drets i deures.
  - ❖ Establir una infermera de referència.
  - ❖ Identificar el familiar de referència.
- Seguiment de l'usuari en quant a la seva adaptació en reunions periòdiques de l'equip interdisciplinari.

**Variables dependents:**

- a) **Satisfacció de l'usuari i família:** Valoració favorable en l'enquesta de satisfacció de l'usuari i família sobre el procés d'acollida al mes d'haver ingressat.
- b) **Adaptació de l'usuari:** Procés mitjançant el qual l'usuari s'acomoda al centre i que es caracteritza per establir relacions socials amb els altres

usuaris i/o professionals i per l'absència de trastorns del son i d'alimentació de nova aparició i trastorns psicoafectius (ansietat i depressió) així com participació en les activitats al mes d'haver ingressat.

### **Variables intervinents:**

#### **1) Variables personals:**

- a) Sexe: Home  
Dona
- b) Edat: < 65 anys  
65-75 anys.  
> 75 anys.
- c) Estat civil: Casat/da  
Vidu/a  
Divorciat/da  
Solter/a.

#### **2) Variables formatives:**

- a) Formació acadèmica: Analfabet  
Sense estudis  
Estudis primaris.  
Estudis mitjos (secundària)  
Estudis universitaris.

### **3) Variables socials:**

#### **a) Vincle familiar: Familiar de referència**

- Fill/a
- Marit/muller
- Nebots/des
- Altres

#### **b) Motiu de l'ingrés:**

- Rehabilitació
- Convalescència
- Pal·liatiu
- Claudicació familiar
- Altres

#### **c) Recurs de procedència:**

- UFISS
- Hospital d'aguts
- At. Primària
- PADES
- Altres



## INSTRUMENTS DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

1. Enquesta de satisfacció a l'usuari i família.
2. Enquesta d'adaptació de l'usuari.
3. Registre de participació en les activitats de teràpia ocupacional.

Les enquestes han estat validades per un grup d'experts format per:

- Sra. M. Teixidor
- Sr. E. Pons

## DESCRIPCIÓ DEL PROCÉS

En una primera fase, realitzada entre els mesos d'octubre a desembre de 2002, es va dur a terme una primera recollida de dades en relació a la satisfacció i l'adaptació d'usuaris ingressats al Centre sociosanitari Molins de Rei i les seves famílies, mitjançant les enquestes esmentades anteriorment. Cal destacar, que en aquesta primera situació (actual i real en aquell moment), no s'havia aplicat cap procés d'acollida protocolitzat, doncs no existia.

L'enquesta d'adaptació es va adreçar a les infermeres i terapeuta ocupacional del Centre, que van respondre valorant el grau de participació i implicació dels usuaris en les diferents activitats (relacions personals, higiene, alimentació,...).

La de satisfacció la varen respondre els usuaris (sempre i quan estiguessin en situació de poder-ho fer) o bé, la família.

La mostra-població en aquest cas, eren tots els usuaris ingressats en el Centre abans del 1 de Gener de 2003.

Durant aquest temps, vàrem crear el protocol d'acollida que presentem en l'apartat d'annexes, essent aplicat per primera vegada als pacients que ingressaren a partir del 1 de Gener de 2003.

A cadascun d'aquests usuaris se'ls va realitzar les mateixes enquestes d'adaptació i satisfacció utilitzades en la primera fase, i ho vàrem fer als 30 dies de l'ingrés al Centre (temps que vam considerar adient per poder afirmar que el protocol d'acollida s'havia dut a terme pràcticament en la seva totalitat).

A 30 de Juny de 2003, disposem de 57 enquestes de la primera fase (abans de l'aplicació del protocol) i tant sols 26 de la segona fase (amb el protocol aplicat).

La recollida de dades ha estat tractada mitjançant el paquet estadístic SPSS per WINDOWS, tractament de textos amb WORD i tractament de gràfics amb EXCEL.

A partir d'aquí, es valoren els resultats obtinguts, s'extrauen les conclusions i es presenten les propostes.

## RESULTATS DE L'ESTUDI

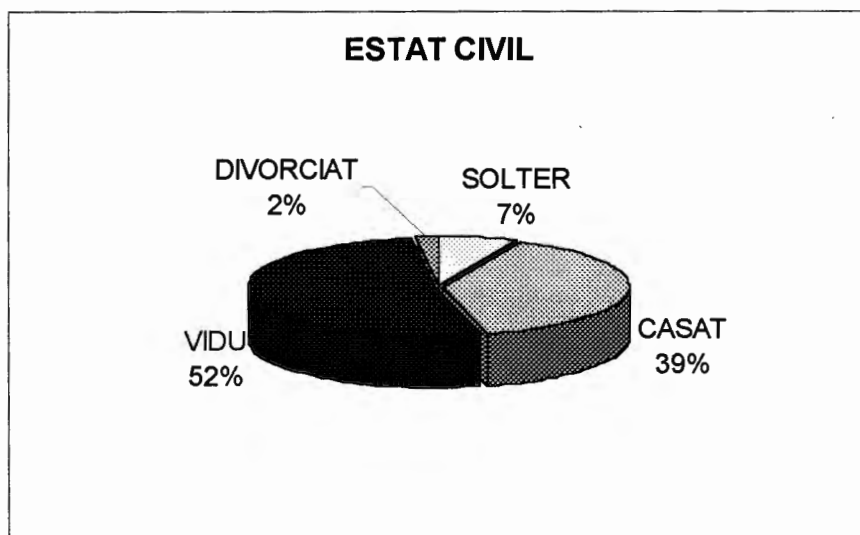
La recollida de dades de l'estudi es va realitzar entre el 1 d'octubre del 2002 i el 30 de juny del 2003, participant un total de 83 usuaris del Centre Mèdic de Molins de Rei. (Barcelona). D'aquests, a 57 no se'ls va aplicar el procés d'acollida i sí se'ls va aplicar a 26.

### a) Característiques socio- demogràfiques de la mostra

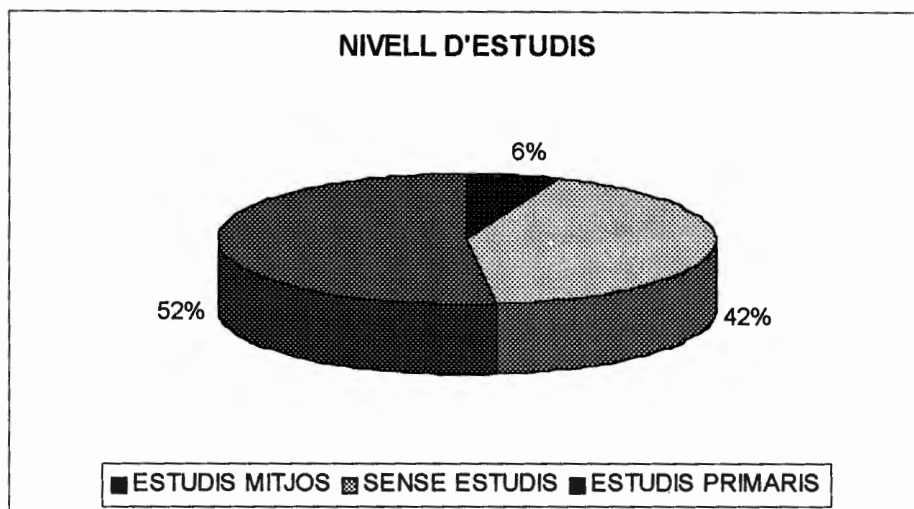
L'edat mitjana dels usuaris és de 81,2 anys amb DE : 7,56 anys.

El sexe femení predomina amb un 67,5 %.

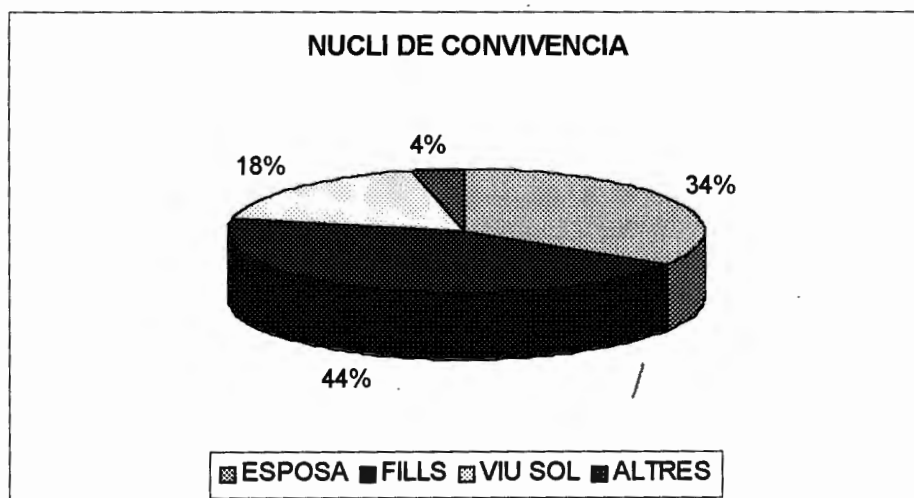
En quant a l'estat civil, el 51,8 % són vidus, seguit d'un 38,6 % casats, 7,2% solters i un 2,4 % divorciats.



El nivell d'estudis de la mostra consisteixen en un 51,8 % amb estudis primaris, un 42,2 % sense estudis i un 6 % d'estudis mitjans.

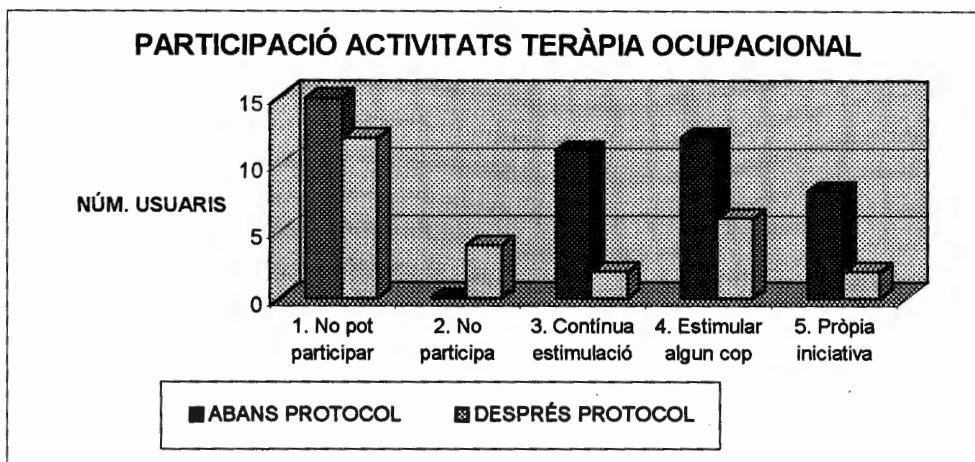


Del total dels usuaris, el 44,6 % viu amb els fills, el 33,7 % amb el cònjuge, un 18,1 % viu sol i el 3,6 % viu amb altres familiars com els nebots, germans... usuaris del nostre estudi procedeixen de dues unitats funcionals, el 30 % d'hospital de dia i el 70 % de llarga estada.



## b) Resultats d'adaptació

Els resultats en quant a la participació i implicació respecte les activitats de teràpia ocupacional trobem que el 32,6 % dels usuaris no pot participar degut al seu grau de deteriorament. Cal destacar que el 23,9 % precisa contínua estimulació per dur a terme les activitats. Només el 17,4 % dels usuaris duu a terme l'activitat per pròpia iniciativa o està molt implicat en les activitats de teràpia ocupacional. Després d'aplicar el protocol i amb una  $p=0,002$  trobem que els usuaris necessiten menys estimulació per a realitzar les activitats de teràpia ocupacional i com a negatiu destacar que participen menys en les activitats després del protocol.



Respecte les relacions interpersonals que s'estableixen durant les activitats de teràpia ocupacional, no destaquen grans diferències entre els usuaris que no es relacionen (17,4%) amb els que sí ho fan ja sigui amb estimulació (23,9%) com espontàniament (19,6%). En aquest apartat no hem trobat relacions ES després d'aplicar el protocol.

En la dinàmica de les unitats, en les relacions interpersonals dels usuaris cal destacar que el 35,1% no es relaciona gens amb la resta d'usuaris, el 19,3% ho fa amb molta estimulació i el 17,5 % es relaciona de forma espontània i respectuosa.

En un percentatge del 24,6% es relaciona respectuosament, però precisa de certa estimulació. Cal afegir que el 3,5 % es relaciona de forma agressiva. En aquest apartat no hem trobat relacions ES després d'aplicar el protocol.

En quant a la participació i implicació en les activitats que es realitzen en les diferents unitats, el 47,4% no pot participar, el 29,8% se l'ha d'estimular o animar esporàdicament perquè dugui a terme l'activitat i el 12,3% ho fa per iniciativa pròpia i està molt implicat en la dinàmica de la unitat. En aquest apartat no hem trobat relacions ES després d'aplicar el protocol.

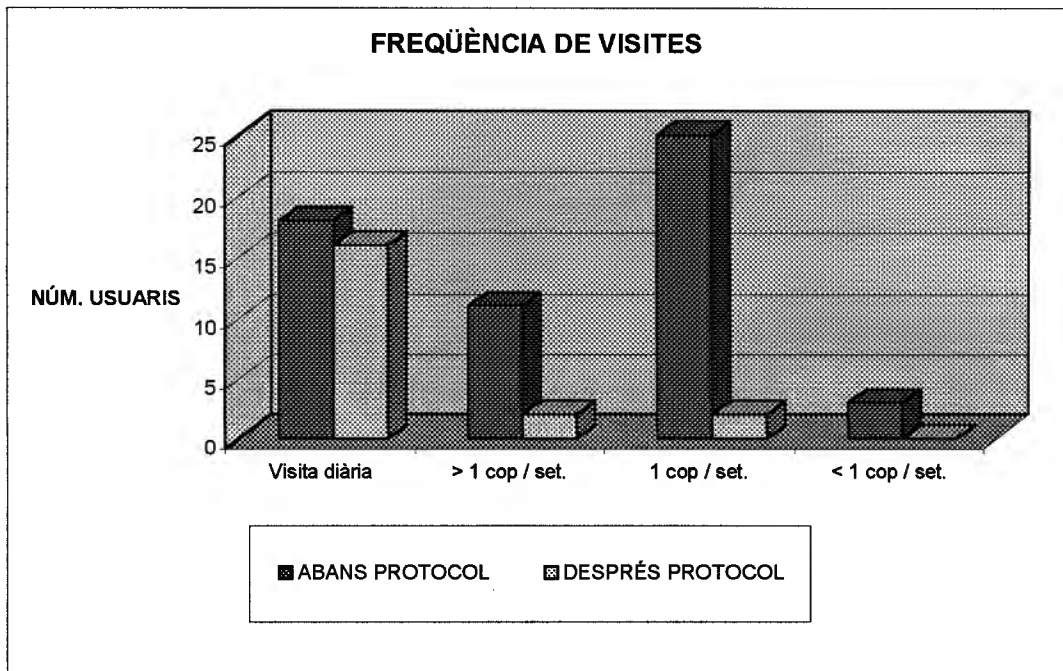
Respecte les relacions dels usuaris amb l'equip d'infermeria, destaca que el 26,3 % no es relaciona gens, després del protocol baixa a 7,7% ( $p=0,44$ ). Tant abans com després del protocol és aproximadament un 22% que es relaciona amb molta estimulació, el 28,1 % ho fa de forma espontània i adequadament i després baixa a un 15,4%. Cal destacar que el 21,1% es relaciona respectuosament però precisa de certa estimulació abans de l'aplicació del protocol i millora amb un 38,5% després de la seva aplicació. En quant a l'apartat d'agressivitat destaquem que empitjora després del protocol amb un 15,4% respecte el 3,4% d'abans del protocol.

Valorant l'actitud dels usuaris enfront algunes de les activitats de la vida diària, abans de l'aplicació del protocol d'acollida, destaquem que en l'alimentació el 45,6% no pot realitzar-ho per ell mateix per manca de força, el 26,3 % ho fa parcialment precisant ajuda, el 26,3% realitza aquesta activitat de forma autònoma i el 1,8 % podria realitzar aquesta activitat de forma autònoma però li manca voluntat. En aquest apartat no hem trobat relacions ES després d'aplicar el protocol.

En quant a l'activitat de vestir-se i desvestir-se, el 52,6% no pot realitzar-ho per manca de força, el 21,1% necessita ajuda parcial, el 17,5% es vesteix de forma autònoma i el 7 % li manquen coneixements per realitzar-ho de forma autònoma degut a la seva nova situació. Cal afegir que el 1,8 % li manca voluntat per dur a terme l'activitat. En aquest apartat no hem trobat relacions ES després d'aplicar el protocol.

Respecte la higiene, trobem que el usuaris que no poden realitzar aquesta activitat per manca de força representa el 57,9%, el 17,5 % ho pot realitzar de forma parcial i el 17,5 % és autònom en aquesta activitat. El 3,5 % li falten coneixements per realitzar-ho degut a la nova situació i que el 3,5% no ho vol realitzar. En aquest apartat no hem trobat relacions ES després d'aplicar el protocol.

Un altre aspecte que hem valorat en l'adaptació dels usuaris és la importància de la relació amb la família. Amb aquest propòsit s'ha analitzat els següents aspectes: (1) la freqüència de les visites on el 31,6% el visita diàriament i després del protocol augmenta fins a un 80% amb una  $P=0,002$ , el 19,3 % ho fa més d'un cop a la setmana, després ho fa un 10%; el 43,9% un cop a la setmana, després un 10% i per últim el 5,3% el visita menys d'un cop a la setmana i després del protocol no hi ha cap usuari que rebi menys d'una visita setmanal. Totes aquestes dades surten ES.



(2) Actitud de l'usuari amb la família: el 61,4% es mostra content amb la relació amb la seva família i el 38,6 % es mostra indiferent. Aquestes dades milloren després d'aplicar el protocol però no surt una "P" significativa.

(3) Actitud de la família amb l'usuari: el 77,2% de les famílies estan implicades en l'atenció del seu familiar, després del protocol millora fins a un 90%, el 15,8 % té una actitud de sobreprotecció amb l'usuari, després no hi ha cap i per últim el 7% no s'implica en el procés assistencial del seu familiar i després del protocol es un 10%. Destaquem que en general hi ha una tendència a la millora de la implicació familiar i una disminució de la sobreprotecció, amb una  $p= 0,163$ .

Cal mencionar que en el 77,2 % de les famílies no canvia el seu patró de relació respecte a hàbits anteriors a l'ingrés, mentre que el 22,8% s'observa un canvi de relació després de l'ingrés. Després del protocol els percentatges són de 90% i el 10% respectivament, però no és ES.



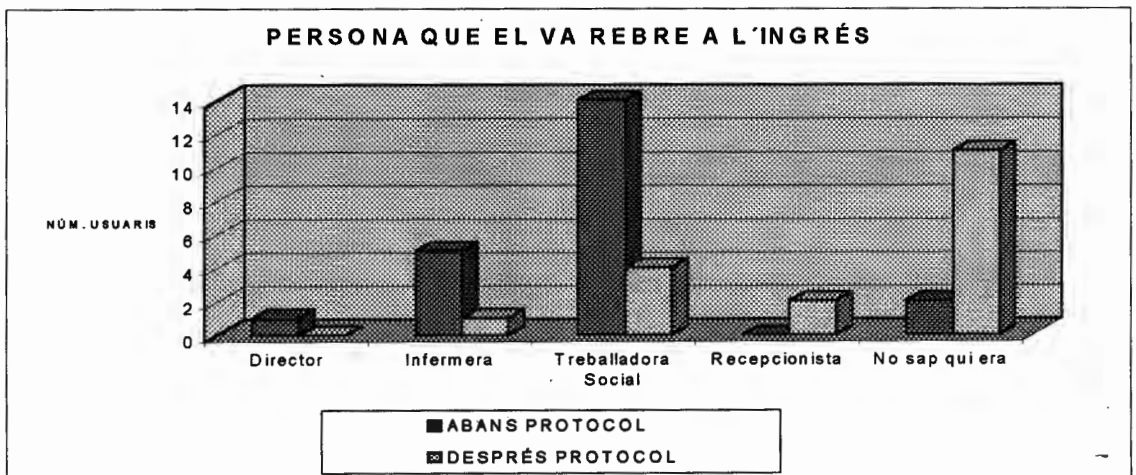
c) Resultats de l'enquesta de satisfacció.

L'enquesta de satisfacció fou emplenada pels usuaris i la família de forma separada.

A continuació, mostrarem els resultats obtinguts pels usuaris i famílies abans i després de l'aplicació del protocol.

En primer lloc, comentarem la percepció de l'acollida en el moment de l'ingrés.

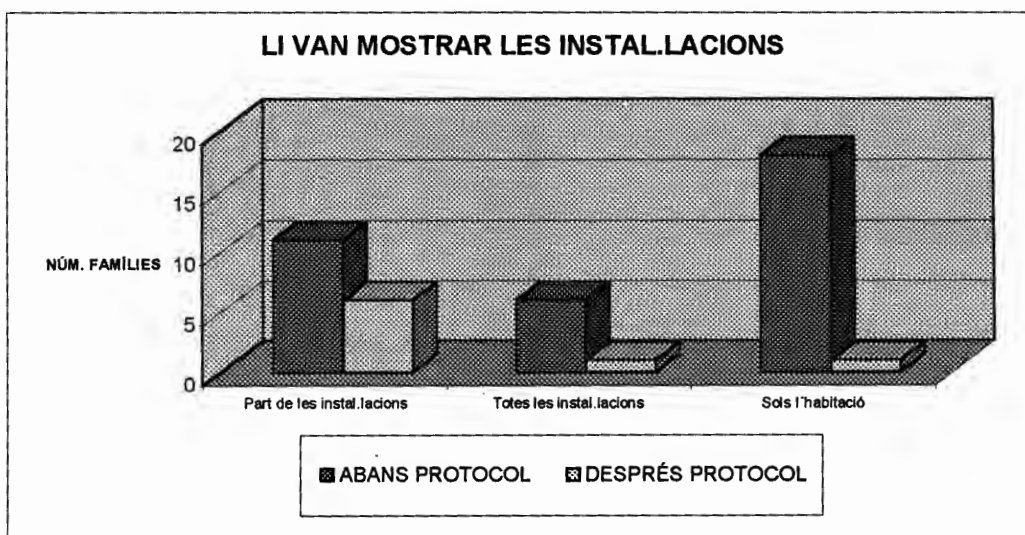
En el grup dels usuaris, el professional que desenvolupa la rebuda és amb un 35% la treballadora social i en un 22,7% la infermera, després del protocol aquests dos professionals també són els més importants amb un 10% i un 11% respectivament, però cal destacar que ha empitjorat el fet de que no sabien qui els havia rebut amb un 61,1%. Totes aquestes dades amb una  $p=0,002$ .



En el grup de la família, el professional que realitza la rebuda és amb un 48,6% la treballadora social i amb un 34,3% la infermera. Després del protocol, la infermera acull a un 75% i la treballadora social a un 25% dels usuaris, però la "p" no és ES

En el dia de l'ingrés.

La família respon en un 51,4% que sols se li mostrà l'habitació i el 31,4% se li va mostrar part de les instal·lacions. Després del protocol això millora ja que a un 75% se'ls mostra part de les instal·lacions i a un 12,5 % només l'habitació. No és ES, però la significació és alta amb una  $p=0,06$



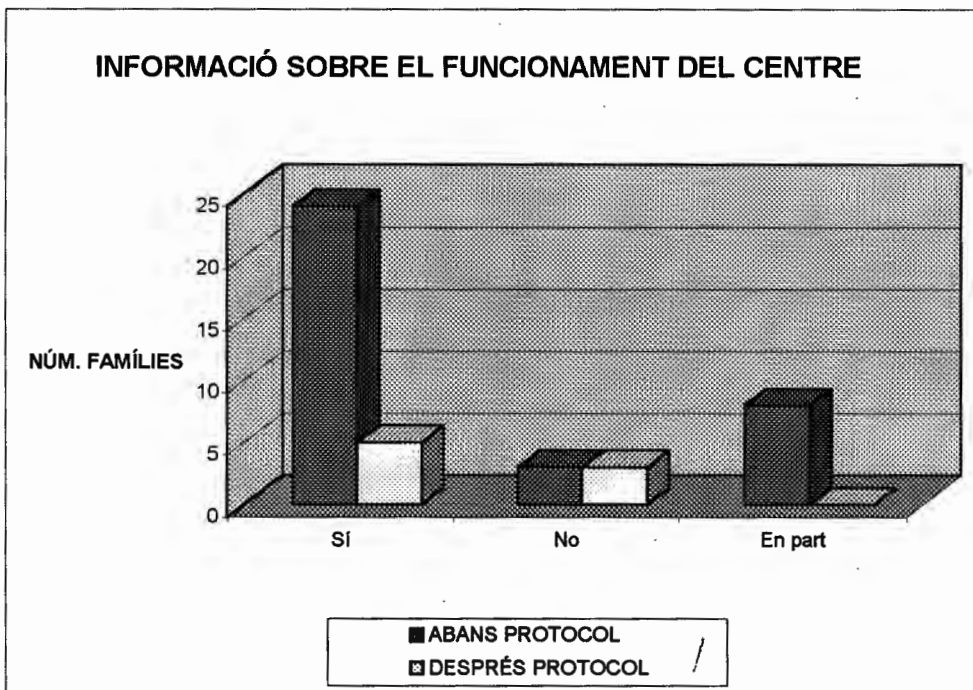
A l'usuari en un 31,8%, se li mostrà part de les instal·lacions i un 45,5 % sols l'habitació. Després del protocol, millora el nombre d'usuaris a qui se'ls va mostrar part de les instal·lacions amb un 56,3%. Sols l'habitació se'ls va mostrar pràcticament al mateix percentatge que abans: un 43,%. Tot això amb una  $p= 0,08$ .

Respecte la presentació de l'equip professional a l'ingrés, s'observa que en els usuaris se'ls va presentar en un 40,9 % i va baixar fins a un 31,3% després del protocol, però no és ES. En quant a la família també empitjora des d'un 50% que se'ls va presentar abans fins a un 25% després del protocol, però la "p" tampoc és ES.

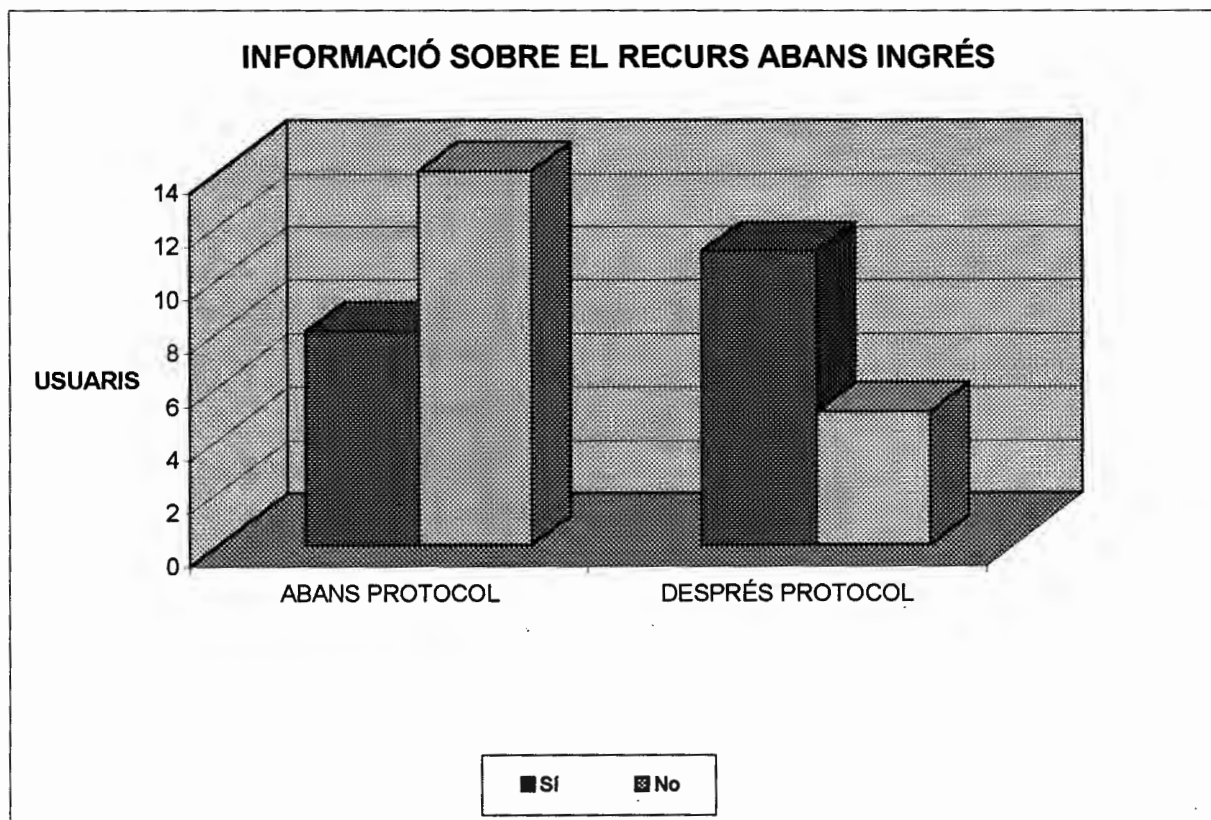
pràcticament al mateix percentatge que abans: un 43,%. Tot això amb una  $p= 0,08$ .

Respecte la presentació de l'equip professional a l'ingrés, s'observa que en els usuaris se'ls va presentar en un 40,9 % i va baixar fins a un 31,3% després del protocol, però no és ES. En quant a la família també empitjora des d'un 50% que se'ls va presentar abans fins a un 25% després del protocol, però la "p" tampoc és ES.

Valorant la informació rebuda durant tot el procés assistencial destaquem que més del 60% de les famílies han estat informades sobre el funcionament del centre tant abans com després del protocol, amb un  $p=0,056$ . En quant als usuaris se'ls va informar a un 61,9% abans, i després del protocol tan sols a un 56,3% però no és ES.



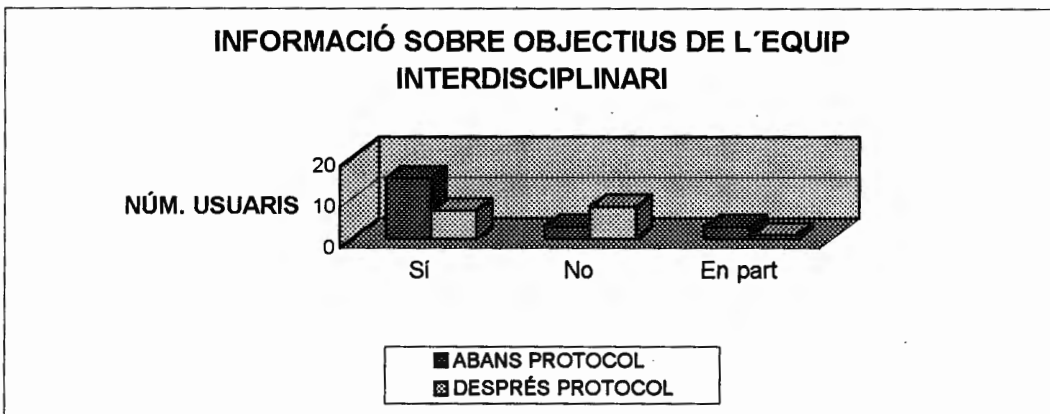
Hi ha una millora en quant a la informació rebuda sobre el tipus de recurs al qual s'ingressava, en els usuaris se'ls va informar abans a un 36,4%, i després del protocol augmenta fins a un 68,8% amb una  $p= 0,049$ , per tant ES. Respecte a les famílies aquests percentatges empitjoren cap a la desinformació després del protocol, però no surt ES.



En quant a la informació rebuda sobre el procés de la seva malaltia, tant en l'usuari com en la família després d'aplicar el protocol s'observa un empitjorament. Abans del protocol, la família està informada en un 90%, i després tant sols en un 18,8%. Aquest percentatge és similar en els usuaris.

En l'apartat de la informació rebuda en relació a les accions de tractament o rehabilitació trobem que tant en l'usuari com en la família hi ha un empitjorament de la informació, però no surt ES. Per exemple en l'usuari, abans del protocol van ser informats el 37,8% i després tant sols un 18,9%. En la família varia d'un 63,6% a un 50%.

Els resultats dels objectius establerts per l'equip interdisciplinari han estat informats en els usuaris en un 64,7% abans, i després del protocol en un 50%, no és ES. Abans del protocol, la família està informada en un 71,4%, i després en un 43,8% amb una "p" important de 0,061.



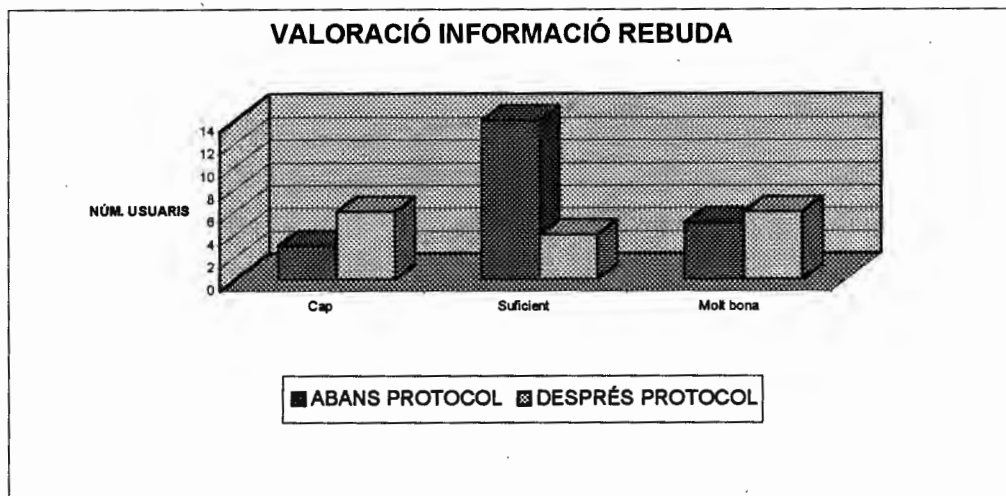
Cal destacar que en el cas dels usuaris només el 61,9% ha entès les explicacions que li han donat i després del protocol el 43,8%. En la família hi ha una variació, un 82,4% de les famílies han entès les explicacions i després del protocol un 61,9%, però no és ES.

De les explicacions donades als usuaris i famílies, més del 80% han estat informades de forma oral i un 5-9% en format escrit. Després del protocol

augmenten els percentatges tant d'usuari com família en rebre la informació de forma escrita, però no és ES.

La percepció de la informació rebuda va ser suficient en un 85,7% de les famílies i un 81,8% dels usuaris, després del protocol baixa fins a un 62,5% i un 68,8% respectivament. No és ES. Un 93,1% de les famílies opina que la informació va ser clara i entenedora, després del protocol baixa fins a un 87,5%, però no és ES. En els usuaris varia d'un 90,5% a un 75% després del protocol en quant a que la informació era clara i entenedora, amb una  $p=0,2$ .

La valoració de "informació molt bona" va ser d'un 22,7% en els usuaris abans del protocol, i després millora fins a un 37,5% amb una  $p=0,05$ . En la família abans del protocol, destaquem una valoració d' "informació suficient" i després es manté, però no és ES.

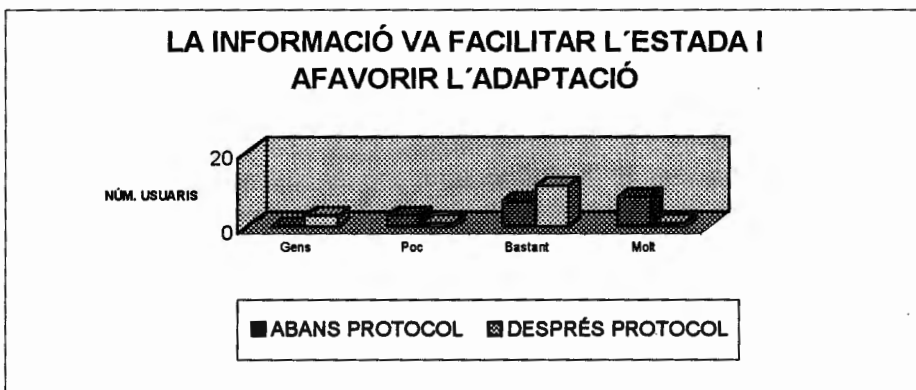


L'efecte de la informació rebuda durant la seva estada en l'usuari ha estat suficient en un 72,7% i després del protocol destaquem que no han rebut cap informació en un 56,3%. Tot això amb una  $p=0,004$ . En quant a la família, el 51,5% va rebre

informació suficient abans del protocol, i després un 75% va opinar que era suficient. Aquest no és ES.

La informació rebuda durant l'estada el va fer sentir millor en un 80% dels usuaris i després del protocol a un 42,9%, però no és ES. La família se sent millor en un 87,5% dels casos i després del protocol en un 100%, però no és ES.

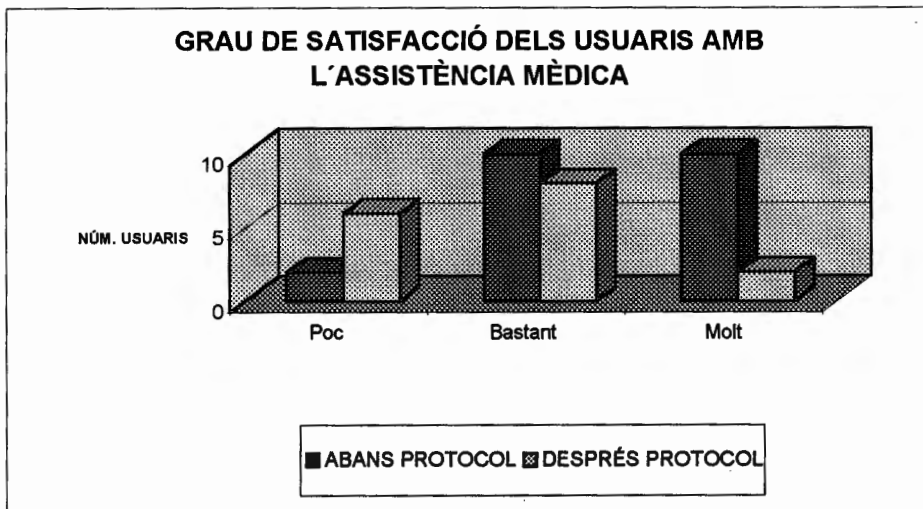
La informació rebuda va facilitar l'estada i afavorir l'adaptació molt a un 43.3%, segons la família i després del protocol a un 100% el va afavorir bastant amb una  $p= 0,028$ . En els usuaris el 44,4% creu que afavoreix molt i després del protocol un 68,8% creu que bastant. ( $p = 0,017$ )



Seguidament, descriurem el grau de participació dels usuaris i famílies en el procés assistencial. En el cas de les famílies, un 85,7% va sentir que es va tenir bastant en compte la seva opinió en relació el tractament, activitats i preparació a l'alta, després del protocol va ser d'un 37,5%, (no ES.) En quant a l'usuari un 50% opina que es va tenir en compte bastant la seva opinió i després del protocol un 37,5% també opina que bastant. (No ES.)

Seguidament, descriurem el grau de participació dels usuaris i famílies en el procés assistencial. En el cas de les famílies, un 85,7% va sentir que es va tenir bastant en compte la seva opinió en relació el tractament, activitats i preparació a l'alta, després del protocol va ser d'un 37,5%, (no ES.) En quant a l'usuari un 50% opina que es va tenir en compte bastant la seva opinió i després del protocol un 37,5% també opina que bastant. (No ES.)

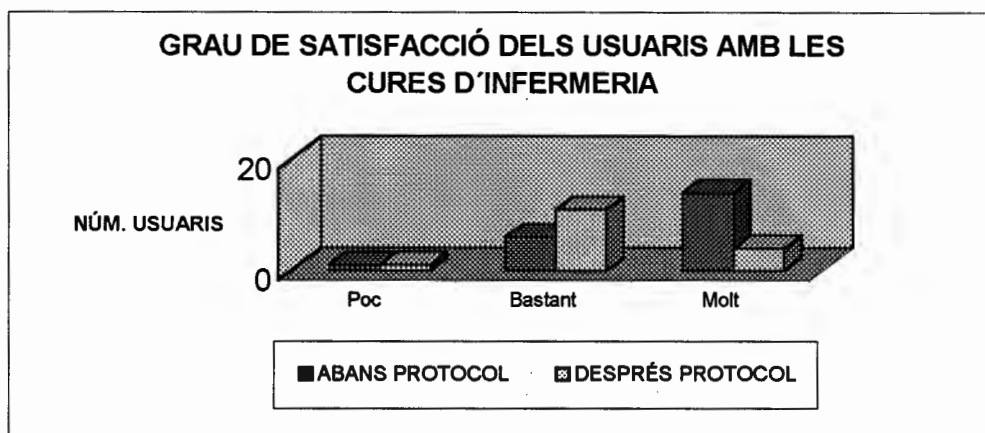
En quant el grau de satisfacció dels usuaris i família amb els professionals implicats en la seva atenció, ens trobem que l'assistència mèdica ha estat valorada pels usuaris com "bastant" adequada en un 45,5%, igual percentatge en "molt", després del protocol destaquem un 50% que opinen que va ser "bastant" amb una  $p = 0,03$ , Empitjora en "poc", ja que passem d'un 9,1% a un 37,5%. En quant als familiars, abans del protocol un 60% opinen que l'assistència mèdica és molt bona i després del protocol un 62,5 opina que és bastant bona.(No ES.)



En quant a l'equip d'infermeria, els usuaris valoren com " molt" adequada l'assistència d'infermeria en un 66,7% i després del protocol de "bastant" amb un



68,8% amb una  $p=0,039$ . En les famílies abans del protocol destaquem una assistència "molt" adequada en un 75% i després del protocol "bastant " en un 62,5%. (No ES.)



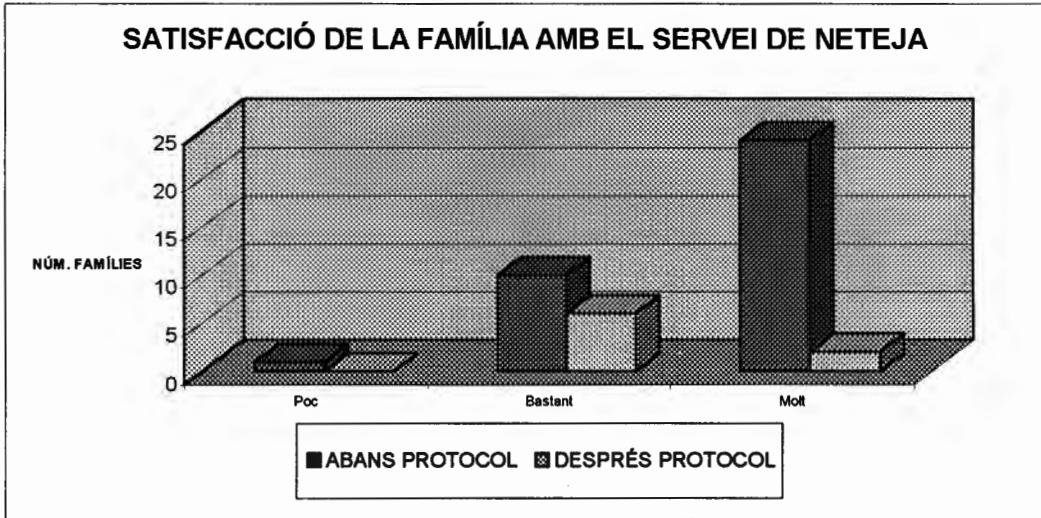
Respecte la treballadora social, el 68,4% dels usuaris manifesten estar "molt" satisfets, després del protocol estan "bastants" satisfets un 62,5% ( $p=0,069$ .) En quant a la família un 77,1% opina que el servei d'assistència social és molt adequat i després del protocol baixa fins a un 50%. (No ES.)

Valorant els serveis de fisioteràpia, un 40% de les famílies va manifestar estar molt satisfets, després del protocol un 42,9%. (No és ES.) En quant als usuaris, el 53,3% va pensar que era molt adequat i després del protocol un 43,8%. (No ES.)

Respecte la valoració dels serveis oferts pel centre, el servei de catering ha satisfet molt al 50% dels usuaris abans del protocol i després ha satisfet bastant al 43,8%. (No ES.) En quant a les famílies, ha satisfet molt al 57,6% i després del protocol al 50%. (No ES )

El servei de neteja ha estat valorat en un 59,1% pels usuaris com molt satisfet, després del protocol un 43,8%. (No és ES.) En les famílies, el 68,6% opina que

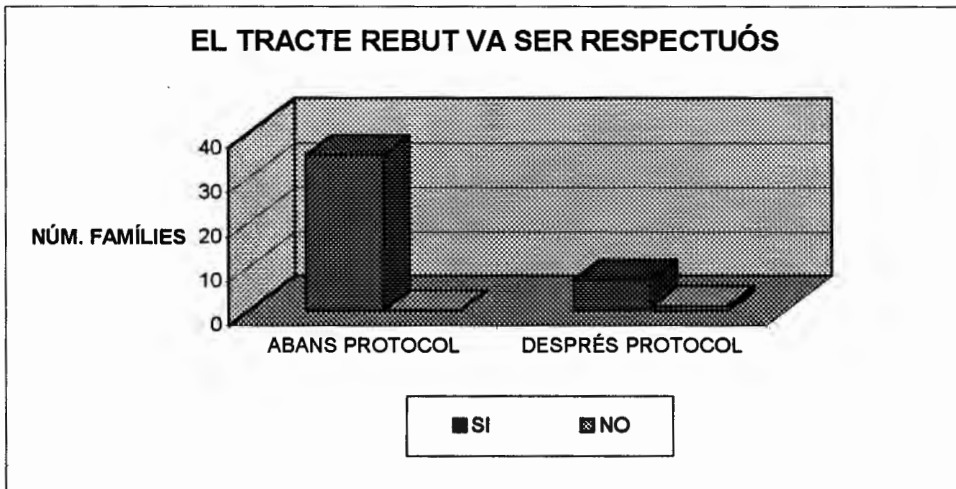
està molt satisfet pel servei de neteja abans del protocol, i després un 75% opina que bastant. ( $p=0,049$ .)



El servei d'animació ha satisfet les expectatives en "bastant" en un 38,5% de les famílies (previ protocol) i després en "molt" en un 50%. (NO és ES.) En quant als usuaris, un 38,9% opina que són bastants, i després del protocol un 50%. (No és ES.)

El 81% dels usuaris no ha trobat a faltar cap servei, després del protocol un 66,7%. Però no és ES. En quant a la família. el 82,9% no ha trobat a faltar cap servei i després un 87,5%. (No és ES.)

Finalment, la valoració en el tracte rebut per part del personal ha estat d'atent, respectuós, segons la família en un 100% i després del protocol en un 87,5%, amb una  $p=0,034$ . Segons els usuaris tant abans com després del protocol el tracte rebut va ser amable i respectuós en el 100% dels casos.



## VALORACIÓ DELS RESULTATS.

### RESULTATS EN RELACIÓ A L'ADAPTACIÓ

Inicialment, cal destacar que els resultats comparatius entre abans i després de l'aplicació del Protocol, no són ES a excepció dels següents apartats:

1. Participació i implicació en les activitats de Teràpia Ocupacional.
2. Freqüència de les visites.

En concret, en l'apartat 1., els resultats mostren un empitjorament de l'adaptació en aquells usuaris que han rebut el Protocol.

A priori, això ens ha semblat sorprenent (si més no, el grau d'adaptació hauria de ser similar) però, coneixent la mostra, té una explicació coherent; Aquells usuaris que no han rebut el Protocol tenen una estada mitja de més de 1 any, i aquells que sí l'han rebut són al Centre des de fa un mes.

Això ens fa pensar que els primers tenen un alt grau d'adaptació en el moment de la valoració per les enquestes, i en aquell punt de "no pot fer-ho" ja havien evolucionat a un nivell més alt de participació. En el cas del segon grup, el percentatge dels qui s'engloben al "no pot fer-ho" és més elevat, doncs el seu temps d'estada i rehabilitació no ha estat suficient per evolucionar a aquest més alt nivell de participació.

Valorant l'apartat 2., que tracta la importància de la relació amb la família en el procés d'adaptació, el resultat ha estat molt significatiu i ens demostra la influència positiva del Protocol, la implicació dels familiars en el procés assistencial, concretament en l'augment de la freqüència de les visites. Això podria respondre a un canvi en les actituds del personal que s'ha observat en la pràctica diària, i que és conseqüència de la relació que s'estableix des del primer moment entre l'equip interdisciplinari i la família, segons les pautes del Protocol creat.

En la mateixa línia, trobem un altre apartat que, tot i no ser ES ( $p=0,1$ ), mostra una tendència a disminuir la sobreprotecció dels familiars envers l'usuari així com una millora en la implicació en tot el procés.

## RESULTATS EN RELACIÓ A LA SATISFACCIÓ

En quan als resultats del grau de satisfacció comparats entre abans i després de l'aplicació del Protocol, comentarem una sèrie de punts on sí hem trobat dades ES. En primer lloc, tot i que els professionals identificats majoritàriament com els que fan la rebuda són la infermera i la treballadora social en tots dos grups, es destaca un alt percentatge d'usuaris que han rebut el Protocol que no sap identificar el professional que l'ha rebut. Aquest resultat pot tenir dues lectures: d'una banda, els usuaris del grup del Protocol porten poc temps al Centre i en el moment de l'ingrés tenen un grau suficient d'estrès com per no poder assimilar tota la informació rebuda i no recordar qui els va rebre. D'altra banda, els usuaris que no

aquell moment qui els va rebre (doncs ja coneixen perfectament tot l'equip interdisciplinar) sense que això ens demostrï que ho podrien haver fet amb tant sols un mes d'ingrés.

En quant a la mostra de les instal·lacions, apareix una tendència a la millora reflectida tant pels usuaris com pels familiars que han rebut el Protocol, doncs a l'arribar no se'ls mostra tant sols l'habitació, sinó que se'ls mostra part de les altres instal·lacions del Centre.

Un altre aspecte a comentar està relacionat amb la informació rebuda durant el procés assistencial. En molts dels punts no hem trobat dades ES, però destacarem aquelles que sí ho són:

1. Tot i que les dades es mostren ES en quant a la informació que ha rebut la família en relació al funcionament del Centre, les diferències no són significatives entre abans i després de l'aplicació del Protocol.
2. S'observa una millora en la percepció de la informació rebuda sobre el tipus de recurs al qual s'ingressa.
3. Detectem una tendència a un empitjorament en la percepció de la informació donada en relació als objectius establerts per l'equip interdisciplinar. En aquest punt considerem que de nou, hi ha una gran influència de la diferència del temps d'estada dels dos grups de l'estudi, la qual cosa fa que aquell grup que no ha rebut el Protocol (i per tant porta més temps al Centre) hagi assolit més objectius i en tingui més informació al respecte.
4. La valoració de l'usuari en relació a la qualitat de la informació rebuda, millora en aquells que han rebut el Protocol.
5. L'usuari detecta més desinformació després de l'aplicació del Protocol (cosa que no concorda plenament amb les dades detectades al valorar altres punts), i en canvi, ha augmentat el percentatge de familiars que consideren estar més informats (tot i que les dades recollides no han estat

ES). Aquesta lleugera discordància d'aquests resultats pot explicar-se des de dos punts de vista. D'una banda, és important destacar que la tendència en general és la de donar més informació als familiars, i de l'altra, que l'usuari mostra més confiança i seguretat a l'hora de demanar informació a mida que augmenta el seu temps d'estada al Centre.

6. "La informació rebuda ha facilitat l'estada i ha afavorit l'adaptació". En aquest punt sí hem trobat dades ES, i els resultats obtinguts tant d'usuaris com de familiars mostren un augment important en el percentatge d'aquells que consideren que la informació rebuda amb l'aplicació del Protocol els ha facilitat l'adaptació al Centre. En les dades trobem prou significació estadística com per afirmar-nos més en la idea de que, moltes de les respostes donades a preguntes anteriors (totes elles més específiques) estan determinades pel temps d'estada, però al fer la valoració global de la utilitat de la informació en general, la valoració ha estat molt positiva.
7. Si seguim valorant les dades que han aparegut com ES, ens trobem en la valoració de la qualitat de l'assistència mèdica. Hi ha una pitjor valoració en aquelles persones que han rebut el Protocol. Tenint en compte que els professionals mèdics són els mateixos, i que l'aplicació del Protocol comporta una assistència més acurada i més personalitzada, es fa difícil pensar que aquesta assistència hagi estat pitjor. Un cop més pensem que els usuaris d'aquests tipus de Centres necessiten un temps d'estada molt ampli per adaptar-se, i és possible que el període de 30 dies escollit per fer les enquestes no hagi estat suficient per valorar plenament la implantació del Protocol.
8. En els casos de la qualitat assistencial de l'equip d'infermeria, la valoració ha estat positiva i molt similar en tots dos grups. El mateix fet es dona en relació a la treballadora social.
9. En relació a la valoració de la neteja del Centre, i tot i que en tots dos grups apareixen resultats molt similars, les dades són ES.

10. Finalment, i amb dades ES, la valoració feta pels familiars dels usuaris a qui se'ls ha aplicat el Protocol en relació al tracte rebut per part del personal, és pitjor que la valoració feta pels familiars de l'altre grup.

## CONCLUSIONS

Fruit de l'experiència i de la coneixement del recurs socio sanitari, es va plantejar la nostra hipòtesi. La recerca bibliogràfica per la confecció del Marc Teòric, ens va guiar per determinar els punts més importants a introduir en el nostre Protocol mitjançant diversos estudis publicats en la literatura i articles revisats (informació justa i en el moment precís, tracte, implicació en el procés, treball interdisciplinari,...).

Valorant els resultats obtinguts, ens trobem que una gran majoria no són estadísticament significatius i per tant no ens permeten treure conclusions concretes i demostrables. D'altra banda, hi ha una gran divergència entre molts dels resultats que sí han estat estadísticament significatius i els resultats d'estudis similars que es mostren al Marc Teòric.

Aquesta situació ens ha portat a fer una revisió de l'estudi i a reflexionar sobre les possibles causes d'aquestes divergències, que algunes d'elles fins i tot ens han semblat contradiccions en la revisió global dels resultats.

Sens dubte, la nostra reflexió arriba a una conclusió i aquesta és que detectem un error de mostreig. Aquells usuaris que van rebre el protocol, eren tots de nou ingrés i amb un temps d'estada mínim de un mes; Però els usuaris del primer grup (és a dir, els qui no van rebre el Protocol) tenien un temps mínim d'estada de 6 mesos i la gran majoria de 18 mesos o més.

Aquesta diferència important en el temps d'estada és totalment determinant a l'hora de valorar temes com l'adaptació i la satisfacció, especialment tractant-se

d'aquest tipus de recurs i de les connotacions especials dels seus usuaris i famílies. Els punts de vista de persones que s'estan en un centre d'aquesta mena des de fa almenys un any, no és comparable amb el d'una persona que tant sols porta un mes (fins i tot aplicant-li un protocol d'acollida).

## PROPOSTES

- Escollir una mostra per l'estudi de tal manera que els dos grups implicats tinguin les mateixes característiques en relació al temps d'estada, i a ésser possible més extensa que la mostra que hem disposat.

## BIBLIOGRAFIA



## BIBLIOGRAFIA

1. Cortés Blanco, M. El ingreso de un anciano en una residencia: propuestas para una mejor adaptación. *Medicina integral* 1993; Abril,21(7): 267-269.
2. Coserías, C; Galvan, MC; Gómez Alvarez, C; Ramirez Aleu, MD; Romero, M; Sánchez Cepillo, MJ. Las residencias de ancianos: una solución para la familia/sociedad o una solución para el anciano. *Enfermería Científica* 1995; Mayo-Junio, 158-159: 23-30.
3. Academia Suiza de las Ciencias Médicas. La persona mayor en una residencia. Recomendaciones sobre su estado, su modo de vida y los cuidados que necesita. *Labor Hospitalaria* 1997; Julio-Agosto, 49 (245): 270-272.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat. Atenció socio sanitària a Catalunya escenari evolutiu 2002-2005. Divisió d'atenció socio sanitària. Programa Vida als Anys.
5. Servei Català de la Salut. El model d'atenció sanitària a Catalunya.
6. Rodríguez Marín, J; Zurriaga Llorens, R. Estrés, enfermedad y hospitalización. Décima edición. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
7. Sandi, C; Venero, C; Cordero, MI. Estrés, memoria y trastornos asociados. Primera edición. Barcelona: Editorial ARIEL, SA, 2001.
8. Lehr, U. Psicología de la senectud. Herder.
9. Camps, R; Hernández, E; Martínez, J; Herrero, FJ; Camps, I; Pascual, A. Guía sanitaria de control y seguimiento de los residentes de un centro geriátrico. *Geriatría* 2000; Marzo 16 (3): 109-111.
10. Canes i Martí, C. Noves tendències en els models assistencials per a gent gran. *Infermeria Geriàtrica i Gerontològica* 1992; Octubre 7: 25-27.
11. Mauleón García, MA; Mauleón García, ME. Manejar la ansiedad. *Rol* 1992; Noviembre, 15 (171): 39-44.
12. Dingman, SK; Williams, M; Fosbinder, D; Warnick, M. Implementing a care model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing*.
13. Merkouris, A, Ifantopoulos, J; Lanara, V, Lemonidou, C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management* 1999; 7: 19-28.

14. Costa Estany, JM. Gestió de la qualitat total en un món de serveis. Barcelona: Edicions de Universitat Oberta de Catalunya, Gestió 2000.
15. Colom, D. El ojo que no cesa de mirar, el corazón que no deja de sentir. La satisfacción de los clientes. ASSB Octubre-Diciembre 2000; 4: 25-8.
16. Mahon, PY. An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24: 1241-1248.
17. Hill, J. Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25: 347-354.
18. Duarte Climents, G; Aguirre-Jaime, A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (1): 7-15
19. Calero, MJ; Calero, MD. Control de calidad asistencial. Evaluación de resultados: satisfacción del usuario. *Rol* 2000; 154: 33-40.
20. Drummond, H. La calidad total. El movimiento de la calidad. Bilibao: Ediciones Deusto, 1997.
21. Aizpuru Barandiaran, F. Barreras a la comunicación verbal y satisfacción del usuario en las consultas de MEDICINA General. *Gaceta Sanitaria* 1993; 7: 27-31.
22. Jimenez Villa, J. Programación y protocolización de actividades. *Monografías clínicas en atención primaria* 1990; 38-40.
23. Artola Serna, M. El protocolo de acogida al paciente como objetivo para humanizar la asistencia. *Oinarri* 1997; 10: 4-7.
24. Solé, I; Besora, A; et al. La visita de acogida. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (5): 238-243.
25. Royo Burillo, C; Brull Gisbert, T; et al. Protocolo de acogida en la unidad de urología al paciente que va a hospitalizarse. *Revista de la asociación española de enfermería en urología* 1994; V: -N53, Pgs: 5-9.
26. Jover Sancho, C; Subiana Casacuberta, M; et al. Relación de ayuda en el ingreso hospitalario. *Revista Rol de enfermería* 1995; 206.
27. Martínez Riera, JR. Informe de enfermería al ingreso: instrumento específico de interrelación. *Revista Rol de enfermería* 1999; 22 (2): 133-139.

Benvolgut / da usuari/a

Li donem la benvinguda al nostre centre.

El nostre model d'atenció és en part, diferent al model d'hospital d'aguts que vostè coneix. Aquest model basa la seva atenció tant en els aspectes físics, psicològics i socials; d'una manera global, integra i per diferents tipus de necessitats.

La seva estada aquí implica un pas més en la seva evolució, ja sigui en aspectes de recuperació, rehabilitació, manteniment de les capacitats que encara es conserven, acompanyament i/o confort.

Per donar aquest pas, un equip interdisciplinari format per metges, infermeres, auxiliars, fisioterapeutes etc.,...durà a terme tot un pla d'actuació durant un període perllongat i adaptat a les seves necessitats.

Es molt important la implicació de la família en aquest pla d'actuació i seguiment, així com la seva col·laboració sempre i quan sigui possible.

Així doncs, esperem que amb l'esforç d'aquest equip, de vostè i de la seva família puguem donar resposta a les seves necessitats, així com millorar, tant com sigui possible, la seva qualitat de vida.

La Direcció del Centre

---

---

## 1 **NORMATIVA PER ELS FAMILIARS DELS USUARIS INGRESSATS EN EL CENTRE**

---

■ Benvinguts al Centre Mèdic Molins .

Lli comuniquem que tot el personal del Centre volem desitjar-li que tingui una estada confortable i volem fer-li saber que cada dia treballarem al seu costat perquè això succeeixi.

■ Els serveis que ofereix l'àrea sociosanitària d'aquest centre estan emmarcats en el Programa "Vida als Anys", d'atenció a les persones grans amb malalties cròniques, de la Generalitat de Catalunya i concertat amb el Servei Català de la Salut (SCS) i l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS).

■ Els volem recordar que tot el que vostès facin perquè el seu familiar no perdi el contacte amb el seu entorn habitual ( visites el més freqüentment possible, venir a l'hora dels menjars, acompanyar-los , etc..) serà un factor favorable i millorarà l'estat de ànim del pacient. És important que portin objectes personals per l'habitació (fotografies de familiars, records i ) atès que tot ajuda a millorar l'orientació i a no sentir-se sol.

L'hora de dinar es a les 13h i el de sopar a les 19h

■ L'horari de visites és de 9h del matí a 9h de la nit.

Si per alguna raó, ara o mes avant, creu que no pot ajustar-se a aquest horari dirigeixis a la Treballadora Social (demani entrevista a la recepció del Centre)

Excepte en casos excepcionals no poden entrar nens.

■ Al ingressar han de portar i deixar en l'habitació:

- estris d'higiene personal
- mudes
- pijama
- sabatilles

■ No es pot portar al Centre en cap concepte ni menjar ni medicaments.

Perquè segons que tipus d'aliments podrien perjudicar la salut o la recuperació del seu familiar, i en el cas dels medicaments ha de controlar-los i administrar-los el servei de infermeria d'acord amb el metge responsable, des del moment de l'ingrés.

■ Si vostè desitja rebre informació de l'estat i evolució del seu familiar ingressat s'ha de dirigir al metge responsable.

Evidentment si l'estat de salut del seu familiar varia greument i el metge responsable així ho considera oportú, els serveis sanitaris del Centre es posaran en contacte amb vostè per a notificar-l'hi.

No es donarà cap altra informació per telèfon, ni tampoc cap membre del personal sanitari està autoritzat a donar informació, per tant dirigeixi's a qui pugui informar-li.

És molt important que la família demani la informació mitjançant un sol interlocutor (el familiar que va fer l'ingrés) per a evitar duplicitat d'informació i alhora mantenir la intimitat del malalt.

■ Si el seu familiar està seguint controls en Serveis Hospitalaris especialitzats, haurien d'informar a la infermera de planta del dia i hora de la visita per a gestionar des del Centre el servei de Transport Sanitari.

■ Cal que s'atenguin sempre a les indicacions del personal d'administració per a solucionar d'una manera efectiva i ràpida tots els tràmits d'ingrés, estada i d'alta.

■ El servei religiós es podrà obtenir demanant-ho a la infermera de planta.

■ Cap familiar o amic que no consti com familiar responsable d'un usuari en les dades d'ingrés, pot prendre decisions respecte a alta voluntària, trasllats, etc.

■ En el moment de l'ingrés se'ls citarà per a una entrevista amb el metge responsable i una altra amb la treballadora Social.

■ Estan a la seva disposició els fulls de reclamacions i suggeriments que podran sol·licitar a través de la treballadora social.

## 2 CONTACTI AMB NOSALTRES



C/ Pintor Carbonell 11 08750 MOLINS DE REI  
 Tel. 936 680 004 Fax. 936 801 144  
 e-mail [centremedicmolins@infonegocio.com](mailto:centremedicmolins@infonegocio.com)

---

### **3 DRETS DELS CIUTADANS EN RELACIÓ A LA SALUT I A LA ATENCIÓ SANITÀRIA**

---

#### **3.1 Drets relacionats amb la igualtat i la no – discriminació de les persones**

---

- Dret a l'atenció sanitària i als serveis de salut
- Dret a gaudir, sense discriminació, els drets reconeguts en aquesta carta
- Dret dels col·lectius més vulnerables davant d'actuacions sanitàries específiques

#### **3.2 Dret relacionats amb l'autonomia de les persones**

---

- Dret a ser informat prèviament, per tal de poder donar després el seu consentiment ( consentiment informat ) perquè se li realitzi qualsevol procediment diagnòstic o terapèutic .
- Dret del malalt a escollir entre les diferents opcions terapèutiques i de renunciar a rebre tractaments mèdics o les actuacions sanitàries proposades
- Dret del menor a ser consultat, a fi que la seva opinió sigui considerada com a factor determinant, en funció de la seva edat i del seu grau de maduresa, de les decisions en relació amb les intervencions que es puguin adoptar sobre la seva salut
- Tota persona té dret a viure el procés de la seva mort, d'acord amb el seu concepte de dignitat
- Dret que es tinguin en compte les voluntats anticipades, establertes mitjançant el document que correspongui

#### **3.3 Drets relacionats amb la intimitat i la confidencialitat**

---

- Dret a decidir qui pot estar present durant els actes sanitaris
-

- Dret a preservar l'intimitat del cos d'un pacient respecte d'altres persones
- Dret a ser atès en un medi que garanteixi la intimitat, dignitat, autonomia i seguretat de la persona
- Dret a la llibertat ideològica, religiosa i de culte
- Dret a la confidencialitat de la informació
- Dret a accedir a les dades personals obtingudes en l'atenció sanitària
- Dret que se li demani el seu consentiment, abans de la realització i difusió de registres iconogràfics

#### 3 4 Drets relacionats amb la constitució genètica de la persona

- Dret a la confidencialitat de la informació del seu genoma i que no s'utilitzi cap tipus de discriminació
- Dret a gaudir dels avantatges derivats de les noves tecnologies genètiques dins el marc legal vigent

#### 3 5 Drets relacionats amb la investigació i experimentació científiques

- Dret a conèixer si els procediments de pronòstic, diagnòstic, i terapèutics que s'apliquen a un pacient poden ser utilitzats per a un projecte docent o d'investigació que, en cap cas, no podrà comportar perill addicional per la seva salut. En tot cas, serà imprescindible l'autorització prèvia i per escrit del pacient, i l'acceptació per part del metge i de la direcció del centre corresponent .
- El pacient té dret a disposar d'aquelles preparacions de teixits o mostres biològiques provinents d'una biòpsia o extracció, amb la finalitat de facilitar la opinió d'un segon professional o la continuïtat de la assistència en un centre diferent



---

### 3 6 Dret relacionats amb prevenció de la malaltia i la promoció de la protecció de la salut

---

- El ciutadans tenen dret a tenir un coneixement adequat dels problemes de salut de la col·lectivitat que suposin un risc per la salut d'incidència i d'interès a la comunitat i aquesta informació es difongui en termes comprensibles, verídics i adequats per la protecció de la salut
- Dret a gaudir d'un medi ambient de qualitat
- Dret a consumir aliment segurs i aigua potable
- Dret a conèixer els plans, les accions i les prestacions en matèria de prevenció i protecció de la salut , i a saber com es fan efectives
- Dret a rebre les prestacions preventives dins el marc de la consulta habitual
- Dret a rebutjar aquelles accions preventives que es proposin en situacions que no comportin risc a tercers, sens perjudici del que estableixi la normativa de salut pública

### 3 7 Drets relacionats amb la informació assistencial i l'accés a la documentació clínica

---

- Dret a rebre la informació sobre el procés assistencial i l'estat de salut
  - Dret de l'usuari que la seva història clínica sigui completa i que reculli tota l'informació sobre el seu estat de salut, i de les actuacions clíniques i sanitàries dels diferents episodis assistencials
  - Dret de l'usuari per accedir a la documentació de la seva història clínica
  - Dret de disposar d'informació escrita sobre el procés assistencial i l'estat de salut
-

---

### 38 Drets relacionats amb l'accés a l'atenció sanitària

- Dret d'accés als serveis sanitaris públics
- Dret a escollir els professionals i el centre sanitari
- Dret d'obtenir medicaments i productes sanitaris necessaris per a la salut
- Dret a ser atès ,dins d'un temps adequat a la condició patològica i d'acord amb criteris d'equitat
- Dret a sol·licitar una segona opinió

### 39 Drets relacionats amb la informació general sobre els serveis sanitaris i la participació dels usuaris

- Dret a disposar de la carta de drets i deures, en tots els centres sanitaris
  - Dret a rebre informació general i sobre les prestacions i els serveis
  - Dret a conèixer les prestacions que cobreix la assegurança
  - Dret a conèixer i identificar els professionals que presten l'atenció sanitària
  - Dret a presentar reclamacions i suggeriments
  - Dret a participar en les activitats sanitàries, mitjançant les institucions i òrgans de participació comunitària i les organitzacions socials, en els termes establerts normativament
  - Dret a la utilització de les tecnologies de la informació i de la comunicació , d'acord amb el nivell d'implantació i el desenvolupament d'aquestes tecnologies en la xarxa sanitària
-

### 3 10 Drets relacionats amb la qualitat assistencial

---

- Dret a l'assistència sanitària de qualitat humana i científica
  - Dret a conèixer el nivell de qualitat dels centres assistencials
  - Dret a rebre una atenció sanitària continuada i integral
-

---

## 4 DEURES DELS CIUTADANS EN RELACIÓ A LA SALUT I A LA ATENCIÓ SANITÀRIA

---

- Deure de cuidar de la seva salut i responsabilitzar-se'n. Aquest deure s'ha d'exigir especialment quan es puguin derivar riscos o perjudicis per a la salut dels altres
  
  - Deure de fer ús dels recursos, prestacions i drets d'acord amb les seves necessitats de salut i en funció de les disponibilitats del sistema sanitari, per tal de facilitar l'accés a tots els ciutadans a l'atenció sanitària en condicions d'igualtat efectiva
  
  - Deure de complir les prescripcions generals , de naturalesa sanitària, comunes a tota la població així com les específiques determinades pels serveis sanitaris
  
  - Deure de respectar i complir les mesures sanitàries adoptades per a la prevenció de riscos, la protecció de la salut o la lluita contra les amenaces a la salut pública, com ara el tabac, l'alcoholisme i els accidents de trànsit, o les malalties transmissibles susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions o d'altres mesures preventives, així com col·laborar en l'assoliment dels seus fins
  
  - Deure de responsabilitzar-se de l'ús adequat de les prestacions sanitàries ofertes per el sis tema sanitari, fonamentalment les farmacèutiques, les complementàries, les d'incapacitat laboral i les de caràcter social
  
  - Deure d'utilitzar i gaudir de manera responsable, d'acord amb les normes corresponents, de les instal·lacions i els serveis sanitaris
-



COGNOMS: ..... NOM ..... EDAT .....

DATA NAIXAMENT ..... POBLACIÓ ..... TELÈFON .....

FAMILIAR DE REFERÈNCIA ..... TELÈFON .....

DATA D'NGRÉS ..... DATA D'ALTA .....

DIAGNÒSTIC MÈDIC ..... MOTIU D'INGRÉS .....

**Problemes**

**Planificació de cures**

**RESPIRACIÓ**

- |                                    |                                 |   |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Normal       | <input type="radio"/> Taquipnea | <input type="radio"/> O2                        |
| <input type="radio"/> Dispnea      | <input type="radio"/> Bradipnea | <input type="radio"/> Aspiració secrecions      |
| <input type="radio"/> Cianosis     | <input type="radio"/> Ortopnea  | <input type="radio"/> Tractament amb inhaladors |
| <input type="radio"/> Altres ..... |                                 | <input type="radio"/> Traqueotomia              |

**NUTRICIO MENJAR / BEURE**

- Complexió :  Normal     Obès     Prim     Caquètic
- Dentició :  Completa     Incompleta     Pròtesis fixa     Extraïble
- Dificultats :  Nàusees     Vòmits     Deglució     Masticació
- Dieta .....

**Nivell d'autonomia:**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Autònom             | <input type="radio"/> Alimentació SNG |
| <input type="radio"/> Amb ajuda           | Data col·locació .....                |
| <input type="radio"/> Totalment dependent | Tipus ..... Núm. ....                 |
| <input type="radio"/> Altres .....        | <input type="radio"/> Altres .....    |

**ELIMINACIÓ**

- Orina:**
- |   |                                   |                                     |                             |                               |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Incontinent esporàdic | <input type="radio"/> Incontinent | <input type="radio"/> Bolquers      | <input type="radio"/> Diurn | <input type="radio"/> Nocturn |
| <input type="radio"/> Urostomia             |                                   | <input type="radio"/> Col·lector    | <input type="radio"/> Diurn | <input type="radio"/> Nocturn |
| <input type="radio"/> Altres .....          |                                   | <input type="radio"/> Sonda vesical | Data col·locació .....      |                               |
|   |                                   |                                     | Tipus ..... Núm. ....       |                               |

- Femta:**
- |                                    |                                     |                                    |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Incontinent  | <input type="radio"/> Colostomia    | <input type="radio"/> Laxants      |
| <input type="radio"/> Diarrea      | <input type="radio"/> Restrenyiment | <input type="radio"/> Altres ..... |
| <input type="radio"/> Altres ..... |                                     |                                    |

**Nivell d'autonomia:**

- Autònom
- Amb ajuda
- Totalment dependent
- Altres .....

## MOBILITAT

### Nivell d'autonomia:

- Autònom                       Totalment dependent  
 Amb ajuda                       Enllitat                       Cadira de rodes  
 Altres .....                       Crosses

## DESCANS. REPOS. SON

- Dificultats en el son      Quina .....
- Hàbits del son .....
- Altres .....

## VESTIR-SE. DESPULLAR-SE

### Nivell d'autonomia:

- Autònom                       Amb ajuda                       Altres .....
- Totalment dependent

## HIGIENE I PROTECCIÓ DE LA PELL

- Estat higiènic                       Net                       Deficient                       Brut

### Nivell d'autonomia:

- Autònom                       Amb ajuda                       Altres .....
- Totalment dependent

### Estat de la pell i mucoses:

- Normal                       Deshidratada  
 Edemes                       Fragilitat
- Nafres per pressió                       Cures .....
- Altres .....
- Lloc ..... Grau .....
- Tipus .....
- Ferides      Lloc .....
- Última Cura .....
- Altres .....
- Periodicitat cura .....

## SEGURETAT

- Dolor      Tipus .....
- Localització .....
- Ajuda per alleugir-lo .....
- Al·lèrgies      Quines .....
- Vacunacions .....
- Risc de caigudes (especificar) .....
- Mecanismes de contenció (especificar) .....



ESTAT EMOCIONAL

- Deprimit  Mesures .....
- Agressiu  Mesures .....
- Tranquil  Mesures .....
- Nerviós  Mesures .....
- Desconfiat  Mesures .....
- Indiferent  Mesures .....
- Preocupat  Mesures .....
- Angoixat  Mesures .....
- Altres  Mesures .....

ESTAT MENTAL

- Normal       Confús       Desorientat
- Altres .....
- Compliment del tractament
- Adequat       No és adequat  Mesures .....
- Altres  Mesures .....

COMUNICACIÓ

- Idioma .....
- Nivell de consciència:
- Bo       Obnubilat       Coma
- Altres .....
- Sentits:
- Vista       Normal       Compensada (ulleres)       Deficient       Ceguesa
- Oïda       Normal       Compensada (aparell)       Deficient       Ceguesa
- Tacte .....
- Olfacte .....
- Llenguatge .....
- Espontani       Dificultat comunicació
- Afàsia       Dificultat interpretació
- Altres .....

APRENENTATGE

- Intervenció específica AVD  Quina .....
- Intervenció específica OARS  Quina .....
- Actitud:
- Manifesta interès per aprendre  Mesures / ajuds tècnics .....
- Necessita estimulació
- Apàtic /desinteressat  Mesures / ajuds tècnics .....
- Negatiu, rebuig a aprendre
- Té coneixement de la seva malaltia?
- No té coneixement de la seva malaltia?

## CREENCES I VALORS

Creences religioses

Quina .....

Prohibicions

Quines .....

Actitud davant les perdues .....

Mesures .....

## REALITZACIÓ

Ha canviat el seu rol familiar des de la malaltia?

No ha canviat el seu rol familiar des de la malaltia?

Mesures .....

S'hi ha adaptat?

No s'hi ha adaptat?

Mesures .....

Es sent útil?

No es sent útil?

Mesures .....

Participa a prendre decisions que li afecten?

No participa a prendre decisions que li afecten?

Mesures .....

## DIVERSIO

Afeccions i esbarjos

Quines .....

Mesures .....

OBSERVACIONS .....

EMES PER ..... TELÉFON DE CONTACTE .....

HORARI DE LOCALITZACIÓ .....

DATA .....

SIGANTURA:





NOM DE L'IMPRES                    FULL D'AVUACIÓ D'INFERMERIA A L'INGRES

CODI                                        I0821

QUI L'OMPLE?                        INFERMERA

NECESSITATS ANUALS:                1 PER USUARI D'ALTA HD  
  APROX.. 90 ANUALS

QUI L'UTILITZA?                        TOTS ELS USUARIS D'HD, TANT SCS COM PRIVATS

CAL COPIA?                              SI (FOTOCOPIA UN COP OMLERT)

IMPRESIO:                                CMM  
  QUALITAT  
  Doble cara ( 4 planes ). Grapar cada joc

EXTERN / INTERN:                        EXTERN

COMANDES

DATA	COPIES	PERSONA QUE FA LA COMANDA
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



USUARI	
--------	--

NÚM.HC	
--------	--

DATA NAIXAMENT	
----------------	--

SERVEI  HOSPITAL DE DIA  HOSPITALITZACIÓ  ALTRES

DATA VALORACIÓ	
----------------	--

1.SALUT GENERAL

DIAGNÒSTIC PRINCIPAL		CMI	
DIAG.SECUND.1		CMI	
DIAG.SECUND.2		CMI	
DIAG.SECUND.3		CMI	
DIAG.SECUND.4		CMI	
DIAG.SECUND.5		CMI	

EXPLORACIÓ FÍSICA:

EXPLORACIÓ PER APARELLS:

--

## 2. AVALUACIÓ DES LES ACTIVITATS FÍSQUES SENSORIALS

VISIÓ:	
OIDE:	
DENTICIÓ:	
ESTAT NUTRICIONAL (MNA):	

## 3. AVALUACIÓ COGNITIVA

TEST DEL INFORMADOR	
TEST DE LOBO	
SET TEST	
TEST DE GOLBERG	
ALTRES TESTS	

## 4. PLA D'ACTUACIÓ

PROBLEMES:
------------



ACCIONS A REALITZAR:

**NOM DE L'IMPRES**

AVALUACIÓ GERIATRICA INTEGRAL

**CODI**

I0715

**QUI L'OMPLE?**

METGE

**NECESSITATS ANUALS:**

**QUI L'UTILITZA?**

USUARIS D'HD  
USUARIS HOSPITALITZACIÓ I ALTRES OCASIONALMENT

**CAL COPIA?**

NO

**IMPRESIO:**

QUALITAT  
DOBLE CARA

**EXTERN / INTERN:**

INTERN

**REALITZAT**

**CREAT / REVISAT**

31/12/2001

**COMANDES**

DATA

COPIES

PERSONA QUE FA LA COMANDA

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



USUARI ..... NÚM. HC .....

**INDEX DE BARTHEL**

DATA	DIA						
	MES						
	ANY						
<b>MENJAR</b> 10 AUTÒNEM 5 AMB AJUDA 0 DEPENDENT							
<b>BANY</b> 5 POT BANYAR-SE SOL 0 NECESSITA AJUDA							
<b>HIGIENE PERSONAL</b> 5 AUTÒNEM 0 DEPENDENT							
<b>VESTIR-SE I DESVESTIR-SE</b> 10 AUTÒNEM 5 AJUDA MODERADA 0 DEPENDENT							
<b>CONTROL ANAL</b> 10 CAP PROBLEMA 5 ALGUN ACCIDENT 0 INCONTINENT							
<b>CONTROL VESICAL</b> 10 CAP PROBLEMA 5 ALGUN ACCIDENT 0 INCONTINENT							
<b>US DEL WC</b> 10 AUTÒNEM 5 AMB AJUDA 0 DEPENDENT							
<b>TRANSFERÈNCIA CADIRA - LLIT</b> 15 AUTÒNEM 10 AJUDA MÍNIMA 5 POT ASSEURE PERÒ NO TRASLLADAR-SE 0 DEPENDENT							
<b>CAMINAR</b> 15 AUTÒNEM 10 AMB AJUDA 5 AUTÒNEM AMB CADIRA DE RODES 0 DEPENDENT							
<b>PUJAR I BAIXAR ESCALES</b> 10 AUTÒNEM 5 AMB AJUDA 0 NO POT							
<b>TOTAL</b>							

BAREM      100      AUTÒNEM      0      35/20      DEPENDENT SEVER 30  
                  > 60      DEPENDENT LLEU      10      < 20      DEPENDENT TOTAL 40

**CURES DE IFERMERIA**

<b>DATA</b>	DIA						
	MES						
	ANY						
SONDA NASSOGÀSTRICA	0 NO 2 SI						
OSTOMIES (Gastro-colo-nefro-uro)	0 NO 2 SI						
SONDA VESICAL	0 NO 2 SI						
SONDA NASSOGÀSTRICA	0 NO 2 SI						
COLALECTORURINARI-BOLQUERS	0 NO SIII 2						
SÈRUM / OXIGEN	0 NO 2 SII						
PRECISA CURES							
<b>TOTAL</b>							

**INSTRUMENTS DE LES AVD (OARS)**

POT UTILITZAR EL TELÈFON						
ES CAPAÇ DE VIATJAR						
POT ANAR DE COMPRES						
POT PREPERAR-SE EL MENJAR						
POT FER ACTIVITATS DOMÈSTIQUES						
POT PENDRE LA MEDICACIÓ						
POT UTILITZAR ELS DINERS						
<b>TOTAL</b>						

BAREM: AUTÒNOM 0 PUNTS      AMB AJUDA O SUPERVISIÓ 1 PUNT  
 NO LES REALITZA 0 PUNTS      DEPENDENT 2 PUNTS



**NOM DE L'IMPRES** ESCALA DE BARTHEL  
**CODI** I0221  
**QUI L'OMPLE?** INFERMERA  
**NECESSITATS ANUALS:** 2 A L'ANY PER USUARI  
TOTAL: APROXIMADAMENT 220  
**QUI L'UTILITZA?** USUARIS DE LLARGA ESTADA ( SCS I PRIVATS)  
**CAL COPIA?** NO  
**IMPRESIO:** CMM  
ECOMODE  
**EXTERN / INTERN:** INTERN

**COMANDES**

DATA	COPIES	PERSONA QUE FA LA COMANDA
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



USUARI		NÚM.HC	
		DATA NAIXAMENT	
SERVEI	<input type="checkbox"/> HOSPITAL DE DIA	<input type="checkbox"/> HOSPITALITZACIÓ	<input type="checkbox"/> ALTRES
		DATA VALORACIÓ	

Recordi, per favor, com era el seu familiar fa 5 o 10 anys i compari com és ell en aquest moment. Contesti si hi ha hagut algun canvi durant aquest temps en la capacitat del seu familiar per cada un dels aspectes que li preguntarem.

Puntui segons el següent criteri

- 1 ha millorat molt
- 2 ha millorat una mica
- 3 gairebé sense canvis
- 4 ha empitjorat una mica
- 5 ha empitjorat molt

## PREGUNTES

## PUNTS

Per recordar els noms de les persones més íntimes ( familiars, amics )	
Recordar coses que han passat recenentment, durant els últims 2 o 3 mesos ( notícies, cosa	
Recordar de que es va parlar aen una conversa de fa uns dies	
Oblidar que s'ha dit fa uns minuts, parar-se a meitat d'uan frase i no saber que anaba a dir, repetir el que ha dit da una estona.	
Recordar la data en que viu	
Conèixer el lloc exacte dels armaris de casa seva i on es guarden les coses	
Saber on va una cosa que s'ha trobat fora de lloc	
Aprendre a utilitzar un aparell nou ( rentadora, aparell de musica, radio, etc. )	
Recordar cosses que han passat recentment	
Aprendre coses noves ( en general )	
Compendre el significat de paraules poc usuals ( del diari, la TV, converses )	
Entendre articles desl diaris o revistes en les que està interesat	
Seguir una història en un llibre, el diari, el cine, la TV..,	
Pendre decisions, tant en qüestions quotidianes ( quina roba posar-se, què preparar per menjar ) com en assumptes de més transcendència ( on anar de vacances o invertir els diners )	
Control desl assumptes financers ( cobrar la pensió, pagar els impostos, tracte amb el banc )	
Control d'altres problemes de càlcul quotidians ( temps entre visites de familiars,, distancies entre llocs y quant menjar comprar i preparar, especialment si hi ha convidats )	
Creu que la seva intel·ligència ( en general ) ha canviat durant els últims 10 anys ?	
<b>TOTAL</b>	







USUARI		NÚM.HC	
		DATA NAIXAMENT	
SERVEI	<input type="checkbox"/> HOSPITAL DE DIA	<input type="checkbox"/> HOSPITALITZACIÓ	<input type="checkbox"/> ALTRES
		DATA VALORACIÓ	

**SUBESCALA D' ANSIETAT**

SI NO

S'HA TROBAT MOLT EXITAT, NERVIÓS O EN TENSIÓ?		
HA ESTAL MOLT PREOCUPAT PER ALGUNA COSA?		
S'HA TROBAT MOLT IRRITABLE?		
HA TINGUT DIFICULTAT PER RELAXAR-SE?		

Si hi ha 3 o mes respostes afirmatives, continuar preguntant

HA DORMIT MALAMENT? HA TINGUT DIFICULTATS PER DORMIR?		
HA TINGUT MALS DE CAP O A LA NUCA?		
HA TINGUT ALGUN DEL SEGÜENTS SIMPTOMES: TREMOLORS, FORMIGUEIG, MAREIG, SUORS, DIARREA? (SIMPTOMES VEGETATIUS)		
HA ESTAT PREOCUPAT PER LA SEVA SALUT?		
HA TINGUT ALGUNA DIFICULTAT PER ADORMIR-SE?		

TOTAL ANSIETAT

**SUBESCALA DE DEPRESSIÓ**

SI NO

S'HA TROBAT AMB POCA ENERGIA?		
HA PERDUT INTERÈS PER LES COSES?		
HA PERDUT CONFIANÇA AMB VOSTÈ MATEIX?		
S'HA TROBAT DESESPERAT, SENSE ESPERANÇA?		

Si hi ha respostes afirmatives a qualsevol de les preguntes anteriors, continuar preguntant

HA TINGUT DIFICULTATS PER CONCENTRAR-SE?		
HA PERDUT PES A CAUSA DE LA SEVA FALTA DE GANA?		
S'HA ESTAT DESPERTANT MASSA D'HORA?		
S'HA TROBAT VOSTÈ ENLENTIT?		
PENSA VOSTÈ QUE HA TINGUT TENDÈNCIA A TROBASE PITJOR PEL MATÍ?		

TOTAL DEPRESSIÓ

CRITÈRIS DE VALORACIÓ:

SUBESCALA D'ANSIETAT 4 o mes respostes afirmatives



USUARI	
--------	--

NÚM.HC	
--------	--

SERVEI  HOSPITAL DE DIA  HOSPITALITZACIÓ  ALTRES

DATA NAIXAMENT	
----------------	--

DATA DE VALORACIÓ

--	--	--

**A. Capacitat per fer servir el telèfon**

Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia: busca i marca el números, etc	3			
Marca uns quants números coneguts	2			
Respon a les trucades però no marca	1			
No fa servir el telèfon en absolut	0			

**B. Compres**

S'encarrega de fer totes les compres sense ajuda	3			
Pot fer les petites compres independentment	2			
Necessita companyia per fer qualsevol compra	1			
Totalment incapaç de fer les compres	0			

**C. Preparació dels aliments**

Planteja, prepara i serveix menjars adequats independentment	3			
Prepara menjars adequats si se li suministren els ingredients	2			
Escalfa, serveix i prepara menjars, o les prepara i no porta una dieta adequada	1			
Necessita que li serveixin i li preparin els menjars	0			

**D. Cura de la casa**

S'ocupa de la casa sense ajuda o només amb ajuda esporàdica ( Per exemple treballs pesats, ajuda domèstica )	4			
Realitza les feines diàries lleugeres, com rentar plats o fer els llits	3			
Realitza les feines diàries lleugeres però no pot mantenir nivells acceptables de neteja	2			
Necessita ajuda per totes les feines de la casa	1			
No participa en les tasques domèstiques	0			

**E. Bugaderia**

Renta personalment la roba	2			
Renta peces petites, esbandeix el mitjons, etc	1			
Te que encarregar-se una altre persona de netejar tota la roba	0			

### F. Mitjà de transport

Viatge sol en transports públics	4			
Pot desplaçar-se sol en taxi però és incapaç d'utilitzar altres transports públics	3			
Pot viatjar amb transport públic si algú l'acompanya	2			
Viatges limitats en taxi o automòbil amb ajuda d'altre	1			
Totalment incapaç de viatjar	0			

### G. Responsabilitat respecte a la seva pròpia medicació

Es responsable de prendre les mesures en dosi i moments concrets	2			
S'encarrega de prendre la medicació si li preparen les dosi separades	1			
No pot encarregar-se de la seva pròpia medicació	0			

### H. Capacitat per manejar la finances

Controla amb independència els assumptes econòmics ( pressupostos, xecs, lloguer, factures i va al banc)	2			
Controla les compres diàries però necessita ajuda per les operacions bancàries, compres importants, etc.	1			
Incapaç de manejar els diners	0			

<b>PUNTUACIÓ TOTAL ( La màxima es 23 )</b>				
--	--	--	--	--



USUARI		NÚM.HC	
		DATA NAIXAMENT	

SERVEI  HOSPITAL DE DIA  HOSPITALITZACIÓ  ALTRES

1. ORIENTACIÓN (preguntas)	FECHA				
En qué año estamos	1				
En que estación del año estamos	1				
En qué día de la semana estamos	1				
Qué día ( número ) es hoy	1				
En qué mes estamos	1				
En qué provincia estamos	1				
En qué país estamos	1				
En qué pueblo o ciudad estamos	1				
En qué lugar estamos en este momento	1				
Se trata de un piso o de una planta baja	1				

## 2. FIJACION

Repita estas tres palabras: PESETA / CABALLO / MANZANA ( 1 punto por cada respuesta correcta ) Una vez puntuado, si no los ha dicho bien, se le repetiran con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuerdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato	3				
---	---	--	--	--	--

## 3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y me da tres cuantas le quedan, y si me da 3 ... ( hasta 5 restas, 1 punto por resta )	5				
Repita estos números 5- 9 - 2 (repetir hasta que los aprenda ). Ahora repíñalos al revés ( se puntua acierot en número y orden )	3				

## 4. MEMORIA

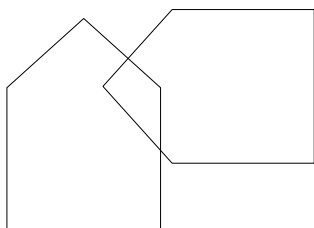
Recuerda los tres objetos que le he dicho antes	3				
---	---	--	--	--	--

## 4. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?	1				
Mostrar un reloj. ¿Qué es esto ?	1				
Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	1				
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad ?	1				
¿ Qué son un gato y un perro ?	1				
¿ Y el rojo y el verde ?	1				
Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO SOBRE LA MESA ( 1 punto por cada acción correcta )	3				
Haga lo que aquí le escribo ( en un papel y con mayúsculas escribimos: CIERRE LOS OJOS	1				
Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel ( le da una papel )	1				
Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y entrelazan en un polígono de 4 lados En controloes sucesivos tapar la frase y el dibujo anterior con una hoja de papel	1				

<b>PUNTUACION TOTAL</b>	35				
-------------------------	----	--	--	--	--

## CIERRE LOS OJOS



FECHA	FRASE	DIBUJO
FECHA	FRASE	DIBUJO
FECHA	FRASE	DIBUJO
FECHA	FRASE	DIBUJO

### VALORACIÓN:

Valores normales

30 – 35 puntos

Sugiere deterioro cognoscitivo

> 65 años

< 24 puntos ( 24 – 29 = borderline )

≤ 65 años

< 28 puntos

USUARI		NÚM.HC	
--------	--	--------	--

SERVEI  HOSPITAL DE DIA  HOSPITALITZACIÓ  ALTRES

DATA VALORACIÓ

**EQUILIBRI**

1. EQUILIBRI ASSEGUT: S'inclina o es desplaça en la cadira Segur i ferm	= 0 = 1				
2. AIXECAR-SE Incapaç sense ajut Capaç però utilitza els braços per ajudar-se Capaç sense utilitzar els braços	= 0 = 1 = 2				
3. INTENTS D'AIXECAR-SE Incapaç sense ajut Capaç però necessita més d'un intent Capaç en el primer intent	= 0 = 1 = 2				
4. EQUILIBRI ALS POSAR-SE DRET (primers 5 segons) Inestable (oscil·la, mou els peus, moviments acusats del tronc) Estable però utilitza un caminador o bastó o s'agafa a altres objectes per recolzar-se Estable sense caminador, bastó ni s'agafa a cap altre suport	= 0 = 1 = 2				
5. EQUILIBRI DE PEU Inestable Estable però ampliant la base de sustentació ( talons separats més de 10 cm ) o utilitza caminador, bastó o altres ajuts No requereix ajuts ni ampliar la base de sustentació	= 0 = 1 = 2				
6. EMPENTA ( pacient en posició ferma, amb els peus el més junts possible; l'explorador empeny lleugerament tres cops sobre l'estènum del pacient ) Comença a caure Oscil·la, s'agafa però s'estabilitza Ferm	= 0 = 1 = 2				
7. ULLS TANCATS ( en posició de ferm del punt 6 ) Inestable Ferm	= 0 = 1				
8. GIR DE 360° Passes discontinues Continues Inestable Estable	= 0 = 1 = 0 = 1				
9. ASSEURE'S Insegur ( calcula malament la distància, es deixa caure a la cadira ) Utilitza els braços o moviment no suau Segur, moviment suau	= 0 = 1 = 2				

PUNTUACIÓ D'EQUILIBRI ( sobre un total de 16 )				
--	--	--	--	--



MARXA

10. INICIACIÓ A LA MARXA ( immediatament després de dir-li "endavant" ) Qualsevol dubte o múltiples intents per començar Sense dubtes	= 0 = 1				
11. LONGITUD I ALÇADA DEL PAS a) Oscil·lació del peu dret No sobrepassa el peu esquerra al fer la passa Sobrepassa el peu esquerra al fer la passa El peu dret no es separa totalment del terra al fer la passa El peu dret es separa totalment del terra al fer la passa b) Oscil·lació del peu esquerra No sobrepassa el peu dret al fer la passa Sobrepassa el peu dret al fer la passa El peu esquerra no es separa totalment del terra al fer la passa El peu esquerra es separa totalment del terra al fer la passa	= 0 = 1 = 0 = 1 = 0 = 1 = 0 = 1				
12. SIMETRIA DEL PAS longituds desiguals de les passes dreta i esquerra (estimades ) Les passes dreta i esquerra semblen iguals	= 0 = 1				
13. CONTINUITAT DE LA PASSA Parades o discontinuïtat entre les passes Les passes semblen contínues	= 0 = 1				
14. CAMÍ (estimat en relació amb les rajoles del terra, 30 cm.; observar excursió d'un peu sobre uns 30cm de recorregut ) Desviació pronunciada Desviació lleu moderada o ús d'ajut per caminar Recte sense ajut per caminar	= 0 = 1 = 2				
15. TRONC Oscil·lació pronunciada o ús de l'ajut per caminar No oscil·la però flexió dels genolls o esquena o separa els braços mentre camina No oscil·la, no flexió, no utilitza els braços ni ajuts per caminar	= 0 = 1 = 2				
16. ESTANÇA AL CAMINAR Talons separats Els talons casi es toquen al caminar	= 0 = 1				

PUNTUACIÓ DE MARXA ( sobre un total de 12 )

--	--	--	--

PUNTUACIÓ TOTAL ( sobre un total de 28 )

--	--	--	--



DATA INGRÉS: ..... NÚM.HC: .....

NOM: ..... POBLACIO: ..... ESTAT CIVIL:        S C V D                                  NÚM. FILLS: ..... BARRERES ARQUITETÒNIQUES: ..... .....	EDAT: ..... DATA NAIXAMENT: ..... PROFESSIONÍ: ..... NUCLI FAM.: ..... ORIGEN / IDIOMA: .....
RESUM HC:	PRIMERA OBSERVACIÓ:   CONEIX LA SEVA MALALTIA: S N EXPECTATIVES I AFICIIONS:

**VALORACIONS**

MOTORA: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	FUNCIONALS:                                  BARTHEL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">LAWTON</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td style="width: 20%; height: 20px;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table>																				
SENSO PERCEPTIVA: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....																					
NEUROPSICOLÒGICA ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....																					

AVD                  1: INDEPENDENT                  2: INDEPENDENT AMB DIFICULTAT                  3: NECESSITA AJUDA                  4: DEPENDENT TOTAL

DATA					OBSERVACIONS
<b>HIGIENE</b>	Rentar-se i eixugar-se				
	Afeitar-se o maquillar-se				
	Rentar-se les dents				
	Utilitzar WC				
	Utilitzar bany / dutxa				

VESTIR-SE	Vestir-se / desvest. part sup.				
	Vestir-se / desvest. part inf.				
	Posar / treure mitjes / mitjons				
	Calçar-se				
ALIMENTACIO	Tallar				
	Menjar				
	Beure				
	Pelar fruita				
MOBILITAT DESPLAÇAMENT	Caminar per casa				
	Caminar fora de casa				
	Aixecar-se / aseure's				
	Transf. llit/cadira o inversa				
	Amb cadira de rodes per casa				
	Amb cadira de rodes fora casa				
ACTIVITATS LLIT	Desplaçaments amunt i a baix				
	Desplaçaments laterals				
	Girs				
	Incorporar-se				
	Sedestació llit (control tronc)				
	Tapar-se i desllapar-se				
RESUM AVDI					

DISCAPACITATS RESPECTE L'OCI: SI NO      QUINES: .....

OBSERVACIONS I POSSIBLES ADAPTACIONS: .....

TRACTAMENT:

OBJECTIUS:



NOM:.....

NÚM.HC:.....

SEGUIMENT / EVOLUCIÓ

DATA	



USUARI		NÚM.HC	
CP I POBLACIÓ		EDAT	
VIA I NÚM		NIF	
LLOC NAIXAMENT		CIP	
<input type="checkbox"/> HOS. DE DIA <input type="checkbox"/> HOSPITALITZACIÓ SCS <input type="checkbox"/> HOSPITALITZACIÓ PRIVADA		DATA NAIXAMENT	

## DADES D'INGRES

DIAGNÒSTIC		DATA	
PROCEDÈNCIA		HABITACIÓ	
MOTIU		METGE RESP.	

## DADES D'ALTA

MOTIU		DATA	
DESTÍ			

## REINGRES

DATA REINGRÉS	MOTIU	DATA ALTA	DESTI

## DADES PERSONES PROPERES

NOM I COGNOMS	PARENTESC	ADREÇA	TELÈFON

## SERVEIS SOCIALS DE REFERÈNCIA

NOM	SERVEI	TELÈFON

## GENOGRÀMA

--

### SITUACIÓ FAMILIAR

CONVIVÈNCIA	
Cònjuge	
Fills	
Cònjuge i fill	
Pares	
Família	
Amics	
Altres	

FREQUÈNCIA	
Permanent	
Temporades	
Rotació	
Altres	

GRAU DE REL·LACIO Nucli de convivència	
Satisfactori	
Acceptable	
Conflictiu	
Altres	

GRAU DE REL·LACIO Fora del nucli de convivència	
Sense relació	
Satisfactori	
Acceptable	
Conflictiu	
Sense família	
Altres	

### GRAU D'ATENCIÓ – AVD'S

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

SITUACIÓ ECONÒMICA	TIPUS PENSIÓ	PROCEDÈNCIA	QUANTIA MENSUAL €
USUARI			
CONJUGE			
ALTRES (domicili)			

### HABITATGE

TITULARITAT	
Propi	
Propietat família	
Cedida en ús	
Lloguer	
Pensió	
Rellogat	
Residència	

CONDICIONS DE L'HABITATGE	
Bones	
Acceptables	
Deficients	
Dolentes	
Pessimes	
Altres	

GRAU DE REL·LACIO	
No te espai propi	
Hab.compartida	
Hab.propia	
Altres	

BARRERES ARQUITECTÒNIQUES	
No n'hi ha	
Afecten a les AVD	
Afecten l'edifici	
Afecten l'exterior	
Altres	

### RELACIÓ DE LLEURE

INTEGRACIÓ SOCIAL	
Bones relacions continuades amb l'entorn	
Relacions esporàdiques satisfactòries	
No te relacions amb l'entorn	
Relacions conflictives	
Altres	

CONDICIONS	
Bona col·laboració	
Relació feble	
Sense relació	
Relacions deteriorades	
Altres	

OCUPACIÓ DEL TEMPS	
No fa re	
Fa alguna cosa	
Li agradaria fer alguna cosa	
Altres	



USUARI		NÚM.HC	
--------	--	--------	--

VALORACIÓ DE RECURSOS	UTILITZATS	USUARI DEMANDA	TRAMITACIÓ
No necessitat			
T.F. privat			
T.F. públic			
Telealarma			
Càtering			
Suport econòmic			
Ajut material / tècniques			
Voluntariat			
Centre de dia			
Hospital de dia			
Habitatge tutelat			
Ingrés temporal (descarrega familiar)			
Residència pública			
Residència privada			
Altres			

**DIAGNÒSTIC SOCIAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

**PLA DE TREBALL**

---

---

---

---

---

**FULL DE SEGUIMENT**

DATA	GESTIONS	ACORDS
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>











---

## PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA AL HOSPITAL DE DIA

Atenció abans de l'ingrés

Atenció a l'estada

Intervenció del professionals

Dinàmica de la reunió interdisciplinària

Atenció a l'alta

Registres utilitzats (annex 1 )

### **Circuit abans de l'ingrés :**

Es rep la sol·licitud d'ingrés a través del Full de sol·licitud de recurs socio sanitari . La unitat de procedència d'aquest recurs pot ser :

EAP, Hospital d'aguts, PADES, Centre socio sanitari, UFISS ... , en el cas de Hospital de dia no hi ha intervenció de CIMSS.

Es valora que el perfil de l'usuari sigui d'hospital de dia fent una entrevista amb l'usuari prèvia l'ingrés , aquesta entrevista la fa la treballadora social i el metge responsable de l'hospital de dia .

Si ve de PADES ens posem en contacte amb l'equip responsable per saber quina es la situació del usuari i "quina serà la nostra intervenció " .

### **Durant l'estada :**

Als 10 dies de l'ingrés es fa la reunió interdisciplinària on es posen en comú totes les valoracions , es plantegen els problemes, es marquen els objectius i es descriuen les intervencions que farem des de tots els àmbits .

Des de les diferents disciplines es fa el seguiment de les accions a fer .

Al cap de 1 més i mig aproximadament es fa una nova valoració , depenent de les necessitats de cada usuari i al marge de les intervencions que l'usuari necessiti més puntualment

Durant el temps de estada al hospital de dia les activitats a fer aniran enfocades a treballar aquest objectius des de la vessant més rehabilitadora , de les activitats més lúdiques, del treball ocupacional, dels diversos tallers, etc.

## INTERVENCIÓ DEL PROFESSIONALS :

### METGE

**1 Valoració prèvia a l'ingrés** : Revisa el Full de sol·licitud socio sanitària per tal de conèixer els possibles canvis que s'han produït des de que es va cursa la demanda.

Es valora l'estat general de l'usuari ,i el tractament farmacològic actualitzat.

**2 En el moment del ingrés** : Es fa una valoració del usuari utilitzant l' Avaluació Geriàtrica Integral i es passa el test del informador .

Avaluació geriàtrica integral : Valora l'estat de salut , els dèficits físiques i sensorials ,la capacitat funcional i l'estat mental i proporciona un llistat de problemes que es portaran a la reunió interdisciplinària

Test del informador : Valora el declinar cognitiu-funcional del pacient en els últims 5 anys

**3 Al Cap de una setmana de l'ingrés** : es fan les següents valoracions

SET Test ,ISAACS 1973 : Valora el deteriorament cognitiu

MEC de LOBO : Mini examen cognitiu , valora el deteriorament cognitiu

Test de GOLDBERG : Valora l'estat d'ansietat i / o depressió del usuari

MNA MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT : Valora l'estat nutricional de l'usuari

### 4 Durant l'estada

El metge es responsable del seguiment de la malaltia del usuari , i actua en les necessitats urgents

En la reunió d'equip el metge exposa els problemes , les accions i els objectius des de la seva disciplina .

---

Si cal es coordina amb altres recursos tant en interconsultes per coordinar. se amb el metge de la seva àrea bàsica .

Elabora l'alta d'una perspectiva integral parlant dels objectius assolits i de les pautes de seguiment de les cures al domicili .

## **TREBALL SOCIAL**

### **1 Prèvia a l'ingrés**

Es fa l'entrevista amb el propi usuari i cuidador principal amb la finalitat de :

- Completar la valoració
- Explicar el recurs
- Fer una primera presa de contacte amb el centre
- Fixar el dia d'ingrés

### **2 En el moment de l'ingrés**

Acollida : presentació dels diferents membres de l'equip, dels altres usuaris , recollida de la documentació .

### **3 Durant l'estada**

Es fan entrevistes de seguiment per tal de completar tota l'informació de caràcter sociofamiliar i poder fixar els objectius , estratègies de treball i accions a realitzar ; els quals s'exposaran i consensuaràn en la reunió interdisciplinària .

H<sup>a</sup> integral del usuari comú a tots els professionals : registre de totes les intervencions realitzades, per tal que l'equip tingui tota l'informació i poder realitzar una intervenció integral .

Coordinació amb l'equip de referència i amb els recursos sanitaris i socials , per tal d'aconseguir una reinserció a la comunitat ( valoració del recursos existents )

Donar informació i suport tècnic en la sol·licitud d'ajudes , prestacions i/o serveis que precisin.

Orientar a l'usuari i a la seva família envers els recursos externs més adients segons la seva problemàtica.

Afavorir la vinculació a recursos externs : centres de dia, casal d'avis, grups d'esbarjo .

### **OBJECTIUS SOCIALS :**

1 Augmentar el grau de relació fora del seu nucli de convivència , per tal d' aconseguir una integració social amb el seu entorn més immediat .

2 Disminuir l'impacte emocional ; ajudar a la comprensió de la seva malaltia i del seu procés .

3 Afavorir la comunicació entre els diferents membres de la família .

4 Assessorar de qualsevol problemàtica que es pugui presentar

5 Augmentar la seva autoestima

6 Implicar a la família en el procés terapèutic

7 Evitar l'aïllament

8 Reconduir les expectatives de l'usuari i de la seva família .

9 Millorar l'actitud davant del problema i/o situació per aconseguir una eficient recuperació

10 Oferir un espai on es pugui abocar les angoixes i poder realitzar un pla de treball

## FISIOTERAPEUTA

### A l'ingrés

Es fa un estudi específic de l'estat motor i funcional de l'usuari . Determina els signes clínics característics de disfuncions o patologies que limiten el moviment i la capacitat per a les AVDs .

Valora la funció de la marxa i l'equilibri tant estàtic com dinàmic i queda registrat en una escala de valoració específica que és el Test de Tinetti.

Una vegada valorat es plantegen objectius tenint en compte:

- 1.- Possibilitats de millora o manteniment
- 2.- Les necessitats de cada usuari segons la seva realitat quotidiana i domiciliària
- 3.- Col·laboració i motivació

### Durant l'estada

Es du a terme el tractament de recuperació funcional adequat a cada cas, i es registra al Full de Fisioteràpia Setmanalment en la reunió del equip el fisioterapeuta planteja els objectius que s'han marcat per a la millora física i motora, i determina la possible evolució de la malaltia .

### Registre utilitzat :

Historia de fisioteràpia :

Quan un usuari ingressa a l'Hospital de dia es realitza una valoració prèvia, es passa l'Escala de Tinetti si s'escau i es plantegen uns objectius de recuperació funcional.

Es registra diàriament si l'usuari a participat de la sessió de Fisioteràpia i a final de mes es comptabilitza quantes sessions ha realitzat .



## TERAPEUTA OCUPACIONAL

### A l'ingrés

Un cop fetes les valoracions pertinents , s'informa a la resta de professionals de l'estat de nou usuari a nivell de grau de dependència en les AVDB , de les AVDI i de existència de limitacions funcionals , tant a nivell físic com cognitiu susceptibles de tractament . Es fa menció de la puntuació obtinguda al Barthel i al LAWTON .

### Durant l'estada

Plantejament d'objectius i del programa de tractament per assolir-los .

Anàlisis de l'evolució dels usuaris en cada una de les necessitats .

Posar en comú incidències durant les teràpies , fer noves propostes de les problemàtiques que sorgeixin a l'equip des de la disciplina de TO .

Registres que utilitza el Terapeuta Ocupacional per fer la valoració del usuari tant en el moment del ingrés com en les revaluacions del usuari :

Índex de BARTHEL : Test on es valora mitjançant una puntuació de 0 a 100 el nivell d'autonomia existent en les AVDB .

Escala de LAWTON : Test on es valora el nivell d'independència en les AVDI ( puntuació de 0 a 23 )

Full de VALORACIÓ DE TERÀPIA OCUPACIONAL : Registre holístic de la persona . Recull totes les dades bàsiques de la seva història clínica i social , expectatives i afeccions , barreres arquitectòniques , valoració motora , sensorceptiva i neuropsicològica , puntuacions de test estandarditzats (LAWTON, BARTHEL, MEC, ) objectius de tractament , tractament i evolució .

Registre de TRACTAMENT COGNITIU I SENSORCEPTUAL : Full individual i mensual on queden registrades les diverses activitats i fitxes que porta a terme el resident diàriament així com el resultat de les mateixes.

---

Registre de TRACTAMENT DE TERÀPIA OCUPACIONAL: Full individual on es reflecteix els diferents tractaments que fa la TO tant a nivell individual com grupal i la data .

## AUXILIAR HDIA

### A l'ingrés

Fa la acollida a l'usuari presentant-se a ella i al resta de usuaris explicant on estan ubicades les diferents àrees , horaris i les diferents activitats que es realitzen : gimnàs , teràpies etc.

### Durant l'estada

El personal auxiliar es el que està més temps amb l'usuari, coneix les seves costums , reconeix l'estat d'ànim i les necessitats de cada un dels usuaris.

També es la persona que porta a terme les teràpies més grupals i marca la dinàmica de les activitats de la unitat . Per això es molt valuosa la seva visió del usuari en les reunions interdisciplinars ja que valora l'usuari en la relació amb el resta dels usuaris en la participació de les activitats i en la actitud davant les noves situacions .

### REGISTRE D'ANIMACIÓ .

Aquest registre s'utilitza per conèixer les afeccions i motivacions personals mantingudes o abandonades per les usuaris .

Ens mostra també el seu entorn social , laboral i familiar ; tot això ens serà d'una gra ajuda per elaborar una proposta significativa i adequada a cada persona

## INFERMERA

### A l'ingrés

Presentació i orientació tant de la sala de cures com la disponibilitat per qualsevol dubte assistencial ,s'aplica el protocol d'acollida.

### Durant l'estada

---

Recollida de dades de la Hª prèvia a l'ingrés tractament actual , tipus de dieta etc.

Es fa el full d'avaluació a l'ingrés on es registren l'estat actual de les necessitats del usuari amb el model de Virgínia Henderson.

En aquest moment es fa un pla de cures .

En la reunió interdisciplinars s'exposen els problemes detectats i es consensua amb l'equip les accions comuns i no comuns a realitzar.

Es la infermera la encarregada de supervisar el tractament farmacològic del usuari , la dieta i pautar els controls necessaris per la seva malaltia

Registres utilitzats :

Full de valoració a l'ingrés

Full de control de medicació

Full de control de cures d'infermeria

Full de valoració a l'alta ( full únic consensuat amb el resta de recursos des de la regió sanitària )

## **FUNCIONS DE COORDINACIÓ HDIA**

En el nostre centre es l'infermera qui coordina el seguiment del usuari amb tots els professionals del equip.

### **1 Prèvia a l'ingrés**

Coordina amb treball social les sol·licituds d'ingrés si el perfil de l'usuari es l'adequat al nostre recurs i convoca per la entrevista prèvia a l'ingrés al usuari i al cuidador principal .

### **2 Durant l'estada**

Obre la Hª del usuari tant administrativa com assistencial.

Coordina amb les diferents àrees i professionals les necessitas del usuari : Necessitat de transport, tipus de dieta , necessitat de cures d'infermeria , logopèdia ect

Coordinació amb la família de canvis de medicació , necessitat d'interconsultes, seguiment en les cures del usuari ...

### **Dinàmica de la reunió interdisciplinar**

A la setmana del ingrés es fa la 1ª valoració del usuari . Cada professional exposa des de el seu àmbit la historia prèvia i la situació actual .

---

S'identifiquen tots els problemes , i entre tot l'equip es consensuen els objectius i es pauten les accions a realitzar tant pròpies de cada disciplina com comuns .

En la reunió interdisciplinar coordina el pla de cures i elabora junt amb l'equip el full de valoració interdisciplinar .

Es valora periòdicament el resultat de les accions realitzades.

### **Atenció a l'alta**

Si s'han assolit , o si ha transcorregut un temps d'atenció raonable i i no es possible assolir-los es planteja a l'usuari que hauria de ser alta en un període relativament curt ( 2-3 mesos) .

Es treballa l'alta des de tot l'equip , sent la treballadora social qui fa l'entrevista amb la família i amb el propi usuari ,tant per informar de l'alta com del possible recurs de continuïtat i qui cursa la sol·licitud per al possible recurs .

Treball social i infermeria utilitzen registres d' alta normalitzats amb la Regió sanitària i que son comuns a la resta de recursos de la regió .

El metge elabora l'informe d' alta tenint en compte a més del la situació clínica els problemes i objectius que s'han treballat durant l'estada i la resta de l' equip prepara des de la seva disciplina el curs i la proposta de seguiment.

---

## PROGRAMA DE TREBALL INTERDISCIPLINARI

### PLA D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA A LLARGA ESTADA I ACOLLIMENT RESIDENCIAL

#### Atenció abans de l'ingrés

El preingrés d'un usuari al nostre centre sociosanitari es realitza segons la següent demanda:

- A petició de l'equip del CAP si l'usuari es a domicili .
- Mitjançant la UFISS o el treballador social si l'usuari està ingressat en un hospital de la nostra regió sanitària
- Mitjançant l'equip PADES si l'usuari està utilitzant aquest recurs .
- Directament per el centre seguint el llistat proporcionat per l'ICASS en la tipologia d' acolliment Residencial

Les modalitats d'ingrés son :

- Llarga estada (inclou llit Pades i llit de descans familiar/temporal)
- Mitja estada
- Acolliment residencial

Es treball social qui rep les demandes i porta la gestió de la possible llista d'espera :

- En el llit temporal / llit PADES entrevista al cuidador principal per tal d'explicar el recurs , fixar un dia d'ingrés , fer una primera presa de contacte amb el centre .
- Llit de llarga estada : entrevista prèvia amb el cuidador principal a petició del mateix o de l'equip que ha realitzat la sol·licitud .

#### A l'ingrés

Quant l'usuari i la seva família arriben al centre , son rebuts per l'equip d'infermeria de planta qui l'acompanya a l'habitació assignada .

Es l' infermera qui fa la acollida al usuari i la família , explicant la situació de les sales ,el control , explicant els horaris dels menjars ,mostrant la disponibilitat , i fent la valoració al ingrés.

Es molt important aquest moment perquè es el primer contacte amb el centre i cal que es senti el més confortable possible .

Seguidament es el metge de guàrdia qui es presenta al usuari i la família i s'interessa per la seva situació mèdica , recull els informes i fa una primera exploració al usuari demanat les proves complementaries que facin falta i establirà el tipus de dieta i el tractament adient .

Els informarà de qui es el seu metge responsable i els horaris d'atenció a la família .

## Atenció mèdica :

El mètode utilitzat per el metge es l' AVALUACIÓ GERIÀTRICA INTEGRAL

En aquesta avaluació es tenen en compte aspectes físics , psicològics , socials i funcionals . Això porta a elaborar un Pla d'actuació i en el que es determinen els objectius a assolir .

### 1- Valoració clínica

Està basada en una historia clínica acurada, una exploració física completa , una avaluació del estat de nutrició (MNA) i del tractament farmacològic .

### 2- Valoració funcional

La valoració es fa mitjançant l'índex de Barthel on mesurem el grau de dependència del usuari en les activitats de la vida diària . També es molt important la avaluació de l'equilibri i la marxa ( test de Tinetti ) i l'immobilitzat ( "get up and go" ) .

### 3- Valoració neuropsicològica

Es molt important avaluar l'estat de consciència, orientació temporoespacial .. mitjançant el Miniexamen cognitiu de Lobo per a poder detectar el deteriorament i el seu grau.

En molts casos no es possible la comunicació amb l'usuari ,en aquest cas utilitzem la informació donada per la família (Test del informador ) .

Una de les síndromes geriàtriques mes freqüents es la depressió valorada pel test de Goldberg .

Als 7 dies del ingrés i/o quan canvis importants en l'estat del usuari així ho demandi es reuneix l'Equip d'atenció interdisciplinar per establir els objectius terapèutics , el pla de cures, i la coordinació i posta en funcionament de tots els recursos terapèutics que es precisin.

De cada reunió de treball, s'obté tota la informació que es registrarà al GASS per fer la recollida de dades per el CMBD.

---

## **El rol de la infermera en les reunions interdisciplinars**

Des de infermeria volem treballar en la millora de les reunions del equip d'atenció i intentem que aquestes reunions siguin interdisciplinars i no solament multidisciplinars .

Aquestes sessions es realitzen setmanalment , hi assisteixen tots els perfils professionals que donen atenció directa al usuari: metge , infermera , auxiliar , fisioterapeuta , treballadora social i terapeuta ocupacional.  
L'objectiu de la reunió es tant l'usuari com la familia.

La infermera fa una valoració biopsicosocial i espiritual del usuari a traves de la valoració d'infermera basada en les 14 necessitats de Virginia Henderson , i es fa al caps d'uns dies del ingrés del usuari a la unitat , també s' utilitza l'index de Barthel per valorar el grau de dependència tant en el moment del ingrés com en la resta de valoracions .

La infermera es qui aporta a la resta del equip la informació del usuari respecte a totes les necessitats bàsiques i té un paper rellevant , fent de punt de connexió entre les diferents disciplines , ja que es la figura sanitària més propera al pacient , tant en espai físic com en temps de dedicació directa.

## **Funcions de la auxiliar en la reunió interdisciplinar**

Cada una de les auxiliars té assignat un usuari , es responsable del seguiment de les accions descrites en el pla d'actuació i de valorar el grau de avaluació dels objectius , Aquest seguiment s'ha de registrar al informe corresponent a cada usuari .

La seva funció a la reunió es :

Registrar els canvis i sugerències de la resta del equip

Transmetre l'evolució del usuari des de la seva sensibilitat a tot l'equip.

## **Funcions de fisioterapeuta en les reunions interdisciplinars**

Valora específicament l'estat motor i funcional de l'usuari en estudi . Valora la funcionalitat de les extremitats inferiors i superiors , el balanç muscular global , el control voluntari del moviment i la utilitat d'aquest , la capacitat de deambulació en el seu medi habitual i en el medi extern .

Especifica l'existència de retraccions i/o deformitats ostearticulars l'estat i la seva possible evolució.

Planteja objectius de millora o bé de manteniment i confort sempre d'acord amb les possibilitats i el seu grau de potencial.

## TREBALL SOCIAL

Durant l'estada :

Es fan entrevistes de seguiment per tal de completar tota l'informació de caràcter sociofamiliar i poder fixar els objectius , estratègies de treball i accions a realitzar ; els quals s'exposaran i consensuaràn en la reunió interdisciplinar .

Donar informació i suport tècnic en la sol·licitud d'ajudes , prestacions i/o serveis que precisin.

Coordinació amb l'equip de referència i amb els recursos sanitaris i socials , per tal d'aconseguir una reinserció a la comunitat ( Llit temporal i/o PADES )

Oferir un espai on es pugui abocar les angoixes i poder realitzar un pla de treball

Objectius de treball social

- 1- Augmentar el grau de relació fora del seu nucli de convivència (família més propera ) per tal d' aconseguir una integració social en el seu entorn més immediat (poble , barri ).
- 2- Disminuir l'impacte emocional ; ajudar a la comprensió de la seva malaltia i del seu procés (protocol de dol )
- 3- Afavorir la comunicació entre els diferents membre de la família i/ o l'equip assistencial
- 4- Mantenir el contacte familiar , per tal d'afavorir les visites al centre
- 5- Assessorar de qualsevol problemàtica que es pugui presentar
- 6- Facilitar el descans familiar , per tal d'evitar la claudicació
- 7- Afavorir l'ocupació del temps lliure (grup de voluntariat )

Oferir contacte després de l'alta . Especialment quan aquesta ha sigut per exitus (tràmits per certificat de defunció , espai per poder explicar el que ha viscut ...)

En el cas de llarga estada es la treballadora social qui coordina la dinàmica de les reunions interdisciplinars



## A l'alta

L'usuari es donat d'alta per :

- Haver aconseguit els objectius
- Que l'usuari tingui el perfil d'un altre recurs per millora, empitjorament, aparició d'una altra patologia, etc.
- Per èxits

La continuïtat assistencial es un dels paràmetres de treball que l'equip observa i fa possible mitjançant la coordinació amb la resta de recursos, sobretot l'equip d'atenció primària.

## PROTOCOL D'ACOLLIDA

### 1 INTRODUCCIÓ

L'ingrés d'un usuari en un centre sociosanitari suposa un canvi de gran magnitud que trastocarà indubtablement la seva vida.

La societat, en general, i la gent gran, en particular, tenen un concepte preformat negatiu sobre aquest tipus d'institucions.

Conseqüentment és de gran importància de prendre una sèrie de mesures en el moment de l'acollida per paliar el shock, l'estrés i el possible trauma que suposa l'ingrés, tenint en compte que la persona es troba en un moment psicològicament fràgil.

### 2 OBJECTIUS

- Disminuir l'ansietat de l'usuari a l'ingrés
- Oferir una assistència de qualitat i continuïtat de les cures
- Afavorir l'intercanvi d'informació entre el centre, l'usuari i la família
- Establir un canal de comunicació clar, concret, específic i humà en tota la seqüència d'actuacions a l'ingrés, que faciliti l'adaptació de l'usuari en el nou recurs, millorant així el grau de satisfacció

### 3 ACTUACIONS PRÈVIES A L'INGRÉS

La demanda del recurs procedeix de tres fonts: (1) Hospital d'aguts, (2) Unitat de convalsència i (3) l'assistència Primària.

Per accedir a aquest recurs, si la procedència és a través de l'hospital d'aguts o convalsència, l'equip interdisciplinari elabora el full únic de recurs sociosanitari (Annex 1). En el cas de l'Assistència Primària, és l'usuari i/o família qui tramita la demanda.

En aquest període, la treballadora social i/o infermera de la unitat de procedència informa de les característiques del recurs (Annex 2), així com les condicions d'ingrés i als tràmits a realitzar. Pel que fa a les condicions d'ingrés, l'usuari i/o família pot escollir el centre de preferència.

La prioritització d'ingressos en els centres és gestionada per la CIMSS. Consisteix en una comissió integrada per metges, infermeres, treballadores socials i un representant de la Regió Sanitària. La treballadora social de cada centre gestiona els ingressos d'acord amb la llista elaborada per la CIMSS.

Quan la plaça està disponible, la treballadora social del centre contacta amb l'usuari i/o família i l'informa. L'usuari i/o família confirma l'ingrés, en el cas que el centre no sigui el de preferència de l'usuari, aquest té la possibilitat d'anul·lar l'ingrés i esperar per la plaça del centre de preferència.

## 4 DIA DE L'INGRÉS

### ■ Recepció de l'usuari

S'avisarà a la unitat d'administració i a recepció de l'arribada de l'usuari al centre. La infermera de la unitat rep a l'usuari i l'acompanya a la seva habitació.

Actuacions específiques:

- Presentació de la infermera i acomodació de l'usuari a l'habitació
- Entrega del dossier informatiu que consta del full de benvinguda, drets i deures de l'usuari, normes de funcionament i serveis del centre i tríptic informatiu.(Annex 3) La infermera remarcarà la flexibilitat d'horari de visites i el seu metge de referència.
- Mentre l'usuari i família s'acomoden a l'habitació, la infermera revisa els informes facilitats per l'usuari i obre la seva història clínica.
- Valoració a l'ingrés per part de la infermera. (Annex 4)  
Aquesta valoració constarà d'informació bàsica per acomodar el pacient, no es profunditzarà en les necessitats bàsiques, per tal d'evitar l'excés de preguntes i d'informació a l'usuari i/o família que puguin provocar augment de l'ansietat o confusió.
- Valoració mèdica. (Annex 5)
- Presentació de la resta del personal de la unitat del torn, company d'habitació i les instal·lacions.
- Concertar entrevista amb treball social i identificar el familiar de referència.

Cal destacar la importància del respecte en el tracte personal des del moment de l'ingrés: respectar l'idioma matern de l'usuari, ús de llenguatge col·loquial (evitant els tecnicismes), tracte de vostè i pel seu nom, evitar els crits...

**5** PERÍODE DEL SEGON AL SETÈ DIA

---

**■ Objectius**

La infermera de referència té com objectius en aquest període

- Establir una relació d'ajuda amb l'usuari
- Afavorir l'adaptació de l'usuari al recurs
- Disminuir l'ansietat de l'usuari i família
- Detecció dels problemes d'infermeria mitjançant la valoració de les necessitats bàsiques per l'elaboració dels objectius i activitats del pla d'actuació.

**■ Actuacions**

- Presentació de tot l'equip interdisciplinari que consta del metge i infermera de referència, la treballadora social, una auxiliar, fisioterapeuta i terapeuta ocupacional.
- Mitjançant converses informals amb l'usuari i/o família, fomentar l'expressió dels seus sentiments, aclarir dubtes, donar confiança...
- Fomentar la participació en les AVD.
- Afavorir la realització de les seves aficions i/o hàbits.
- Valoracions de tots els professionals de l'equip. (Annex 6)
- Fomentar la capacitat de l'equip assistencial per oferir un servei de qualitat. (tracte humà, respecte a la intimitat...)
- Seguiment d'incidències diàries per tal de poder anticipar-nos a les necessitats i establir les mesures correctores al més aviat possible.

**6** SETÈ DIA

---

**■ Objectius**

- Valoració de les necessitats de l'usuari
- Establir un pla de cures consensuat amb tots els professionals.

**■ Actuacions**

- Reunió interdisciplinària.
- Elaboració del pla d'actuació individualitzat. (Annex 7)
- Informació del pla d'actuació a la resta de professionals i a l'usuari i/o família per part de la infermera de referència.

7
---

**PERIODE DE TREBALL**

---

**■ Objectius**

- Oferir una atenció individualitzada, de qualitat i basada en les necessitats reals de l'usuari.
- Mesurar el grau de satisfacció i adaptació de l'usuari per detectar elements de millora.

**■ Actuacions**

- Aplicació del pla de cures.
- Avaluacions mensuals del pla d'actuació per detectar possibles desviacions dels objectius marcats.
- Aplicació del qüestionari de satisfacció de l'usuari i/o família (emplenat per usuari i família) (Annex 8) i
- Qüestionari d'adaptació (emplenat per la infermera i/o auxiliar).(Annex 9)

## QÜESTIONARI PER L'USUARI

Es prega que aquest qüestionari sigui omplert segons criteri de l'usuari

Marcar amb una creu la opció escollida.

1) EDAT:  a) 35-50  b) 51-64  c) 65-75  d) Més de 75

2) SEXE:  a) Home  b) Dona

3) ESTAT CIVIL: a)  Solter/a  
b)  Casat/da  
c)  Divorciat/da  
d)  Vidu/Vídua  
e)  Altres

4) NIVELL ESTUDIS: a)  Sense estudis  
b)  Estudis primaris  
c)  Estudis mitjos  
d)  Estudis superiors

5) PERSONA AMB LA QUI VIU:

a)  Espós/a  
b)  Fill/a  
c)  Germà/na  
d)  Sol/a  
e)  Altres

6) MOTIU D'INGRÉS:

a)  Rehabilitació  
b)  Hospital de dia  
c)  Descans familiar  
d)  Llarga estada

7) ¿Qui el va rebre al ingrés?

a)  Director/a  
b)  Infermeria  
c)  Treballadora Social  
d)  Recepcionista  
e)  No sap qui era

8) ¿Li van mostrar les instal·lacions?

a)  Part de les instal·lacions  
b)  Totes les instal·lacions  
c)  Sols la habitació

9) ¿Li van presentar l'equip professional que l'hauria d'acompanyar durant la seva estada? (Metge, infermeres, fisioterapeutes,...)

	SI	NO	EN PART
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) ¿Ha estat informat en relació al funcionament del centre?

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11) ¿Ha estat informat en relació a la seva malaltia?

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12) ¿Ha estat informat en relació a les accions que es durien a terme en relació al seu tractament, rehabilitació,...?

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13) L'han informat dels resultats o objectius que es pretenen aconseguir durant la seva estada ?

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14) ¿Ha entès les explicacions que li han donat?

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15) ¿Com li van donar la informació?

a)  De paraula  
b)  Fulls informatius  
c)  Altres

16) Creu que la informació va ser..

a)  Poca  
b)  Suficient  
c)  Excessiva pel primer dia

17) Durant la seva estada, la informació sobre la seva evolució va ser:

CAP SUFICIENT MOLT BONA

a)  b)  c)

18) Durant la seva estada, la informació sobre els canvis de tractament, activitats, etc va ser:

a)  b)  c)

19) L'ingrés al centre li va fer sentir:

- a)  Tanquil·litat
- b)  Preocupació
- c)  Angoixa
- d)  Altres

20) La informació rebuda durant l'estada el va fer sentir:

- a)  Millor
- b)  Pitjor
- c)  Indiferent
- d)  Confús

21) ¿Creu que es va tenir en compte la seva opinió en relació al seu tractament, activitats, preparació al alta, ...?

GENS POC BAST. MOLT

a)  b)  c)  d)

22) ¿Creu que la informació rebuda ha facilitat la seva estada al centre i la adaptació a ell?

a)  b)  c)  d)

23) ¿Li ha semblat adequada la assistència mèdica?

a)  b)  c)  d)

24) ¿I la del equip d'infermeria?

a)  b)  c)  d)

25) En cas d'haver necessitat els serveis de la assistència social, ¿li han semblat adequats?

a)  b)  c)  d)

26) ¿I els de fisioteràpia?

a)  b)  c)  d)

27) La satisfacció a nivell de la alimentació ha estat:

a)  b)  c)  d)

28) La satisfacció a nivell de la neteja del centre ha estat:

a)  b)  c)  d)

29) Li han facilitat activitats d'oci i esbarjo?:

a)  b)  c)  d)

30) ¿El tracte rebut per part del personal ha estat?

- |               |    |                          |    |                          |
|---------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Respectuos | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b) Atent      | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c) Amable     | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

31) ¿Ha trobat a faltar qualsevol servei?

- a)  SI
- b)  NO

En cas de respondre SI, ¿quin servei?.....

.....

32) ¿Creu que les activitats d'esbarjo són necessàries?

- a)  SI
- b)  NO

¿Per què?.....

.....

33) ¿Quina cosa afegiria o eliminaria?.....

.....

**GRÀCIES PER LA SEVA COL-LABORACIÓ**



## QÜESTIONARI PER A LA FAMILIA

Es prega que aquest qüestionari sigui omplert segons criteri del familiar responsable de l'usuari  
Marcar amb una creu la opció escollida.

Jo sóc de l'usuari el seu

- |                             |            |                             |          |
|-----------------------------|------------|-----------------------------|----------|
| a) <input type="checkbox"/> | Fill/a     | d) <input type="checkbox"/> | Nebot/da |
| b) <input type="checkbox"/> | Mare/ Pare | e) <input type="checkbox"/> | Net/a    |
| c) <input type="checkbox"/> | Espòs/a    | f) <input type="checkbox"/> | Altres   |

1) EDAT:  a) 35-50  b) 51-64  c) 65-75  d) Més de 75

2) SEXE:  a) Home  b) Dona

3) ESTAT CIVIL:  
DEL USUARI

a)  Solter/a  
b)  Casat/da  
c)  Divorciat/da  
d)  Vidu/Vídua  
e)  Altres

4) NIVELL ESTUDIS:  
DEL USUARI

a)  Sense estudis  
b)  Estudis primaris  
c)  Estudis mitjos  
d)  Estudis superiors

5) PERSONA AMB LA QUI VIU O VIVIA L'USUARI ABANS DE L'INGRÉS:

- a)  Espòs/a  
b)  Fill/a  
c)  Germà/na  
d)  Sol/a  
e)  Altres

6) MOTIU D'INGRÉS:

- a)  Rehabilitació  
b)  Hospital de dia  
c)  Descans familiar  
d)  Llarga estada

7) ¿Qui el va rebre al ingrés?

- a)  Director/a  
b)  Infermeria  
c)  Treballadora Social  
d)  Recepcionista  
e)  No sap qui era

8) ¿Li van mostrar les instal·lacions?

- a)  Part de les instal·lacions  
b)  Totes les instal·lacions  
c)  Sols la habitació

9) ¿Li van presentar l'equip professional que l'hauria d'acompanyar durant la seva estada? (Metge, infermeres, fisioterapeutes,...)

SI NO EN PART

a)  b)  c)

10) ¿Ha estat informat en relació al funcionament del centre?

a)  b)  c)

11) ¿Ha estat informat en relació a la seva malaltia?

a)  b)  c)

12) ¿Ha estat informat en relació a les accions que es durien a terme en relació al seu tractament, rehabilitació,...?

a)  b)  c)

13) L'han informat dels resultats o objectius que es pretenen aconseguir durant la seva estada?

a)  b)  c)

14) ¿Ha entès les explicacions que li han donat?

a)  b)  c)

15) ¿Com li van donar la informació?

- a)  De paraula

16) Creu que la informació va ser..

- a)  Poca

- b)  Fulls informatius  
 c)  Altres

- b)  Suficient  
 c)  Excessiva pel primer dia

17) Durant la seva estada, la informació sobre la seva evolució va ser:

- CAP SUFICIEN MOLT BONA**  
 a)  b)  c)

18) Durant la seva estada, la informació sobre els canvis de tractament, activitats, etc va ser:

- a)  b)  c)

19) L'ingrés al centre li va fer sentir:

- a)  Tanquil·litat  
 b)  Preocupació  
 c)  Angoixa  
 d)  Altres

20) La informació rebuda durant l'estada el va fer sentir:

- a)  Millor  
 b)  Pitjor  
 c)  Indiferent  
 d)  Confús

21) ¿Creu que es va tenir en compte la seva opinió en relació al seu tractament, activitats, preparació al alta, ...?

- GENS POC BAST. MOLT**  
 a)  b)  c)  d)

22) ¿Creu que la informació rebuda ha facilitat la seva estada al centre i la adaptació a ell?

- a)  b)  c)  d)

23) ¿Li ha semblat adequada la assistència mèdica?

- a)  b)  c)  d)

24) ¿I la del equip d'infermeria?

- a)  b)  c)  d)

25) En cas d'haver necessitat els serveis de la assistència social, ¿Li han semblat adequats?

- a)  b)  c)  d)

26) ¿I els de fisioteràpia?

- a)  b)  c)  d)

27) La satisfacció a nivell de la alimentació ha estat:

- a)  b)  c)  d)

28) La satisfacció a nivell de la neteja del centre ha estat:

- a)  b)  c)  d)

29) Li han facilitat activitats d'oci i esbarjo?:

- a)  b)  c)  d)

30) ¿El tracte rebut per part del personal ha estat?

- |               |    |                          |    |                          |
|---------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Respectuos | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b) Atent      | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c) Amable     | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

31) ¿Ha trobat a faltar qualsevol servei?

- a)  SI  
 b)  NO

En cas de respondre SI, ¿quin servei?.....  
 .....

32) ¿Creu que les activitats d'esbarjo són necessàries?

- a)  SI  
 b)  NO

¿Per què?.....  
 .....

33) ¿Quina cosa afegiria o eliminaria?.....

---

**GRÀCIES PER LA SEVA COL-LABORACIÓ**

## CUESTIONARIO USUARIO

Se ruega que este cuestionario se rellene según criterio del familiar responsable del paciente, o bien por él mismo siempre que sea posible.

Marcar con una cruz la opción escogida.

1) **EDAD:** a)  35-50 b)  51-64 c)  65-75 d)  Más de 75

2) **SEXO:** a)  Hombre b)  Mujer

3) **ESTADO CIVIL** a)  Soltero/a  
b)  Casado/a  
c)  Divorciado/a  
d)  Viudo/da  
e)  Otros

4) **NIVEL ESTUDIOS:** a)  Sin estudios  
b)  Estudios primarios  
c)  Estudios medios  
d)  Estudios superiores

5) **PERSONA CON LA QUE VIVE:**

a)  Esposo/a  
b)  Hijo/a  
c)  Hermano/a  
d)  Solo/a  
e)  Otros

6) **MOTIVO DE INGRESO:**

a)  Rehabilitación  
b)  Hospital de día  
c)  Descanso familiar  
d)  Larga estancia

7) **¿Quien lo recibió al ingreso?**

a)  Director/a  
b)  Enfermería  
c)  Trabajadora Social  
d)  Recepcionista  
e)  No sabe quien era

8) **¿Le mostraron las instalaciones?**

a)  Parte de las instalaciones  
b)  Todas las instalaciones  
c)  Solo la habitación

9) **¿Le presentaron al equipo profesional que lo acompañaría durante su estancia?(Medicos enfermeras ,auxiliares..**

	SI	NO
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) **¿Le han informado en relación al funcionamiento del centro?**

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------

11) **¿Le han informado en relación a su enfermedad?**

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------

12) **¿Le ha informado de las acciones que se llevarian a cabo en relación con su tratamiento, rehabilitación,...?**

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------

13) **¿Le han informado de los resultados o objetivos que se quieren conseguir durante su estancia .?**

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------

14) **¿ Ha entendido bien las explicaciones que le han dado ?**

a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------------------------

15) **¿Como le dieron la información?**

a)  De palabra  
b)  Hojas informativas  
c)  Otros

16) **Cree que la información fué..**

a)  Poca  
b)  Suficiente  
c)  Excesiva para el primer día

**EN PARTE**

c)

c)

c)

c)

c)

c)

17) Durante su estancia, la información sobre su evolución fué: NINGUNA    SUFICIENTE    MUY BUENA  
 a)                       b)                       c)

18) Durante su estancia, la información sobre los cambios de tratamiento, actividades, etc fué:  
 a)                       b)                       c)

19) El ingreso en el centro le hizo sentir:

- a)  Tanquilidad
- b)  Preocupación
- c)  Angustia
- d)  Otros

20) La información recibida durante la estancia le hizo sentir:

- a)  Mejor
- b)  Peor
- c)  Indiferente
- d)  Confuso

21) ¿Cree que se tuvo en cuenta su opinión en relación a su tratamiento, actividades, preparación al alta,...? NADA                      POCO                      BASTANTE  
 a)                       b)                       c)

22) ¿Cree que la información recibida ha facilitado su estancia en el centro y su adaptación a el?  
 a)                       b)                       c)

23) ¿Le ha parecido adecuada la asistencia médica?  
 a)                       b)                       c)

24) ¿Y la del equipo de enfermería?  
 a)                       b)                       c)

25) En caso de haber necesitado los servicios de la asistencia social, ¿Le han parecido adecuados?  
 a)                       b)                       c)

26) ¿Y los de fisioterapia?  
 a)                       b)                       c)

27) La satisfacción a nivel de la alimentación ha sido:  
 a)                       b)                       c)

28) La satisfacción a nivel de la limpieza del centro ha sido:  
 a)                       b)                       c)

29) Le han facilitado actividades de ocio i animación  
 a)                       b)                       c)

30) ¿ El trato recibido por parte del personal ha sido ?

- |                |    |                          |    |                          |
|----------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Respectuoso | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b) Atento      | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c) Amable      | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

31) ¿Ha echado de menos cualquier servicio?

- a)  SI                      En caso de responder SI, ¿qué servicio?.....  
 b)  NO                      .....

32) ¿Cree que las actividades de ocio son necesarias?

- a)  SI                      ¿Por que?.....  
 b)  NO                      .....

**MUCHO**

d)

d)

d)

d)

d)

d)

d)

d)

d)

.....

33) ¿Que cosa añadiría o eliminaría?.....  
.....

**GRACIAS POR SU COLABORACION**



## CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA

Se ruega que este cuestionario se rellene según criterio del familiar responsable del usuario  
Marcar con una cruz la opción escogida.

Yo soy del usuario su :  
a)  Hijo/a d)  Sobrino/a  
b)  Madre/ Padre e)  Nieto/a  
c)  Esposo/a f)  Otros

1) **EDAD:** a)  35-50 b)  51-64 c)  65-75 d)  Más de 75

2) **SEXO:** a)  Hombre b)  Mujer

3) **ESTADO CIVIL DEL USUARIO**  
a)  Soltero/a  
b)  Casado/a  
c)  Divorciado/a  
d)  Viudo/da  
e)  Otros

4) **NIVEL ESTUDIOS DEL USUARIO**  
a)  Sin estudios  
b)  Estudios primarios  
c)  Estudios medios  
d)  Estudios superiores

5) **PERSONA CON LA QUE VIVE O VIVIA EL USUARIO ANTES DEL INGRESO :**

a)  Esposo/a  
b)  Hijo/a  
c)  Hermano/a  
d)  Solo/a  
e)  Otros

6) **MOTIVO DE INGRESO:**

a)  Rehabilitación  
b)  Hospital de día  
c)  Descanso familiar  
d)  Larga estancia

7) **¿Quien lo recibió al ingreso?**

a)  Director/a  
b)  Enfermería  
c)  Trabajadora Social  
d)  Recepcionista  
e)  No sabe quien era

8) **¿Le mostraron las instalaciones**

a)  Parte de las instalaciones  
b)  Todas las instalaciones  
c)  Solo la habitación

9) **¿Le presentaron al equipo profesional que lo acompañaría durante su estancia?(Medicos enfermeras ,auxiliares..**

**SI NO EN PARTE**  
a)  b)  c)

10) **¿Le han informado en relación al funcionamiento del centro?**

a)  b)  c)

11) **¿Le han informado en relación a su enfermedad?**

a)  b)  c)

12) **¿Le ha informado de las acciones que se llevarian a cabo en relación con su tratamiento, rehabilitación,...?**

a)  b)  c)

13) **¿Le han informado de los resultados o objetivos que se quieren conseguir durante su estancia .?**

a)  b)  c)

14) **¿ Ha entendido bien las explicaciones que le han dado ?**

a)  b)  c)

15) **¿Como le dieron la información?**

a)  De palabra  
b)  Hojas informativas

16) **Cree que la información fué..**

a)  Poca  
b)  Suficiente

is?

es

|

|

|

|

|

|

c)  Otros

c)  Excesiva para el primer día

**NINGUNA SUFICIENTE MUY BUENA**

17) Durante su estancia, la información sobre su evolución fue:

a)  b)  c)

18) Durante su estancia, la información sobre los cambios de tratamiento, actividades, etc fue:

a)  b)  c)

19) El ingreso en el centro le hizo sentir:

- a)  Tanquilidad
- b)  Preocupación
- c)  Angustia
- d)  Otros

20) La información recibida durante la estancia le hizo sentir:

- a)  Mejor
- b)  Peor
- c)  Indiferente
- d)  Confuso

21) ¿Cree que se tuvo en cuenta su opinión en relación a su tratamiento, actividades, preparación al alta, ...?

**NADA POCO BASTANTE**

a)  b)  c)

22) ¿Cree que la información recibida ha facilitado su estancia en el centro y su adaptación a él?

a)  b)  c)

23) ¿Le ha parecido adecuada la asistencia médica?

a)  b)  c)

24) ¿Y la del equipo de enfermería?

a)  b)  c)

25) En caso de haber necesitado los servicios de la asistencia social, ¿le han parecido adecuados?

a)  b)  c)

26) ¿Y los de fisioterapia?

a)  b)  c)

27) La satisfacción a nivel de la alimentación ha sido:

a)  b)  c)

28) La satisfacción a nivel de la limpieza del centro ha sido:

a)  b)  c)

29) Le han facilitado actividades de ocio i animación

a)  b)  c)

30) ¿El trato recibido por parte del personal ha sido ?

- |                |    |                          |    |                          |
|----------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Respectuoso | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b) Atento      | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c) Amable      | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

31) ¿Ha echado de menos cualquier servicio?

- a)  SI
- b)  NO

En caso de responder SI, ¿qué servicio?.....  
.....

32) ¿Cree que las actividades de ocio son necesarias?

- a)  SI
- b)  NO

¿Por que?.....  
.....

—

A

**MUCHO**

d)

d)

d)

d)

d)

d)

d)

d)

d)

.....

33) ¿Que cosa añadiría o eliminaría?.....  
.....

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

## ENQUESTA D'ADAPTACIÓ

Es prega que l'apartat A d'aquest qüestionari sigui contestat segons criteri de la terapeuta ocupacional i els apartats del B al D segons criteri de l'equip d'infermeria (auxiliar i/o infermera).

### A. Registre de teràpia ocupacional

#### A. 1. Participació/Implicació en l'activitat:

- 1) No pot participar.
- 2) No participa.
- 3) Necessita contínua/molta estimulació.
- 4) Se l'ha d'estimular/animar algun cop.
- 5) La porta a terme per pròpia iniciativa / molt implicat

#### A.2. Relacions interpersonals:

- 1) No es relaciona gens
- 2) Es relaciona poc i amb molta estimulació
- 3) Es relaciona de forma agressiva
- 4) Es relaciona respectuosament, però precisa certa estimulació
- 5) Es relaciona espontània i respectuosament.

### B. Relacions amb altres usuaris a la unitat

#### B.1. Relacions interpersonals entre els usuaris:

- 1) No es relaciona gens
- 2) Es relaciona poc i amb molta estimulació.
- 3) Es relaciona agressivament
- 4) Es relaciona respectuosament, però precisa certa estimulació
- 5) Es relaciona espontània i adequadament.

#### B.2. Participació i implicació en les activitats:

- 1) No pot participar.
- 2) No vol participar.
- 3) Necessita contínua /molta estimulació.
- 4) Se l'ha d'estimular/animar algun cop.
- 5) La porta a terme per pròpia iniciativa /molt implicat.

### C. Relacions de l'usuari amb l'equip d'infermeria:

- 1) No es relaciona gens.
- 2) Es relaciona poc i amb molta estimulació
- 3) Es relaciona agressivament
- 4) Es relaciona respectuosament, però precisa certa estimulació
- 5) Es relaciona espontània i adequadament.

D. Actitud enfront:

D.1. Alimentació:

- 1) No pot realitzar-ho, per falta de força
- 2) Pot realitzar-ho parcialment( ajut per tallar i pelar)
- 3) Autònom.
- 4) Pot realitzar-ho però no vol ( falta de voluntat )
- 5) Falta de coneixements per realitzar-ho degut a la seva nova situació .

D.2. Vestir-se / Desvestir-se

- 1) No pot realitzar-ho, per falta de força
- 2) Pot realitzar-ho parcialment( ajut per tallar i pelar)
- 3) Autònom.
- 4) Pot realitzar-ho però no vol ( falta de voluntat )
- 5) Falta de coneixements per realitzar-ho degut a la seva nova situació .

D.3. Higiene personal:

- 1) No pot realitzar-ho, per falta de força
- 2) Pot realitzar-ho parcialment( ajut per tallar i pelar)
- 3) Autònom.
- 4) Pot realitzar-ho però no vol ( falta de voluntat )
- 5) Falta de coneixements per realitzar-ho degut a la seva nova situació .

E. En relació a la família

E.1. Freqüència de visites:

- 1) Visita diària.
- 2) Més d'un cop a la setmana.
- 3) Un cop a la setmana.
- 4) Menys d'un cop a la setmana.

E.2. Actitud de l'usuari amb la família:

- 1) Positiva.
- 2) Indiferent
- 3) Negativa.

E.3. Actitud de la família amb l'usuari:

- 1) Sobreprotecció, el supleixen quan no és necessari
- 2) Implicació.
- 3) No implicació.

E.4. Hi hagut canvis en el patró de relació respecte els hàbits anteriors a l'ingrés?

- 1) Si
- 2) No

