



**Projecte  
RESICOVID-19**

# Índex de continguts



**1.Resum executiu · 4****2.Introducció · 18****3.El Projecte RESICOVID-19 · 22**

- 3.1. Els orígens del projecte
- 3.2. Equip d'investigadors
- 3.3. Equip tècnic
- 3.4. Justificació
- 3.5. Valors
- 3.6. Objectius general i específics
- 3.7. Estructura metodològica
- 3.8. El post Resicovid

**4.Resultats · 38**

- 4.1. Realist Review · 40
- 4.2. Anàlisi documental · 44
- 4.3. Benchmarking · 62
- 4.4. Big data · 68
- 4.5. Estudi quantitatiu · 84
- 4.6. Estudi qualitatiu de l'afectació, respostes i millores de la pandèmia a centres residencials · 122
- 4.7. Nutrició · 184

**5.La perspectiva de gènere · 188**

- 5.1 Què és una recerca sensible al gènere?
- 5.2 Què diuen les institucions de governança?
- 5.3 Anàlisi de la perspectiva de gènere en el projecte ResiCOVID-19
- 5.4 La integració del gènere en el contingut de la investigació científica: Anàlisi de resultats
  - 5.4.1 Llenguatge: revisió lingüística, sexisme i androcentrisme. Es revisen les preguntes de les entrevistes dels quatre sectors entrevistats.
  - 5.4.2 Les entrevistes –on s'analitza el llenguatge–, i el seu buidatge per recollir-ne la perspectiva de gènere

**6.Les bases del nou model · 200**

- 6.1. Introducció
- 6.2. Els aspectes-clau del nou model
- 6.3. Les quatre transicions necessàries
- 6.4. El canvi de posicionament i de lideratge
- 6.5. Les accions dels stakeholders clau
- 6.6. Els objectius generals de millora
- 6.7. Les propostes de millora
- 6.8. La proposta d'indicadors i estàndards de qualitat

**7.Les propostes de millora i els indicadors · 220**

- 7.1. Metodologia elaboració
- 7.2. Propostes-clau
- 7.3. Propostes i indicadors
- 7.4. Un full de ruta per a l'acció

**8.Annexos · 284**

- 8.1. Taules protocol
- 8.2. Model de lideratge
- 8.3. Model de competències
- 8.4. Elements que proporcionen resiliència

**9.Bibliografia · 320**

# 01

---



# Resum executiu

## Introducció, objectius, components, i metodologia

El Projecte ResiCOVID-19 està liderat per diversos grups de recerca de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC), en col·laboració amb altres institucions i organitzacions acadèmiques, ONG, i representatives nacionals i internacionals (descrites a l'apartat 3.2 d'aquest document).

### Objectius generals

Els objectius generals consisteixen a avaluar l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 sobre les persones que viuen a les residències, especialment les geriàtriques, de dependència i salut mental de Catalunya, així com sobre les seves famílies, les persones treballadores i les organitzacions, de manera multidisciplinària i multidimensional. També a elaborar propostes de millora basades en l'experiència de la pandèmia i en la participació de persones residents, famílies, professionals, membres de direcció i stakeholders. Addicionalment, identificar i valorar la capacitat d'adaptació dels i les professionals i centres de respondre a l'enorme impacte de la COVID-19 amb compromís i resiliència.

## Valors

Els valors que inspiren el projecte inclouen el propòsit fonamental de millorar la qualitat d'atenció i la dignitat de les persones que viuen, treballen i són acollides als centres residencials, tenint en compte els valors fonamentals de l'atenció d'excel·lència, el respecte, la dignitat, i l'atenció compassiva de les persones. Això s'ha de fer considerant, en tot moment, la necessitat de professionals amb competències integrals basades en valors i de formar-les, respectar-les, i reconèixer-les.

## Components fonamentals

Els components fonamentals del projecte, que han estat elaborats i implementats pels diferents grups, són els de descripció de la situació (revisió de literatura i documental), revisió d'experiències internacionals de polítiques LTC a 6 països, descripció del sector residencial i de l'impacte a Catalunya, descripció de l'estructura dels centres participants, característiques de la població resident, descripció de l'estat de salut i la satisfacció laboral dels i les professionals, de l'impacte de la COVID-19 en centres i persones (residents, familiars, professionals, membres de la direcció), amb perspectiva de gènere en tots els casos, avaluació de la qualitat percebuda de l'atenció de residents, familiars i professionals basada en paràmetres ACP i l'elaboració de propostes de millora i indicadors.

## Metodologies emprades

Les metodologies emprades són multimetodològiques i inclouen la revisió (no sistemàtica) de la literatura i documental, realist review, revisió de dades quantitatives globals a Catalunya (Big data), enquesta semiestructurada a referents de 6 països (benchmarking), estructura descriptiva de característiques dels centres, quantitativa de característiques a residents, familiars, professionals i membres de la direcció, observació, entrevistes qualitatives a residents, familiars i professionals,

entrevistes semiestructurades, estructurades i obertes a 160 persones expertes i stakeholders, enquesta d'avaluació de qualitat basada en les dimensions ACP, de propostes de millora per dimensions i per àrees (sector global, organització, atenció a les persones residents, atenció als i les familiars i lideratge) i, finalment, elaboració de la proposta d'indicadors.

## Característiques i fortaleces

Les característiques i fortaleces d'un projecte singular inclouen una perspectiva multidimensional des d'angles diferents, multidisciplinària, cooperativa entre organitzacions acadèmiques i socials, multimetodològica amb tècniques i enfocaments complementaris (qualitatiu, quantitatiu, retrospectiu, prospectiu...), orientat a la millora i l'accionabilitat ("make the things happen") i amb participació activa i protagonista de residents, familiars, professionals, directius/ves, experts/es i organitzacions.

## Aspectes i resultats més rellevants de la fase descriptiva

### ANÀLISI DOCUMENTAL

#### Resum i resultats

Mentre els òrgans oficials tenen més varietat d'opcions i les fan servir, segueix predominant el terme neutre "residència" o "centre residencial". Hi ha diferències entre els temes seleccionats pels mitjans de comunicació com a rellevants com són les infeccions, les morts i les vacunes i els temes que poden ser d'interès real i rellevància per l'àmbit residencial (residents, famílies, professionals) i la societat en general, com poden ser les vivències, els casos d'èxit, les bones pràctiques, les recomanacions útils, més model d'atenció, últimes voluntats... La quantitat de notícies que només parlaven de mort i infeccions des d'un punt de vista numèric eren molt més abundants que les altres que introduïen d'altres temes o inclús els mateixos, com la mort, des de la perspectiva de l'atenció, del tracte, de l'experiència professional i les lliçons apreses pel camí per canviar-ho i millorar-ho.

Una anàlisi creuada amb la premsa denota que no s'han aconseguit traspasar a la societat la importància de regular, recomanar o pensar sobre aquest tema pel bé del les persones que viuen en residències.

#### Conclusions

\_Repensar nomenclatures perquè representin el model d'atenció que es vol donar.

\_Ús dels mitjans per visualitzar col·lectius invisibles: salut mental i addiccions.

\_Ús dels mitjans per part d'òrgans de representació públics o privats, per treballar de manera didàctica temàtiques i formats de transmissió d'informació sobre l'àmbit. Estratègia comunicativa en temps i forma.

\_Ús dels mitjans de comunicació com a fòrums de creació de coneixement per la construcció de models d'atenció.

## REALIST REVIEW

### Resum

L'objectiu ha estat identificar les respostes d'adaptació fonamentalment dedicades a alleujar la solitud.

S'han trobat 30 articles que identifiquen diferents estratègies per establir comunicació i relació, com la redefinició d'alguns dels rols dels/de les professionals, contactes remots, visites virtuals o trucades per telèfon i també enviament de cartes, fotos o objectes personals significatius a través dels i les professionals. Es van facilitar eines digitals i visites a través de la finestra o en espais exclusius per facilitar la relació. També diferents programes basats en estudiants i voluntaris, que cercaven el contacte social. També programes centrats en el benestar de la persona i facilitar la connexió remota entre nivells o la intervenció psicosocial amb teleconsulta així com utilitzar la tecnologia, la teràpia a partir d'una mascota virtual, i l'ús de robots per comunicar-se o fer companyia.

### Conclusions

En aquest sentit s'ha vist que algunes d'aquestes estratègies han reportat resultats positius, evitant la solitud, donant suport, i millorant la salut mental, el benestar social i la satisfacció de residents, familiars i professionals. Mentre que altres iniciatives han generat esdeveniments adversos entre els residents relacionats amb la bretxa digital i amb les dificultats de comunicació afegides en els casos de persones que tenen demència, dèficits visuals o auditius. Les famílies han expressat insatisfacció, culpa i frustració davant d'estratègies per millorar la comunicació amb els residents, així com incertesa i retard a l'hora de complir les expectatives generades.

Aquests resultats ens poden ajudar a aprofitar els aprenentatges adquirits durant la pandèmia i a seguir avaluant els impactes de les pràctiques emergents que puguin ser d'utilitat més enllà de la pandèmia.





## BENCHMARKING

### Resum

Aquesta línia ha consistit en la descripció i comparació de les polítiques i la situació del sector residencial en 6 països: Itàlia, Xile, Austràlia, Singapur, Alemanya i Israel, que identifica la situació i les respostes a la pandèmia.

Es tracta d'un sector marginalitzat, amb estàndards sovint obsolets, amb males condicions laborals i professionals, i no sempre connectat amb la comunitat. La pandèmia ha generat impacte en tots els centres, amb efectes sobre la mortalitat i impacte en residents i professionals.

- Marginalitat del sector: segon pla del sector de l'alt respecte el sanitari: en prioritza-  
ció EPI (ex. Itàlia), vacunació...
- Estàndards de qualitat: desfasats o sense  
garantia de compliment. Manca de super-  
visió del funcionament real del sector.
- Plans de control i prevenció de brots ina-  
dequats.
- Diferències en l'atenció comunitària.
- Òrgans ad hoc per centralitzar la gestió de  
la pandèmia.

### Mancances

#### **\_Absència de coordinació sociosanitària:**

- Entre diferents nivells institucionals.
- Entre sector salut, atenció social i atenció  
de llarga durada: molt poca connexió (ex-  
cepte Singapur).

#### **\_Poc desenvolupament tecnològic (excepte Israel: sistema molt digitalitzat).**

- Sistemes de dades deficients.
- Manca de plans específics pel sector (ex-

cepte Austràlia: adaptació respecte el pla nacional sanitari).

- Finançament insuficient.
- Manca de mesures de revisió de les in-  
fraestructures: res plantejat a Itàlia i Aus-  
tràlia.

### Idees clau de millora: les 5 primeres idees clau que penseu que cal considerar per elaborar les propostes de millora.

#### **\_Millora de condicions laborals i de reputació del sector.**

#### **\_Polítiques de visita: adaptades i respectant les decisions dels usuaris i les usuàries, limitació a situacions extremes.**

#### **\_Inversió tecnològica i innovació.**

#### **\_Millorar l'aïllament.**

#### **\_Millorar els sistemes de dades i comunicació.**

### Valoració general

En general s'ha observat (amb excepcions específiques) que hi ha dèficits de coordinació socio-sanitària, tecnologia, gestió dades, innovació, i d'impacte de la COVID-19, i també de reputació general del sector i dificultats de selecció, retribució i formació dels i les professionals. Hi ha també una amenaça del sector lucratiu que pot afectar greument l'equitat.

## **BIG DATA**

### **Resum**

Descripció de l'impacte de la COVID-19 en l'àmbit residencial de Catalunya a través de l'anàlisi massiva de dades.

Els objectius d'aquest estudi són:

1. Analitzar la incidència, mortalitat, letalitat i ús de recursos sanitaris en l'àmbit residencial en cada una de les sis onades de la pandèmia de COVID-19.
2. Avaluar l'excés de mortalitat en l'àmbit residencial durant aquestes onades.
3. Analitzar la relació entre mortalitat i característiques de les residències i les persones.

### **Resultats destacats**

#### **\_Incidència de COVID-19:**

Una població inicial de 75.396 persones residents a les residències, s'han diagnosticat durant tot el període 74.571 casos: incidència acumulada (IA) del 98,9%. Hi ha hagut una alta variabilitat en la incidència de COVID-19 entre les diferents onades (de 139 casos al dia en la primera onada a 7 casos al dia en la quarta onada), així com en el percentatge d'hospitalitzacions per cas (del 3.15% de la primera onada al 62.4% de la quarta onada).

#### **\_Mortalitat per COVID-19:**

1 de cada 8 persones que han viscut en l'àmbit residencial en aquest període han mort per COVID-19 (13.4%) —correspon a 10.051 persones—. Això equival al 37% del total de mortalitat de la població general.

#### **\_Letalitat per COVID-19:**

Existeix una gran variabilitat en la letalitat en les diferents onades, passant del 40% de la primera onada al 2% de la sisena onada —coincidint amb les mesures de protecció i el procés de vacunació (90% de cobertura vacunal completa al final de període)—, entre d'altres.

#### **\_Ús de recursos sanitaris:**

També hi ha hagut una gran variabilitat entre onades des de les 4 hospitalitzacions per dia i 16 ingressos a UCI durant el total del període de la primera onada a les 16 hospitalitzacions per dia i 116 ingressos a UCI durant el total del període de la sisena onada.

#### **\_Excés de mortalitat global a les residències (COVID i no-COVID):**

La mortalitat observada va superar l'esperada en totes les onades (amb una taxa de mortalitat estandarditzada de 2.44 a la primera onada o de 1.2 a la sisena onada), amb l'excepció de la quarta onada (0.93, coincidint amb la campanya de vacunació). El model va revelar un patró estacional, constatant taxes de mortalitat més altes en els grups de risc alt i molt alt, però amb un major excés de mortalitat en aquelles persones un risc moderat i baix.

## TREBALL DE CAMP QUANTITATIU

### Resum

**\_O1: Descriure els aspectes bàsics organitzatius i l'impacte de la COVID-19 en els centres residencials. (Enquesta descriptiva.)**

**\_O2: Descriure característiques de perfil i impacte de la COVID-19 en tots els actors del model residencial: les persones que viuen a les residències, les famílies, els/les treballadors/es i els membres de direcció des d'una perspectiva quantitativa. (Enquesta descriptiva.)**

**\_O3: Descriure la percepció de qualitat assistencial percebuda de les persones que viuen a les residències, familiars, treballadors/es i membres de direcció des d'una perspectiva quantitativa basada en el model d'atenció basada en la persona. (Enquesta d'avaluació de qualitat en cada dimensió de ACP, i la seva evolució abans, durant i després de la COVID-19.)**

**\_O4: Recollir les propostes de millora de qualitat des de les persones que viuen en residències, familiars, treballadors/es i membres de direcció, des d'una perspectiva qualitativa basada en ACP i la qualitat assistencial.**

(Enquesta propostes de millora en dimensions ACP.)

Es varen seleccionar un total de 37 centres, 779 persones residents, 130 familiars, 176 professionals, i 34 directius/ves per a realitzar enquestes estructurades.

### Resultats:

\_La major part dels treballadors de residències de Catalunya són dones (88% en residències geriàtriques).

\_Els/les residents geriàtrics/ques són una població principalment femenina (75%) i d'edat molt avançada (86 anys de mitjana d'edat). En comparació, els residents de discapacitat i salut mental tenen una durada d'institucionalització molt més gran, són d'edat mitjana i no hi predomina la presència d'un gènere per sobre de l'altre.

\_El perfil de residents geriàtrics i de discapacitat és molt similar, amb una alta prevalença de malalties cròniques, dependència, polifarmàcia, síndromes geriàtrics, fragilitat i problemes cognitius, d'incontinència urinària i/o fecal, i una infradetecció d'aspectes d'identificació malaltia avançada i final de vida, dolor i símptomes, aspectes psicosocials i espirituals, i solitud. Per altra banda, els residents de salut mental presenten prevalença de polifarmàcia, malalties cròniques, vulnerabilitat social, símptomes emocionals i dependència només en les activitats instrumentals.

\_Tot i tenir perfils de residents molt similars, les residències geriàtriques tenen gairebé la meitat de ràtio de professionals assistencials (0,37) que les residències de discapacitat.

\_Entre els/les professionals, membres de direcció i familiars es va detectar una alta prevalença de malestar emocional relacionada amb la institucionalització. De mitjana es va presentar una dificultat en treballar en una re-

sidència o tenir-hi el familiar ingressat i per a tothom era font de molta preocupació.

\_Els ítems d'atenció centrada en la persona que van estar pitjor valorats per part de tots els actors del model residencial geriàtric van ser la flexibilitat dels professionals, l'organització flexible, el temps d'atenció, la participació en la comunitat i la formació.

\_La pandèmia va influenciar negativament a més de la meitat dels ítems d'atenció centrada en la persona. Les restriccions van alterar negativament la participació de les famílies, la participació en la comunitat, la sortida del centre i la rebuda a les famílies.

\_La valoració de la qualitat assistencial per part dels professionals i directores va destacar com a deficient la formació i el suport emocional dels professionals, els vincles amb la comunitat i la incontinència urinària.

## ESTUDI QUALITATIU:

### Resum

S'ha realitzat un estudi qualitatiu en diverses residències, sobretot geriàtriques, però també de salut mental i de discapacitat, on s'han recollit les vivències i experiències de les persones residents, familiars, professionals i membres de la direcció, així com de diversos grups d'interès, a través d'entrevistes individuals, d'observacions i converses informals i de grups de discussió. En aquesta recollida d'experiències i pràctiques, s'han analitzat les afectacions de la pandèmia, les respostes i adaptacions i, també s'han obtingut propostes de millora pel que fa a la salut, el treball de cures i la vida quotidiana i social del centres.

Treball de camp a 5 residències, 15 familiars, 19 persones residents, 31 professionals i 5 membres de direcció.

### Resultats

#### A) Afectacions de la pandèmia (objectiu 1)

Transmissió descontrolada, sense mesures de protecció, afectació ràpida i fatal de residents, afectació de professionals, impacte psicosocial.

#### Afectacions en el treball de cures

\_Manca de recursos humans adequats i noves tasques derivades de la pandèmia, el control epidemiològic i gestió de les normatives COVID-19 va suposar un increment de tasques i demandes noves.

\_Les feines habituals porten més temps o no es poden fer.

\_El dia a dia del treball es complica per l'ús d'Equips de Protecció Individual, el canvi de personal constant dona més feina perquè no està format, el treball de neteja es multiplica i hi ha moltes dificultats per fer atenció personalitzada

\_Conflictes laborals i males condicions laborals.

\_Conflictes derivats de la sobrecàrrega de feina i la gestió de la pandèmia i conflictes derivats de la vacunació, del deteriorament en la salut dels treballadors com a conseqüència de les seves condicions i de la sobrecàrrega continuada de treball.

\_Afectacions en la salut pels canvis i dèficits en el treball de cures.

\_Necessitats de cura bàsiques dels residents no cobertes adequadament.

### **Afectació en l'imaginari col·lectiu i la imatge social de les residències i de les persones residents**

\_Afectacions en la vida quotidiana i social.

\_Afectacions emocionals en la quotidianitat dels residents amb acceptació, indiferència o rebuig dels canvis.

\_Afectacions en les activitats socials dins del centre i en la participació social.

\_Afectacions en la conciliació familiar.

\_Afectacions en el deteriorament accelerat dels i les residents i en l'impacte negatiu en la salut mental de les persones familiars cuidadores.

\_Afectacions en les relacions entre residents, treballadors/es i familiars.

## **B) Adaptacions i respostes davant la pandèmia (objectiu 2)**

### **Adaptacions i respostes sanitàries per fer front a la COVID-19**

\_Trobar EPI i tests, grups bombolla, adaptació sectorialització i aïllaments per controlar les infeccions, reforçar la implicació del personal sanitari, derivacions, vacunació, suport a les persones afectades per COVID-19 i suport psicosocial i econòmic als/les treballadors/es.

### **Respostes i adaptacions als canvis en el treball de cures**

\_Respostes i adaptacions davant la manca de recursos humans: el multitasking per cobrir les baixes: els treballadors van haver d'aprendre a fer feines que no feien, capacitació i formació exprés en EPI i gestió de la pandèmia (sectorialització, etc.), noves tecnologies per facilitar la comunicació amb els/les treballadors/es i les famílies.

\_Respostes i adaptacions davant l'impacte en salut dels canvis en els treballs de cura com el suport mutu i solidaritat entre treballadors/es davant les situacions més crítiques, suport psicològic moltes vegades inadequat a les necessitats dels i les treballadors/es.

### **Respostes i adaptacions davant la disrupció de la vida quotidiana de les mesures sanitàries**

\_Facilitar activitats d'entreteniment, flexibilitzar les restriccions institucionals, video trucades, l'ús de les finestres per facilitar el contacte social a distància, facilitar les visites malgrat les restriccions, informació i comunicació constant amb els familiars i residents.

## Resultats més rellevants de la fase de propostes de millora

### Les bases del nou model

El canvi de posicionament i de lideratge des de la reivindicació al lideratge de les cures integrals a persones vulnerables en una societat que ha de ser més cuidadora, promovent una transformació interna radical, establint lideratges potents, partenariats locals i generals i disposant dels suports i recursos necessaris per poder dur-ho a terme, que el converteixen en un paradigma del respecte d'una societat per a la dignitat, que mereix reconeixement i suport social, professional i institucional.

### Les quatre transicions necessàries

#### Una nova visió de la cura

Aquesta transició requereix d'un enfocament en l'atenció integral/multidimensional (incloent els aspectes físics, emocionals, socials, espirituals, ètics...) centrada en les persones per donar resposta a la personalització de la seva atenció, protegint els seus drets i vetllant, especialment, a més de per la seguretat i les cures integrals, pel seu benestar personal i el suport a una vida significativa. Una atenció integral per acompanyar i recolzar tant a les persones en situació de dependència com a les seves persones cuidadores, llars i xarxes de suport, cobrint les cures a domicili i les ajudes tècniques, així com l'accés a residències i centres diürns, entre d'altres.

Per aconseguir una atenció flexible i realment personalitzada, un altre element fonamental és poder avançar en promoure l'autoorganització de l'atenció quotidiana, és a dir, no només des de protocols generals o directrius establertes des d'organitzacions jerarquizades, sinó des d'una escolta i ajustament a les necessitats diverses de les persones.

#### Un model de proximitat i comunitari

Cal una aposta per l'envelliment de proximitat que potenciï la cura amb una atenció propera que fomenti que les persones i els centres que les acullen no trenquin els seus vincles familiars i socials amb el seu entorn. La proximitat i descentralització territorial han de ser aspectes clau per a una millor atenció a les persones i poder donar resposta a les seves necessitats i desitjos.

L'organització, l'estructura i el tamany dels centres ha d'estar basada en els models de llars que permetin la privacitat i també la individualització dels entorns.

#### Un model de necessitats multidimensional i d'excel·lència professional

Fa falta promoure un canvi des d'un model de ACP més general a un de concret que permeti abordar aspectes específics aplicats a situacions concretes de necessitats de les persones residents i famílies, incorporant el model de necessitats multidimensional ideat per C. Saunders, i perfeccionat per F. Ferris.

Aquesta transició requereix d'un model de competències de l'excel·lència professional que inclogui els condicionants culturals, els organitzatius, i els valors personals, juntament amb les competències bàsiques com són les tècniques (cures, intervencions, avaluacions, etc.), les de comunicació, ètica, gestió de cas, i treball en equip. Addicionalment, és necessari que incorpori les competències i comportaments de l'excel·lència (empatia, compassió, presència, hospitalitat, compromís, etc.), que depenen dels valors i requereixen una reflexió individual i formació específica, compromís i vocació.

### Un model sistèmic i col·laboratiu

És imprescindible avançar en el disseny d'una proposta d'atenció socio sanitària basada en un enfocament ecosistèmic comunitari, integral, i centrada en la persona, incorporant i coordinant els diferents rols que compleixen els agents implicats en aquesta atenció socio sanitària; tenint en compte que el seu rol pot variar en funció de la tipologia i de les particularitats dels residents i de la residència.

Els centres residencials han de ser un dels elements clau i referents d'un model territorial-poblacional sistèmic, regulat per rutes assistencials que assegurin una atenció integrada en el territori i en el sistema de salut i social per a persones vulnerables.

### Els objectius clau del nou model

Un gran potencial de desenvolupament i transformació.

**\_O1.** Oferir una atenció integral, centrada en la persona i equitativa que garanteixi la salut de les persones residents, la seva qualitat de vida i seguretat; promogui l'autonomia; i gestioni els riscos.

**\_O2.** Garantir uns equips de treball ben formats i preparats, empoderats i compensats amb lideratges adequats.

**\_O3.** Crear un sistema de finançament més sòlid i garantir que els nivells de finançament siguin adequats per cobrir la prestació d'una atenció integral a totes les persones, no només a les residències.

**\_O4.** Augmentar la transparència i la responsabilitat de les finances, les operacions i les dades, garantint l'avaluació i el seguiment de la qualitat assistencial per part de la direcció, els equips, la propietat, l'administració i els ciutadans

**\_O5.** Establir incentius i recursos que permetin adoptar la tecnologia de la informació a totes les residències, i donar suport als intercanvis d'informació sanitària per millorar l'atenció longitudinal centrada en la persona.

**\_O6.** Dissenyar un sistema de garantia de qualitat més sensible i eficaç i avaluar estratègies per assegurar la qualitat d'una atenció integral, centrada en la persona i equitativa.

**\_O7.** Ampliar i millorar la mesura de la qualitat per garantir la millora contínua dels serveis socio sanitàris.

**\_O8.** Modernitzar la tecnologia de les cures.

**\_O9.** Ser capaç de convertir-se en un sector innovador, dinàmic i adaptat a necessitats.

**\_O10.** Establir lideratges potents que siguin capaços de liderar una transformació radical i generar autoestima i reputació del sector.

## **Els principals actors dels diferents àmbits: sector, organització, lideratge, professionals, familiars, i residents.**

### **El sector residencial, projecte de país**

Amb 2 eixos fonamentals:

\_L'adequació/reconversió i estàndards del sector han de ser un projecte estratègic de país, amb decisió i lideratges interns, polítics, professionals, gestors i entitats.

\_Sector com a referent de l'atenció d'excel·lència a persones vulnerables en una societat cuidadora.

### **Nous lideratges potents i compromesos**

\_Un estil facilitador per aquest procés de canvi.

\_Calen uns lideratges molt capacitats i transformadors per liderar els equips dels centres amb efectivitat, que vagin més enllà de les solucions tècniques.

\_Calen líders generals que també liderin una gran transformació del sector amb un ampli consens social que incorpori als professionals, stakeholders i organitzacions clau.

### **Una organització innovadora.**

\_Una forma de fer emprenedora.

\_Una organització àgil, interdisciplinària i amb esperit emprenedor, que s'avanci als canvis i que s'arrisqui, amb la capacitat de generar respostes innovadores.

### **Atenció i participació de la família i entorn afectiu**

\_Visió sistèmica.

\_Educació i suport de la família.

\_Participació activa en el model i la presa de decisions.

### **Professionals competents, compromesos/es, i cuidats/des**

\_Reconeixement, formació i suport.

\_Participació activa en la definició, implementació i avaluació del model d'atenció i organització.

\_Competències multidimensionals basades en valors.

### **Residents autònoms/es, protagonistes, respectats/des i cuidats/des**

\_Un model d'atenció vital i amb mirada àmplia.

\_Les persones residents han de ser els protagonistes més rellevants i rebre una atenció i assistència d'acord amb les seves necessitats al llarg del seu cicle vital, segons la seva evolució i nivells de complexitat, valors i preferències.

\_Uns espais per a viure i ser cuidat/da.



## El projecte ens ha permès identificar àrees de millora rellevants:

\_Infradetecció i desatenció de necessitats essencials: malaltia avançada i final de vida, dolor i símptomes, aspectes psicosocials i espirituals, aspectes farmacològics, etc.

\_Decisions i autonomia de la vida quotidiana.

\_Participació activa en decisions sobre la seva atenció i el model d'atenció i d'organització.

## Propostes d'accions i indicadors de millora

S'han elaborat unes 200 propostes específiques de millora, a les quals s'han afegit indicadors de mesura.

### Fonts de dades

Les propostes d'accions de millora han estat elaborades partint directament de la identificació d'àrees i aspectes de millora des de:

\_Les àrees identificades com a deficitàries del model (per exemple: Identificació de necessitats emocionals i espirituals i de final de vida)

\_Les entrevistes basades en l'avaluació qualitativa de les dimensions ACP per part de professionals, familiars, residents i directius/ves.

\_Les enquestes de stakeholders als/les que es demanaven propostes.

## Construcció de propostes d'indicadors

Es basa en la constatació de la necessitat de concretar les propostes d'accions des de les genèriques a les específiques, i que es puguin identificar i mesurar amb indicadors, com a un des aspectes de millora de les propostes prèvies existents, sovint formulades des dels principis i recomanacions genèriques.

### Un full de ruta per a l'acció

La rellevància, la dimensió quantitativa i qualitativa, i la complexitat del repte de millorar l'atenció residencial —en un context d'envelliment de la població i de canvis en la capacitat familiar de suport— requereix de manera ineludible:

\_Un plantejament nacional potent, innovador, clar, i definició institucional de la visió d'un nou model d'atenció, organització, finançament, i provisió, així com de competències professionals.

\_Un plantejament compartit i cocreat amb persones, institucions, i organitzacions del sector.

\_Un lideratge institucional, i del sector, acompanyat de lideratges específics en centres.

\_Un canvi radical de la posició social i cultural del sector envers ser un referent de l'atenció cuidadora, respectat, valorat i cuidat.

\_Un pla de model de finançament i de reconversió estructural gradual.

El conjunt d'aquestes mesures ha de situar el sector residencial com a un dels referents ètics i de dignitat de la societat.

# 02

---



# Introducció

L'àmbit on la pandèmia de COVID-19 probablement ha causat un impacte més devastador ha estat el de les residències, especialment les de gent gran. Més enllà de la mortalitat, les conseqüències en el benestar físic, psicològic i social en les persones residents, els seus familiars i els professionals han estat moltes i molt significatives, sense perdre de vista també les implicacions ètiques, polítiques i econòmiques que orienten l'acció dels proveïdors de serveis i del sistema social i sanitari.

La combinació de múltiples factors ha causat una situació d'alt impacte que ha afectat tant a nivell sistèmic com a nivell individual. De forma esquemàtica esmentar:

**\_El context epidemiològic i les característiques específiques de la malaltia.**

**\_Factors individuals**, com l'alta prevalença de multimorbiditat, complexitat i proximitat al final de la vida, especialment en residències de gent gran.

**\_Factors relacionats amb el model d'atenció sanitària**, que han generat dificultats importants en la presa de decisions —a nivell clínic i ètic—, tant per a les persones residents, com per a les seves famílies i els professionals que les atenen.

**\_Factors relacionats amb la capacitat (baixes laborals) i capacitació (competència) dels professionals** per a atendre situacions d'aparició sobtada i massiva d'alta complexitat assistencial, decisions ètico-clíniques molt complexes (derivació, sedació, distress existencial sever...).

**\_Factors organitzatius i/o estructurals**, entre els quals podem anomenar: les característiques de molts centres, amb la convivència de múltiples residents en espais tancats, així com l'infrafinançament del sector, la precarietat de recursos humans i la pràctica inexistència de programes formatius per la millora competencial en relació a la situació de la COVID-19.

**\_Factors sistèmics:** les respostes assistencials en aquests centres han estat fortament condicionades per l'impacte de la pandèmia en tots els altres recursos dels sistemes de salut i social, que han vist desbordada seva capacitat de resposta.

**\_Factors socials:** el confinament i la restricció dels contactes socials dins i fora de les residències ha provocat un aïllament social

entre les persones residents i la seva xarxa de suport que pot haver impactat en la dimensió social de la salut de les persones implicades.

La pandèmia de la COVID-19 ha amplificat els dèficits estructurals prèviament existents del sistema residencial i l'atenció sanitària de les persones grans i amb malalties cròniques que viuen en l'àmbit residencial. Tanmateix, la pandèmia ens ofereix una oportunitat única per repensar el model d'atenció que hauria de ser basat en l'evidència, centrat en la persona i les seves singularitats i amb un personal i infraestructures que puguin respondre a les seves necessitats.

El projecte ResiCOVID-19 va néixer a la UVic-UCC, quan diferents grups de recerca vàrem identificar la convocatòria “Replegar-se per créixer: l’impacte de les pandèmies en un món sense fronteres visibles” ([PANDÈMIES 2020](#)) de l’AGAUR com a una oportunitat d’elaborar un projecte de recerca per a recollir l’experiència de la pandèmia de COVID-19 i el seu impacte i descriure les característiques de les persones i del sector residencial, com a un estímul per a fer evidents les mancances del model, ressaltar la resiliència mostrada per la majoria de professionals i centres del sector, i aprofitar aquesta experiència i les evidències del projecte per a fer propostes de millora que poguessin suposar un punt d’inflexió per a un canvi del model residencial a Catalunya.

Els grups de recerca de la UVic-UCC que van liderar la proposta inicialment són: el Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RGCat), el Grup de Recerca Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M<sub>3</sub>O), i la Càtedra de Cures Pal·liatives Càtedra UVIC-UCC/ICO/CCOMS, juntament amb el Grup de Recerca CareNet de l’Internet Interdisciplinary Institute (IN3), de la UOC. Tots ells havien elaborat i implementat diversos projectes de recerca i formació adreçats al sector residencial, especialment activats a rel de la pandèmia.

# 03

---



# El projecte **RESICOVID-19**

El Projecte ResiCOVID-19 està liderat per diversos grups de recerca de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC) en col·laboració amb altres institucions i organitzacions acadèmiques, ONG's, i representatives nacionals i internacionals. Els objectius fonamentals combinen, en primer lloc, la descripció de l'impacte de la pandèmia de COVID-19, i en segon lloc, l'elaboració de les propostes de millora del sector residencial de Catalunya, amb una mirada multidimensional, una organització multidisciplinària i multicèntrica, una metodologia multivariada i una orientació cap a les accions de millora.

## 3.1

# ELS ORÍGENS DEL PROJECTE

El projecte ResiCOVID-19 va néixer a la UVic-UCC, quan diferents grups de recerca vàrem identificar la convocatòria “Replegar-se per créixer: l’impacte de les pandèmies en un món sense fronteres visibles” ([PANDÈMIES 2020](#)) de l’AGAUR com a una oportunitat d’elaborar un projecte de recerca per a recollir l’experiència de la pandèmia de COVID-19 i el seu impacte i descriure les característiques de les persones i del sector residencial, com a un estímul per a fer evidents les mancances del model, ressaltar la resiliència mostrada per la majoria de professionals i centres del sector, i aprofitar aquesta experiència i les evidències del projecte per a fer propostes de millora que poguessin suposar un punt d’inflexió per a un canvi del model residencial a Catalunya.

Els grups de recerca de la UVic-UCC que van liderar la proposta inicialment són: el Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RGCat), el Grup de Recerca Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O), i la Càtedra de Cures Pal·liatives Càtedra UVIC-UCC/ICO/CCOMS, juntament amb el Grup de Recerca CareNet de l’Internet Interdisciplinary Institute (IN3), de la UOC. Tots ells havien elaborat i implementat diversos projectes de recerca i formació adreçats al sector residencial, especialment activats a rel de la pandèmia.



## 3.2

# EQUIP D'INVESTIGADORS

ResiCOVID-19 és un projecte fruit del treball de consens dels grups de recerca i investigadors líders en l'àmbit de l'envelliment i la cronicitat a Catalunya, i és de naturalesa extraordinàriament multidisciplinària.

L'investigador principal és **Xavier Gómez Batiste-Alentorn**, catedràtic a la Càtedra de Cures Pal·liatives de la UVic-UCC i membre del Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG).

En el desenvolupament del projecte han participat els següents grups de recerca i investigadors. En l'apartat 4 de resultats trobareu la relació d'investigadors que han participat a cada línia de recerca.

**Del Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG)**, de la UVic-UCC, han participat els següents investigadors: Jordi Amblàs-Novellas, Sebastià Santa Eugènia, Xavier Costa, Joan Carles Contel, Laia Cases, Montse Solé, Gerard Carot-Sans, Emili Vela.

**Del Grup de recerca Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M<sub>3</sub>O)**, de la UVic-UCC, han participat: Javier Jerez Roig, Laura Coll-Planas, Anna Ramon, Paola Galbany, Ester Busquets, Cristina Vaqué, Emília Chirveches, Pau Moreno, Montse Masó, Júlia Casacuberta, Núria Gorchs-Font, Meritxell Mondéjar.

**Del Grup de recerca Data Analysis and Modeling Research Group (DAM)** de la UVic-UCC, ha

participat Joan Carles Martori, Ramon Oller, Rafa Madariaga.

**Del Grup de Recerca CareNet de l'Internet Interdisciplinary Institute (IN3)**, de la UOC ha participat Daniel López, Israel Rodríguez Giral, Catuxa Maiz.

Altres grups de recerca de la de la UVic-UCC involucrats en el projecte: **del Grup d'Estudis de Gènere (GETLIHC)** ha participat Mireia Canals; **del Grup de recerca Learning, Media & Social Interactions** han participat Joan Frigola i Guillem Marca; **del Grup de Recerca en Esport i Activitat Física (GREAF)** ha participat Judit Bort; i **del Grup de Recerca Educativa (GREUV)** ha participat Mar Beneyto. També ha participat Adelina Comas-Herrera, economista de London School of Economics & Political Science, Executive Committee of the International Long-Term Care Policy Network (ILTCPN) i LTCcovid.org.

**Altres grups de recerca o organitzacions que han col·laborat amb el projecte són:**

**Del Grup de Recerca Salut Mental i Innovació Social (SaMIS)** de la UVic-UCC ha participat Salvador Simó, Gemma Prat.

**Del RE-FiT Bcn. Institut de recerca de Vall d'Hebron**, de la UAB, ha participat Marco Inzitari.

**Del Grup de Recerca en Envel·liment i Salut (GREIS)**, de la UAB, ha participat Antoni Salvà.

De la **Fundació iSocial**, ha participat Toni Codina i Cèlia Estruch.

**De la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC)** ha participat Josep Carné i Montse Llopis.

De **Idibell** ha participat Cristian Tebe, Judit Peñafiel, Gemma Molist.

De **Diferentis** ha participat Lena Macau.

**Revisió i traducció** d'Ona Salvat.

**Organitzacions i/o persones que han donat suport al projecte:**

**Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona**

**Primary Care Research Group. European Association for Palliative Care.** Scott Murray, emeritus Professor of Primary Palliative Care (University of Edinburgh), i Yvonne Engels, del department of Anaesthesiology, Pain and Palliative Medicine (Radboud University).

**European Ageing Network (EAN)**, Jiří Horecky.

**International Federation on Ageing (IFA)**, Jane Barrat.

**Karolinska Institutet**, Eric Asaba.

## 3.3

# EQUIP TÈCNIC

A part de l'equip investigador el projecte també ha comptat amb un equip tècnic:

**Coordinació:** Montse Solé, Montse Masó

**Coordinació propostes de millora:** Joan Vinyets

**Suport a la coordinació:** Aina Carbó

**Tècnics:** Catuxa Maiz, Sandra Anitua, Meritxell Torrents, Pol Gràcia, Pau Moreno, Júlia Casacuberta, Paula Arboix

**Treball de camp:** Catuxa Maiz, Sandra Anitua, Meritxell Torrents, Pol Gràcia, Pau Moreno, Aina Carbó, Montse Solé

També s'ha comptat amb la participació de de l'Oficina de Recerca i Transferència (OTRI) del Vicerectorat de Recerca i Transferència del Coneixement de la UVic/UCC dedicada a la gestió de recursos i el seguiment pressupostari i administratiu.

## 3.4

# JUSTIFICACIÓ

Els criteris que vàrem prioritzar per al disseny i execució del projecte inclogueren:

\_La necessitat de descriure de manera multidisciplinària i multidimensional l'impacte de la pandèmia en les persones (residents, familiars i professionals) i els centres residencials a Catalunya.

\_La necessitat d'elaborar propostes de millora basades en l'experiència de la pandèmia i en la participació de residents, famílies, professionals, membres de la direcció i *stakeholders* que responguessin als reptes i dèficits del sector que la COVID-19 ha fet més sever.

### Adicionalment:

\_Fer-ho amb la participació activa de persones residents, familiars, professionals, membres de la direcció, persones expertes i organitzacions socials vinculades al sector. Reconèixer la resiliència, adaptació, i compromís dels residents, familiars, i de la majoria de centres i professionals.

\_Amb visió prospectiva, prepositiva i concreta, superant formulacions genèriques.

\_Centrada en el model d'atenció i organització.

\_Concretada en propostes d'accions i indicadors de millora.

### I amb:

\_El propòsit de donar al sector residencial la rellevància i el suport que mereix per a liderar el coneixement i la pràctica de l'atenció integral de persones vulnerables, en el context d'una societat que envelleix i ha de ser més cuidadora.

## 3.5

# VALORS

---

El projecte nasqué amb el propòsit fonamental de millorar la qualitat d'atenció i la dignitat de les persones que viuen, treballen i són acollides als centres residencials.

Tenint en compte els valors fonamentals de **l'atenció d'excel·lència, el respecte, la dignitat, i l'atenció compassiva de les persones.**

Considerant, en tot moment, la necessitat de professionals amb competències integrals basades en valors i de formar-les, respectar-les, i reconèixer-les.

## 3.6

# OBJECTIUS GENERALS I ESPECÍFICS

**O1: Avaluar l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 sobre les persones que viuen a les residències geriàtriques, de dependència i salut mental de Catalunya, així com dels seus familiars, els/les treballadors/es i sobre les pròpies organitzacions, en el període de març 2020 fins a l'actualitat.**

**O1.1** Estimar retrospectivament l'impacte de la pandèmia en termes de resultats globals: taxa de dones i homes residents i treballadores infectades per COVID-19, taxa de mortalitat, hospitalitzacions i dependència.

**O1.2** Analitzar retrospectivament en quina mesura els factors estructurals, organitzatius i de procés de les residències de gent gran s'associen a aquest impacte —fent èmfasi específic en l'anàlisi de gènere—, així com la complexitat clínica dels/les residents atesos/es, tenint en compte la taxa d'infeccions de la regió de l'Àrea Bàsica de Salut a la qual pertanyen.

**O1.3** Conèixer els factors individuals que s'associen amb l'impacte de la pandèmia a partir d'una cohort de residents de residències. Específicament, es verificarà la incidència de mortalitat i hospitalització general i per COVID-19, consum de fàrmacs, així com els factors predictors i de protecció per COVID-19, les relacionades amb el gènere, i d'altres causes.

**O1.4** Descriure les característiques i necessitats dels residents (post-primer brot de COVID-19), tenint en compte les diferències entre dones i homes.

**O1.5** Explorar i comprendre l'impacte percebut de la pandèmia i els factors individuals, de procés i estructurals que els agents implicats associen amb aquest impacte mitjançant un estudi qualitatiu. Específicament, es pretén conèixer les vivències dels/les residents geriàtrics/es, els seus familiars, els/les professionals, els/les responsables de les residències i dels/de les planificadors/es durant la pandèmia de la COVID-19. Es farà especial èmfasi en les experiències de les dones com a professionals i com a cuidadores.

**O1.6** Identificar factors i mecanismes de resposta adequada, barreres i dificultats percebudes, aspectes ètics, reptes a resoldre, reptes i oportunitats per a la millora assistencial i adaptació a les crisis. Es farà èmfasi específic en les implicacions ètiques les aspectes estudiats.

## O2. Elaborar propostes de millora a nivell assistencial, formatiu, organitzatiu, estructural i sistèmic, que permetin una millor adaptació a les crisis actuals i de futur, cap a una atenció centrada en les persones.

**O2.1** Revisar l'experiència i evidència nacional i internacionals per identificar bones pràctiques assistencials, formatives, organitzatives, estructurals, sistèmiques i de perspectiva de gènere, derivades de la resposta a la COVID-19 en l'àmbit residencial.

**O2.2** Explorar propostes de millora de pràctiques assistencials, formatives, organitzatives, estructurals i sistèmiques amb residents, familiars, professionals, responsables de les residències i planificadors, des d'una perspectiva *gender-sensitive*.

**O2.3** A partir de la revisió de la literatura i l'opinió dels experts i gestors de la salut, elaborar una proposta d'indicadors i estàndards de qualitat per a avaluar la millora.

### **Així, la finalitat del projecte combina:**

Descriure l'impacte global de la pandèmia en centres residencials i en les persones que hi viuen i treballen, i els seus mecanismes d'adaptació.

Elaborar i proposar mesures de millora de qualitat i els indicadors que les mesurin.

### **I les finalitats específiques són:**

Estimar l'impacte de la pandèmia en termes de resultats globals.

Analtzar factors estructurals, organitzatius i de processos de les residències.

Conèixer els factors individuals de les persones i les residències que han influït en aquest impacte.

Descriure les característiques i necessitats de les persones residents.

Explorar i comprendre l'impacte percebut de la pandèmia i els factors individuals.

Explorar l'avaluació de qualitat percebuda per residents, familiars i professionals

Explorar l'avaluació de qualitat percebuda per persones residents, familiars i professionals.

Identificar factors i mecanismes de resposta adequada.

Revisar l'experiència i evidència d'accions implementades a nivell nacional i internacional.

Elaborar propostes de millora del sector residencial.

Elaborar una proposta d'indicadors i estàndards de qualitat del model residencial.

## 3.7

# ESTRUCTURA METODOLÒGICA

Per tal d'assolir tots els objectius descrits s'han combinat diferents metodologies de recerca, estructurades en diferents línies de treball/recerca, tres per aconseguir l'objectiu principal O1, i dos per a l'O2. Els detalls de cada línia de treball estan descrits a les taules l'Annex 7.1. Les línies de treball són les següents:

### 3.7.1

#### **Revisió sistemàtica de la literatura amb finalitats de contextualització internacional**

Es faran diferents revisions sistemàtiques centrades en diferents temes i metodologies clau; tots ells es detallen a la taula 2, de l'Annex 7.1. L'objectiu és recollir una descripció de la situació.

### 3.7.2

#### **Anàlisi de dades massives (Big Data)**

Es realitzarà mitjançant un estudi poblacional retrospectiu (març 2020) mitjançant el registre de morbiditat i ús dels recursos sanitaris del Servei Català de la Salut. Es resumeix a la taula 2; i els objectius, les variables i els resultats esperats es resumeixen a la Taula 4.

### 3.7.3

#### **Treball de camp en una mostra multicèntrica de residències i persones residents**

S'ha estudiat una mostra multicèntrica de residències, directius, familiars, professionals, i persones residents i grups d'interès, mitjançant dos estudis diferents: un estudi retrospectiu i un estudi transversal (Taula 2) Tots dos inclouen metodologia quantitativa (Taula 5 i 6) i qualitativa (Taula 7).

### 3.7.4

#### **Benchmark internacional de propostes per a la millora del model d'atenció**

Inclou un recull internacional de mesures de millora mitjançant entrevistes semiestructurades i revisió de la literatura que analitza 14 països i revisions que avaluaran propostes de millora per assolir l'objectiu específic O2.1. Resumit a la taula 3.

### 3.7.5

#### **Consens de propostes de millora amb els grups d'interès.**

S'han recollit propostes de millora de les principals parts interessades de l'àmbit residencial, incloses les persones residents, els planificadors de polítiques i les organitzacions sectorials clau, i s'han realitzat diferents dinàmiques per consensuar un nou model residencial, tal com es detalla a la Taula 3, on han participat més de 160 persones.



## 3.8

# CARACTERÍSTIQUES I FORTALESES D'UN PROJECTE SINGULAR

Podem afirmar que, des del nostre coneixement, no hi ha cap referència de projectes que incloguin la combinació i complementarietat de:

1. Una perspectiva multidimensional des d'angles diferents
2. Una aportació multidisciplinària
3. Un enfocament cooperatiu entre organitzacions acadèmiques i socials
4. Una aproximació multimetodològica amb tècniques i enfocaments complementaris (qualitatiu, quantitatiu, retrospectiu, prospectiu...).
5. Propòsit: orientat a la millora i l'accionabilitat ("Make the things happen").
6. Participació activa i protagonista de persones residents, familiars, professionals, directius/ves, experts/es i organitzacions vinculades al sector.

## 3.9

# FASES DEL PROJECTE

---

### **Fase I: (Maig-Setembre 2021)**

---

- **Constitució de l'equip del projecte:**
  - Coordinació i suport tècnic (inclou tècnics de treball de camp)
  - Equip motor: coordinació i suport tècnic, i investigadors responsables dels grups de treball
  - Investigadors: organització en grups de treball
- **Adequació del pla de treball, i elaboració dels concrets per a cada grup de treball**
- **Pla de comunicació inicial:**
  - Activació del blog i xarxes socials (Instagram, Twitter)
  - Disseny i enviament de newsletter periòdica
- **Disseny del treball camp**

### **Fase II: (octubre 2021-juny/juliol 2022)**

---

- **Recollida d'informació:**
  - Treball de camp quantitatiu i qualitatiu
  - Anàlisi bibliogràfic i documental
- **Elaboració del benchmark internacional**

### **Fase III: (Maig 2022- octubre 2022)**

---

- **Nou equip motor, adaptat als nous reptes del projecte:**
  - Coordinació i equip tècnic adaptat a elaboració de propostes de millora, jornades participatives, i comunicació.
- **Elaboració de les propostes de millora i el nou model residencial:**

- Buidatge de totes les propostes i evidències recollides pels diferents grups de treball
- Anàlisi i procés d'elaboració de l'estructura del document
- Participació a través d'enquestes, entrevistes i anàlisi de documents de més de 100 persones i/o entitats vinculades en el sector residencial
- Discussió i anàlisi
- **Preparació i execució de Jornada participativa amb stakeholders 21 Octubre-Cosmocaixa**
  - Resultats preliminars del projecte
  - Proposta de nou model residencial
  - Recull de percepcions, idees, etc. del públic assistent.
- **Anàlisi de les dades obtingudes pels diferents grups de treball en la fase de recollida d'informació**
- **Activació del pla comunicació amb més intensitat**
  - Resitalks (entrevistes a stakeholders), Twitter, Instagram, Blog i newsletter renovada.
  - Focus en el procés, i en els resultats.

## **Fase final (novembre, i endavant):**

- **Jornada final del projecte: presentació de resultats i nou model residencial: 7 Novembre – UVic-UCC**
- **Elaboració dels productes del projecte:**
  - Document global amb resum de l'execució i resultats dels principals grups de treball
  - Articles científics
- **Pla de comunicació:**
  - Disseny d'accions de retorn dels principals resultats a tots els implicats al projecte
  - Publicació i difusió a públic no especialitzat dels principals resultats del projecte
- **Planificació del Post ResiCOVID19:**
  - Disseny de comunicació i incidència per presentar el nou model
  - Coordinació dels diferents grups de treball pel seguiment de la publicació dels articles científics.
  - Anàlisi de dades exhaustiu i sectorial d'informació obtinguda.

## 3.10

# EL POST RESICOVID19

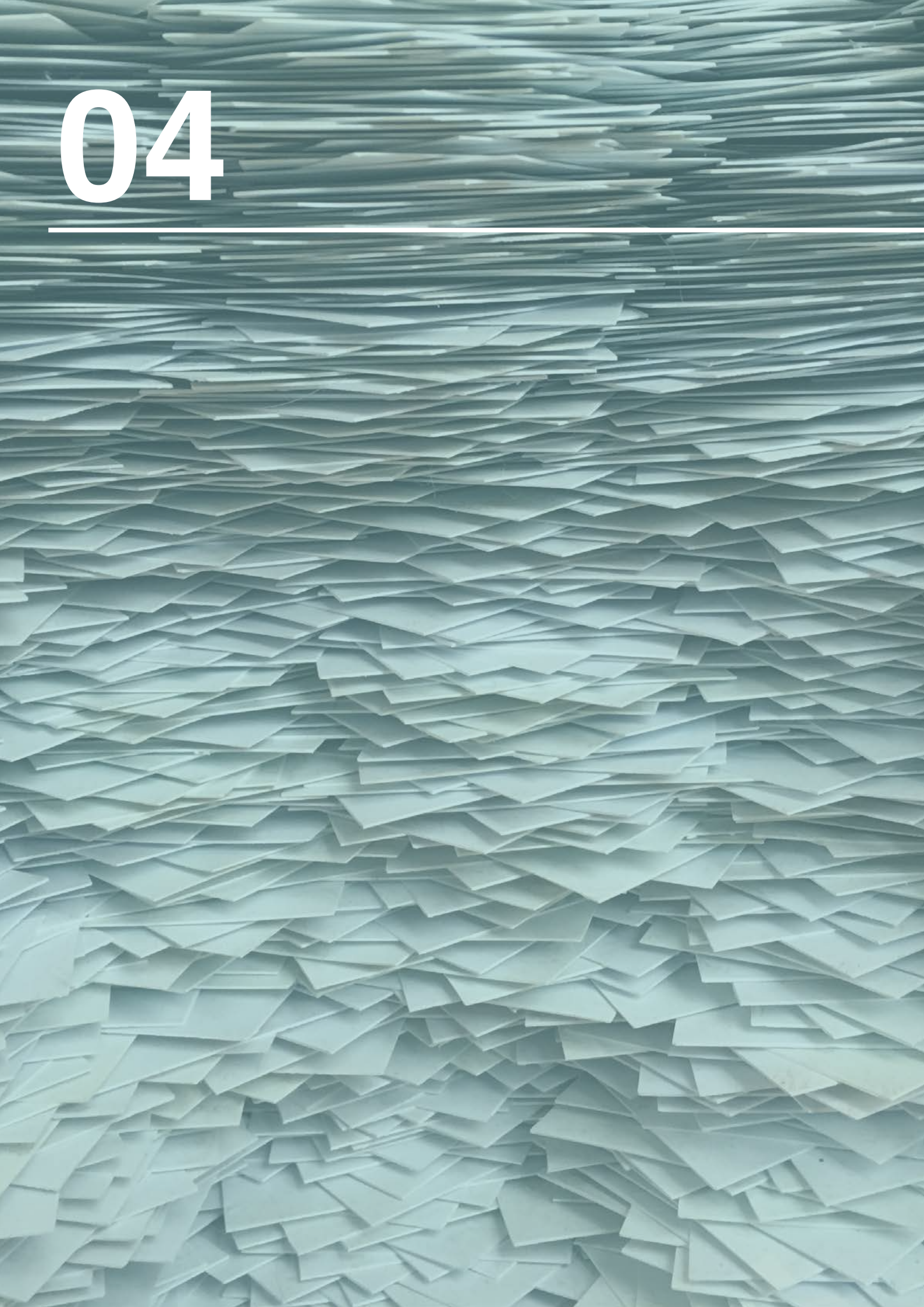
Les accions fonamentals d'aquesta fase tenen com a objectiu principal la incidència en les persones amb capacitat de decisió en l'àmbit residencial per tal d'aconseguir que la informació recollida i les propostes de millora es tradueixin en canvis en el sistema residencial de Catalunya. Les activitats previstes seran:

- Edició de continguts per compartir els principals resultats i les propostes de millora definitives amb els principals stakeholders i la comunitat
- Elaboració de tots els documents, articles i publicacions per la seva difusió
- Seguiment
- Pla de comunicació
- Accions de generació de consens



# 04

---



# Resultats

A continuació es presenta un recull dels principals resultats que tenim a dia d'avui de les diferents línies d'investigació del projecte. Aquest apartat conté dades de les anàlisis realitzades fins al 7 de novembre de 2022, i per tant, no són dades ni resultats definitius en cap cas, ja que en tots els casos el procés d'anàlisi és complex i continuarà al llarg dels mesos. En aquest sentit, les dades definitives es publicaran en els corresponents articles científics, dels quals en farem difusió a través dels canals de comunicació del projecte: Bloc, Twitter, Instagram, Newsletter...

Amés dels resultats que responen als objectius principals del projecte, també se'n derivaran de més específics i sectorials a partir de dades concretes que s'han recollit, i que encara no estan analitzades (com per exemple a nivell farmacològic).

**Els resultats de cada línia d'investigació es presenten amb el següent format:**

- \_Investigadors i col·laboradors de la línia de treball
- \_Breu resum
- \_Background
- \_Objectius de la línia de treball
- \_A quins objectius específics del projectes estan vinculats
- \_Metodologia
- \_Resultats
- \_Discussió bàsica i/o conclusions
- \_Aspectes pendants

## 4.1

# REALIST REVIEW

**Investigadors i col·laboradors de la línia de treball:** Laura Coll-Planas, Montse Solé-Casals, Núria Gorchs-Font, Anna Ramon-Aribau, Adelina Comas-Herrera.

### Breu resum

S'ha fet una cerca bibliogràfica per trobar estratègies que hagin ajudat a alleugerir la soledat i l'aïllament social a les residències, durant la pandèmia de la COVID-19. En la búsqueda feta al PubMed s'han trobat 30 articles que identifiquen diferents estratègies per establir comunicació i relació, com la redefinició d'alguns dels rols de les persones professionals, contactes remots, visites virtuals o trucades per telèfon i també enviament de cartes, fotos o objectes personals significatius a través de les persones professionals. Es van facilitar eines digitals i visites a través de la finestra o en espais exclusius per facilitar la relació. També diferents programes basats en estudiants i voluntaris, que cercaven el contacte social. També programes centrats en el benestar de la persona i facilitar la connexió remota entre nivells o la intervenció psicosocial amb teleconsulta i l'ús de la tecnologia, com la teràpia a partir d'una mascota virtual, i l'ús de robots per comunicar-se o fer companyia. Algunes d'aquestes estratègies han reportat resultats positius, evitant la solitud, donant suport i millorant la salut mental, el benestar i la satisfacció de les persones residents, familiars i professionals. Tanmateix, algunes iniciatives també han generat esdeveniments adversos entre les persones residents relacionats amb la bretxa digital i amb les dificultats de comunicació afegides en els casos de persones que tenen demència i/o dèficits visuals o auditius. En aquesta mateixa línia, les famílies, a més de percebre'n beneficis, també han expressat insatisfacció, culpa i frustració davant d'estratègies per millorar la comunicació

amb els residents, així com incertesa i retard a l'hora de complir les expectatives generades.

### Background

L'aparició de la COVID-19 a les residències ha tingut un efecte devastador per les persones residents, els seus familiars i els/les professionals que hi treballen. La resposta sanitària generalment ha prioritzat la seguretat per sobre d'altres principis i drets de les persones i els seus familiars. Així, les restriccions de visites i activitats socials han comportat aïllament social i risc de patir soledat. Els/les professionals han implementat diferents estratègies per alleugerir la soledat i l'aïllament i han suplert la presència dels familiars, donant suport emocional i procurant una comunicació constant dins i fora de les residències, per tal de disminuir l'impacte d'aquest context tan hostil.

### Objectius específics de la línia de treball

#### Objectius:

Comprendre quines pràctiques s'han dut a terme per pal·liar (potencialment) la soledat i l'aïllament social i els mecanismes que han permès (potencialment) aconseguir aquestes millores en les persones grans que han viscut a residències geriàtriques durant la pandèmia COVID-19.

Descriure quins mecanismes han estat avaluats, quins han funcionat i en quines circumstàncies.

**\_A quins objectius específics del projecte respon:** Revisió sistemàtica de la literatura publicada des de l'inici de la pandèmia fins al moment actual. (Aquest objectiu es va adaptar al llarg del projecte).

### Metodologia emprada

Scoping Review utilitzant els principis de la Realist Review, que consten de: definir els objectius,



l'evidència i extreure dades i resultats relacionant el context amb els mecanismes i amb els resultats.

Criteris d'inclusió dels articles: qualsevol estudi que descriuï o avalui un programa o iniciativa que pretengui alleugerir la soledat o l'aïllament social de les persones residents que viuen a residències geriàtriques (gent gran de més de 60 anys).

Estratègia de cerca: feta a Pubmed, incloent diferents idiomes (alemany, anglès, castellà, català, francès, italià i portuguès), de gener del 2020 a juny del 2022, combinant els termes en relació amb: residències geriàtriques, pandèmia COVID-19, gent gran, soledat i aïllament social.

Descripció de l'impacte de la COVID-19 en l'àmbit residencial

Objectiu inicial: Conèixer i avaluar l'evidència publicada a nivell internacional en relació a l'impacte de la COVID-19 en els entorns d'atenció de llarga durada i/o residencial.

Metodologia inicial: Revisió sistemàtica de la literatura publicada des de l'inici de la pandèmia fins a l'actualitat.

El canvi metodològic d'una revisió sistemàtica de la literatura sobre la COVID-19 a una scoping review utilitzant els principis de la Realist review, és pertinent per tal de poder respondre la pregunta d'investigació reformulada sobre quines pràctiques s'han dut a terme per pal·liar la soledat i l'aïllament social i els mecanismes que han permès aconseguir aquestes millores en les persones grans que han viscut a residències geriàtriques durant la pandèmia COVID-19.

### Resultats generals, preliminars:

La cerca a Pubmed ha identificat 9.867 articles, i després de llegir-ne el títol i el resum, n'hem acabat seleccionant 30 que compleixen els criteris d'inclusió de l'estudi. Els articles seleccionats són de diferents països: EUA (12), Canadà (5), Gran Bretanya (3), Alemanya (2), França (2), Itàlia (1), Eslovènia (1), Espanya (1), Austràlia (1), Hong

Kong (1) i Taiwan (1).

Hem identificat diferents estratègies per alleugerir la soledat i l'aïllament social:

#### **\_Estratègies per fomentar la comunicació entre residents i familiars:**

Es va dur a terme la redefinició dels rols de les persones professionals per poder facilitar la comunicació amb contactes remots, es van fer visites virtuals i trucades per telèfon i també enviament de cartes, fotos o objectes personals significatius a través dels professionals. Es van facilitar eines digitals a les residències com tauletes. Es van adaptar les visites per fer-les a través de la finestra o en espais exclusius com en tendes instal·lades als patis (Tent Talk). Es van organitzar grups de suport a les famílies, i es va definir un referent professional per a cada família.

#### **\_Programes sanitaris i socials:**

S'han descrit programes basats en estudiants de medicina i de treball social. En alguns feien de persones voluntàries i en altres eren contractats. Les seves tasques poden ser de fer trucades o donar suport a les persones professionals i residents en la comunicació.

També s'ha informat sobre programes enfocats a l'atenció centrada en la persona. Un dels programes implementa les PAL Cards (Preferences for Activity and Leisure) per tal de conèixer les preferències de les persones residents en les activitats i relacions socials. Hi ha programes centrats en l'atenció sanitària com el GERI-Pal que tenien un subprograma social destinat a la millora de la comunicació. Altres residències van passar la intervenció psicològica a la teleconsulta afegint també com a objectiu el suport a persones que patien aïllament i soledat.

Entre els programes socials basats en el voluntariat, es va identificar "Adopt-A-Resident Program", on a través de les xarxes socials d'arreu del món es va promoure l'enviament de cartes i regals a les persones que vivien a les residències amb l'objectiu d'acompanyar-les i animar-les. Un altre és el programa "Peer-mentoring", on fan

parella un voluntari de la comunitat i un voluntari que viu a la residència per tal d'involucrar a un altre/a resident/a més aïllat socialment en les activitats i les relacions socials.

### **\_Adaptació de les activitats a telemàtiques**

Hi ha articles que expliquen com s'han adaptat al format telemàtic activitats que es feien presencialment abans de la pandèmia. Aquest és el cas del programa "Befriending" basat en l'amistat, en aquest cas mantinguda a distància, entre un/a voluntari/a i un/a resident.

També s'ha fet ús de la tecnologia per digitalitzar activitats com les visites virtuals de mascotes i la musicoteràpia digital.

### **\_Activitats personalitzades significatives:**

Altres articles relaten com, a nivell individual, les persones en situació d'aïllament han trobat activitats que facilitaven la reducció de la seva soledat. Són activitats significatives per elles, com l'horticultura i els jocs.

També s'han dut a terme activitats significatives a nivell relacional utilitzant les noves tecnologies, per exemple en la situació d'aniversaris i nous ingressos de manera que s'ha pogut implicar a la família.

### **\_Robots:**

L'ús de robots en les residències durant la pandèmia per pal·liar la soledat ha estat un dels resultats sorprenents o inesperats. Hi ha diferents tipus de robots amb diferents funcions:

Robots per facilitar la comunicació remota

Robots que imiten animals-mascota per fer companyia

Robots que fan companyia

Robots que poden suplir als professionals per exemple fent de dinamitzador d'una activitat grupal com dirigir un grup de cant

Aspectes més rellevants per les propostes de millora: És necessària la implicació de persones

professionals per portar a terme totes aquestes iniciatives, des de persones voluntàries a l'ús de robots, perquè han de fer de nexes d'unió entre ells, per facilitar l'entesa, la comunicació i la relació.

## **Discussió bàsica i/o conclusions**

La Realist Review és un mètode nou que ens permet anar més enllà del que s'ha fet, i ens ajuda a saber si el que s'ha fet ha estat útil.

En aquest sentit hem vist que algunes d'aquestes estratègies han reportat resultats positius, evitant la solitud, donant suport, i millorant la salut mental, el benestar social i la satisfacció de les persones residents, familiars i professionals. Mentre que altres iniciatives han generat esdeveniments adversos entre les persones residents relacionats amb la bretxa digital i amb les dificultats de comunicació afegides en els casos de persones que tenen demència i/o dèficits visuals o auditius. Les famílies han expressat insatisfacció, culpa i frustració davant d'estratègies per millorar la comunicació amb els residents, així com incertesa i retard a l'hora de complir les expectatives generades.

Aquests resultats ens poden ajudar a aprofitar els aprenentatges fets durant la pandèmia i a seguir avaluant els impactes de les pràctiques emergents que puguin ser d'utilitat més enllà de la pandèmia.

## **Aspectes pendents**

Queda pendent la búsqueda en altres bases de dades per complementar la cerca del Pubmed i acabar d'analitzar i descriure, a partir de la lectura i reflexió conjunta dels/de les investigadors/es, quins mecanismes han funcionat per aconseguir quins resultats i en quines circumstàncies.



## 4.2

# ANÀLISI DOCUMENTAL

**Investigadors/es i col·laboradors/es de la línia de treball:** Anna Ramon Aribau, Meritxell Mondejar (anàlisi i interpretació de dades), Pol Gràcia Micó, Meritxell Torrents Solé, Sandra Anitua Jorge, Aina Carbó Cardeña (treball de camp/ recollida informació).

### Background:

La intersecció dels mitjans de comunicació, l'opinió pública, la política i la seva relació amb les polítiques públiques està ben documentada. Per a moltes persones, els mitjans de comunicació i els missatges que s'hi difonen són el principal proveïdor d'informació de la seva realitat social percebuda (van Klingeren, Boomgaarden, Vliegenthart i de Vreese, 2015). Per tant, els mitjans de comunicació, el que s'hi diu i qui ho fa, tenen un paper important en la formació de l'opinió pública.

La gent busca, aprèn i comparteix informació de risc a les xarxes socials (Mou i Lin, 2017), i aquesta informació és extremadament important per construir les percepcions públiques (Perko, 2014). Les discussions sobre les creences en salut impregnen els mitjans de comunicació, de manera que l'exposició a la informació pot ser un factor important en les creences d'un individu sobre la salut i com ha de ser gestionada (Wang, Li, Hutch, Naidech i Luo, 2021).

En un estudi realitzat a l'abril de l'any 2020 per Reuters Institute for the Study of Journalism i el projecte Misinformation, Science and Media (Desinformació, ciència i mitjans), conjuntament amb l'Oxford Internet Institute, es va publicar que els principals referents de la població espanyola en la pandèmia van ser en primer lloc els mitjans de

comunicació en general (74 %), el govern i els legisladors en segon lloc (39 %), i els científics, metges i altres experts sanitaris a continuació (38 %).

### Objectius específics de la línia de treball:

Entendre com la construcció del discurs dels principals agents de referència mencionats per la població com a referents en la consulta d'informació durant la pandèmia han pogut influir en la percepció de les parts interessades de l'àmbit residencial per acabar influint en el seu posicionament i/o presa de decisions.

### A quins objectius específics del projecte respon:

O1.5 Explorar i comprendre l'impacte percebut de la pandèmia i els factors individuals, de procés i estructurals que els agents implicats associen amb aquest impacte mitjançant un estudi qualitatiu. Específicament, es pretén conèixer les vivències de les persones residents geriàtriques, els seus familiars, professionals, responsables de les residències i dels planificadors durant la pandèmia de COVID-19. Es farà especial èmfasi en les experiències de les dones com a professionals i com a cuidadores.

### Metodologia emprada:

Es basa en la investigació narrativa, una metodologia qualitativa que es centra en l'estudi de l'experiència entesa narrativament. Els/les indagadors/es narratius/ves comuns/es de temporalitat, socialitat i lloc creen un marc conceptual dins del qual es poden utilitzar diferents tipus de textos de camp i diferents anàlisis. La investigació narrativa posa en relleu les qüestions ètiques i dona forma a noves interpretacions teòriques de les experiències de les persones (Kempf-Leonard, 2005).

**Recollida de dades:** En aquest estudi, es van considerar tres fonts de dades:

**Mitjans de comunicació:** Es van seleccionar totes les notícies provinents de premsa digital i en paper (Taula 1) que incloguessin com a paraules clau “covid” i les seves diferents variacions, així com “residència” en singular i plural en castellà i català en el títol i subtítol, en totes les seccions i en els diaris de cobertura nacional i regional (Catalunya). Temporalitat: 1/1/2020 – 31/12/2020.

**Organismes públics reguladors/legisladors:** Es van seleccionar totes les regulacions publicades al DOGC (Catalunya) i al BOE (Espanya) que incloguessin com a paraules clau “covid” i les seves diferents

variacions, així com “residència” en singular i plural en castellà i català. Temporalitat: 1/1/2020 – 31/12/2020.

**Societats científiques i col·legis professionals:** Es van seleccionar totes les comunicacions fetes mitjançant els canals oficials dels col·legis professionals i societats científiques llistades en la taula 2, que incloguessin com a paraules clau “covid” i les seves diferents variacions, així com “residència” en singular i plural en castellà i català. Temporalitat: 1/1/2020 – 31/12/2020.

En Paper	
20 minutos	El Periódico en Català
ABC	El Punt Avui
Ara	Expansión
Capgros	Gente
Diari de Tarragona	L'Enllaç dels Anoiencs
Diario La Grada	La Mañana
El 9 Nou	La Razón
El Mundo	La Vanguardia
El País	La Vanguardia en català
El Periódico	La veu de l'Anoia
Digitals	
20minutos.es	eurocarne.com
ABC.es	europapress.es
actasanitaria.com	igencat.cat
aldia.cat	geriatricarea.com
Anisalud.com	intereconomia.com/ la-gaceta
Anoiadiari.cat	interempresas.net
Aquibergueda.cat	kaosenlared.net
Ara.cat	Lainformacion.com
Cadenaser.com	lavanguardia.com
Catalunyapress.cat	laveu.cat
ccma.cat	naciodigital.cat
consalud.es	okdiario.com

corresponsables.com	ondacero.es
diariomedico.com	periodistadigital.com
diariosigloxxi.com	publico.es
elcatalan.es	que.es
elconfidencialdigital.com	rac1.cat
eldiario.es	redaccionmedica.com
elespanol.com	reusdigital.cat
elmon.cat	rtve.es
elmundo.es	salut.org
elnacional.cat	servimedia.es
elpais.com	social.cat
elperiodico.cat	sport.es
elperiodico.com	tarragona21.com
elplural.com	tarragonadigital.com
elpuntavui.cat	territoris.cat
eltriangle.eu	tribunamaresme.com
e-noticies.cat	vilaweb.cat
es.finance.yahoo.com/ noticias	vozpopuli.com
estrelladigital.es	

Taula 1. Llistat de diaris en digital i en paper consultats

Asociación de Bioética Fundamental y Clínica
Asociación Española de Científicos
Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL)
Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)
Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales
Associació Catalana de Comunicació Científica
Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA)
Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)
Càtedra de Bioètica Universitat de Vic-UCC
Càtedra de Cures Pal·liatives - Universitat de Vic - UCC
Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya
Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
Col·legi de Farmacèutics i Farmacèutiques de Girona
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Col·legi de Graduats Socials de Barcelona
Col·legi de Graduats Socials de Tarragona
Col·legi de Metges de Barcelona
Col·legi de Metges de Girona
Col·legi de Metges de Lleida
Col·legi de Metges de Tarragona
Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB)
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Lleida
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona
Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya
Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Girona
Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Lleida
Col·legi Oficial d'Infermers i Infermeres de Tarragona
Consorti de Salut i Social de Catalunya (CSSC)
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
Fundació Salut i Envel·liment - Universitat Autònoma de Barcelona
Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG)
Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull
Institut Català d'Oncologia
Institut Català de la Salut (ICS)
International Long Term Care Policy Network
La Unió (Associació d'Entitats Sanitàries i Socials)
Pla d'atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS) - Generalitat de Catalunya
Sociedad Española de Psicofisiología y Neurociencia cognitiva y afectiva
Servei Català de la Salut
Sociedad científica española para la investigación y formación en ciencias de la salud
Sociedad Española de Ciencias Fisiológicas
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
Sociedad Española de Epidemiología
Sociedad Española de Farmacología

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)
Sociedad Española de Inmunología
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) – grupo de ética
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Sociedad Española de Neurología
Sociedad Española de Parasitología
Sociedad Española de Virología
Sociedad Española Diabetes
Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGG)
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)
Societat Catalana de Metges Generals i de Família (SEMG Cat)
Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives (SCBCP)

Taula 2. Fonts consultades dins de la categoria de societats científics i col·legis professionals

Amb la informació recollida es van dur a terme dues aproximacions de l'anàlisi:

**Anàlisi temporal:** Per entendre les tendències, ens vam centrar en l'anàlisi temporal de totes les notícies i documentació trobada des del gener al desembre del 2020, que inclou: (1) tendències temporals en el nombre de documents; (2) tendències temporals en el nombre de temes.

**Anàlisi Temàtica:** Mitjançant les tècniques tradicionals d'anàlisi de text basades en la codificació, en aquest cas inductiva a falta de teoria específica pel tema que s'analiza.

## Resultats:

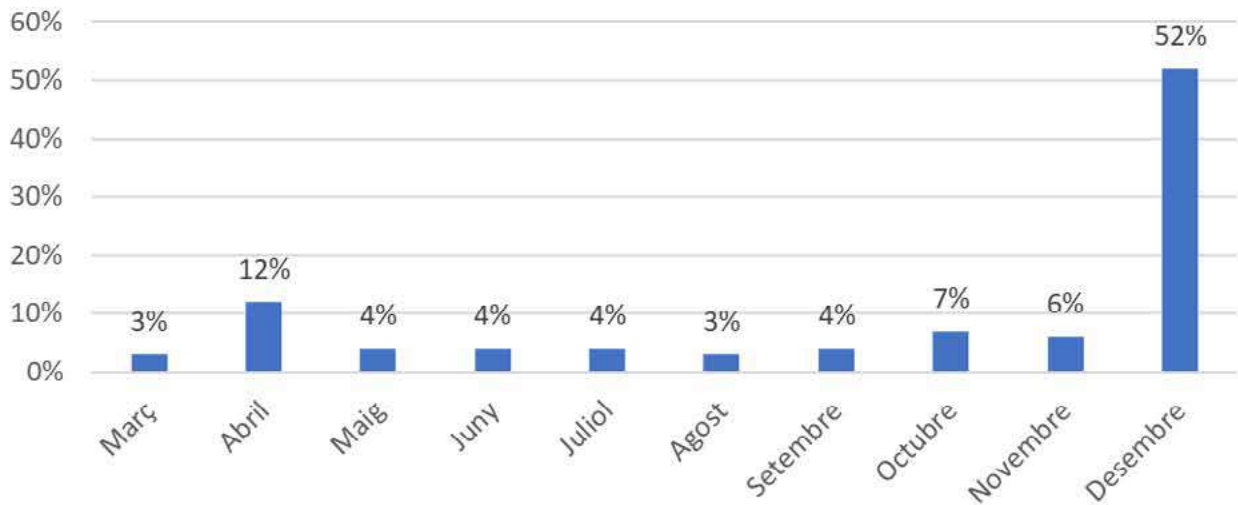
### Generals

Tenim notícies d'abast nacional i regional (Catalunya) quasi en igualtat de representació (51 % nacional vs. 49 % regional). Segons el gràfic 1, podem veure com el mes on hi ha més publicacions amb diferència és el desembre, seguit a molta distància per l'abril, just després de l'esclat de la pandèmia.

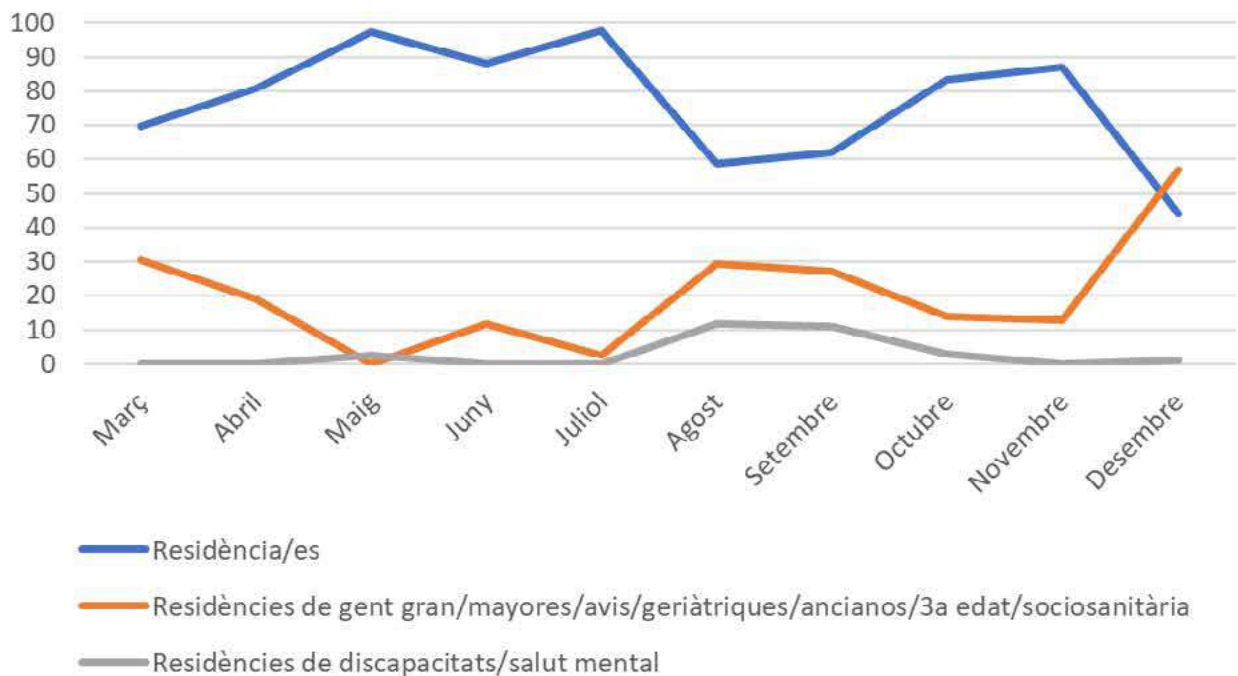
Si analitzem el contingut, comencem per com es

fa referència a l'àmbit de les residències i veiem com en un 77 % dels casos s'utilitza la paraula residència o residències sense fer cap esment a quin tipus de col·lectiu es parla, tot i que després d'analitzar la notícia completa podem veure com en la majoria dels casos es volia fer esment de residències de persones grans. En un 20 % dels casos, quan es vol fer esment a les residències de gent gran es fan servir termes molt diversos com residències de gent gran, de majors, d'avis/es, geriàtriques, d'ancians/es, de la tercera edat o sociosanitària. En només un 3 % dels casos es fa esment d'altres residències, amb els noms de residències de discapacitats, persones discapacitades o salut mental. Si analitzem això mateix al llarg del temps (Gràfic 2), veiem com pràcticament durant tot l'any es parla de residències sense mencionar els col·lectius que hi viuen, però a partir del juliol veiem un canvi amb l'aparició i creixement de la salut mental i una tendència a l'alça de mencionar les persones grans.

Gràfic 1. Percentatge de notícies publicades segons temporització

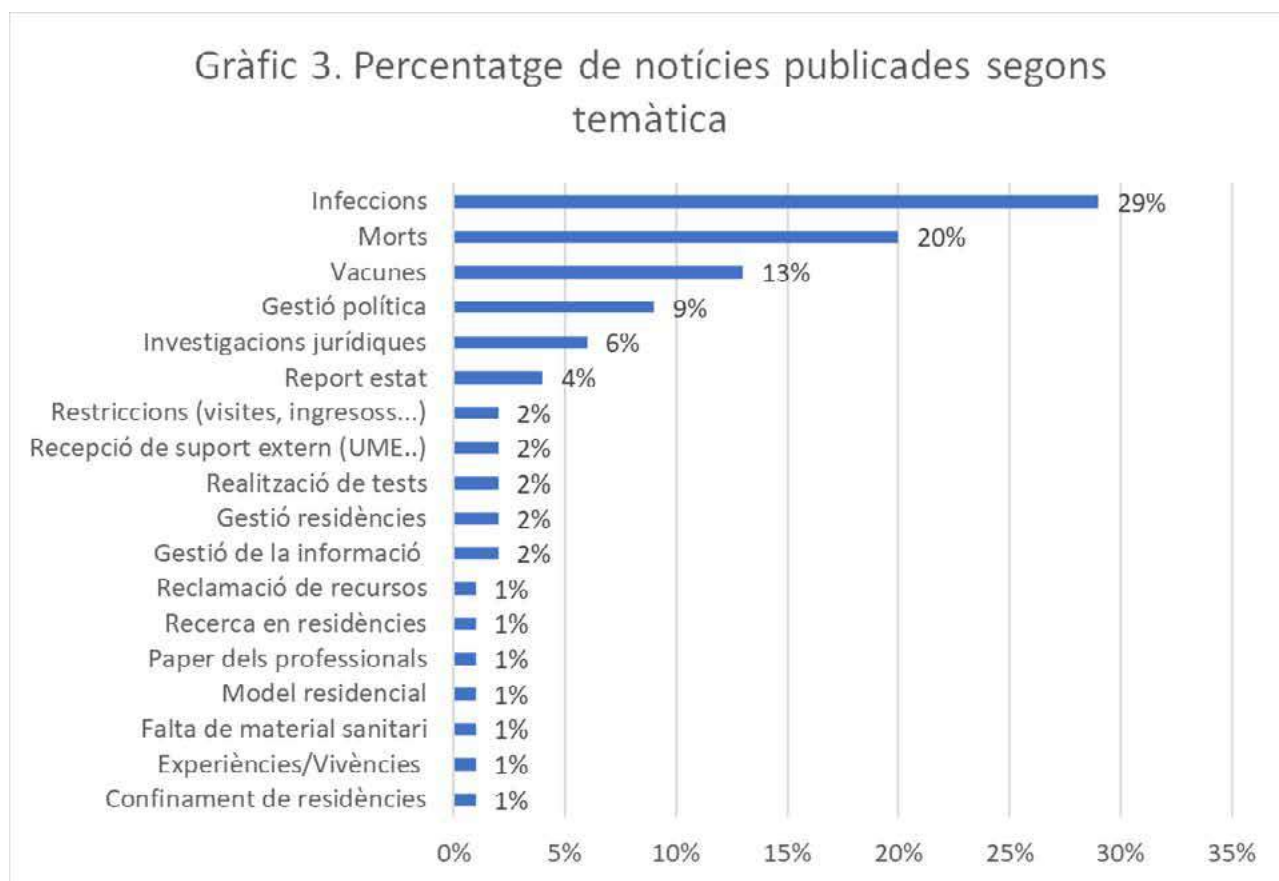


Gràfic 2. Percentatge d'ús de la paraula residència segons temporització





Si analitzem els temes podem veure (Gràfic 3) com hi ha dos temes clarament predominants com són parlar de les infeccions (29 %) i de les morts (30 %). Hi ha una quantitat de notícies importantíssima que es dediquen quasi exclusivament a reportar les morts i infeccions de les residències al llarg del territori. Els següents temes més mencionats són l'arribada i administració de vacunes a les residències (13 %) i la gestió política de la pandèmia a les residències (9 %) com les més predominants. Després hi ha molts altres temes que es tracten amb menor mesura i amb variacions en el moment de l'aparició i desaparició.

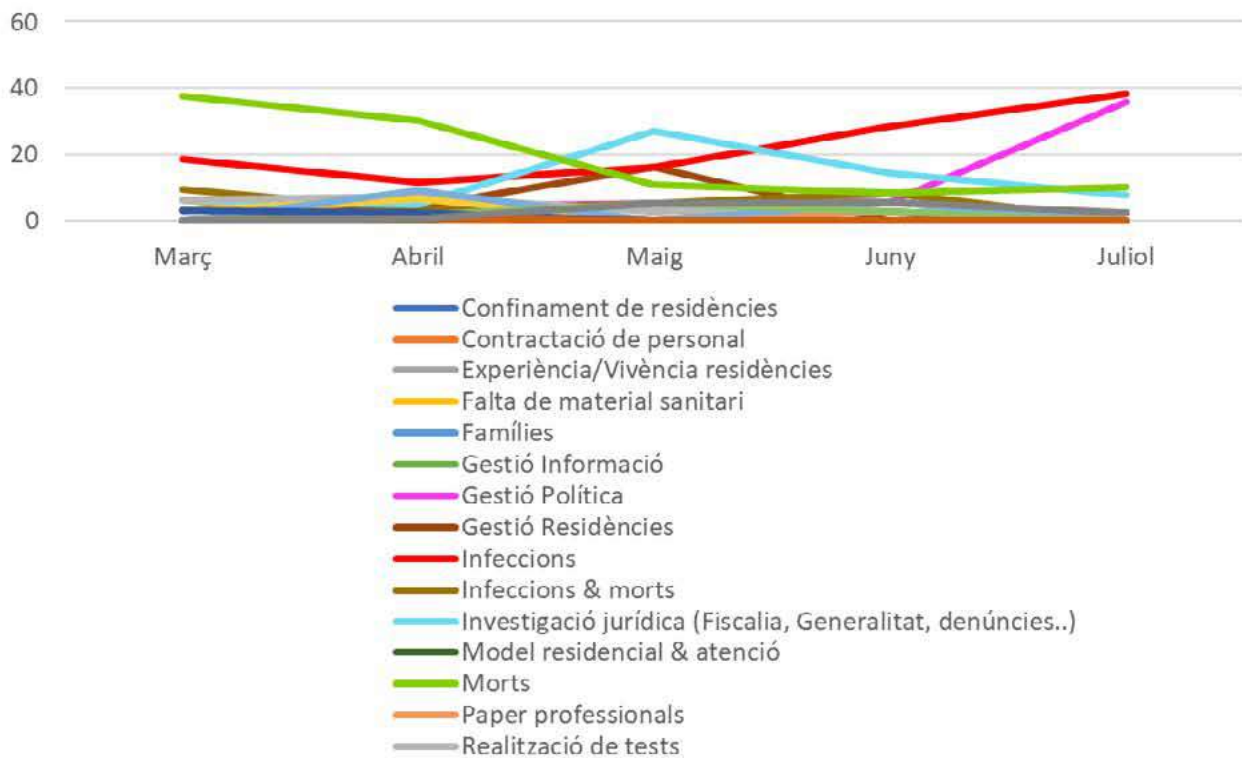


Si mirem com s'ha anat construint el discurs en el temps en els primers cinc mesos de la pandèmia (Gràfic 4) veiem com els temes més importants a l'inici de la pandèmia són les morts i les infeccions que cedeixen el protagonisme al maig a temes relacionats amb denúncies, investigacions de la Fiscalia sobre les morts. A mitjans d'any tornen a agafar protagonisme les infeccions, ja no tant les morts, i augmenten les notícies sobre la gestió política de la pandèmia.

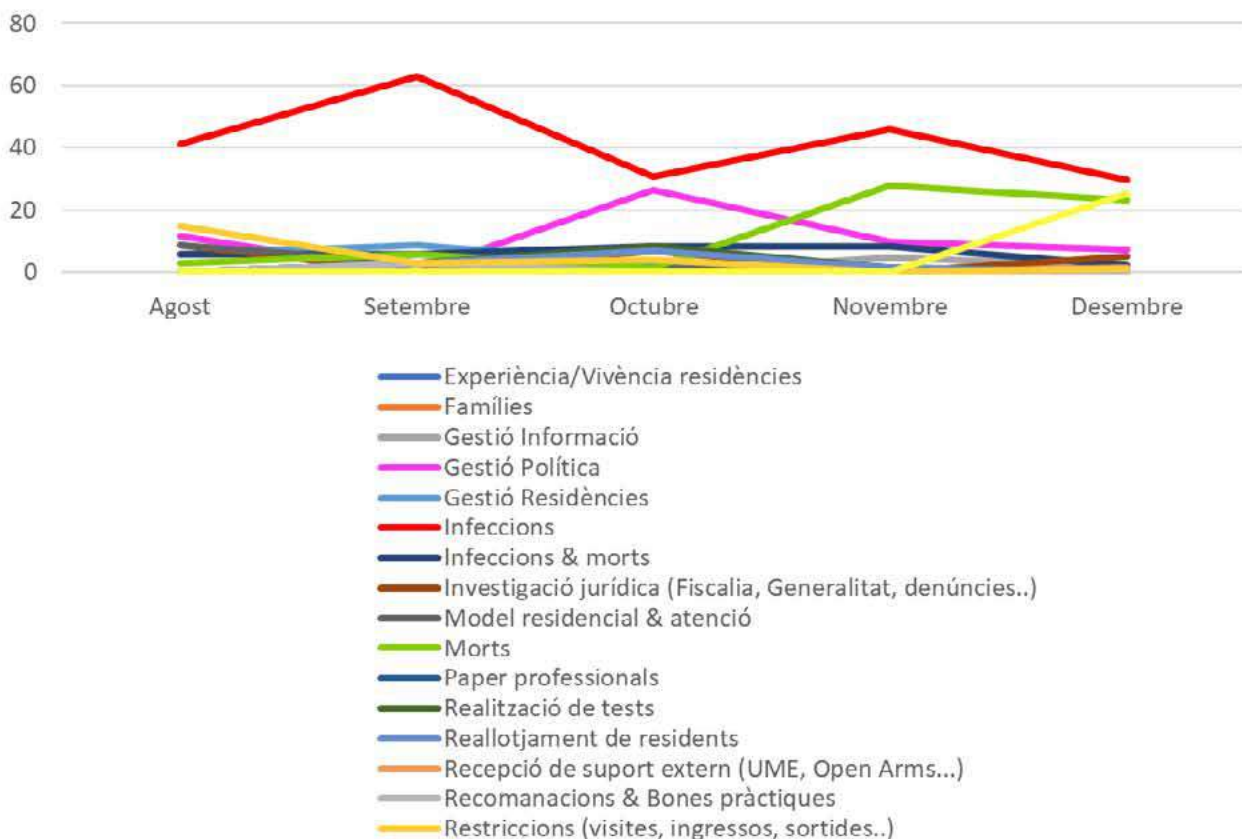
Si mirem els següents últims cinc mesos de l'any (Gràfic 5) desapareixen diversos temes com els confinaments voluntaris de les residències, temes

relacionats amb la contractació de personal, la falta de material sanitari, recerques dutes a terme així com reclamar més recursos (no material). Les infeccions predominen com a tema la segona meitat de l'any, es redueix la importància de la gestió política i a finals d'any tornen a agafar protagonisme les morts i apareix un nou tema, les vacunes.

Gràfic 4. Percentatge de notícies segons temàtica i temporització (Març-Juliol)

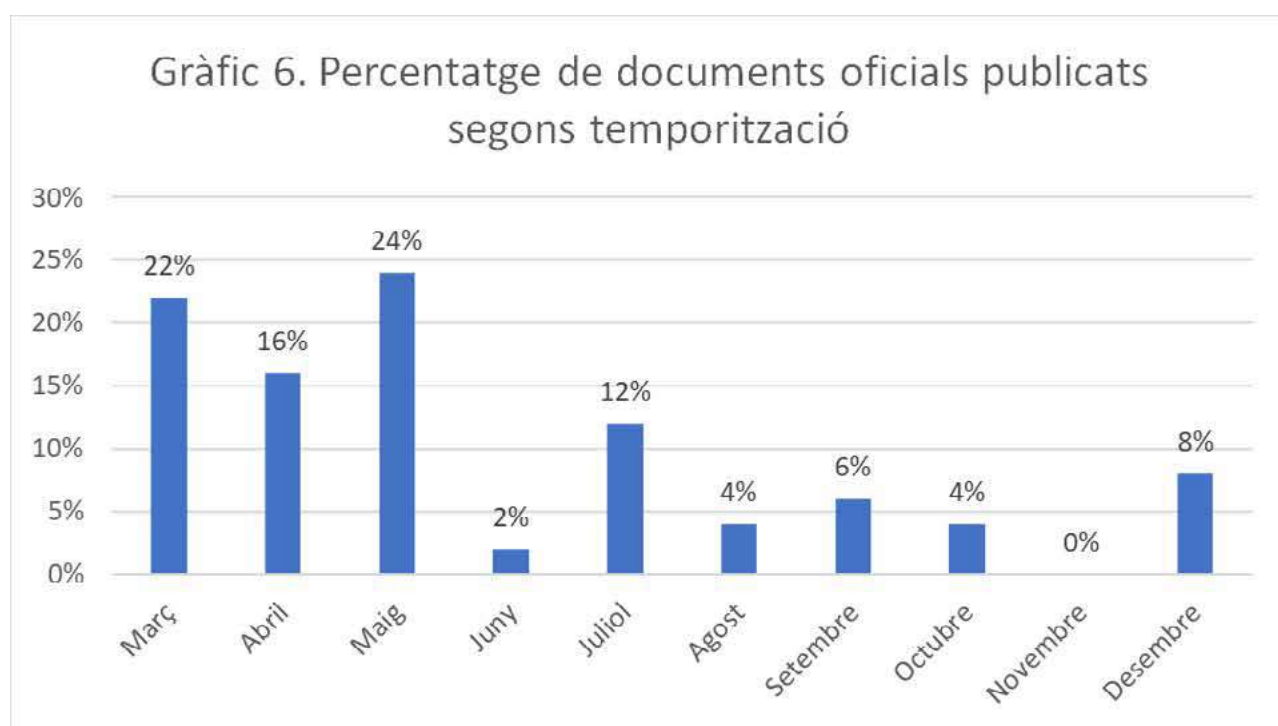


Gràfic 5. Percentatge de notícies segons temàtica i temporització (Agost - Desembre)



Amb els criteris de cerca i temporalitat explicats en la metodologia s'han trobat 49 documents oficials dels quals el 75 % provenen de la Generalitat de Catalunya i el 25 % restant del Govern d'Espanya. D'aquest últim tots els documents van signats pel Ministeri de Sanitat, i de la Generalitat el signen en major mesura el Departament de Salut (43 %), el Servei Català de Salut (30 %), el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (11 %), el Departament de Presidència (5 %) i finalment amb el mateix pes (3 %) el Parlament de Catalunya, el Sistema de Salut de Catalunya, la Direcció General d'Autonomia Personal i Discapacitat juntament amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, i un comunicat conjunt del Departament de Salut i el de Treball, Afers Socials i Famílies.

Si ho mirem en la línia temporal (Gràfic 6), veiem com als primers mesos hi havia molta més activitat de regulació i es va anar reduint al llarg del temps.

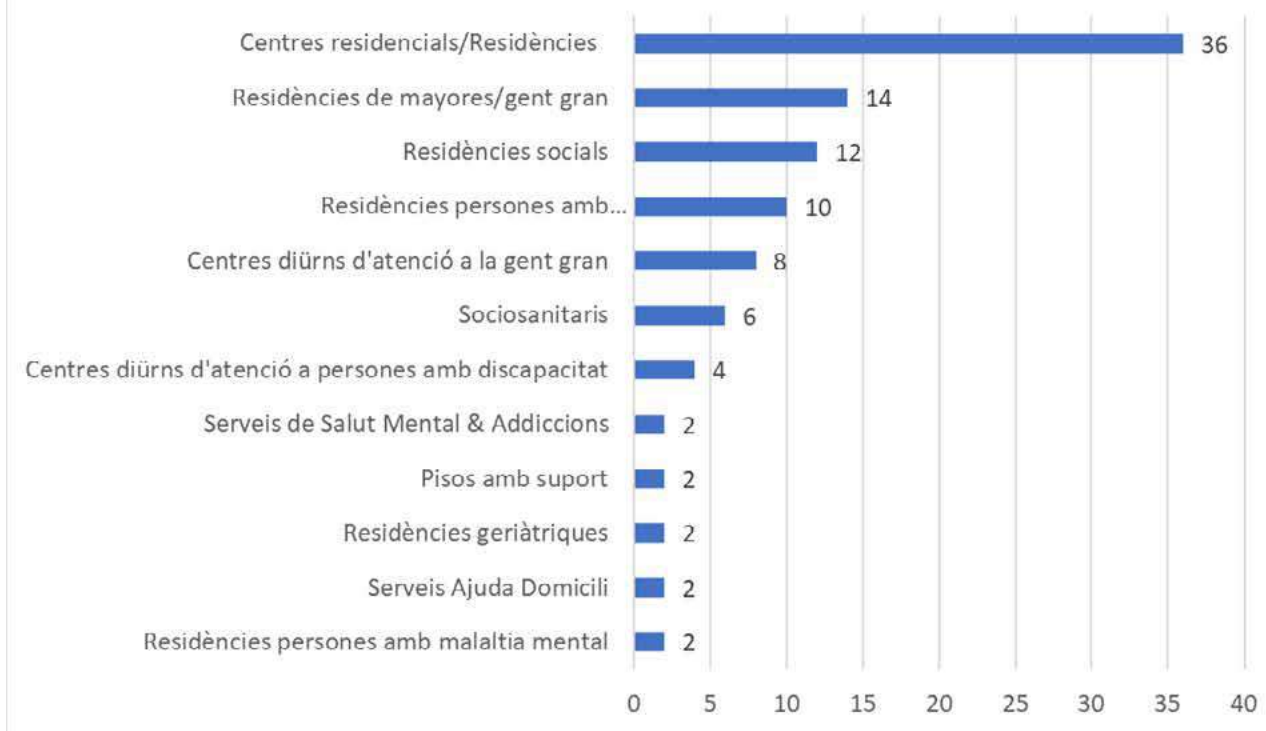


Si ens fixem en com fan referència als col·lectius a qui van dirigides les polítiques (Gràfic 7) veiem que hi ha una gamma força més àmplia que els mitjans de comunicació, on només hi havia residències, residències de gent gran i residències de persones amb discapacitat. Aquí trobem d'altres formes com residències socials, serveis de salut mental i addiccions, entre d'altres. Si bé és cert que es coincideix en l'ús predominant de les residències o centres residencials sense especificar a quin col·lectiu s'adrecen.

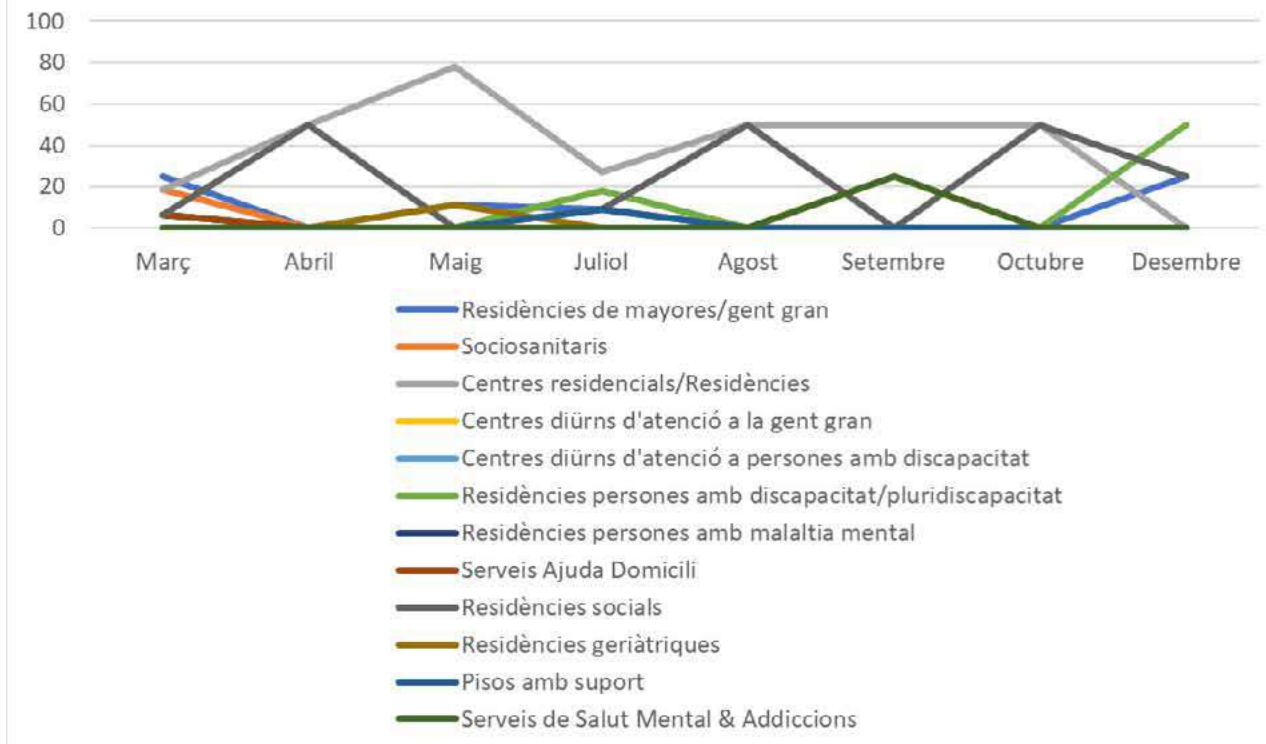
Si ho mirem al llarg del temps (Gràfic 8), veiem com predomina l'etiqueta de centres residencials

i/o residències i la resta no segueixen un patró que deixi entreveure alguna tendència. Cal destacar que aquí ja des del mes de març es parla de discapacitat, salut mental i més endavant també d'addiccions.

Gràfic 7. Percentatge d'ús de l'etiqueta residència

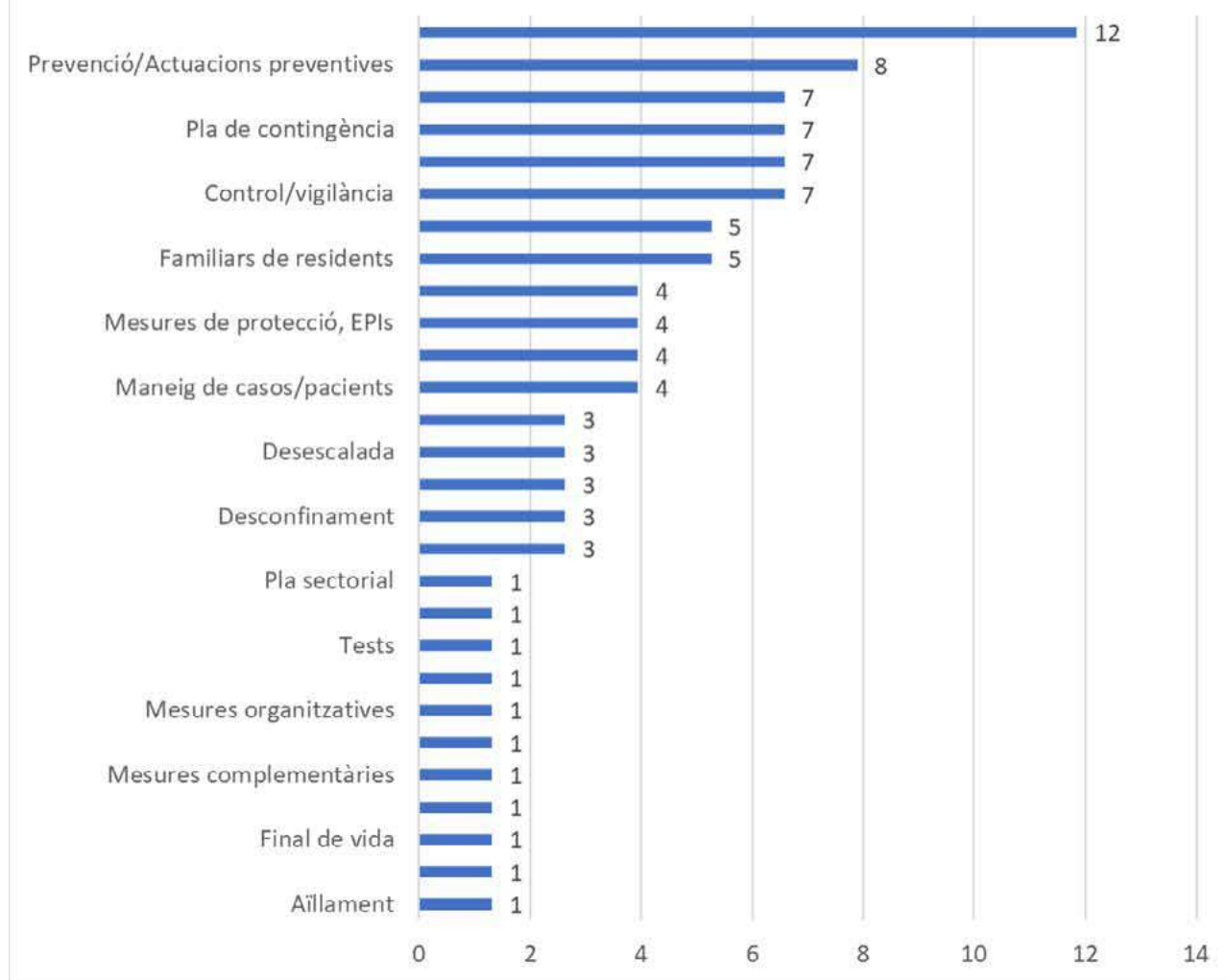


Gràfic 8. Percentatge d'ús de l'etiqueta residència segons temporització



Analitzant el gràfic 9, veiem com els temes més tractats en els documents oficials són les guies d'actuació, protocols o instruccions (12 %), seguit de temes relacionats amb la prevenció (8 %) i en tercer lloc en igual mesura hi hauria qüestions que fan referència al personal, sobre els plans de contingència, temes sobre mesures pressupostàries i/o econòmiques i allò que fa referència al control i la vigilància.

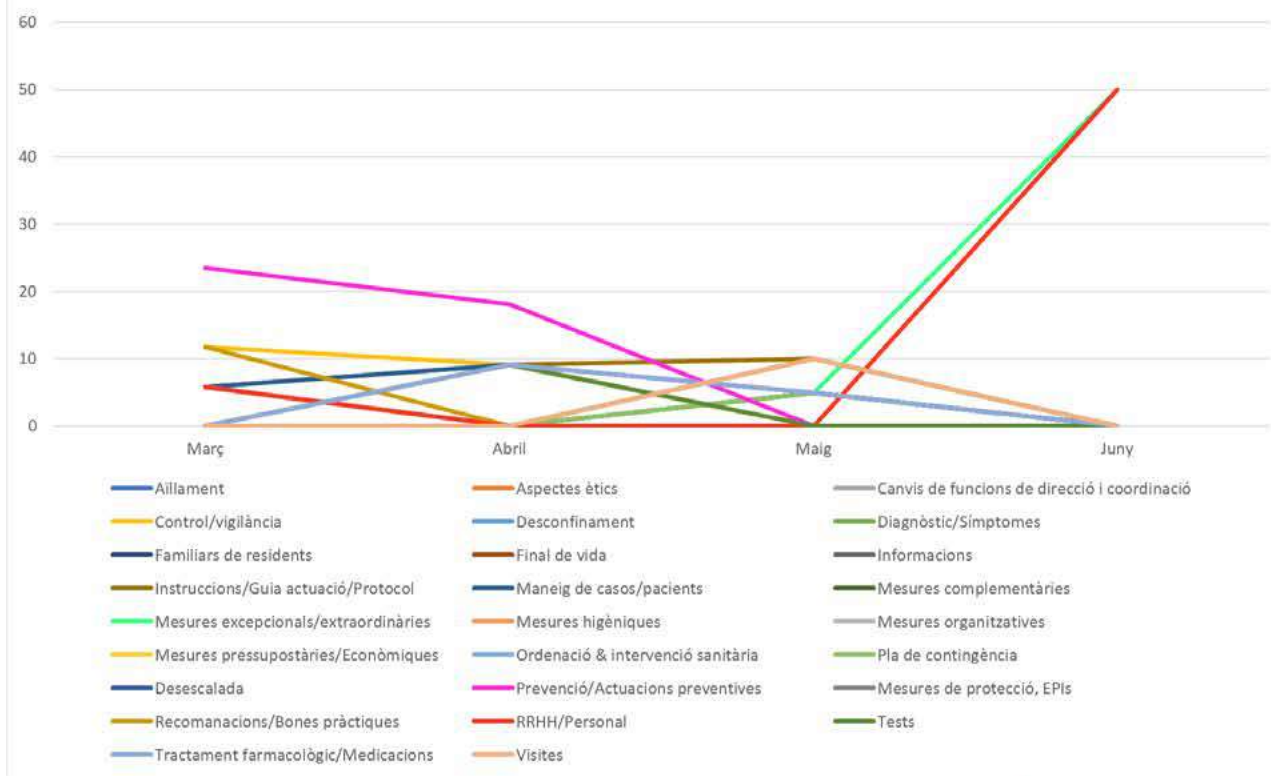
Gràfic 9. Percentatge de documents oficials segons temàtica



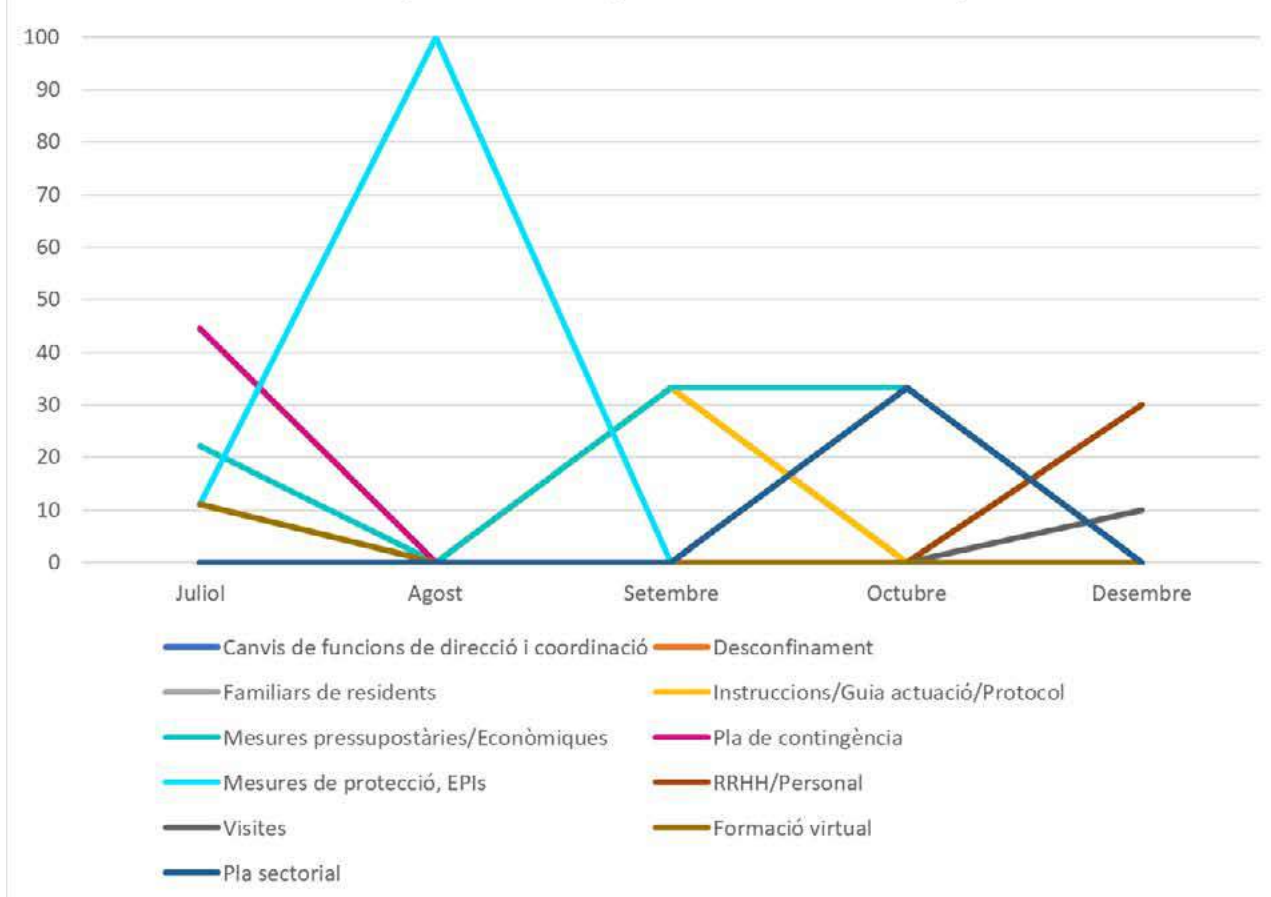
Si analitzem com han anat apareixent les temàtiques al llarg del temps veiem (Gràfic 10) com de bon inici la temàtica principal es bolca en la prevenció principalment, en menor mesura el control i la vigilància, tot en format de protocols i guies d'actuació. En el mes de maig creixen els documents oficials que fan referència a la presa de mesures excepcionals, extraordinàries lligat amb temes de personal dels centres residencials. En el

segon semestre de l'any (Gràfic 11) desapareixen temes dels documents oficials com l'aïllament, els aspectes ètics, el diagnòstic, el final de vida, el maneig de casos, les mesures complementàries, excepcionals, higièniques, organitzatives, la desescalada, la prevenció, les recomanacions i/o bones pràctiques, els tests i el tractament farmacològic o la medicació.

Gràfic 10. Percentatge de notícies segons temàtica i temporització (Març-Juny)



Gràfic 11. Percentatge de notícies segons temàtica i temporització (Juliol - Desembre)



Malgrat tot apareixen dos temes que en la primera part de l'any no hi eren i que poden ser rellevants, com són la formació virtual de professionals i el pla sectorial. Tot i els nous temes, a l'agost hi ha documentació publicada sobre mesures de protecció i EPI que eclipsa la resta de temes que si aüllem aquest tema veiem com abans de l'estiu el pla de contingència és un tema rellevant, juntament amb mesures pressupostàries i a fins d'any prenen importància els temes de personal i les visites.

En el cas d'actors que representen les societats científiques i els/les professionals de totes les consultades, en tres no s'hi va poder accedir: Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA), Col·legi de Graduats Socials de Barcelona i Sociedad científica española para la investigación y formación en ciencias de la salud. En 19 no hi havia material que complís amb els requisits d'inclusió (Taula 3) i de les 36 altres fonts consultades s'hi va trobar informació.

Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales
Associació Catalana de Comunicació Científica
Càtedra de Bioètica Universitat de Vic-UCC
Col·legi de Farmacèutics i Farmacèutiques de Girona
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Col·legi de Graduats Socials de Tarragona
Col·legi de Metges de Tarragona
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Lleida
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona
Fundació Salut i Envel·liment - Universitat Autònoma de Barcelona
Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull
Pla d'atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS) - Generalitat de Catalunya
Sociedad Española de Psicofisiología y Neurociencia cognitiva y afectiva
Sociedad Española de Ciencias Fisiológicas
Sociedad Española de Epidemiología
Sociedad Española de Farmacología
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) – grupo de ética
Sociedad Española de Médicos Generales i de Familia (SEMG)
Sociedad Española de parasitología

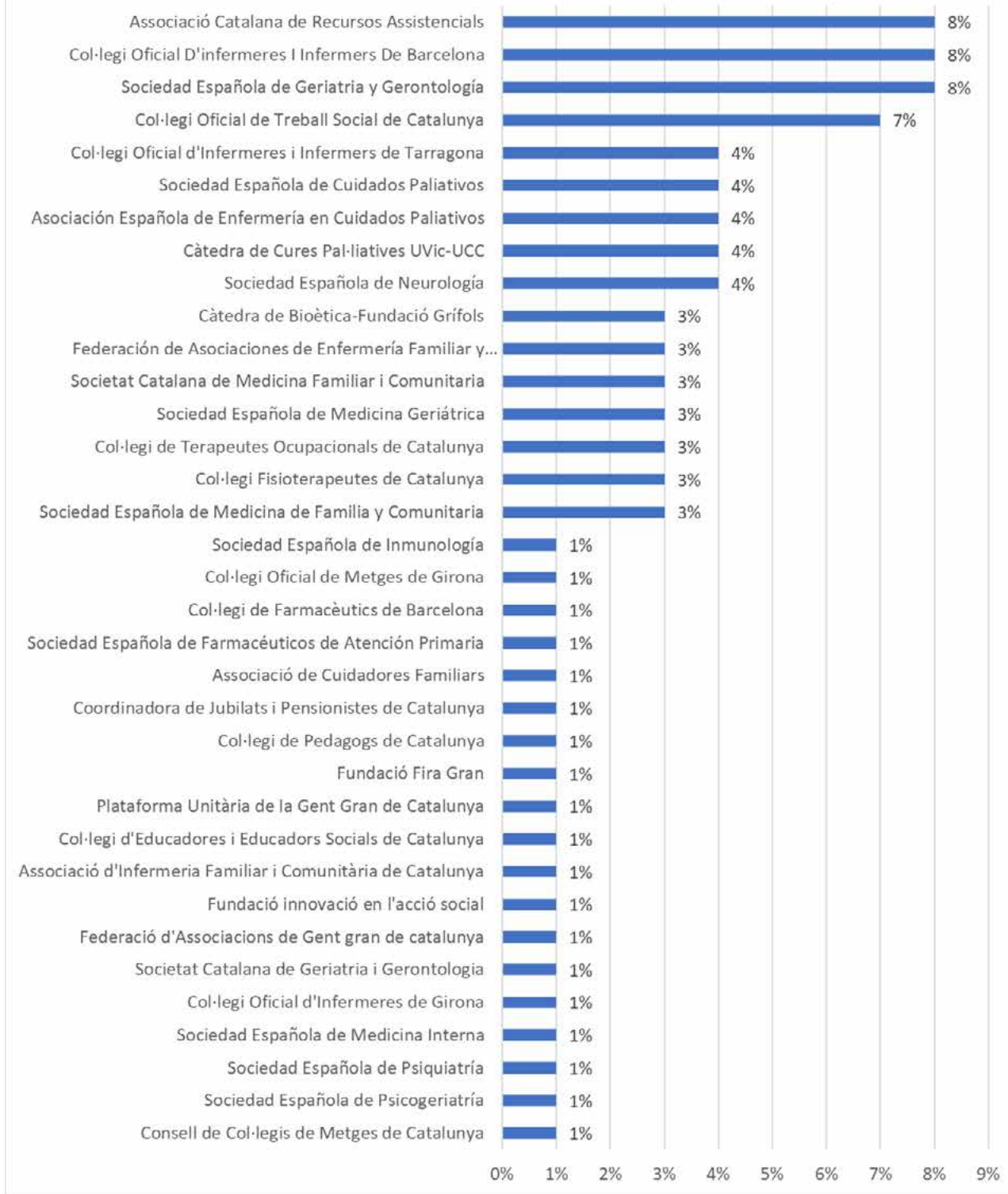
Taula 3. Fonts que no van donar cap resultat dels/de les actors/es científics/ques i professionals

El volum de documents trobats provinents de societats científiques i col·legis professionals és de 71 i es reparteixen segons es pot veure en el gràfic 12, on les organitzacions més actives van ser l'Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA), el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) i la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) en igualtat de condicions, seguit del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (COTSC). Si ho analitzem

agrupat, podem veure com predominen de manera evident els documents provinents de l'àmbit de salut en un 75 % versus el social en un 25 % (Gràfic 13).

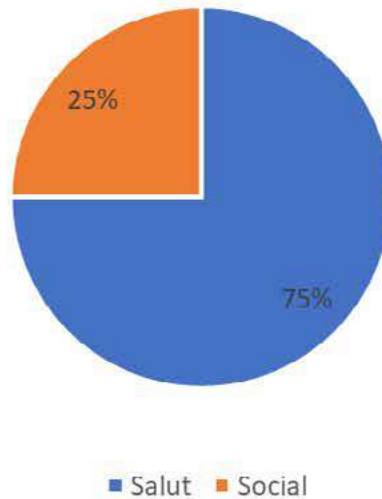
Si analitzem la línia temporal, veiem (Gràfic 14) que els mesos amb més documents i notícies publicats són abril i desembre, seguit de març i juny.

Gràfic 12. Percentatge de documents/notícies publicades segons l'organització que les publica

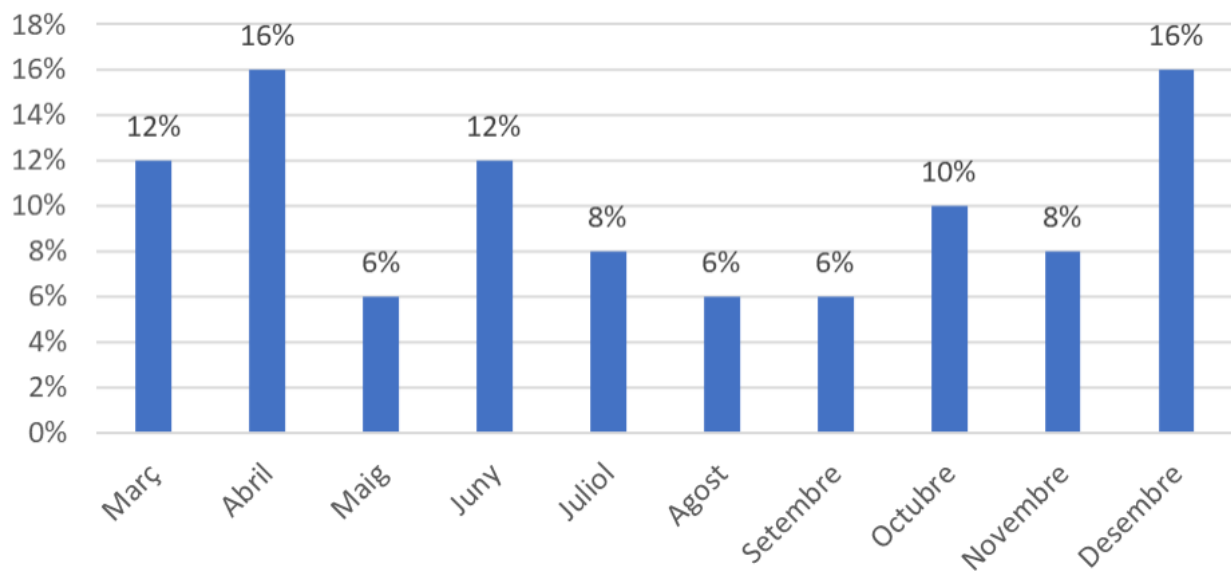




Gràfic 13. Percentatge de documents/notícies publicades segons l'àmbit al qual pertany l'organització que les publica

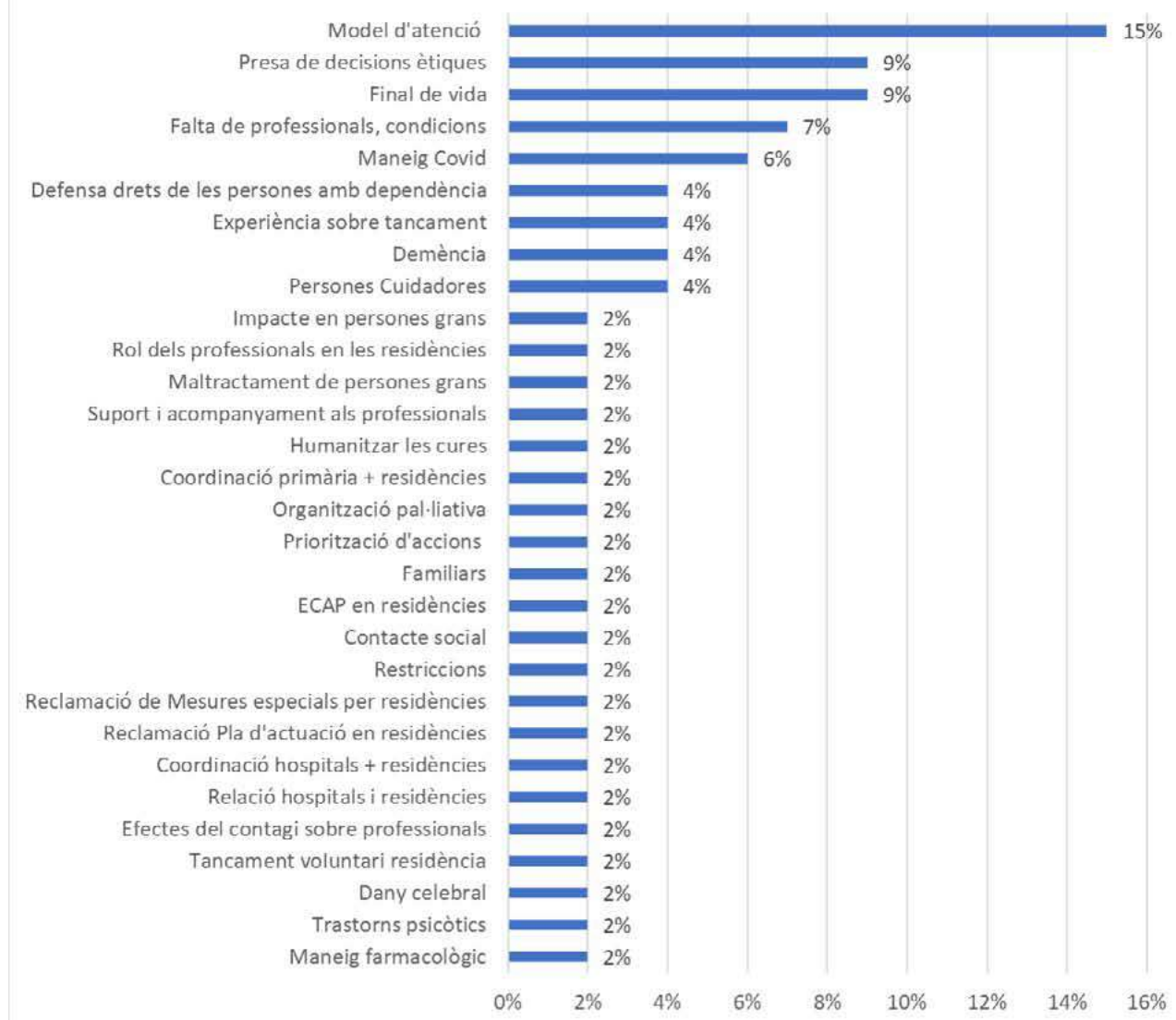


Gràfic 14. Percentatge de notícies publicades segons temporització



Si analitzem els temes tractats (Gràfic 15) podem veure com el més recurrent és el que fa referència al model d'atenció de les residències i és que diverses publicacions es refereixen a com la pandèmia ha evidenciat les mancances de l'atenció en les residències, d'altres reflexionen sobre com hauria de ser i d'altres es pregunten si és possible. El següent tema és la presa de decisions ètiques i clíniques en les residències en pandèmia sobretot, però, hi ha documents que reflexionen sobre com ha de ser el futur: és un tema central i rellevant per a aquests col·lectius. Al mateix nivell d'importància hi ha el tema de final de vida, és un tema que preocupa i que se'n fa ressò des de diferents àmbits socials i de salut sobre com s'està fent i s'hauria de fer; sobre les potencials conseqüències, i també surt la visió de l'impacte en les famílies, però també en els/les professionals que treballen en les residències que, malgrat que la mort formi part de la seva feina, viure en les circumstàncies de la pandèmia podia generar conflictes ètics d'alt impacte psicològic. Un altre tema recurrent i rellevant és les condicions en les que es van veure les persones treballadores de residències des de diferents perspectives, com l'afectació a les seves feines habituals i la precarietat en què havien de treballar, com es va posar de manifest la falta de formació, la precarietat laboral i econòmica en què viuen moltes de les persones treballadores de les residències i de com aquest fet va poder ser un factor decisiu en el decurs de la pandèmia dins les residències.

Gràfic 15. Percentatge de temes tractats en les notícies/documentos publicats



### Sorprenents o inesperats

L'ús d'un llenguatge molt neutre per referir-se a l'àmbit residencial sense fer esment en les persones que hi viuen com són la gent gran, persones amb malalties mentals, etc. és un posicionament poc humà per part dels mitjans de comunicació.

Major presència de documents oficials que fan referència a la discapacitat, salut mental i addiccions des de bon inici de la pandèmia, malgrat que eren invisibles en els mitjans de comunicació i potser també tenien aquesta percepció ells mateixos (contrast amb treball de camp).

El to resolutiu, conciliador i d'acompanyament dels documents provinents de les organitzacions científiques i professionals, sense centrar-se excessivament en nombres de morts i/o infeccions i posant sobre la taula temes de fons i profunditat més que no pas temes de procediment o logística.

### Més rellevants o d'impacte per les propostes de millora

LSeria interessant preguntar-nos, qui viu a les residències? Cal posar-hi nom i cara i humanitzar l'etiqueta, com seria el cas de la gent gran, o començar per visibilitzar l'etiqueta atès que, per exemple, també hi ha residències de persones amb trastorns mentals. Segurament el títol/etiqueta que s'hi posi denotarà el model que hi ha al darrere. De vegades es pot contribuir a fer créixer/construir els models pel nom. Les etiquetes poden contribuir a sensibilitzar, humanitzar i comprendre el que representen, cal un treball didàctic per fer arribar el missatge.

Mentre els òrgans oficials tenen més varietat d'opcions i les fan servir, segueix predominant el terme neutre residència o centre residencial.

Diferències entre els temes seleccionats pels mitjans de comunicació com a rellevants com són les infeccions, les morts i les vacunes versus els temes que podien ser d'interès real i rellevància per a l'àmbit residencial (residents, famílies, professionals) i societat en general com poden ser



les vivències, casos d'èxit, bones pràctiques, recomanacions útils, més model d'atenció o últimes voluntats entre d'altres. Sense necessitat d'amagar les morts, el patiment i la complexitat del moment, inclús es pot denunciar la mala praxis si es dona, des d'una anàlisi volumètrica la quantitat de notícies que només parlaven de mort i infeccions des d'un punt de vista numèric són moltes en comparació amb d'altres notícies que poden introduir altres temes, inclús els mateixos, com la mort, des de la perspectiva de l'atenció, del tracte, de l'experiència professional i un punt de lliçons apreses pel camí per millorar-ho/canviar-ho.

Surten temes rellevants i d'interès en la documentació provinent de l'administració com són els aspectes ètics, el final de vida, les visites, les famílies, la formació dels/les professionals, però certament són mencions de curta durada sense massa recorregut. Amb una anàlisi creuada amb la premsa, denota que no han aconseguit traspasar fins a la societat la importància de regular/recomanar o pensar sobre aquest tema pel bé del les persones que viuen en residències.

Les organitzacions ja siguin científiques o professionals de l'àmbit social han estat molt menys actives o invisibles en la publicació de documentació, comparat amb aquelles societats científiques o col·legis professionals de l'àmbit de la salut.

El model d'atenció a les residències, la presa de decisions ètiques, el final de vida i els i les professionals que treballen en residències i les seves circumstàncies (de formació, laborals, econòmiques, psicològiques, socials...) són els temes centrals que van posar de manifest les veus provinents dels col·lectius científics i professionals, temes molt diferents dels apareguts als mitjans de comunicació i un poc diferents que els organismes oficials. cions des de bon inici de la pandèmia, malgrat que eren invisibles en els mitjans de comunicació i potser també tenien aquesta percepció ells mateixos (contrast amb treball de camp).

El to resolutiu, conciliador i d'acompanyament

dels documents provinents de les organitzacions científiques i professionals, sense centrar-se excessivament en nombres de morts i/o infeccions i posant sobre la taula temes de fons i profunditat més que no pas temes de procediment o logística.

## Discussió bàsica i/o conclusions

- Repensar nomenclatures perquè representin el model d'atenció que es vol donar.
- Ús dels mitjans per visibilitzar col·lectius invisibles: salut mental i addiccions.
- Ús dels mitjans per part d'òrgans de representació públics o privats, per treballar de manera didàctica temàtiques i formats de transmissió d'informació sobre l'àmbit. Estratègia comunicativa en temps i forma.
- Ús dels mitjans de comunicació com a fòrums de creació de coneixement per a la construcció de models d'atenció.
- Més presència/producció de documentació, notícies o discurs de les organitzacions científiques o professionals de l'àmbit social.
- Cal aprofitar la visió de l'àmbit científic (societats científiques) i professional (col·legis professionals) sobre els valors, la forma i la direcció que ha de prendre l'aplicació del model d'atenció centrada en la persona, és un tema central en els seus discursos i en el que clarament volen participar.
- Caldria explorar la forma de sincronitzar millor la prioritació de temes a tractar/visibilitzar/ implementar entre tres actors claus com són l'àmbit científic i professional, els organismes responsables de regular-ho i els mitjans de comunicació. La disparitat de prioritat de temes pot tenir un profund impacte en la població que caldria mesurar.

**Aspectes pendents:**

Tasques Pendants	Previsió de finalització
Un cop finalitzat l'anàlisi temàtic faltaria fer l'anàlisi de discurs.	01/23
Redacció de l'article en referència a aquest tema – primer esborrany	02-03/23

## 4.3

# BENCHMARK

**Investigadora de la línia de recerca:**  
**Cèlia Estruch.**

### Breu resum

Entendre les estratègies, les polítiques i les pràctiques en salut durant la COVID-19 emprades pels següents països: Xile, Itàlia, Austràlia, Israel, Alemanya i Singapur; per tal d'assolir una diversitat geogràfica i de diferents models d'estat de benestar i casos d'èxit en la gestió de la COVID-19.

### Objectius

1. Identificació d'aprenentatges adquirits en altres països amb models residencials similars al de Catalunya durant la pandèmia de la COVID-19.
2. Recull de propostes i d'actuacions de millora en relació als àmbits assistencial, formatiu, organitzatiu, estructural i sistèmic en el sector residencial.
3. Identificació i recull de bones pràctiques implementades en aquests territoris amb l'objectiu de poder-ne analitzar la viabilitat a Catalunya.

### Metodologia emprada

Metodologia composta per diferents fases:

1. Selecció dels països: Xile, Itàlia, Austràlia, Israel, Alemanya, Singapur → diversitat geogràfica i de models d'estat de benestar i casos d'èxit reconeguts als mitjans.
2. Revisió de documentació científica i d'organitzacions de referència.
3. Revisió sistemàtica de literatura.
4. Entrevistes amb persones de referència dels diversos països.
5. Redacció d'un informe per cada país → Estructura dels informes:
  - Característiques del sistema d'atenció de llarga durada
  - Impacte de la COVID-19 pels usuaris d'ALD
  - Mesures preses per minimitzar l'impacte de la pandèmia pels usuaris i proveïdors d'atenció de llarga durada
  - Reformes per millorar la resiliència i pal·liar les debilitats d'aquests sistemes per a situacions futures
  - Conclusions.

## Resultats

### Evidències:

#### **\_Marginalitat del sector:**

Segon pla del sector de l'ALD respecte el sanitari: en prioritització EPI (ex. Itàlia), vacunació...

**\_Estàndards de qualitat:** desfasats o sense garantia de compliment. Manca de supervisió del funcionament real del sector:

- Itàlia: no hi ha marc general amb estàndards → cada regió implementa el que vol.
- Xile: residències no regulades → incompliment dels estàndards.

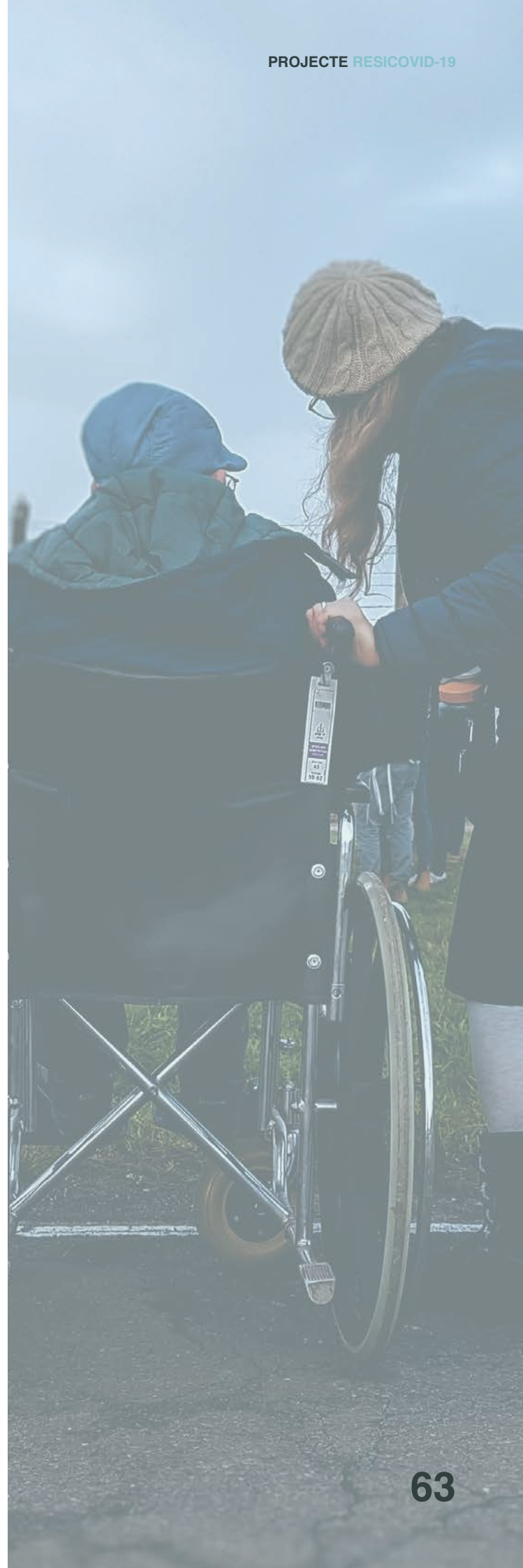
#### **\_Plans de control i prevenció de brots inadequats:**

- Itàlia: resposta tardana, sense mesures de coordinació.
- Polítiques de trasllat als hospitals: a Austràlia, poc clar (diferències entre territoris)

**\_Diferències en l'atenció comunitària:** gairebé inexistent a Itàlia (+ fortes diferències regionals, només 1 % centres de dia, intervencions curtes per persones amb demència) i a Xile; opció principal a Austràlia (1 milió, més del 70 % de persones que reben ajuda), i a Singapur (enfocament d'assistència integrada i acció preventiva).

**\_Òrgans ad hoc per centralitzar la gestió:** Israel Fathers and Mothers Shield: coordinació efectiva i directrius destinades a membres de la direcció de les llars de cura + centralització compra d'EPI i supervisió d'existències.

→ Dubte/risc: que desapareixin després de la pandèmia. principal a Austràlia (1 milió, més del 70 % de persones que reben ajuda), i a Singapur (enfocament d'assistència integrada i acció preventiva).



### Validacions:

- Envelliment poblacional: majors necessitats d'atenció de llarga durada i nous models assistencials. La institucionalització com a opció útil només en casos concrets (atenció aguda, manca de xarxa).
- Nombre reduït de llits destinats a persones amb necessitats agudes, deixant fora dels serveis usuaris amb condicions més moderades (Itàlia).

### Males condicions laborals:

- Alta rotació del personal.
- Fugida al sector sanitari (Itàlia: al sistema nacional de salut, amb millors condicions i sense campanyes de resposta + ràtios usuari-cuidador inferiors que al sistema sanitari).
- Sobrecàrrega i impacte en salut mental.  
→ Manca de suport psicològic.
- Molts treballadors/es migrants (dificultat de contractació pel tancament de fronteres).
- Jornades laborals parcials (ex. Israel) → ha de tenir diverses feines.
- Criteris formatius inadequats i poc clars.
- Bon exemple: Singapur. Personal de Singapore Airlines per cobrir vacants a les residències, i es van obrir convocatòries per atraure i retenir treballadors/es locals d'altres entorns (amb incentius formatius i financers).

### No equitat:

- Serveis privats prohibitius.
- Capacitat d'escollir el servei i el proveïdor/a limitada per escassetat de serveis públics (Itàlia).

### Èxit de la vacunació:

Priorització del sector (Austràlia), vacunació obligatòria pel personal (Austràlia, 99 % vacunat el gener 2022 + Itàlia, però manca de dades, Alemanya), equips mòbils de vacunació a les residències (Alemanya).

### Mancances:

#### \_ Absència de vacunació

- **Entre diferents nivells institucionals:** divisió de responsabilitats poc clares estructuralment + pel que fa a la gestió de la pandèmia (ex. Austràlia: Commonwealth/ estats/àmbit local; Itàlia: fragmentació entre les regions, municipis, autoritats sanitàries locals i INPS).
- **Entre sector salut, atenció social i atenció de llarga durada:**
  - Díficil accedir a informació i al suport del sector sanitari i social
  - Separació entre sistema sociosanitari públic i privat
  - Cas contrari: Singapur. l'Agència d'Atenció Integrada coordina la prestació dels serveis i integra l'entorn sanitari i assistencial amb els Sistemes Regionals de Salut que treballen a cada regió. → va facilitar la resposta a la COVID-19.

#### \_Poc desenvolupament tecnològic

(excepte Israel: sistema molt digitalitzat)

#### • Sistemes de dades deficientes:

- Itàlia: manca de dades prèvia, priorització del sector sanitari, poca monitorització dels serveis d'ALD.



- Austràlia: diversos sistemes no integrats, actuen a nivell de programes. Departament de Salut publicant informes setmanals, però manca de dades a temps real i coordinades. Dificultat de trasllat d'informació entre serveis.

**\_Manca de plans específics pel sector:** (ex. Austràlia, adaptació respecte el pla nacional sanitari)

**\_Poc finançament**

- Itàlia i Israel: finançament públic no cobreix la demanda (copagaments + llistes d'espera).
- Dificultat de serveis nous i innovadors.
- Creixement dels proveïdors amb ànim de lucre → Itàlia: criteris accés i estàndards no homogenis. Prestadors privats prohibitius.

**\_Manca de mesures de revisió de les infraestructures:** res plantejat a Itàlia i Austràlia.

## Conclusions preliminars

### Condicions laborals i de reputació del sector:

- Polítiques per incrementar la força de treball i formar-la (de forma obligatòria). Garantir la formació del personal de substitució.
- Elaborar un sistema de qualificació segons la complexitat del lloc de treball.
- Formar-los/es en noves habilitats (especialment tecnològiques i de lideratge).
- Equips de resposta ràpida disponibles en cas de brots (assegurant la formació dels treballadors/es, no com a Austràlia).
- Equiparar les condicions del sector a les del sanitari.
- Invertir en suport mental i psicològica per als treballadors/es.
- Augment de salari → Alemanya va introduir una bonificació única per als sanitaris i socio-sanitaris, però els treballadors/es reclamaven un augment dels salaris a llarg termini i per a totes les categories de professionals, no només els d'atenció directa.
- Impuls d'equips multidisciplinaris per deixar enrere una atenció molt medicalitzada (ex. Austràlia).
- Crear llocs de treball a temps complet.

### Polítiques de visita:

- Revisions estrictes i constants de les polítiques de visita.
- Limitar les restriccions a situacions epidemiològiques extremes. Permetre als/a les professionals entrar.
- Posar al centre els drets dels usuaris: la seva salut mental ha estat oblidada i s'han implementat mesures més estrictes que per a la societat en general (a Itàlia, limitació de visites fins març 2022).
- Cal informar les famílies.

### Inversió tecnològica i innovació:

- Teleassistència, comunicació amb les famílies, activitats... → acompanyament personalitzat, informació per a les famílies...
  - (Ja es fa a Israel: un comitè professional determina el programa de tractament per a cada persona: quins serveis han de prestar-li i qui els oferirà, i també comprova que els serveis es proveeixin de forma efectiva).
  - També a Singapur: per exemple robots d'assistència per dur a terme tasques de desinfecció o per fer tests.
- Plantejar nous serveis per les noves necessitats assistencials de la població, més personalitzats:
  - Ex. Austràlia: deixar enrere l'estandarització dels serveis, més pes d'atenció comunitària (Cases de la Salut italianes: centres locals, integren atenció sanitària, social..., assistència 24 h).
  - Singapur: residències Silver Hope: mescla d'habitacions individuals i dobles i amb un màxim de 10 residents totals, que permetria reduir-ne el risc d'infeccions (zones comunitàries descentralitzades i flexibilitat per a un aïllament àgil). El personal d'aquest model estarà format per personalitzar l'atenció.
- Solucions cada cop més pensades sota criteris de flexibilitat, adaptació i innovació tecnològica.

### Millorar l'aïllament:

- Iniciatives com les Residències Mirall xilenes per garantir l'aïllament satisfactori.
- Tests rutinaris + rastreig de contactes + resultats ràpids dels tests.
- Garantir disponibilitat d'EPI → polítiques de gestió de compres.

- Garantir implementació real dels protocols -> Itàlia: desajust entre les directrius publicades i les condicions necessàries per aplicar-les.

**Millorar els sistemes de dades i comunicació:**

- Invertir en sistemes d'informació per estimar correctament necessitats i demanda de serveis i per guiar les polítiques públiques.
- Transparència: millorar la transparència de les decisions dels centres i de l'impacte de l'emergència en els residents. Ex. Assignar una persona responsable de comunicació a cada llar.

## 4.4

# BIG DATA

**Investigadors i col·laboradors de la línia de treball: C3RG: Laia Cases, Jordi Amblàs, Sebastià Santauegènia, Joan Carles Contel. Grup de recerca DS3: Gerard Carot-Sans, Emili Vela.**

### Resum

Descripció de l'impacte de la COVID-19 en l'àmbit residencial de Catalunya a través de l'anàlisi de dades massives.

### Background

La pandèmia de COVID-19 ha afectat especialment les persones que viuen en els centres residencials —especialment en les residències per a persones grans— amb una elevada incidència i letalitat. No obstant això, sembla evident que aquest impacte no ha estat constant en el temps —amb diferències significatives d'incidència, mortalitat, letalitat i ús de recursos entre les diferents onades—, i no estan clars quins factors relacionats amb les característiques de les persones i de les residències estan associats amb aquests resultats.

Si bé hi ha hagut múltiples publicacions a nivell mundial sobre mortalitat relacionada amb la COVID-19 en l'àmbit residencial, pràcticament no hi ha estudis longitudinals per analitzar l'evolució de totes aquestes variables per a cada una de les onades, així com la seva associació a variables relacionades amb les característiques individuals i estructurals.

Aquesta anàlisi a partir de les dades massives (Big-data) es pot plantejar a Catalunya, donat que es disposa d'un dels sistemes d'informació de salut més exhaustius i robustos a nivell mundial.

### Objectius

Els objectius d'aquest estudi són: 1) analitzar la incidència, mortalitat, letalitat i ús de recursos sanitaris en l'àmbit residencial en cada una de les 6 onades de la pandèmia de COVID-19; 2) avaluar l'excés de mortalitat en l'àmbit residencial durant aquestes onades, i 3) analitzar la relació entre mortalitat i característiques de les residències i de les persones.

A partir de la base de dades del MUSSCAT i SIS-AP, s'han analitzat un total de 75.396 usuaris residents de les 1.346 residències de Catalunya durant el període d'estudi comprès entre 01/03/2020 i el 25/01/2022.

### Objectius específics de la línia de treball

1. Analitzar la incidència, mortalitat, letalitat i ús dels recursos sanitaris en cadascuna de les diferents onades de la pandèmia per COVID-19 a les residències de Catalunya (dades agregades).
2. Avaluar l'excés de mortalitat residencial durant les diferents onades per COVID-19 a les residències de Catalunya (dades agregades).

Avaluar, mitjançant un model de tipus multivariant, els factors individuals i estructurals que han influït en l'excés de mortalitat (dades desagregades). A partir d'aquesta anàlisi, valorar la possibilitat d'establir un sistema de classificació o agrupament de les residències basat en dades estructurals que pugui ser utilitzat com a variable d'ajust en models explicatius

## Metodologia emprada

### Disseny de l'estudi

Estudi observacional retrospectiu.

### Participants/mida mostral/període d'estudi:

Es tracta d'un estudi de base poblacional, en què s'hi han inclòs totes les persones que vivien a qualsevol tipus de residència (gent gran, discapacitat o salut mental) i a llars residència a Catalunya, durant el període d'estudi (01/03/2020- 25/01/2022).

El període temporal de les diferents onades és el següent:

ONADA	Primera	Segona	Tercera	Quarta	Cinquena	Sisena
Data inici	01/03/2020	29/09/2020	09/12/2020	15/03/2021	16/06/2021	01/11/2021
Data fi	15/05/2020	08/12/2020	14/03/2021	01/06/2021	08/09/2021	25/01/2022

### Variables d'estudi:

#### \_ Variables independents:

Inclou variables demogràfiques (edat i sexe), clíniques (morbidity, funcionalitat,...), estructurals/característiques de la residència (tipus –gent gran, dependència, salut mental–, titularitat-pública, mixta, privada–, mida i ubicació) i epidemiològiques (incidència de COVID-19 al municipi).

#### \_ Variables dependents:

Incidència de COVID-19, mortalitat, letalitat i ús de recursos sanitaris (derivació als serveis d'urgències, ingressos a plantes d'hospitalització i UCI).

### Font de les dades:

Les dades sociodemogràfiques i clíniques s'han obtingut del Sistema Català de Vigilància Sanitària (MUSSCAT i SISAP), obtingudes a partir del Registre Central d'Assegurats (RCA) de Catalunya –que des de l'any 2011 recull informació detallada sobre la utilització de l'assistència sanitària per/entre tota la població de Catalunya. Aquest registre, que s'ha analitzat en publicacions ante-

riors en altres àrees<sup>1,2,3</sup>, recull dades registrades en diversos entorns, com ara l'atenció primària, els hospitals d'aguts, els hospitals d'atenció intermèdia, els centres de salut mental, les consultes externes i els serveis d'urgències.

### Biaixos potencials:

En l'anàlisi d'aquestes dades s'ha de tenir en compte un més que probable infradiagnòstic/infraregistre de la COVID-19 en la primera onada, donada l'escassa disponibilitat de tests de confirmació. A banda, el sistema d'informació no inclou les dades sobre l'assistència sanitària privada perquè aquests centres utilitzen codis diferents per a la identificació dels/ de les pacients.

### Mètodes estadístics:

Les variables categòriques es descriuen com a freqüències i percentatges i les variables quantitatives com a mitjana i desviació estàndard (DE) i/o la mitjana i el rang interquartil (IQR; Q1, Q3). Les variables categòriques es comparen mitjançant la prova de Chi quadrat de Pearson amb la correcció de continuïtat de Yates. Les corbes de supervivència es calculen mitjançant l'estimador de Kaplan-Meier i es comparen mitjançant

la prova de Gehan. El llindar de significació estadística s'estableix en un valor alfa bilateral de 0,05. Les comorbiditats i la utilització dels serveis sanitaris es van comparar mitjançant la ràtio de taxes per estimació no esbiaixada de la mediana (mitjana p). Per analitzar la variabilitat geogràfica, s'utilitza la regressió de Poisson. Totes les anàlisis es realitzen mitjançant el paquet estadístic R (versió 4.0.3).

## Resultats

Incidència de COVID-19: D'una població inicial de 75.396 usuaris residents a les residències, s'han diagnosticat durant tot el període 74.571 casos: incidència acumulada (IA) del 98,9 %. Hi ha hagut una alta variabilitat en la incidència de COVID-19 entre les diferents onades (des dels 139 casos per dia de la primera onada a fins als 7 casos per dia de la quarta onada), així com en el percentatge d'hospitalitzacions per cas (del 3.15 % de la primera onada, al 62.4 % de la quarta onada).

- **Mortalitat per COVID-19:**

1 de cada 8 persones que han viscut en l'àmbit residencial en aquest període han mort per COVID-19 (13.4 %) —correspon a 10.051 persones—. Això equival al 37 % del total de mortalitat de la població general.

- **Letalitat per COVID-19:**

Existeix una gran variabilitat de la letalitat en les diferents onades, passant del 40 % de la primera onada al 2 % de la sisena onada —coincidint amb les mesures de protecció i el procés de vacunació (90 % de cobertura vacunal completa al final de període)—, entre d'altres.

- **Ús de recursos sanitaris:**

També hi ha hagut una gran variabilitat entre onades, des de les 4 hospitalitzacions per dia i 16 ingressos a UCI pel total del període de la primera onada a les 16 hospitalitzacions per

dia i 116 ingressos a UCI pel total del període de la sisena onada.

- **Excés de mortalitat global a les residències (COVID-19 i no-COVID-19):**

La mortalitat observada va superar l'esperada en totes les onades (amb una taxa de mortalitat estandarditzada de 2.44 a la primera onada o de 1.2 a la sisena onada), amb l'excepció de la quarta onada (0.93, coincidint amb la campanya de vacunació). El model va revelar un patró estacional, constatant taxes de mortalitat més altes en els grups de risc alt i molt alt, però amb un major excés de mortalitat en aquelles persones amb un risc moderat i baix.

En el moment actual s'està completant l'anàlisi d'excés de mortalitat, així com l'anàlisi multivariant.

## Resultats generals

### Característiques dels residents

L'any 2020, la població inicial que vivia a les residències era d'un total de 75.396 usuaris/es repartits en les 1346 residències de tot Catalunya. El 76,41 % d'aquests usuaris/es eren majors de 70 anys. Les principals característiques de les persones residents estan resumides en la taula 1.

Variable	n(%) o mitjana (SD)
Residents	N=75396
Edat	85,61
Mediana de Barthel	42,62
Mediana de Pfeiffer	4,23
% PCC (Pacient Crònic Complex)	26,28
% MACA	3,67
Puntuació mitjana de la càrrega de multimorbiditat (GMA) (puntuació 6 a la població general)	14,14
Polifarmàcia	26,95

Taula 1. Característiques de les persones que viuen a les residències de Catalunya.

## Incidència de COVID-19

Els casos diagnosticats de COVID-19 dins els centres residencials es van anar distribuint al llarg de les diferents onades representades en el gràfic durant tot el període de la pandèmia estudiat (1 març de 2020 a 21 de juny de 2022). D'una població inicial de 75.396 persones residents a les residències, s'han diagnosticat durant tot el període 74.571 casos, representant una incidència acumulada (IA) del 98,9 % en el total de centres. Del total de la població que viu a residències, el 82,76 % dels diagnosticats de COVID-19 eren majors de 70 anys. La mitjana de casos diagnosticats per dia va ser de 77 residents al dia.

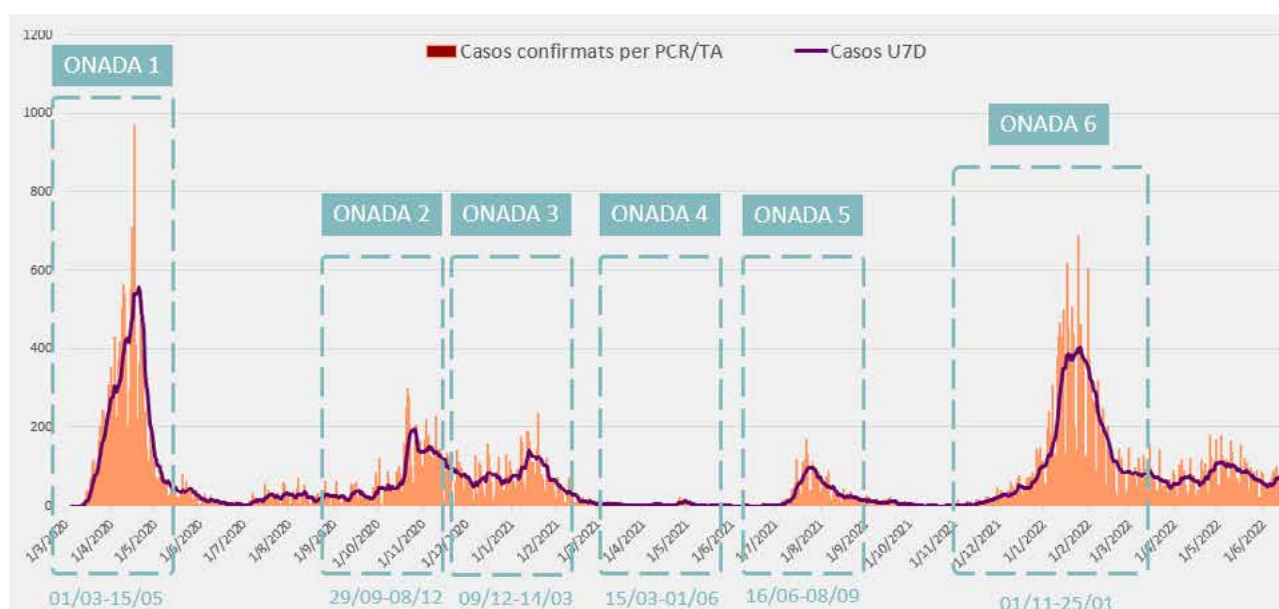


Figura 1. Número de casos confirmats dins els centres residencials durant el període de pandèmia.

### Cobertura vacunal

En relació amb la cobertura vacunal de persones residents de la primera dosi es va situar a l'entorn del 98 % en el conjunt de residències, sense diferències pel que fa a la tipologia de centre, ja fossin residències per a gent gran, centres per a persones amb discapacitat o centres de salut mental.

La cobertura vacunal en professionals es va situar a l'entorn del 93 %. Pel que fa la vacunació completa (primera dosi, segona dosi i dosi de reforç), s'observen diferències més notables entre els/les professionals i els/les residents, i també pel que fa a la tipologia de centres que es mostren en la figura 2.

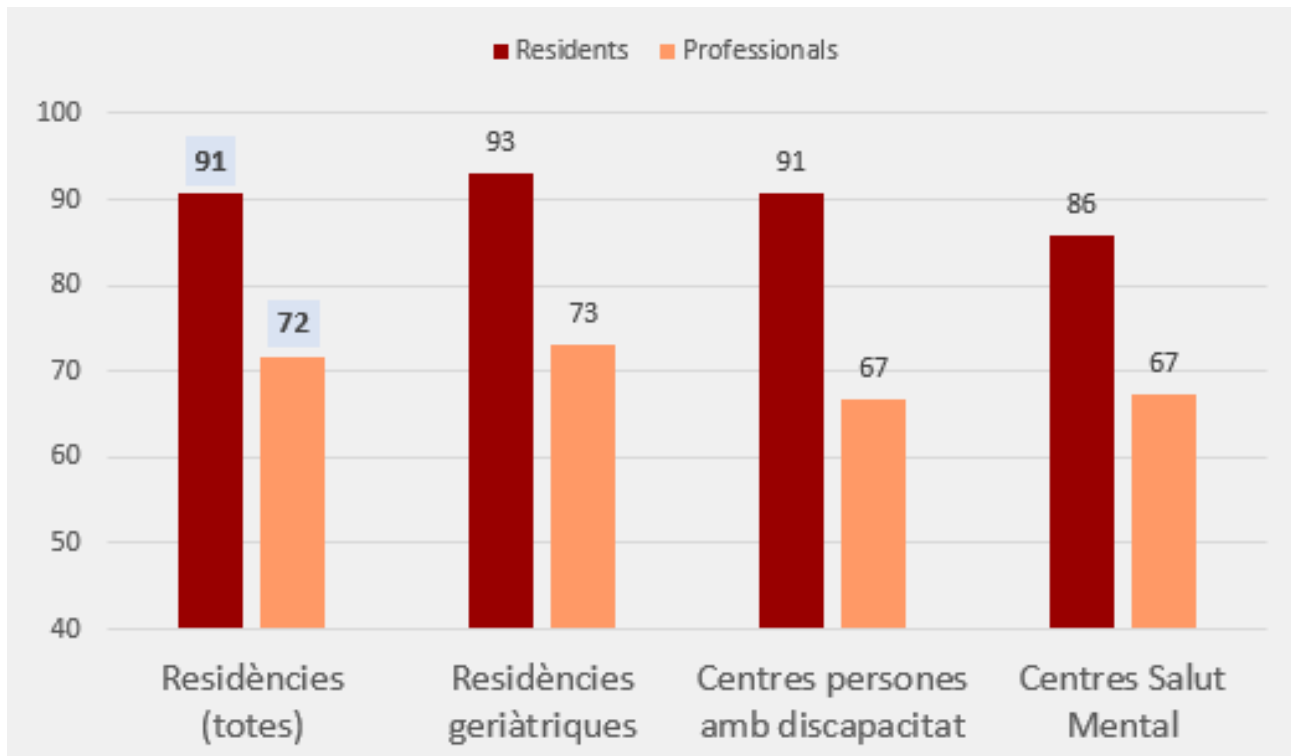


Figura 2. Cobertura vacunal de COVID-19 amb vacunació completa

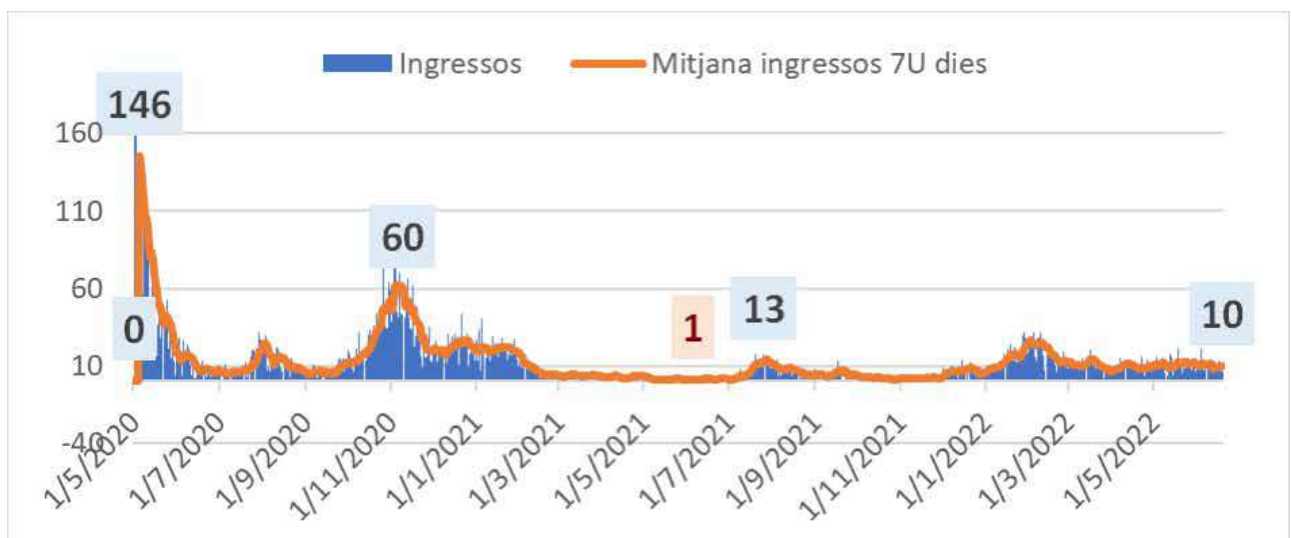


Figura 3. Ingressos durant la pandèmia per COVID-19 als hospitals de Catalunya.



### Utilització de serveis sanitaris

Respecte a la utilització dels serveis sanitaris, es van comptabilitzar un total de 9.271 hospitalitzacions durant tot el període procedents dels centres residencials, una mitjana de 11 hospitalitzacions per dia (variabilitat per onades entre 4 i 19 hospitalitzacions per dia). En aquesta línia, es van produir 0,43 ingressos a UCI per dia de mitjana, amb un total de 366 casos de persones. En la Figura 3 es mostren els ingressos que es van produir en el total de la població.

En l'anàlisi per onades, criden especialment l'atenció les diferències d'hospitalitzacions i ingressos a UCI dels residents entre les diferents onades, tant globalment (Figura 4), com pels casos i hospitalitzacions per dia (Figura 5).

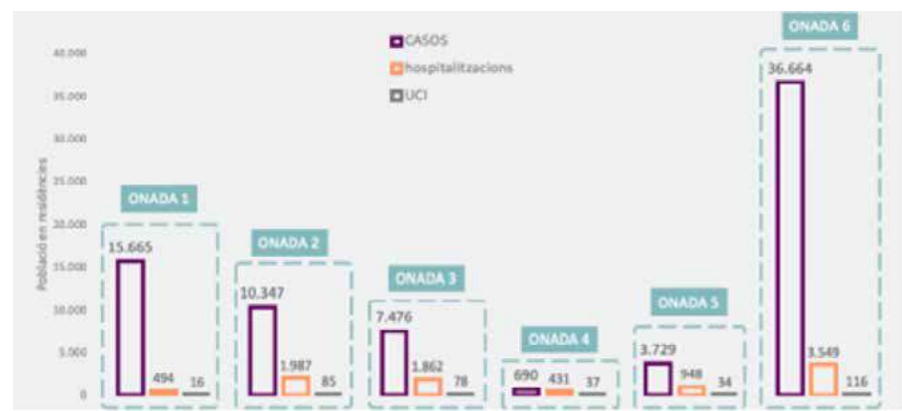


Figura 4. Nombre total de casos, hospitalitzacions i ingressos a UCI dels residents per cada una de les diferents onades

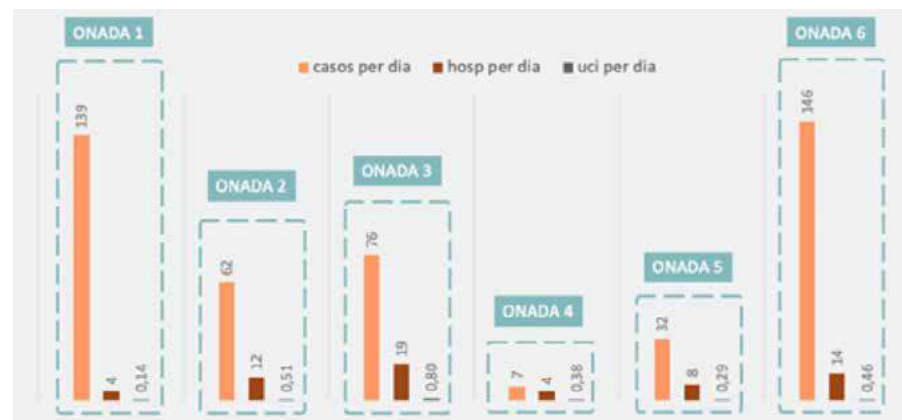


Figura 5. Nombre total de casos, hospitalitzacions i ingressos a UCI diaris dels residents per cada una de les diferents onades

## Mortalitat

Pel que fa a defuncions, es van produir un total de 10.051 defuncions, que representen una mitjana del 37 % de les morts per COVID-19 a Catalunya durant tot el període de pandèmia esmentat. La taxa de mortalitat mitjana durant tot el període se situa en 13,33 defuncions per cada 100 persones residents i la taxa de letalitat mitjana és de 13,48 defuncions per cada 100 casos diagnosticats de COVID-19 dins les residències. Tot i així, existeix una notable variabilitat pel que fa la IA i les taxes de letalitat en les diferents onades que es representa en la Figura 6. Cal destacar l'evolució de la taxa de letalitat, que en la primera onada es va situar entorn del 40 % (amb una IA del 20,8 % del total) i, en canvi, va disminuir fins al 2 % en la sisena onada (amb un increment de la IA de fins al 48,6 %). Aquest fet es pot explicar per diferents motius:

- **Factors organitzatius:** el gran descens entre la primera onada i la quarta onada (una vegada ja realitzada la vacunació) seria sobretot imputable a les mesures organitzatives aplicades.

- **Vacunació**
- **Infraregistre/infradeteció primera onada**
- **Mortalitat de la població més vulnerable en la primera onada** (població a risc), que podria induir un biaix de supervivència

## Excés de mortalitat

L'estudi de la mortalitat per totes les causes ens ofereix una perspectiva més completa del nombre de morts per COVID-19, en comparació amb la letalitat per COVID-19 que es troba supeditada al diagnòstic de la malaltia.

Per l'anàlisi de l'excés de mortalitat s'han inclòs 492.538 persones institucionalitzades en residències de gent gran en algun moment entre el període de l'1 de gener de 2015 i el 31 de desembre de 2021. D'aquestes, 369.016 (74,92 %) es van considerar la població de referència (2015-2019) i 123.522 (25,07 %) la població del període COVID-19 (2020-2021). El nombre de persones de 65 anys o més institucionalitzades a residències de gent gran a Catalunya va mostrar una tendència a la disminució durant tot el període (Figura 7).

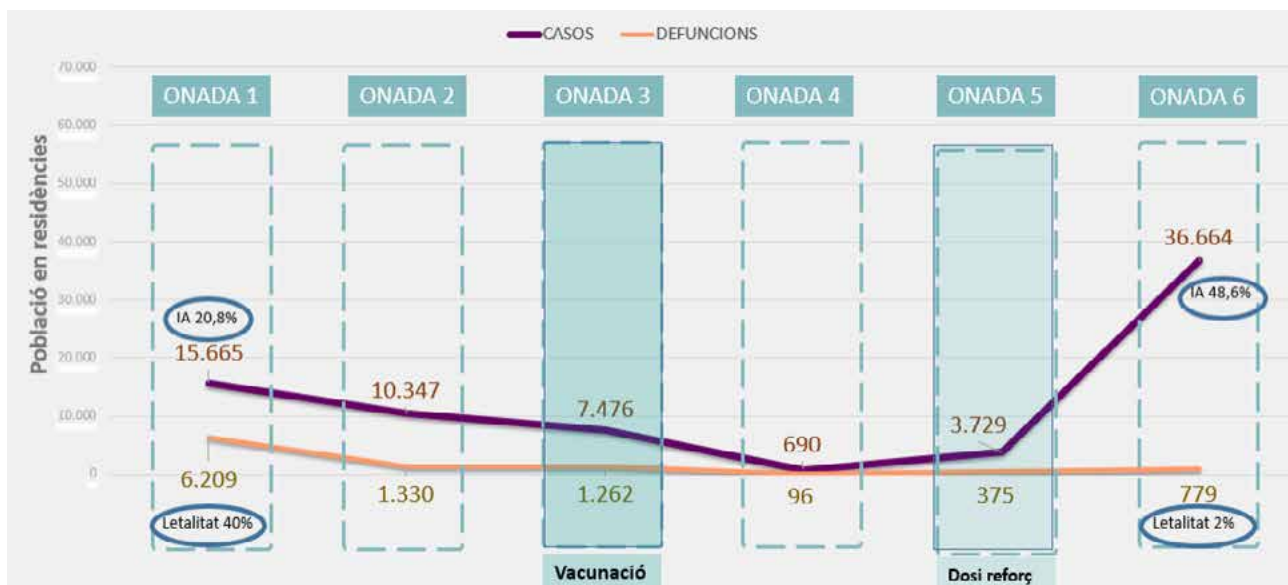


Figura 6. Nombre de casos de COVID-19 i defuncions dins els centres residencials de Catalunya durant tot el període de la pandèmia

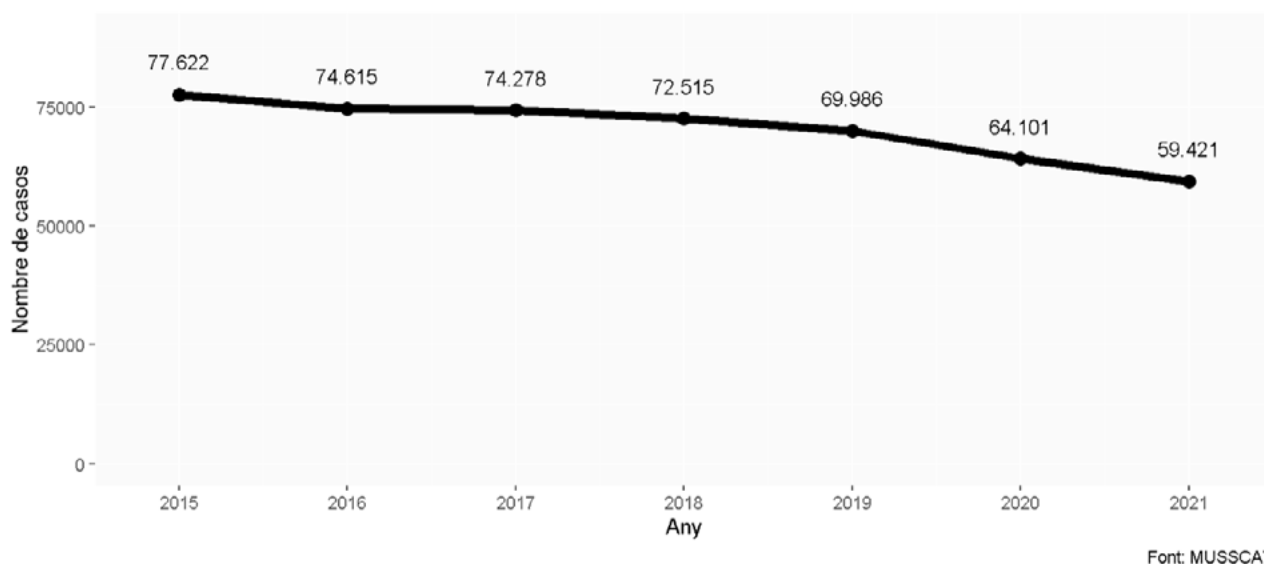


Figura 7. Evolució del número de persones de 65 anys o més institucionalitzades a Catalunya durant el període 2015 a 2021.

La taula 2 resumeix les principals característiques de la població d'estudi dins el període de referència i de la COVID-19.

	Total N=492538	2015-2019 N=369016	2020-2021 N=123522	P
Edat (anys), mitjana (SD)	85.1 (7.57)	84.9 (7.58)	85.9 (7.51)	<0.001
Grups d'edat, n (%)				<0.001
65-69	20552 (4.17 %)	16427 (4.45 %)	4125 (3.34 %)	
70-74	32367 (6.57 %)	25053 (6.79 %)	7314 (5.92 %)	
75-79	50908 (10.3 %)	38406 (10.4 %)	12502 (10.1 %)	
80-84	98719 (20.0 %)	77511 (21.0 %)	21208 (17.2 %)	
85-89	140033 (28.4 %)	104300 (28.3 %)	35733 (28.9 %)	
90-94	108603 (22.0 %)	78681 (21.3 %)	29922 (24.2 %)	
>94	41356 (8.40 %)	28638 (7.76 %)	12718 (10.3 %)	
Sexe, n (%)				<0.001
Homes	136297 (27.7 %)	103014 (27.9 %)	33283 (26.9 %)	
Dones	356241 (72.3 %)	266002 (72.1 %)	90239 (73.1 %)	
Nivell de risc (GMA) <sup>a</sup> , n (%)				<0.001
Risc basal	8327 (1.69 %)	5547 (1.50 %)	2780 (2.25 %)	
Risc baix	51488 (10.5 %)	39193 (10.6 %)	12295 (9.95 %)	
Risc moderat	209931 (42.6 %)	159292 (43.2 %)	50639 (41.0 %)	
Risc alt	167804 (34.1 %)	124217 (33.7 %)	43587 (35.3 %)	
Risc molt alt	54988 (11.2 %)	40767 (11.0 %)	14221 (11.5 %)	
Mitjana de dies institucionalitzats, n (%)	278 (125)	282 (125)	268 (127)	<0.001

<sup>a</sup> en referència als Grups de Morbiditat Ajustada (GMA)

Taula 2. Característiques basals de la població ingressada en una residència de gent gran. Catalunya 2015-2021.

Per altra banda, s'ha objectivat que les persones institucionalitzades en les residències de gent gran durant el període investigat, han sigut progressivament d'edat més avançada (Figura 7) i i amb casos més complexos (Figura 8), és a dir, amb una càrrega de morbiditat més elevada segons la proporció per estrats dels GMA.

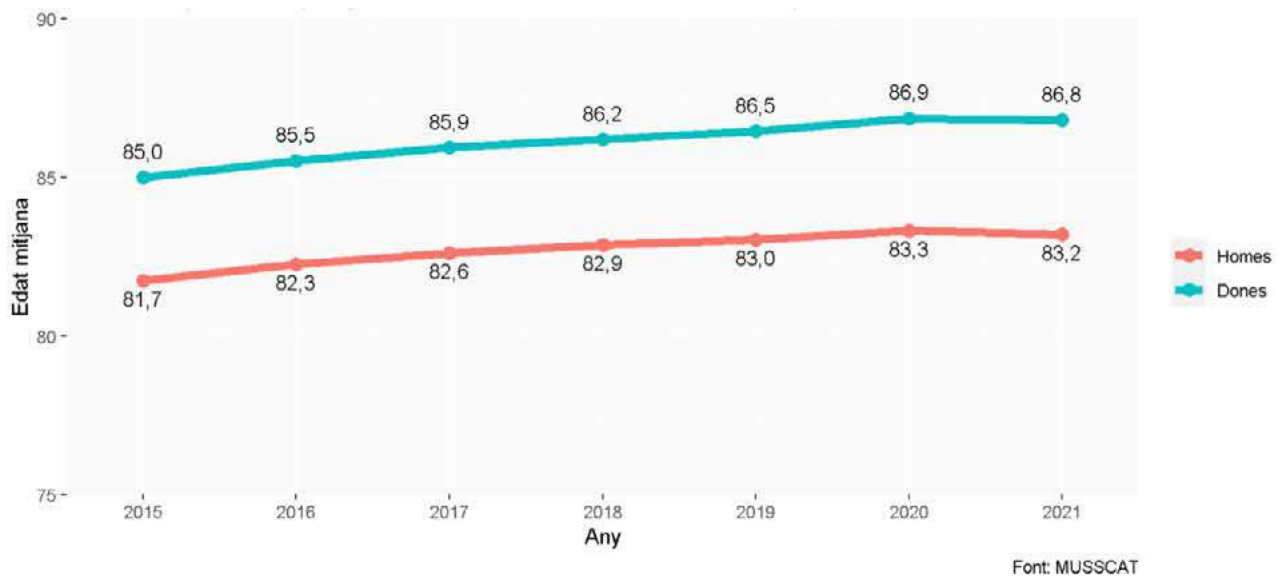


Figura 8. Evolució de l'edat mitjana de les persones institucionalitzades en residències de gent gran a Catalunya. 2015-2021.

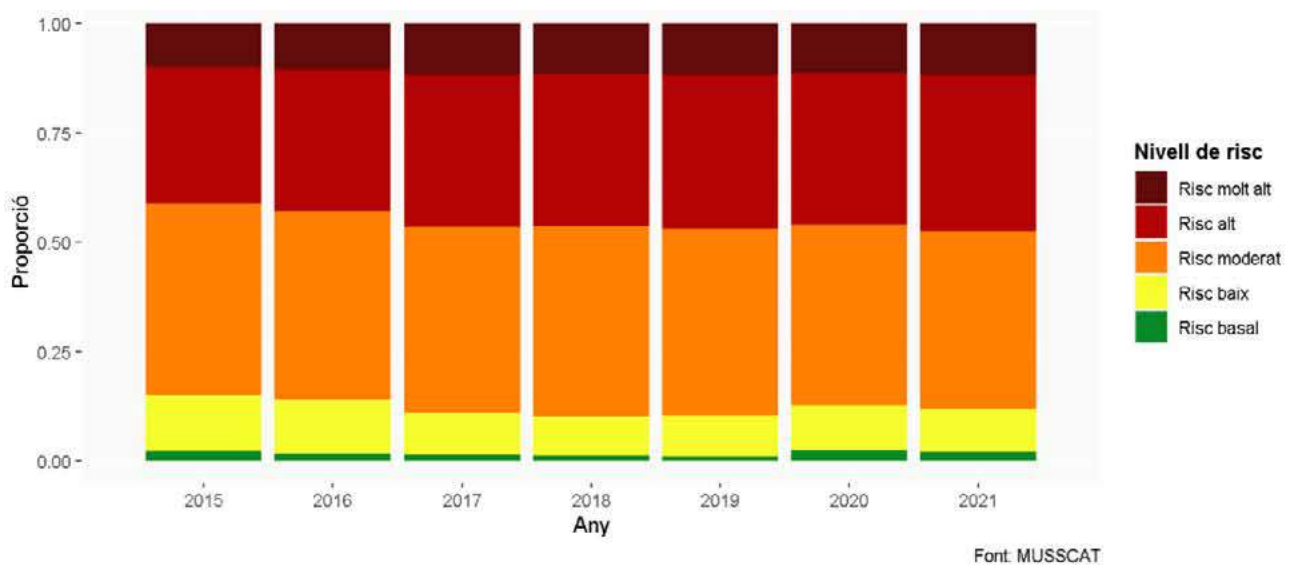


Figura 9. Distribució segons GMA de la població institucionalitzada de 65 anys o més a Catalunya.

En el model de regressió de Poisson es va observar un solapament general entre la taxa de mortalitat observada i l'esperada durant el període anterior a la pandèmia (2015-2019). El model està ajustat per sexe, edat i complexitat clínica (basat en els Grups de Morbiditat Ajustada) i de forma

setmanal (Figura 10). L'estudi de les taxes setmanals permet observar un patró estacional, amb taxes més altes durant els períodes hivernals i, menys generalitzats, en el període estival.

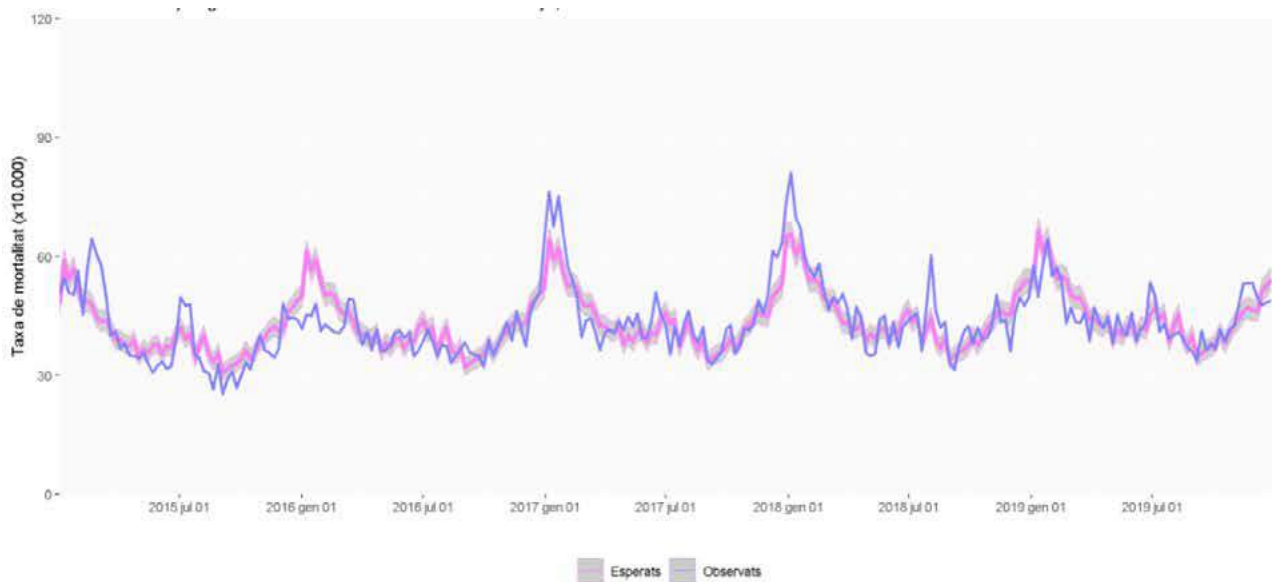


Figura 10. Model ajustat de les taxes de mortalitat setmanal observada i esperada durant el període 2015-2019.

A partir de les taxes de mortalitat setmanal observada i esperada de la població de referència durant el període 2015-2019 es va estimar la raó de mortalitat estandarditzada (RME) durant aquest període —que és el quocient entre el nombre de

morts observades i el nombre de morts esperades (Figura 11)—. Aquesta raó és un indicador que ens permet fer comparacions del nivell de mortalitat.

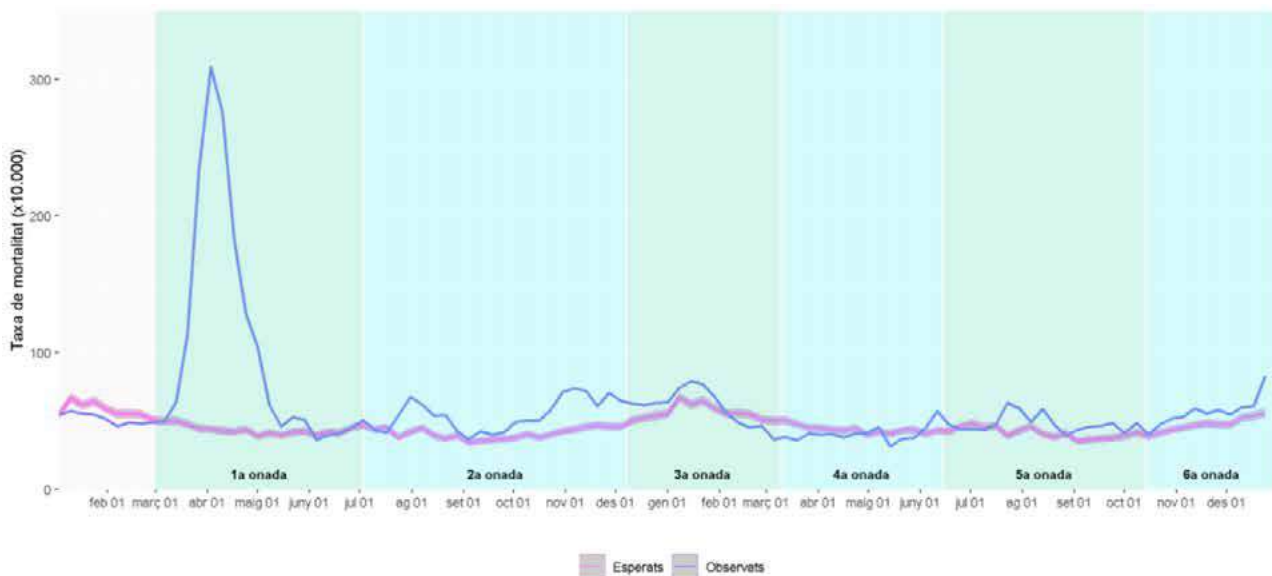


Figura 12. Taxa de mortalitat esperada i observada de les persones de 65 anys o més institucionalitzades en residència durant el període de pandèmia per COVID-19.

L'estimació de la raó de mortalitat estandarditzada durant el període de pandèmia per COVID-19 permet comparar la mortalitat amb la població de referència del període 2015-2019 segons el sexe, l'edat i el risc de GMA. Aquesta es pot observar en la Figura 13, en la qual la línia blava representa la taxa de mortalitat estandarditzada amb l'interval de confiança del 95 % (àrea gris) i la línia de punts mostra la neutralitat.

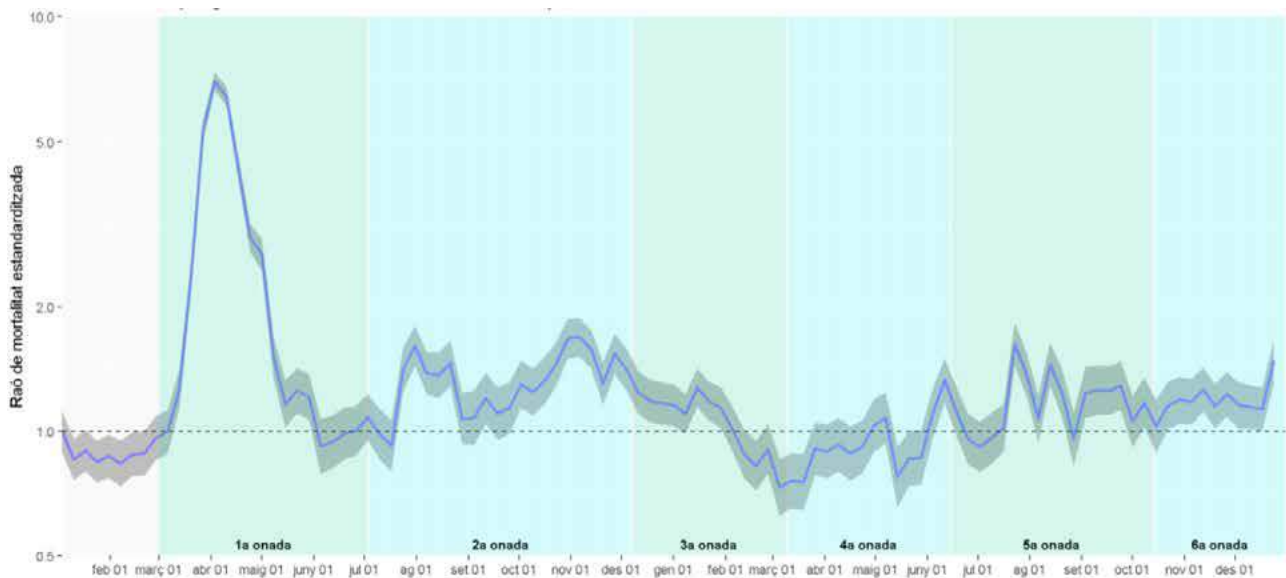


Figura 13. Raó de mortalitat estandarditzada de les persones de 65 anys o més institucionalitzades en residència durant el període de pandèmia per COVID-19.

D'aquest procés, s'extreu l'estimació de l'excés de mortalitat representat en la Figura 14. Tant, la raó de mortalitat estandarditzada com l'excés de mortalitat de cada una de les onades, respectivament, mostren una taxa de mortalitat més alta durant la primera onada de la pandèmia per COVID-19 en les residències de gent gran. Va existir excés de mortalitat en totes les onades, existint

per exemple, un SMR de 2,44 en la primera onada i un SMR de 1,2 en la sisena onada, exceptuant la quarta onada (SMR de 0,93), que coincideix amb l'inici de la campanya de vacunació a les residències de gent gran juntament amb les mesures higièniques que es duen a terme en les residències i a una millora del coneixement de la malaltia.

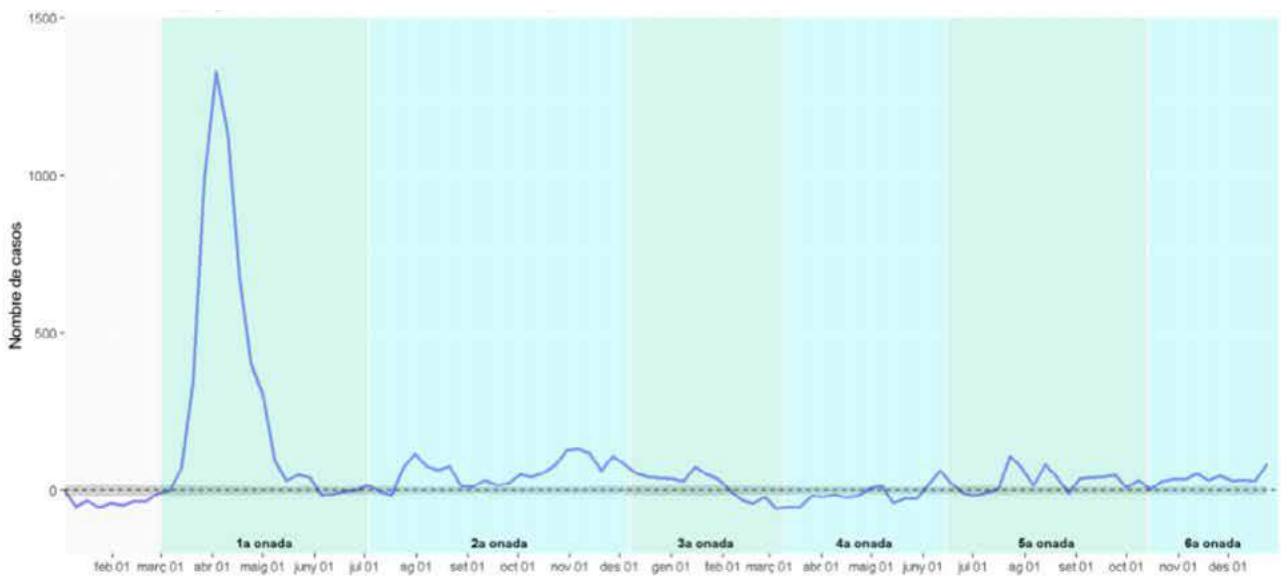


Figura 14. Excés de mortalitat de les persones de 65 anys o més institucionalitzades en residències durant la pandèmia per COVID-19.

Aparentment no existeixen diferències en l'excés de mortalitat entre homes i dones (Figura 15). En canvi, en l'anàlisi de l'excés de mortalitat estratificada segons grups d'edat (Figura 16), s'observa que les persones grans representaven taxes de mortalitat més altes; tanmateix, els grups d'edat més joves van tendir a valors de RME més alts (Figura 17).

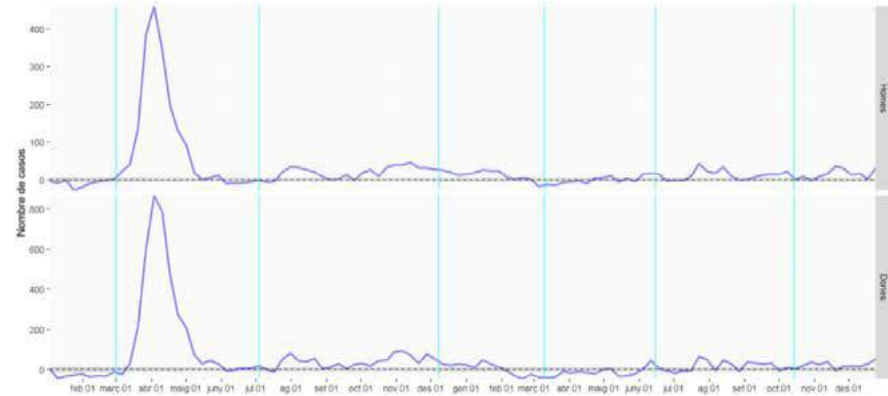


Figura 15. Excés de mortalitat setmanal segons sexe en la població de 65 anys o més que viu en residència a Catalunya. 2020-2021.

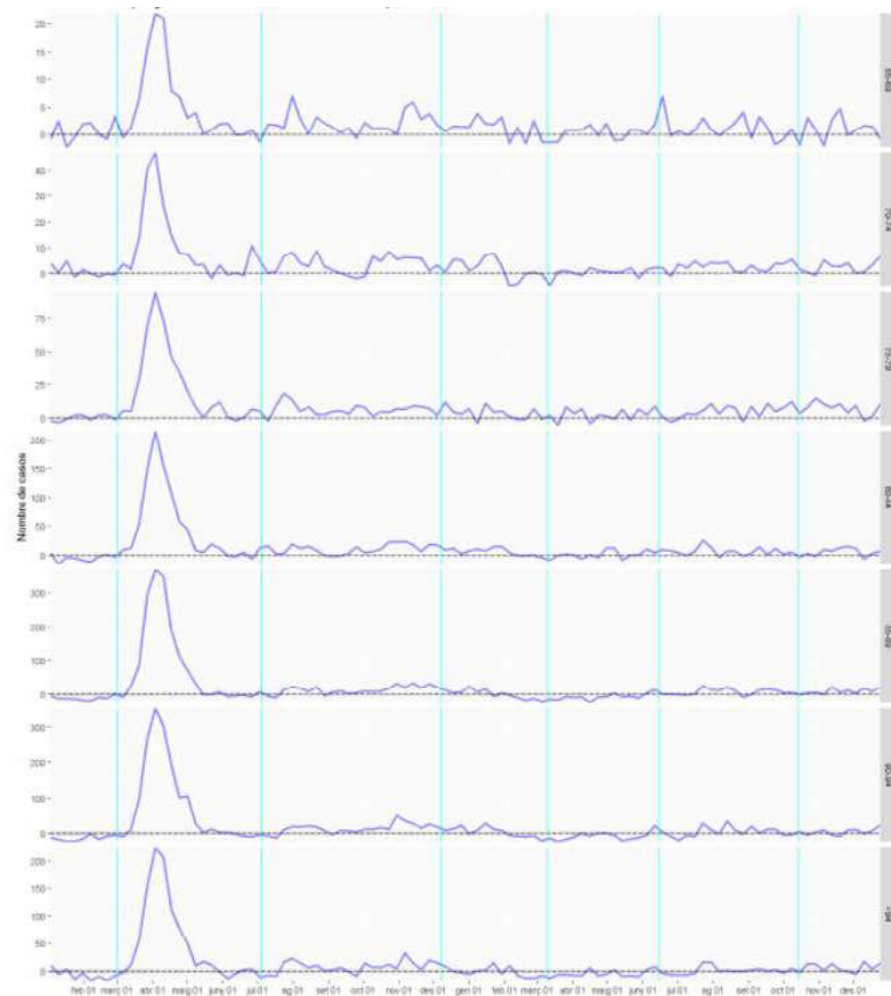


Figura 16. Excés de mortalitat setmanal segons grups d'edat en la població de 65 anys o més que viu en residència a Catalunya. 2020-2021.

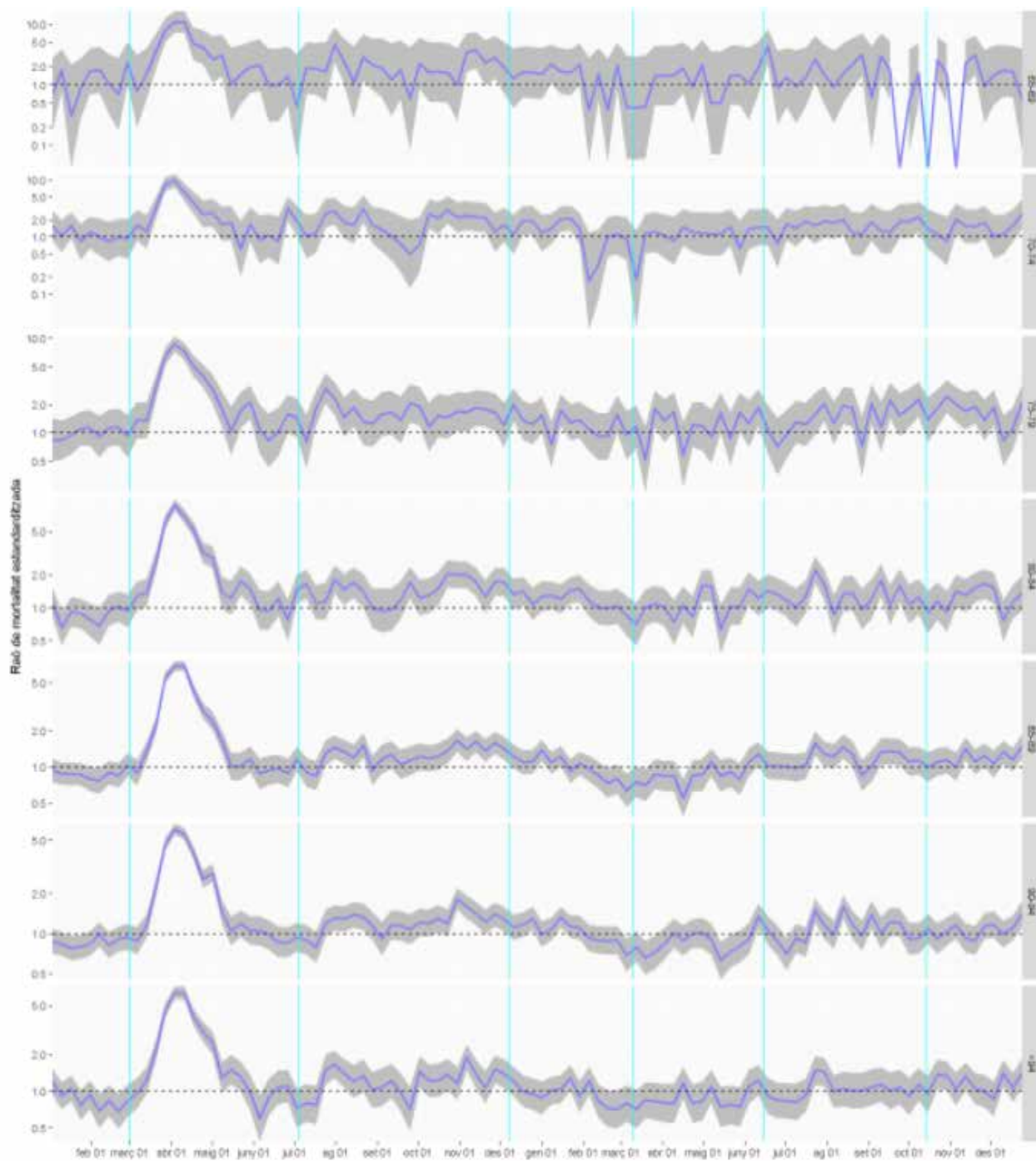


Figura 17. RME de la població major de 65 anys o més que viu a les residències de Catalunya. 2020-2021.

Aquest fenomen també s'observa de forma similar en l'estratificació segons el risc per a la salut en funció dels grups de morbiditat ajustats (GMA). Les taxes de mortalitat (Figura 18) més altes es van observar en els grups de risc alt i molt alt, i la RME (Figura 19) va ser més alta en els de risc mo-

derat i baix. En general, aquesta tendència també es va percebre pel que fa al nombre de morts en excés, llevat de la primera onada.



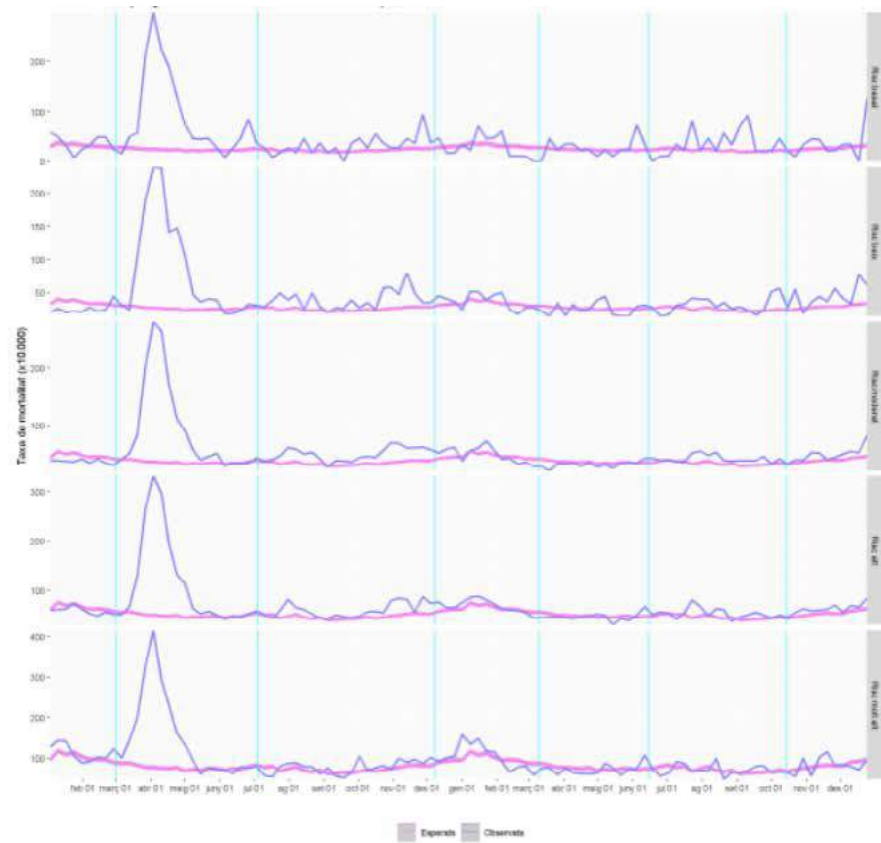


Figura 18. Taxes de mortalitat setmanals estratificades per GMA en la població de 65 anys o més que viu a residències a Catalunya. 2020-2021.

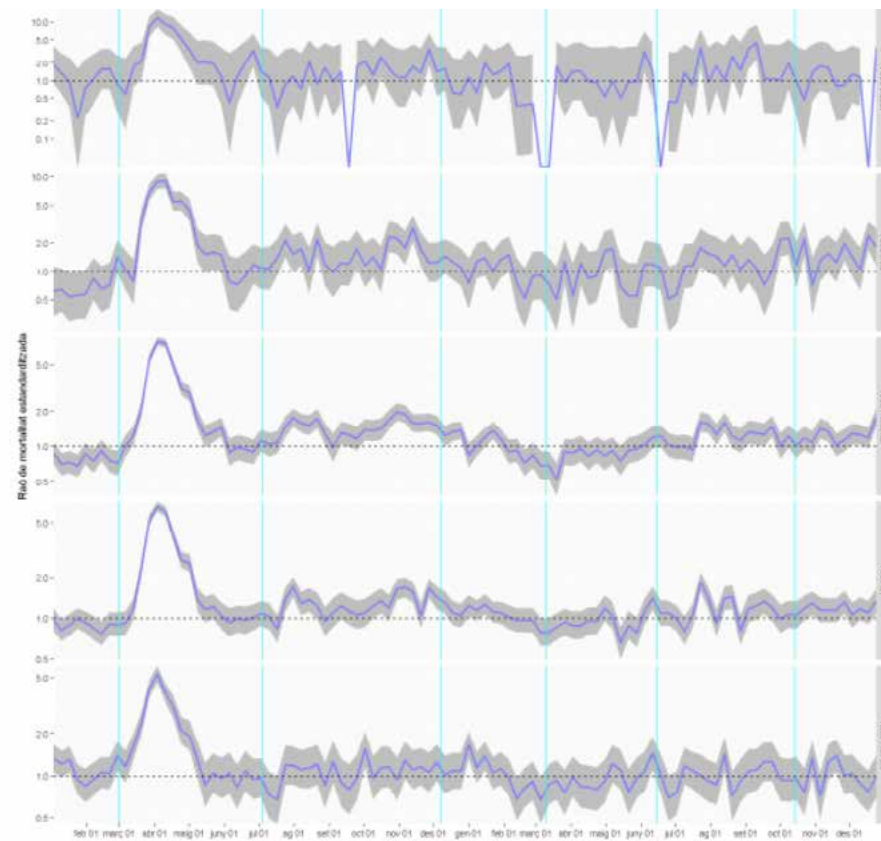


Figura 19.. RME estratificada segons GMA de la població de 65 anys o més que viu a residències de Catalunya. 2020-2021.

### Aspectes més rellevants

- És molt destacable l'alta variabilitat en la incidència de COVID-19, mortalitat, letalitat i hospitalitzacions entre les diferents onades. Algunes dades especialment significatives són:
  - En el període d'estudi, pràcticament hi ha hagut tants casos (74.571) com persones residents (75.396), amb una incidència acumulada (IA) del 98,9 %.
  - En aquest període, pràcticament 10.000 residents van ser hospitalitzats/des (366 dels quals a la UCI).
  - En l'anàlisi per onades, cal destacar l'alta taxa de letalitat (40 defuncions per cada 100 residents diagnosticats de COVID-19) de la primera onada, per una letalitat de 2 per cada 100 residents de la sisena onada.
- Si bé en la primera onada la mortalitat a les residències pràcticament va suposar dos terços del total de morts per COVID-19, la tendència posterior ha estat de disminuir aquesta proporció, fins a situar-se al voltant d'un terç.

### Discussió bàsica i/o conclusions

Estem pendents de completar aquest apartat una vegada disposem de tot l'anàlisi de dades. Mentrestant caldria destacar que:

- **Incidència de COVID-19:**

D'una població inicial de 75.396 persones residents a les residències, s'han diagnosticat durant tot el període 74.571 casos: incidència acumulada (IA) del 98,9 %. Hi ha hagut una alta variabilitat en la incidència de COVID-19 entre les diferents onades (des de 139 casos al dia de la primera onada a 7 casos al dia a la quarta onada), així com en el percentatge d'hospitalitzacions per cas (del 3,15 % de la primera onada, al 62,4 % en la quarta onada).

- **Mortalitat per COVID-19:**

1 de cada 8 persones que han viscut en l'àmbit residencial en aquest període han mort per COVID-19 (13,4 %), proporció que correspon a 10.051 persones. Això equival al 37 % del total de mortalitat de la població general, dada que se situa per sota de la mitjana descrita a nivell mundial, que és del 41 % (evidència basada en la recollida de dades de 22 països)<sup>4</sup>.

- **Letalitat per COVID-19:**

Existeix una gran variabilitat de la letalitat en les diferents onades, passant del 40 % en la primera onada al 2 % en la sisena onada, coincidint amb les mesures de protecció i el procés de vacunació (90 % de cobertura vacunal completa al final de període), entre d'altres.

Pendents de poder realitzar l'anàlisi multivariant en profunditat, respecte als factors relacionats amb el risc de mortalitat, cal distingir:

- *En relació als factors individuals de risc de mort*, cal destacar que múltiples estudis han demostrat que l'edat de més de 60-65 anys suposava un risc significativament més elevat de manifestacions greus i crítiques, progressió de la malaltia i exitus<sup>5</sup>. Així mateix, en una revisió de diferents estudis, comorbiditats com la diabetis, les malalties cardiovasculars, les malalties respiratòries cròniques, la malaltia cerebrovascular, la malignitat i la demència augmentaven de manera independent al risc de progressió de la COVID-19, els resultats greus i la mort<sup>6</sup>.
- *En relació als factors ambientals/estructurals*, caldrà comparar els resultats obtinguts amb l'escassa evidència publicada al respecte, i que avala la importància d'aquests factors respecte la mortalitat<sup>7,8</sup>.

des, des de les 4 hospitalitzacions per dia i 16 ingressos a UCI pel total del període de la primera onada a les 16 hospitalitzacions per dia i 116 ingressos a UCI pel total del període de la sisena onada. Queda pendent la revisió bibliogràfica per poder fer la comparativa amb altres països del món.

- **Excés de mortalitat global a les residències (COVID-19 i no-COVID-19):**

L'anàlisi de la raó de mortalitat estandarditzada ens permet fer una comparació del nivell de mortalitat. L'excés de mortalitat ens indica la sobremortalitat pròpiament dita. En aquest sentit cal destacar:

- La mortalitat observada va superar l'esperada en totes les onades (amb una taxa de mortalitat estandarditzada de 2,4 a la primera onada o de 1,2 a la sisena onada), amb l'excepció de la quarta onada (0,93, coincidint amb la campanya de vacunació).
- El model va revelar un patró estacional, amb taxes més altes durant els períodes hivernals i menys generalitzades durant el període estival.
- En l'estudi de l'excés de mortalitat s'ha objectivat que les persones majors de 65 anys o més que viuen en residències, durant el període investigat, han sigut progressivament més grans i amb una càrrega de morbiditat més elevada.
- En l'anàlisi de mortalitat estratificada per grups d'edat i grups de GMA s'observa un mateix fenomen; taxes de mortalitat més altes en aquells grups de major edat i major complexitat, no obstant, s'observen raons de mortalitat estandarditzada majors en aquells grups de menor edat i menor complexitat.
- Les taxes de mortalitat més altes es van

observar en els grups de risc alt i molt alt; tanmateix, el SMR va ser més alt en els de risc moderat i baix. Queda pendent la revisió bibliogràfica per poder fer la comparativa amb altres països del món.

## Aspectes pendents

Estem pendents de completar aquest apartat una vegada disposem de tot l'anàlisi de dades. Mentrestant caldria destacar que:

- Realitzar l'anàlisi multivariant i valorar la creació d'un model predictiu amb la informació avaluada dels factors que poden haver influït en l'excés de mortalitat com les característiques de les residències pel que fa tipus, tamany, titularitat, entre d'altres.
- Redacció final dels dos primers articles (actualment estem treballant amb el primer article).

## 4.5

## TREBALL DE CAMP QUANTITATIU

**Investigadors i col·laboradors de la línia de treball:** Pau Moreno, Javier Jerez, Xavier Gómez, Aina Carbó, Meritxell Torrents, Pol Gràcia.

### Objectius

#### Objectius específics de la línia de treball

1. Descriure l'impacte de la COVID-19 en les persones residents a residències de gent gran, les seves famílies, els professionals sanitaris i els equips de lideratge, des d'una perspectiva quantitativa.
2. Elaborar propostes de millora a nivell assistencial, formatiu, organitzatiu, estructural i sistèmic, basades en les respostes de les persones residents, les famílies, els/les professionals i els/líders.

#### A quins objectius específics del projecte respon:

**O1: Avaluat l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 sobre les persones que viuen a les residències geriàtriques, de dependència i salut mental de Catalunya, així com dels seus familiars, els/les treballadors/es i sobre les pròpies organitzacions, en el període de març 2020 fins a l'actualitat.**

**O1.1** Estimar retrospectivament l'impacte de la pandèmia en termes de resultats globals: taxa de dones i homes residents i treballadores infectades per COVID-19, taxa de mortalitat, hospitalitzacions i dependència.

**O1.2** Analitzar retrospectivament en quina

mesura els factors estructurals, organitzatius i de procés de les residències de gent gran s'associen a aquest impacte —fent èmfasi específic en l'anàlisi de gènere—, així com la complexitat clínica dels/les residents atesos/es, tenint en compte la taxa d'infeccions de la regió de l'Àrea Bàsica de Salut a la qual pertanyen.

**O1.3** Conèixer els factors individuals que s'associen amb l'impacte de la pandèmia a partir d'una cohort de residents de residències. Especificament, es verificarà la incidència de mortalitat i hospitalització general i per COVID-19, consum de fàrmacs, així com els factors predictors i de protecció per COVID-19, les relacionades amb el gènere, i d'altres causes.

**O1.4** Descriure les característiques i necessitats dels residents (post-primer brot de COVID-19), tenint en compte les diferències entre dones i homes.

**O1.5** Explorar i comprendre l'impacte percebut de la pandèmia i els factors individuals, de procés i estructurals que els agents implicats associen amb aquest impacte mitjançant un estudi qualitatiu. Especificament, es pretén conèixer les vivències dels/les residents geriàtrics/es, els seus familiars, els/les professionals, els/les responsables de les residències i dels/de les planificadors/es durant la pandèmia de la COVID-19. Es farà especial èmfasi en les experiències de les dones com a professionals i com a cuidadores.

**\_O1:** Descriure els aspectes bàsics organitzatius i l'impacte de la COVID-19 dels centres residencials.

**\_O2:** Descriure el perfil i impacte de la COVID-19 en tots els actors del model residencial: les persones que viuen a les residències, familiars, professionals i els membres de direcció des d'una perspectiva quantitativa.

**\_O3:** Descriure la percepció de qualitat assistencial percebuda de les persones que viuen a les residències, familiars, treballadors/es i membres de direcció des d'una perspectiva quantitativa basada en el model d'atenció basada en la persona.

**\_O4:** Recollir les propostes de millora de qualitat des de les persones que viuen, familiars, treballadors/es i membres de direcció des d'una perspectiva qualitativa basada ACP i la qualitat assistencial.

## Metodologia

### Disseny

S'han dut a terme dos estudis diferents: un de retrospectiu i un transversal o de prevalença. La recollida de dades va començar el desembre del 2021 i va acabar el juny del 2022.

### Localització

L'estudi ha inclòs una mostra de diverses residències, incloent líders, famílies, professionals, residents i stakeholders de Catalunya, Espanya.

### Mostra

La mostra de residències pels dos estudis (retrospectiu i transversal) s'ha seleccionat de les 912 existents a Catalunya. Després s'han estratificat segons la seva mida, tipus assistencial, propietat i representació territorial. Pel que fa la mida: petita (de 0 a 50 residents), mitjana (de 50 a 100 residents) i gran (més de 100 residents). Pel que fa el tipus: geriàtrica, de discapacitat i de salut mental. Pel que fa la propietat: pública, privada i concertada (privada amb finançament públic). Pel que fa la representació territorial, cada regió geogràfica de Catalunya. Finalment, es va fer una selecció aleatòria de la mostra en cada nivell de l'estratificació, seleccionant 36 residències.

L'estudi transversal ha consistit d'una mostra addicional de residents, professionals, famílies i lí-

ders per cada residència seleccionada seguint els criteris següents:

- Es van seleccionar residents de cada residència de manera aleatòria i un 25% es van reclutar. En residències petites (amb menys de 50 residents), es van reclutar un 100% de residents.
- Els/les familiars i els/les professionals es van reclutar segons la disponibilitat i la voluntat de participar. Es va establir un màxim de 6 familiars i 6 professionals en cada residència, segons la capacitat de treball de l'equip.
- Tots els directores de residència es van reclutar.

### Criteris de selecció

Totes les residències, residents, familiars, professionals i directius seleccionats en el procés de mostreig que han accedit a participar-hi han sigut inclosos.

### Procediment d'estudi

Primer es va fer un estudi pilot en tres residències, una de cada tipus (geriàtrica, de discapacitat i de salut mental), per validar la viabilitat de l'estudi i ajustar els qüestionaris durant el desembre del 2021.

Abans de començar la recollida de dades, es va contactar cada residència seleccionada per correu electrònic i telèfon. Un vídeo explicant el projecte i les implicacions i oportunitats de participar-hi va ser enviat, i es va organitzar una breu reunió en línia per resoldre dubtes i coordinar la recollida de dades. Es va decidir quan es faria, quins professionals estarien disponibles i com es distribuïrien la feina. Quan una residència es negava a participar es contactava la següent en la llista aleatòria.

Un cop la residència accedia a participar, s'enviava el qüestionari retrospectiu i el de direcció. El qüestionari retrospectiu era respost per professionals seleccionats prèviament a la reunió en línia, basant-se en la seva disponibilitat i coneixement.

Per l'estudi transversal, la recollida de dades es feia en persona, en un dia pactat, per part de dos membres del projecte utilitzant qüestionaris en línia en tauletes. Cada participant de l'estudi o els seus guardians legals eren informats sobre el projecte i els/les que acceptaven participar signaven el consentiment informat. El procés de recollida de dades tenia quatre blocs principals: residents, familiars, professionals i directius. La temporalització de cada bloc, en el dia pactat, s'acordava durant la reunió en línia i canviava segons les preferències, capacitat i necessitats de cada residència.

Les dades dels/de les residents es van recollir amb intermediaris/es degut a les mesures de confinament. Si, segons l'intermediari/a, el/la resident tenia prou capacitat cognitiva, hi havia dimensions específiques subjectives, amb una pregunta de cribatge positiva, que es preguntava directament al/a la resident.

La metodologia per recollida de dades era idèntica per als blocs de familiars i professionals. Tots els/les participants estaven a la mateixa habitació a l'hora pactada, després se'ls explicava el projecte i cadascú rebia una tauleta per poder respondre els qüestionaris autònomament. Durant la recollida de dades, els membres de l'equip estaven presents per oferir suport i respondre qualsevol dubte.



## Recollida de dades

En l'estudi retrospectiu es van recollir dades sobre la institució, les característiques dels/de les treballadors/es i la direcció i lideratge al voltant de la COVID-19 durant la pandèmia.

La recollida de dades de residents es va basar en una valoració multidimensional i un diagnòstic situacional, amb les dimensions següents: clínica: presència de morbiditats; farmacològica: ús de medicació; nutritiva: gana i pèrdua de gana; símptomes: dolor o dificultats respiratòries; síndromes geriàtrics: síndrome confusional, caigudes, úlceres, disfàgia, incontinència o restrenyiment; sensorial: funció visual i auditiva; funcional: autonomia en activitats bàsiques o instrumentals de la vida diària; cognitiva: estat de funció cognitiva; emocional: presència d'ansietat o depressió; social: patir solitud o aïllament social; espiritual: sentit de la vida; qualitat de vida relacionada amb la COVID-19: alteracions de la COVID-19 a la qualitat de vida i salut; final de vida: necessitat de cures pal·liatives; fragilitat: índex de fragilitat. Cada dimensió es va explorar inicialment amb una pregunta de cribratge i quan era positiva se seguia amb tests més específics o preguntes per recollir més informació i no molestar en excés. Les dimensions següents les responia el/la resident si tenia suficient capacitat cognitiva i una pregunta de cribratge positiva: símptomes, sensorial, emocional, social, espiritual i qualitat de vida relacionada amb la COVID-19.

El qüestionari per a famílies, professionals i directius consistia de característiques sociodemogràfiques, una anàlisi del seu estat emocional i diverses preguntes relacionades amb el gènere i l'impacte de la COVID-19.

Un instrument validat i fiable per valorar el nivell d'Atenció Centrada en la Persona també s'aplicava en tots els actors del model d'institucionalització: famílies, professionals, líders i residents (només els/les que tenien prou capacitat cognitiva). Aquest instrument es va alterar lleugerament

perquè cada pregunta s'hagués de respondre en tres temps diferents: com es treballava aquesta qüestió abans de la pandèmia, durant el moment àlgid de la pandèmia i després de la pandèmia.

A més, els/les professionals i líders tenien dos blocs més en el seu qüestionari que les famílies per avaluar la seva capacitat de treball i la qualitat de l'atenció amb un instrument validat, mitjançant un seguit de preguntes

## Resultats

Nota: L'escassa mostra de les residències de Dependència i de Salut Mental ens impedeix fer una anàlisi exhaustiva.

### Resum dels resultats:

1. Gran part de les persones treballadores de residències de Catalunya són dones (88 % en residències geriàtriques). Més informació a l'apartat: "Descripció de les característiques dels centres: Resultats estudi retrospectiu".
2. Les persones residents geriàtriques són una població majoritàriament femenina (75 %) i d'edat molt avançada (86 anys de mitjana d'edat). En comparació, els/les residents de discapacitat i salut mental tenen una durada d'institucionalització molt més gran, són d'edat mitjana i no presenten diferència entre sexes. Més informació a l'apartat: "Descripció de les característiques dels residents: Resultats estudi transversal".
3. El perfil de persones residents geriàtriques i de discapacitat és molt similar, amb una alta prevalença de malalties cròniques, dependència, polifarmàcia, síndromes geriàtrics, fragilitat i problemes cognitius. Per altra banda, les persones residents de salut mental presenten prevalença de polifarmàcia, malalties cròniques, vulnerabilitat social, símptomes emocionals i dependència només en les activitats instrumentals. Més informació a l'apartat: "Descripció de les característiques dels resi-

dents: Resultats estudi transversal”.

4. Tot i tenir perfils de residents molt similars, les residències geriàtriques tenen gairebé la meitat de ràtio de professionals assistencials que les residències de discapacitat. Més informació a l'apartat: “Descripció de les característiques dels centres: Resultats estudi transversal”.
5. En els/les professionals, membres de direcció i familiars es va detectar una alta prevalença de malestar emocional relacionat amb la institucionalització. La majoria de casos presentaven una certa dificultat en treballar en una residència o tenir-hi familiars ingressats i molta preocupació. Més informació a l'apartat: “Descripció característiques dels/de les professionals: Resultats estudi transversal”; “Descripció característiques dels directores: Resultats estudi transversal”; “Descripció de les característiques dels/de les familiars: Resultats estudi transversal”.
6. Els ítems d'atenció centrada en la persona que van estar pitjor valorats per part de tots els actors del model residencial geriàtric van ser la flexibilitat dels/de les professionals, l'organització flexible, el temps d'atenció, la participació en la comunitat i la formació. Més informació a l'apartat: “Avaluació de l'atenció centrada en la persona: Resultats estudi transversal”.
7. La pandèmia va influenciar negativament més de la meitat dels ítems d'atenció centrada en la persona. Les restriccions derivades de la pandèmia van alterar negativament la participació de les famílies, la participació en la comunitat, la sortida del centre i la rebuda a les famílies. Més informació a l'apartat: “Avaluació de l'atenció centrada en la persona: Resultats estudi transversal”.
8. La valoració de la qualitat assistencial per part dels/de les professionals i membres de direcció va destacar com a deficient el suport emo-





cional dels/de les professionals, els vincles amb la comunitat i la incontinència urinària. Més informació a l'apartat: "Avaluació Qualitat assistencial (Professionals i Directors/es)".

### **Descripció de les característiques dels centres: Resultats estudi retrospectiu**

Es van avaluar 37 residències diferents, de les quals 2 van ser residències de salut mental, 4 residències de dependència i 31 residències geriàtriques.

- Les residències geriàtriques i de discapacitat tenen la major part d'habitacions compartides, 67,45 % i 67,58 % respectivament, en comparació amb les de salut mental que tan sols tenen el 23,89 % (Taula 1).
- La ràtio de professionals assistencials respecte residents en les residències geriàtriques és molt menor (0,37 professionals per resident) que el de les residències de discapacitat (0,78 professionals per resident) (Taula 2).
- Les dones formen la gran part dels/les treballadors/es de les residències geriàtriques (88,08 %), de discapacitat (77,86 %) i de salut mental (87,78 %). L'únic sector de professionals de les residències geriàtriques que no tenen un percentatge tan elevat de dones són els/les metges/ses generalistes (60,71 %) i els/les metges/ses especialistes (50,00 %), que es podrien considerar de més categoria (Taula 2).
- El 89,3 % de residències geriàtriques va partir defuncions relacionades amb la COVID-19 i el 62,99 % dels/de les residents geriàtrics/ques va passar la COVID-19 (Taula 3).
- Totes les residències avaluades van presentar baixes laborals amb una mitjana de 926 dies de baixa (Taula 4).
- Totes les residències van aplicar mesures d'aïllament, el 82,1 % de residències geriàtriques van estar en codi groc en algun moment amb una mitjana de 3,17 mesos i el 92,9 % van estar en codi vermell en una mitjana de 3,21 mesos (Taula 5).
- Les visites de final de vida no van ser possibles en el 25,8 % de residències geriàtriques (Taula 5).
- Els/les professionals de les residències es van confinar a la residència en un 29,6 % en les residències geriàtriques i en un 50 % en les residències de discapacitat (Taula 5).
- Van implementar alguna innovació tecnològica la major part de residències (82,6 % de residències geriàtriques) (Taula 5).

Taula 1: Característiques de les residències

		Geriàtriques (N=31)	Discapacitat (N=4)	Mental (N=2)
<b>Accessibilitat a espais exteriors</b>		30 (96,6 %)	4 (100 %)	2 (100 %)
	Accessibilitat a naturalesa	22 (71,0 %)	3 (75 %)	1 (50 %)
<b>Nombre d'habitacions compartides</b>		31,40 (±23,02)	16,25 (±10,72)	7,50 (±3,54)
<b>Nombre d'habitacions totals</b>		50,87 (±28,04)	25,25 (±3,40)	30,50 (±7,78)
<b>Índex Hab. Compartides</b> ( <i>n° hab Comp. /n° hab. Totals</i> )		67,45 % (±28,93)	67,58 % (±44,08)	23,89 % (±5,50)
<b>Cuina pròpia</b>		25 (80,6 %)	4 (100 %)	2 (100 %)
<b>Quantitat de m<sup>2</sup></b>		3100,29 (±4005,99)	1600,00 (±1344,12)	1094,77
<b>Capacitat total de residents</b>		86,00 (±46,69)	43,75 (±11,15)	38,50 (±12,02)
<b>Densitat</b> ( <i>capacitat residents/m2</i> )		0,03 (±0,01)	0,04 (±0,03)	0,04 (±0,03)
<b>Nombre de lavabos compartits</b>		25,70 (±24,05)	7,5 (±2,3)	9,00 (±8,485)
<b>Índex lab. Compartits</b> ( <i>n° lab. Comp. /n° m2</i> )		0,82 % (±0,70)	0,90 % (±0,93)	1,12 (±1,30)
<b>Nombre d'accessos a la residència</b>		2,48 (±1,15)	2,00 (±0,82)	2,00 (±1,41)
<b>Nombre de residents abans de la COVID-19</b> ( <i>abans de 20/03/2020</i> )		84,07 (±45,87)	43,75 (±11,15)	38,50 (±12,02)
<b>Nombre de residents actualment</b>		78,00 (±38,00)	43,75 (±11,15)	38,00 (±11,31)
<b>Nombre d'ingressos nous</b>		47,30 (±39,60)	3,50 (±3,00)	2,50 (±0,71)
<b>Titularitat</b>	Pública	5 (16,1 %)	2 (50 %)	2 (100 %)
	Privada	26 (83,9 %)	2 (50 %)	0
	Amb finançament públic	16 (80,6 %)	1 (50 %)	0
<b>% places concertades</b>		47,13 (±33,57)	37,00	0

Taula 2: Característiques del personal de les residències

		Geriàtriques (N=25)	Discapacitat (N=3)	Mental (N=2)
<b>Tots/es els/les professionals assistencials</b>	N° de residències*	-	-	-
	Índex Ràtio**	37,43 % (±14,06)	78,43 % (±41,13)	25,27 % (±27,91)
	% Dones***	88,08 % (±6,83)	77,86 % (±20,55)	87,78 % (±84,37)
<b>Infermeres/s</b>	N° de residències*	25 (100 %)	3 (100 %)	2 (100 %)
	Índex Ràtio**	3,09 % (±1,48)	3,91 % (±14,15)	0,87 % (±0,28)
	% Dones***	96,60 % (±8,72)	100 %	100 %
<b>Fisioterapeutes</b>	N° de residències*	25 (100 %)	3 (100 %)	0
	Índex Ràtio**	1,31 % (±0,48)	1,34 % (±0,59)	0
	% Dones***	83,33 % (±31,85)	100 %	0
<b>Terapeutes ocupacionals</b>	N° de residències*	16 (64 %)	1 (33,33 %)	2 (100 %)
	Índex Ràtio**	0,52 % (±0,48)	0,52 % (±0,90)	1,06 % (±1,09)
	% Dones***	93,75 % (±25,00)	100 %	100 %
<b>Psicòlegs</b>	N° de residències*	23 (92 %)	3 (100 %)	2 (100 %)
	Índex Ràtio**	1,06 % (±0,49)	1,94 % (±1,02)	2,04 % (±1,00)
	% Dones***	91,67 % (±28,23)	100 %	100 %

<b>Treballadors/ es socials</b>	Nº de residències*	25 (100 %)	3 (100 %)	2 (100 %)
	Índex Ràtio**	1,06 % ( $\pm 0,49$ )	1,23 % ( $\pm 0,78$ )	1,95 % ( $\pm 1,25$ )
	% Dones***	100 % ( $\pm 14,51$ )	100 %	50 % (70,71)
<b>Gerocultors/es</b>	Nº de residències*	25 (100 %)	1 (33,33 %)	0
	Índex Ràtio**	29,36 % ( $\pm 13,60$ )	4,38 % ( $\pm 7,58$ )	0
	% Dones***	90,85 % ( $\pm 7,86$ )	88,46 %	0
<b>Auxiliars</b>	Nº de residències*	8 (32 %)	2 (66,66 %)	0
	Índex Ràtio**	0,50 % ( $\pm 1,02$ )	53,84 % ( $\pm 50,44$ )	0
	% Dones***	76,76 % ( $\pm 36,25$ )	70,94 % ( $\pm 34,67$ )	0
<b>Monitors/es</b>	Nº de residències*	3 (12 %)	2 (66,66 %)	2 (100 %)
	Índex Ràtio**	0,10 % ( $\pm 0,30$ )	10,42 % ( $\pm 13,01$ )	19,44 % ( $\pm 24,60$ )
	% Dones***	100 % ( $\pm 0,00$ )	55,00 % ( $\pm 7,07$ )	87,50 % ( $\pm 58,93$ )
<b>Metges/ses generalistes</b>	Nº de residències*	20 (80 %)	3 (100 %)	0
	Índex Ràtio**	0,36 % ( $\pm 0,29$ )	0,75 % ( $\pm 0,78$ )	0
	% Dones***	60,71 % ( $\pm 48,75$ )	0	0
<b>Metges/ses especialistes</b>	Nº de residències*	7 (28 %)	2 (66,66 %)	0
	Índex Ràtio**	0,06 % ( $\pm 0,12$ )	0,11 % ( $\pm 0,20$ )	0
	% Dones***	50,00 % ( $\pm 54,77$ )	100 %	0

\*Nombre de residències que tenien un o més treballadors/es (encara que no sigui jornada de 40 hores). \*\*Índex de la ràtio professionals/pacient (tenint en compte 40 hores de jornada laboral). \*\*\* Percentatge de treballadores dones.

Taula 3: Afectació de la pandèmia de la COVID-19 en els/les residents

	Geriàtriques (N=28)	Discapacitat (N=4)	Mental (N=2)
<b>Residències amb exitus de residents per COVID-19</b>	25 (89,3 %)	1 (25 %)	0
Nombre total de residents	37,43 % ( $\pm 14,06$ )	3	0
Índex de mortalitat	88,08 % ( $\pm 6,83$ )	6 %	0
<b>Residències amb residents amb símptomes relacionats amb la COVID-19</b>	24 (85,7 %)	4 (100 %)	1 (50 %)
Índex de residents que han passat la COVID-19	62,99 % ( $\pm 28,07$ )	62,63 ( $\pm 30,59$ )	4,25 %
PCR / test positiu	95,48 % ( $\pm 11,51$ )	100 %	100 %
Diagnòstic per símptomes sense test	11,59 % ( $\pm 23,12$ )	34,72 % ( $\pm 69,44$ )	0
<b>Residències amb trasllats de residents degut a la COVID-19</b>	17 (60,7 %)	2 (50 %)	1 (50 %)
Nombre de residents traslladats al domicili	1,24 ( $\pm 2,22$ )	2,00 ( $\pm 2,83$ )	0
Nombre de residents traslladats a altres residències o altres dispositius (hotel salut, dispositius socials d'emergència)	6,53 ( $\pm 10,77$ )	6,50 ( $\pm 6,36$ )	1
Nombre d'ingressos a l'hospital	16,65 ( $\pm 34,62$ )	7,50 ( $\pm 2,12$ )	0

Taula 4: Afectació de la pandèmia de la COVID-19 en els/les professionals

	Geriatrics (N=28)	Disability (N=4)	Mental (N=2)
<b>Professionals morts/es per COVID-19</b>	0	0	0
<b>Baixes laborals per COVID-19</b>	28 (100 %)	4 (100 %)	2 (100 %)
Nombre de baixes laborals degut a la COVID-19	36,85 ( $\pm 22,49$ )	27,5 ( $\pm 13,33$ )	3,5 (2,12)
Nombre total de dies de baixa	926,00 ( $\pm 1873,26$ )	357,50 ( $\pm 145,23$ )	73,5 (19,09)

Taula 5: Afectació de la pandèmia de la COVID-19 en la residència

	Geriatrics (N=28)	Disability (N=4)	Mental (N=2)
<b>Mesures d'aïllament</b>	28 (100 %)	4 (100 %)	2 (100 %)
<b>Material insuficient</b>	16 (57,1 %)	3 (75 %)	1 (50 %)
Nº de setmanes amb material insuficient	7,19 ( $\pm 4,76$ )	6,67 ( $\pm 2,31$ )	2
<b>Codi groc en algun moment</b>	23 (82,1 %)	4 (100 %)	1 (50 %)
Nº mesos	3,17 ( $\pm 2,19$ )	2,13 ( $\pm 1,31$ )	1
<b>Codi vermell en algun moment</b>	26 (92,9 %)	4 (100 %)	1 (50 %)
Nº mesos	3,12 ( $\pm 2,10$ )	1,25 ( $\pm 0,50$ )	1
<b>Les visites de final de vida</b>	8 (28,6 %)	1 (25 %)	2 (100 %)
<b>Professionals es van confinar a la residència</b>	8 (28,6 %)	2 (50 %)	0
Nº setmanes	11,38 ( $\pm 15,92$ )	4,00 ( $\pm 2,83$ )	0
<b>¿S'ha implementat alguna innovació tecnològica?</b>	23 (82,1 %)	3 (75 %)	1 (50 %)
Comunicació amb familiars	23 (100 %)	3 (75 %)	1 (50 %)
Visites telemàtiques	22 (95,65 %)	3 (75 %)	1 (50 %)
Formació telemàtica	19 (82,61 %)	2 (50 %)	1 (50 %)

## Descripció de les característiques dels residents: Resultats estudi transversal

Es van avaluar 779 persones residents de 36 residències diferents, de les quals 43 van ser residents de 2 residències de salut mental, 86 de 4 residències de capacitat i 671 de 30 residències geriàtriques.

- La població geriàtrica és una població majoritàriament femenina (75 %), envellida (85,93 anys de mitjana d'edat), amb poca educació (64,7 % només amb educació primària) i majoritàriament vidus (65,1 %) (Taula 1).
- Pràcticament totes les persones residents geriàtriques estaven vacunades de la COVID-19 (98,6 %) amb les tres primeres dosis (98,6 %). Moltes d'elles van patir la COVID-19 (66,9 %) i van estar confinades a l'habitació (66 %) una mitjana de 31,48 dies. Tan sols un 16,1 % de les persones residents presentaven ús de contenció física.
- La població de residents de discapacitat i de salut mental no presenten aquesta diferència entre sexes (40,7 % i 48,8 % de dones respectivament) i presenten una edat mitjana de 46,92 i 56,19 anys, amb una mitjana de durada d'institucionalització molt més gran (178,47 i 108,53 mesos) que la de les persones residents geriàtriques (40,06 mesos) (Taula 1).
- En l'avaluació multidimensional els/les residents geriàtrics/ques i els de discapacitat van presentar un perfil similar, amb una alta prevalença de malalties cròniques, dependència, polifarmàcia, síndromes geriàtrics i problemes cognitius. Els residents de salut mental van presentar una alta prevalença de polifarmàcia, dependència en les activitats instrumen-
- tals i malalties cròniques, i a diferència dels anteriors, vulnerabilitat social i símptomes emocionals (Figura 1).
- Ens sorprèn la infradetecció d'algunes condicions com dolor, final de la vida, aspectes psicosocials i vulnerabilitat social que en altres estudis apareixen com a molt prevalents (Figura 1).
- Les malalties cròniques més prevalents en les persones residents de salut mental i discapacitat van ser principalment la discapacitat intel·lectual (100 % i 82,6 %) i el trastorn mental sever (100 % i 48,8 %), a més de les malalties neurològiques en els de discapacitat (52,3 %). Per altra banda, les persones residents geriàtriques tenen malalties orgàniques com a més prevalents: cardíaques (42,9 %), neurològiques (32,6 %) i renals (21,1 %) (Figura 3).
- Les síndromes geriàtriques més prevalents entre els/les residents geriàtrics/ques van ser la incontinència urinària (72,2 %), fecal (46,8 %) i el restrenyiment (39,2 %). A diferència dels/de les residents de discapacitat i de salut mental entre els quals la síndrome més prevalent va ser la incontinència urinària amb un 34,9 % i 23,2 % respectivament (Figura 4).
- La major part de residents geriàtrics tenen una fragilitat moderada (58,1 %).

Taula 6: Característiques sociodemogràfiques de les persones residents

Variables		Geriatrics (N=672)	Discapacitat (N=86)	Mental (N=43)
Sexe	Home	168 (25 %)	51 (59,3 %)	22 (51,2 %)
	Dona	503 (75 %)	86 (40,7 %)	21 (48,8 %)
Edat		85,93 ( $\pm$ 8,855)	46,92 ( $\pm$ 11,497)	56,19 ( $\pm$ 13,52)
Mesos d'institucionalització		40,06 ( $\pm$ 76,864)	178,47 ( $\pm$ 126,078)	108,53 ( $\pm$ 53,65)
Nivell Educatiu	Analfabet/a	105 (15,7 %)	37 (43,0 %)	11 (25,6 %)
	Primària	432 (64,7 %)	38 (44,2 %)	16 (37,2 %)
	Secundària	46 (6,9 %)	9 (10,5%)	4 (9,3 %)
	Batxillerat o grau mig	23 (3,4 %)	0	12 (27,9 %)
	Universitaris	25 (3,7 %)	2 (2,3 %)	0
	NS/NC	37 (5,5 %)	0	0
Estat Civil	Solter/a	88 (13,1 %)	82 (95,3 %)	29 (67,4 %)
	Casat/da o parella de fet	195 (15,6 %)	3 (3,5 %)	2 (4,7 %)
	Emparellat/da	1 (0,1 %)	1 (1,2 %)	4 (9,3 %)
	Divorciat/da o separat/da	40 (6 %)	0	8 (18,6 %)
	Vidu/a	437 (65,1 %)	0	0
	Vacunats/es	631 (99,4 %)	84 (98,8 %)	43 (100,0 %)
Vacunació	Dosis	1	1 (0,5 %)	0
		2	6 (1 %)	29 (34,5 %)
		3	618 (98,6 %)	55 (65,5 %)
Morbidity COVID-19		425 (66,9 %)	49 (57,6 %)	4 (9,3 %)
Confinament habitació	Confinats/des	420 (66,0 %)	52 (61,2 %)	29 (67,4 %)
	Dies confinats	31,48 ( $\pm$ 28,797)	23,73 (20,98)	18,21 ( $\pm$ 13,04)
Contenció física		102 (16,1 %)	7 (8,2 %)	0

Figura 1: Avaluació Multidimensional de les persones residents

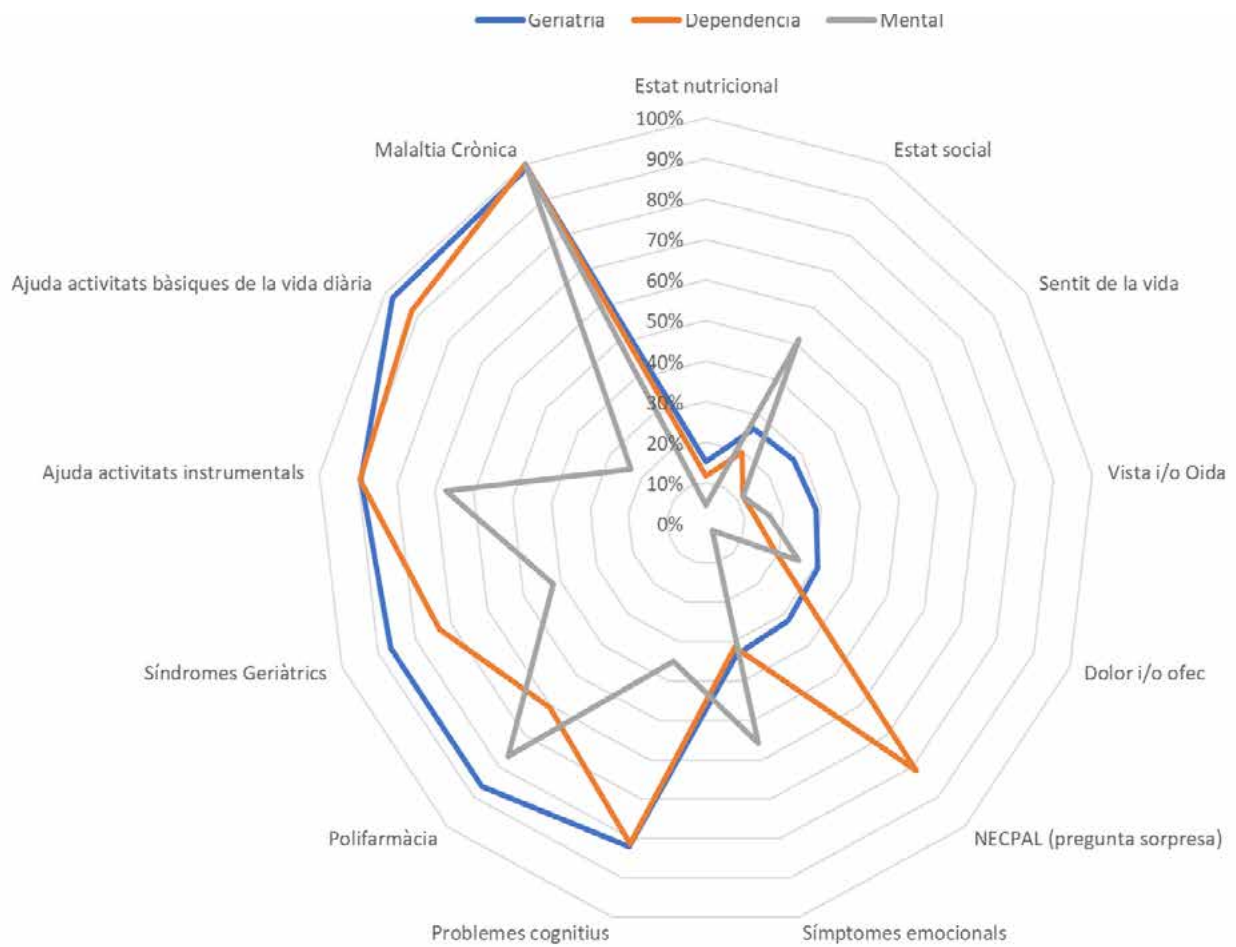


Figura 2: Avaluació Multidimensional de les persones residents

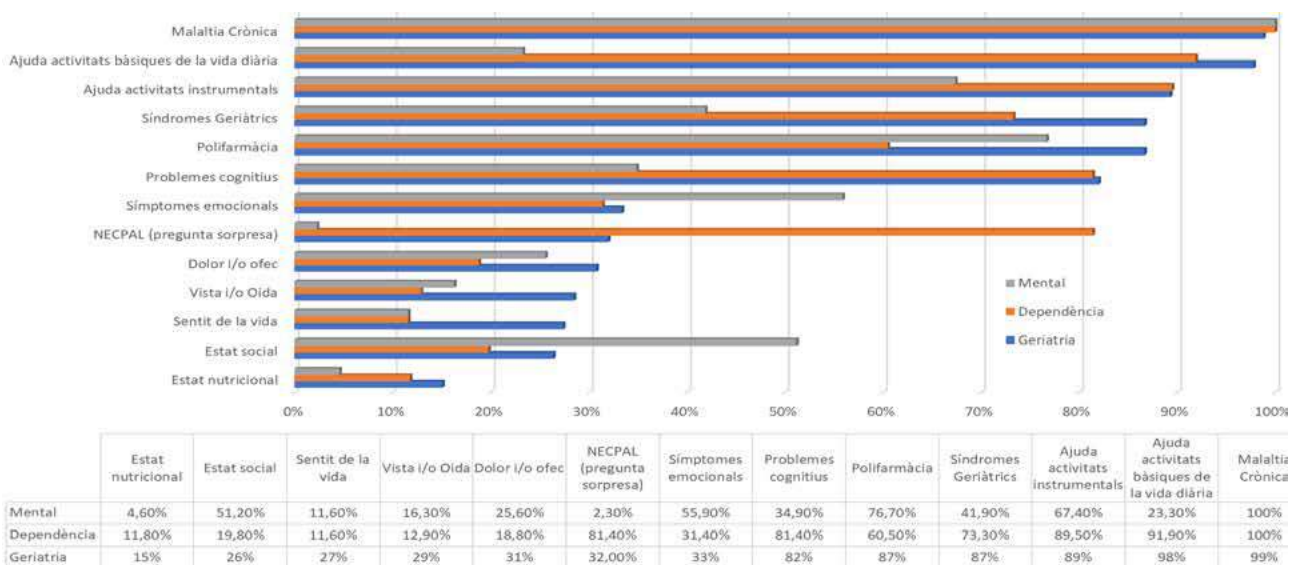


Figura 3: Prevalença de patologies en residents geriàtrics

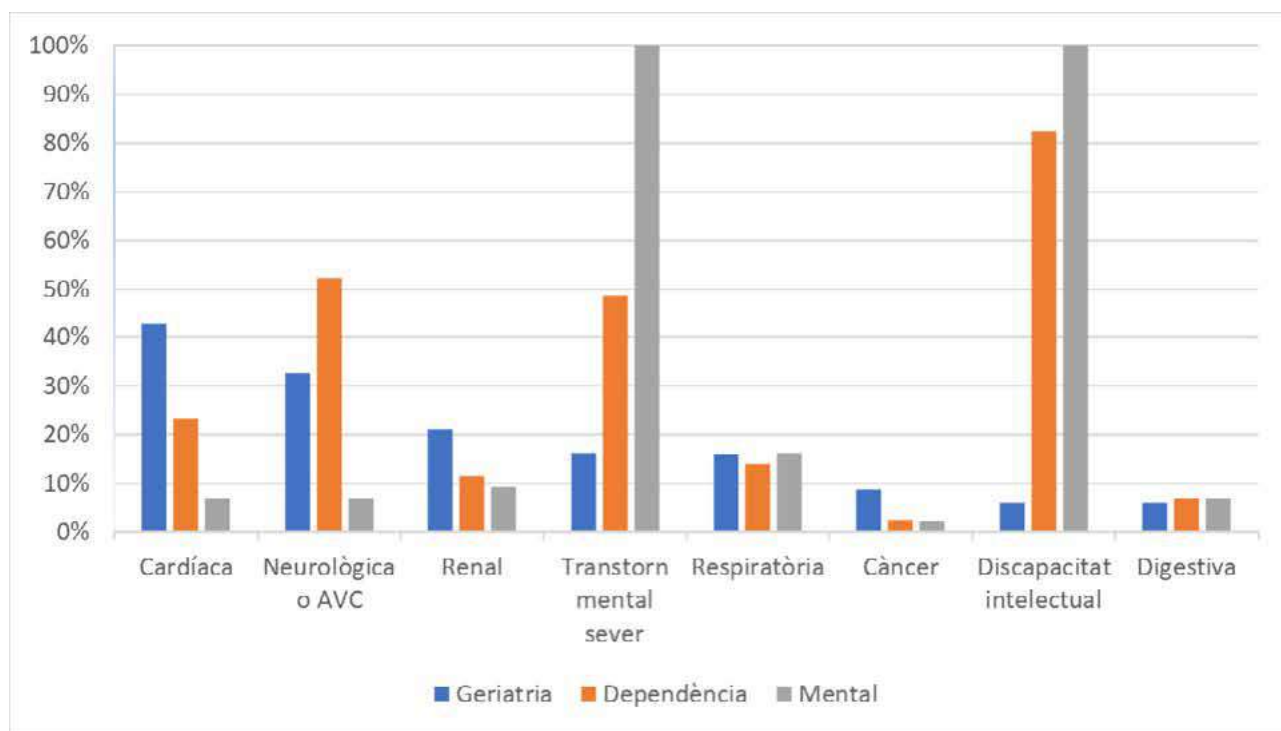
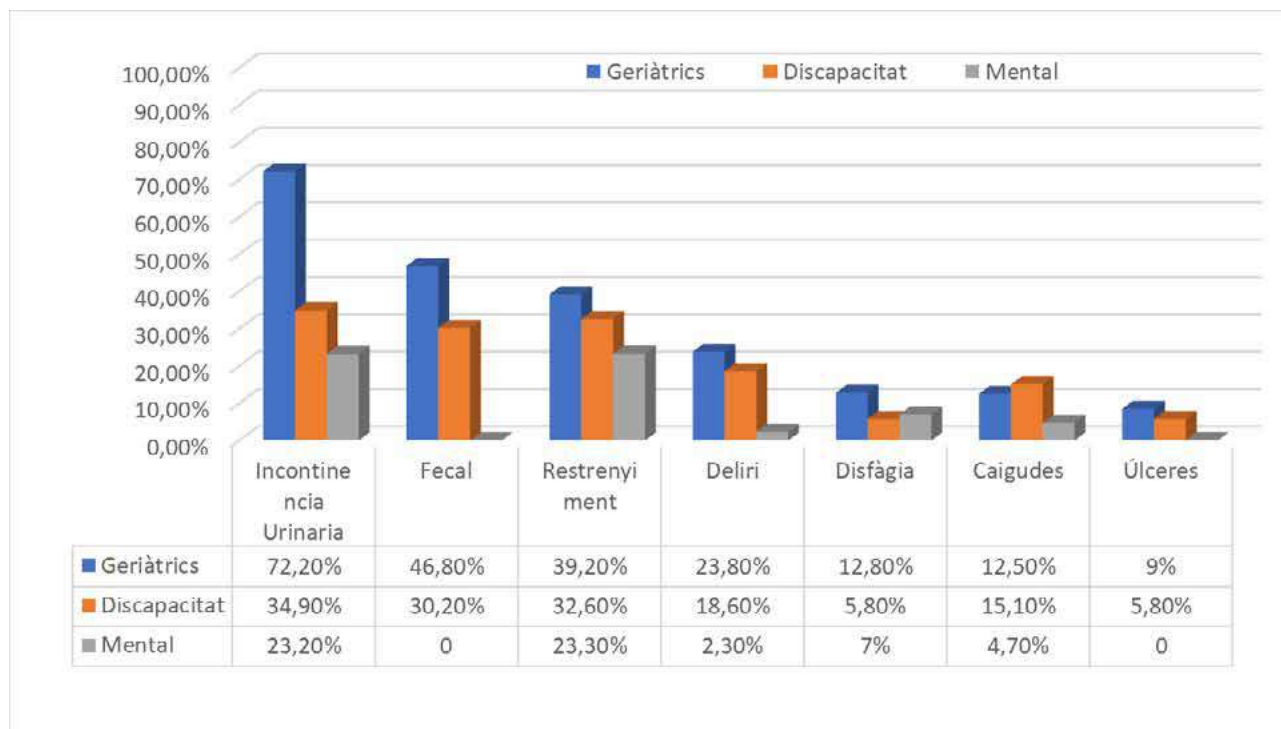


Figura 4: Prevalença de patologies en residents geriàtrics





Taula 7: Qüestionari de detecció emocional en residents geriàtrics

Qüestionari de detecció emocional		Geriatrics (N=224 (33,4 %))
<b>Residents amb signes externs de malestar</b>		183 (81,7 %)
<b>Quin signes?</b>	Expressió facial	122 (66,7 %)
	Aïllament	40 (21,9 %)
	Demanda constant d'atenció	76 (41,5 %)
	Alteració del comportament nocturn	43 (23,5 %)
	Altres	28 (15,3 %)
<b>Estat d'ànim (0 molt malament / 10 molt bé)</b>		4,44 (2,12)
<b>Residents amb alguna preocupació</b>		144 (64,9 %)
<b>Quins temes li preocupen?</b>	Econòmics	11 (4,9 %)
	Familiars	70 (31,3 %)
	Emocionals	35 (15,6 %)
	Somàtics	57 (25,4 %)
	Espirituals	5 (2,2 %)
	Altres	28 (12,5 %)
<b>Com porta la situació d'estar en una residència? (0 "no li costa gens" / 10 "li costa molt")</b>		5,00 ( $\pm 2,99$ )

Taula 8: Índex de Fragilitat basat en la Valoració Geriàtrica Integral (IF-VIG)

IF-VIG		Geriatrics (N=663)	Discapacitat (N=86)	Mental (N=43)
<b>Mitjana</b>		0,39 ( $\pm 0,11$ )	0,34 ( $\pm 0,13$ )	0,24 ( $\pm 0,09$ )
<b>Grau Fragilitat</b>	No (0-0,2)	45 (6,8 %)	18 (20,9 %)	20 (46,5 %)
	Lleu (0,2-0,35)	174 (26,2 %)	29 (33,7 %)	17 (39,5 %)
	Moderada (0,36-0,55)	385 (58,1 %)	33 (38,4 %)	6 (14,0 %)
	Avançada (0,56+)	59 (8,9 %)	6 (7,0 %)	0

## Descripció de les característiques dels/de les professionals:

### Resultats estudi transversal

Es van avaluar 176 professionals de 36 residències diferents, de les quals 10 professionals van ser de 2 residències de salut mental, 25 professionals de 4 residències de discapacitat i 141 professionals de 30 residències geriàtriques.

- La major part dels/de les professionals entrevistats/des van ser dones (88,7 % dels professionals de residències geriàtriques) de mitjana edat (43,1 anys de mitjana en professionals de residències geriàtriques) (Taula 5).
- En el qüestionari de malestar emocional es va detectar una certa dificultat sobre treballar en una residència (5,82 sobre 10) i que tots/es els/les professionals tenien aspectes que els preocupaven molt (7,94 sobre 10) (Taula 6).

Taula 9: Característiques sociodemogràfiques dels/de les professionals

Variables		Geriatrics (N=141)	Discapacitat (N=25)	Mental (N=10)
Sex	Home	16 (11,3 %)	2 (8,0 %)	3 (30,0 %)
	Dona	125 (88,7 %)	23 (92,0 %)	7 (70,0 %)
Edat		43,1 (±10,53)	39,16 (±13,23)	41,40 (±9,90)
Categoria professional	Infermeria	26 (18,4 %)	3 (12,0 %)	2 (20,0 %)
	Fisioterapeuta	14 (9,9 %)	0	0
	Terapeuta ocupacional	7 (5,0 %)	1 (4,0 %)	0
	Psicologia	9 (6,4 %)	3 (12,0 %)	2 (20,0 %)
	Treball social	14 (9,9 %)	4 (16,0 %)	1 (10,0 %)
	Gerocultor/a	53 (37,6 %)	0	0
	Auxiliars tècnics	14 (9,9 %)	13 (52,0 %)	0
	Monitors/es	2 (1,4 %)	1 (4,0 %)	5 (50,0 %)
	Medicina	2 (1,4 %)	0	0
Càrrec	Direcció	9 (6,4 %)	1 (4,0 %)	0
	Intermig	11 (7,8 %)	4 (16,0 %)	4 (40,0 %)
	Tècnic/a	70 (49,6 %)	16 (64,0 %)	5 (50,0 %)
	Gerocultor/a	51 (36,2 %)	4 (16,0 %)	1 (10,0 %)
Torn	Matí	58 (41,1 %)	14 (56,0 %)	4 (40,0 %)
	Tarda	9 (6,4 %)	0	0
	Nit	2 (1,4 %)	0	2 (20,0 %)
	Altres	72 (51,1 %)	11 (44,9 %)	4 (40,0 %)
Hores totals per setmana		37,3 (±30,17)	35,66 (±9,84)	26,00 (±8,80)
Tipus de contracte				
	Temporal	14 (9,9 %)	1 (4,0 %)	3 (30,0 %)

DME (Malestar emocional)	Geriàtrica (N141)	Discapacitat (N=25)	Mental (N10)
1. Estat d'ànim ( <i>Durant aquest últim mes: 0 "molt malament" / 10 "molt bé"</i> )	7,13 (±1,97)	6,36 (±1,41)	6,65 (±1,59)
2. Com porta la situació de treballar en una residència? ( <i>0 "No em costa gens" 10 "Em costa molt"</i> )	5,82 (±2,55)	6,04 (±1,40)	5,00 (±1,87)
3. Alguna preocupació? (Sí)	141 (100 %)	25 (100 %)	9 (90,0 %)
3.2 Fins a quin punt li preocupa? ( <i>Referent a la pregunta anterior, únicament respost en cas de resposta positiva a la pregunta 3: 0 "gens" / 10 "molt"</i> )	7,94 (±1,94)	7,36 (±2,43)	7,50 (±1,30)

### Descripció de les característiques de direcció:

#### Resultats estudi transversal

- La major part dels directors/es de les residències geriàtriques avaluades van ser dones (89,7 %), de mitjana edat (48,66 anys) (Taula 11).
- En el qüestionari de malestar emocional es va detectar una certa dificultat a treballar en una residència (puntuació de 6, 5 i 8 en residències geriàtriques, de discapacitat i de salut mental, respectivament) i amb una preocupació laboral que generava molta preocupació (7,34 en residències geriàtriques) (Taula 12).

Taula 11: Característiques sociodemogràfiques dels/de les professionals

Variables		Geriàtrics (N=29)	Discapacitat (N=4)	Mental (N=2)
Sex	Home	3 (10,3 %)	2 (50 %)	1 (50 %)
	Dona	26 (89,7 %)	2 (50 %)	1 (50 %)
Edat		48,66 (±9,41)	47,25 (±7,04)	44,00 (±14,14)
Categoria professional	Infermeria	7 (24,1 %)	1 (25 %)	0
	Fisioterapeuta	0	0	0
	Terapeuta ocupacional	0	0	0
	Psicologia	6 (20,7 %)	2 (50 %)	0
	Treball social	6 (20,7 %)	0	1 (50 %)
	Gerocultor/a	0	0	0
	Auxiliars tècnics	2 (6,9 %)	0	0
	Medicina	1 (3,4 %)	0	0
Altres		7 (24,1 %)	1 (25 %)	1 (50 %)
Hores totals per setmana		38,72 (±3,37)	39,38 (±1,25)	38,00 (±0,71)
Tipus de contracte	Temporal	8 (6,9 %)	0	0
	Indefinit	27 (93,1 %)	4 (100 %)	2 (100 %)

Taula 12: Qüestionari de detecció emocional en professionals

DME (Malestar emocional)	Geriàtrica (N141)	Discapacitat (N=25)	Mental (N10)
1. Estat d'ànim ( <i>Durant aquest últim mes: 0 "molt malament" / 10 "molt bé"</i> )	7,55 (±1,57)	7,00 (±0,82)	7,50 (±0,71)
2. Com porta la situació de treballar en una residència? ( <i>0 "No em costa gens" 10 "Em costa molt"</i> )	6,00 (±2,96)	5,00 (±3,65)	8,00 (±0,00)
3. El que més li preocupa laboralment ara mateix? Fins a quin punt li preocupa? ( <i>Referent a la pregunta anterior, única-ment respost en cas de resposta positiva a la pregunta 3: 0 "gens" / 10 "molt"</i> )	7,34 (±2,03)	8,00 (±0,82)	8,50 (±0,71)

### Descripció de les característiques dels familiars:

#### Resultats estudi transversal

Es van avaluar 130 familiars de 31 residències diferents, de les quals 19 professionals van ser de 2 residències de discapacitat i 111 professionals de 29 residències geriàtriques

- La major part dels familiars entrevistats van ser dones (78,4 % i 71,05 % de residències geriàtriques i de discapacitat respectivament), d'edat mitjana-avançada (60,39 i 71,05 anys de mitjana).
- En el qüestionari de malestar emocional es va detectar una certa dificultat a tenir el familiar ingressat a la residència i que aproximadament la meitat dels familiars tenien alguna preocupació relacionada amb la institucionalització que els hi preocupava molt.

Taula 13: Característiques sociodemogràfiques dels familiars

Variables		Geriàtrics (N=111)	Discapacitat (N=19)
Sexe	Home	24 (21,6 %)	4 (21,1 %)
	Dona	87 (78,4 %)	15 (78,9 %)
Edat		60,39 (±12,31)	71,05 (±8,09)
Nivell Educatiu	Analfabet/a	1 (0,9 %)	0
	Primària	21 (18,9 %)	10 (52,6 %)
	Secundària	14 (12,6 %)	2 (10,5 %)
	Batxillerat o grau mig	39 (35,1 %)	4 (21,8 %)
	Universitari/es	36 (32,4 %)	3 (15,8 %)
Situació laboral	Actiu/va	45 (40,5 %)	3 (15,8 %)
	Jubilat/da	52 (46,8 %)	16 (84,2 %)
	Altres	14 (12,6 %)	0
Estat resident	Viu	96 (86,5 %)	100 %
	Mort	15 (13,5 %)	0

Taula 14: Qüestionari de detecció emocional en familiars

DME (Malestar emocional)	Geriàtrica (N1=41)	Discapacitat (N=19)
1. Estat d'ànim ( <i>Durant aquest últim mes: 0 "molt malament" / 10 "molt bé"</i> )	7,29 ( $\pm 1,61$ )	7,68 ( $\pm 1,89$ )
2. Com porta la situació de tenir un familiar ingressat? ( <i>0 "No em costa gens" 10 "Em costa molt"</i> )	5,83 ( $\pm 2,51$ )	5,74 ( $\pm 2,81$ )
3. Alguna preocupació? (Sí)	63 (56,8 %)	10 (52,6 %)
3.2 Fins a quin punt li preocupa? ( <i>Referent a la pregunta anterior, únicament respost en cas de resposta positiva a la pregunta 3: 0 "gens" / 10 "molt"</i> )	7,87 ( $\pm 1,71$ )	7,60 ( $\pm 1,84$ )

### Avaluació de l'atenció centrada en la persona:

#### Resultats estudi transversal

En les mostres anteriors de residents, familiars, professionals i membres de direcció, se'ls hi va passar un qüestionari d'atenció centrada en la persona (ACP).

Aquest qüestionari d'ACP és un qüestionari validat científicament que avalua 23 ítems relacionats amb l'atenció. Cada participant va respondre cada ítem del qüestionari en tres tempos: com era abans de la pandèmia, durant el pic més alt de la pandèmia i en el moment que els vam anar a visitar. A més, van tenir l'oportunitat d'escriure i aportar una proposta de millora per cada ítem del qüestionari.

La mostra que va respondre aquest qüestionari va ser de 138 professionals, 28 membres de direcció, 98-110 familiars i 58-72 residents (alguns residents i familiars no van acabar el qüestionari). Els/les residents que van respondre van ser els/les que tenien la suficient capacitat cognitiva per contestar.

- Els ítems d'atenció centrada en la persona que van estar pitjor valorats van ser (Taula 3 i 4):

#### Flexibilitat dels/de les professionals:

Mitjana inferior a 8 pels quatre contestadors (residents, familiars, professionals i directors/es).

Organització flexible: Mitjana inferior a 8 pels quatre contestadors (residents, familiars, professionals i directors/es).

Temps d'atenció: Mitjana inferior a 8 per part dels directors/es i familiars i per sota de 7 per part dels/de les professionals.







Participació de la comunitat: Mitjana inferior a 8 per part dels/de les residents, familiars i professionals.

Formació: Mitjana inferior a 8 per part dels/de les professionals i directors/es.


- Més de la meitat dels ítems d'atenció centrada en la persona es van veure influenciats negativament per la pandèmia (taula 5).
- Quatre ítems es van veure altament alterats per les restriccions aplicades per controlar la COVID-19 (taula 6):


- Participació de les famílies, segons els residents, familiars, professionals i directores/es.
  - Participació de la comunitat, segons els residents, familiars, professionals i directores/es
  - Sortida del centre, segons els familiars, professionals i directores/es
- Rebuda de les famílies, segons els residents i professionals.
  - Els directores/es i familiars van considerar que s'havia millorat l'atenció en alguns aspectes després de la pandèmia (taula 7).


Taula 16: Llegendes de les figures del qüestionari Atenció Centrada en la Persona


Símbol	Raonament	Significat
	<b>Fortalesa</b>	La mitjana és superior a 8 abans de la pandèmia
	<b>Possible millora</b>	La mitjana és entre 7 i 8 abans de la pandèmia
	<b>Debilitat</b>	La mitjana és per sota de 7 abans de la pandèmia
	<b>Afectada pel confinament</b>	La mitjana baixa 0,5 punts respecte abans i després de la pandèmia
	<b>Afectada per les restriccions de control de pandèmia</b>	La mitjana del després està 0,5 punts per sota que l'abans
	<b>Ha millorat després de la pandèmia</b>	La mitjana del després és 0,1 punts superior a l'abans

Taula 17: Possibles millores  en el Qüestionari ACP (la mitjana és entre 7 i 8 abans de la pandèmia)

Símbol	Residents	Familiars	Professionals	Directores/es
	2. Biografia i coneixement del/ de la resident 8. Flexibilitat professionals 23. Organització flexible	8. Flexibilitat professionals 13. Aficions 14. Decoració centre 15. Habitació personalitzada 17. Participació famílies 18. Participació comunitat 19. Sortida del centre 21. Temps d'atenció 23. Organització flexible	3. Decisions residents en l'atenció 4. Decisions residents del dia a dia 8. Flexibilitat professionals 14. Decoració centre 15. Habitació personalitzada 18. Participació comunitat 22. Formació 23. Organització flexible	8. Flexibilitat professionals 21. Temps d'atenció 22. Formació 23. Organització flexible

Taula 18: Debilitats  en el Qüestionari ACP (la mitjana és inferior a 7 abans de la pandèmia)

Símbol	Residents	Familiars	Professionals	Directors/es
	12. Activitats estimulants			
	17. Participació famílies	3. Decisions residents en l'atenció		
	18. Participació comunitat	4. Decisions residents del dia a dia	21. Temps d'atenció	-
	19. Sortida del centre			
	20. Suport professionals	20. Suport professionals		

Taula 19: Afectades  pel confinament en el Qüestionari ACP (la mitjana baixa 0,5 punts respecte abans i després de la pandèmia)

Símbol	Residents	Familiars	Professionals	Directors/es
	3. Decisions residents en l'atenció	3. Decisions residents en l'atenció	3. Decisions residents en l'atenció	3. Decisions residents en l'atenció
	4. Decisions residents del dia a dia	4. Decisions residents del dia a dia	4. Decisions residents del dia a dia	5. Decisions en demències
	8. Flexibilitat professionals	8. Flexibilitat professionals	5. Decisions en demències	9. Atenció personalitzada
	12. Activitats estimulants	9. Atenció personalitzada	8. Flexibilitat professionals	11. Protecció intimitat
	13. Aficions	12. Activitats estimulants	9. Atenció personalitzada	12. Activitats estimulants
	14. Decoració centre	13. Aficions	12. Activitats estimulants	13. Aficions
	15. Habitació personalitzada	14. Decoració centre	13. Aficions	14. Decoració centre
	16. Rebuda famílies	15. Habitació personalitzada	14. Decoració centre	15. Habitació personalitzada
	17. Participació famílies	16. Rebuda famílies	15. Habitació personalitzada	16. Rebuda famílies
	18. Participació comunitat	17. Participació famílies	16. Rebuda famílies	17. Participació famílies
	19. Sortida del centre	18. Participació comunitat	17. Participació famílies	18. Participació comunitat
	20. Suport professionals	19. Sortida del centre	18. Participació comunitat	19. Sortida del centre
	22. Formació	20. Suport professionals	19. Sortida del centre	20. Suport professionals
	23. Organització flexible	22. Formació	20. Suport professionals	22. Formació
		23. Organització flexible	22. Formació	23. Organització flexible



Taula 20: Afectades per les restriccions de control de pandèmia ☒ en el Qüestionari ACP (la mitjana del després està 0,5 punts per sota que l'abans)

Símbol	Residents	Familiars	Professionals	Directors/es
☒	16. Rebuda famílies 17. Participació famílies 18. Participació comunitat	17. Participació famílies 18. Participació comunitat 19. Sortida del centre	16. Rebuda famílies 17. Participació famílies 18. Participació comunitat 19. Sortida del centre	17. Participació famílies 18. Participació comunitat 19. Sortida del centre

Taula 21: Ha millorat després de la pandèmia en el Qüestionari ACP (La mitjana del després és 0,1 punts superior a l'abans)

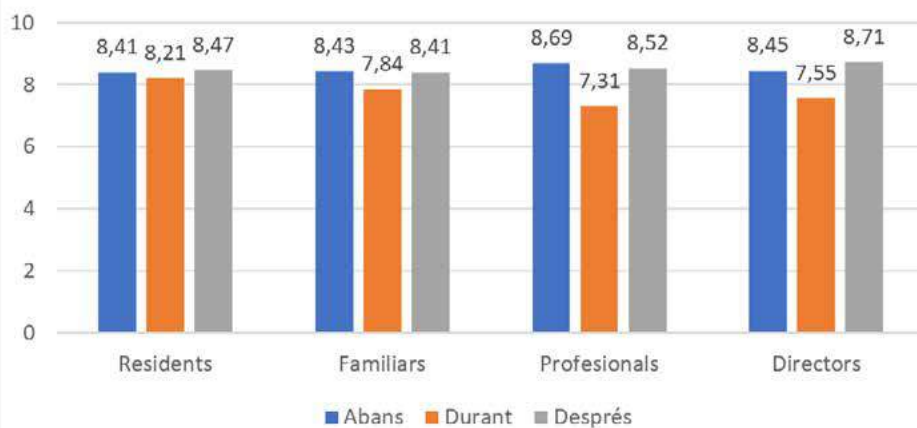
Símbol	Residents	Familiars	Professionals	Directors/es
⬆	2. Biografia i coneixement de la persona resident	2. Biografia i coneixement de la persona resident 6. Respecte 10. Discreció assumptes privats 11. Protecció intimitat		1. Reconeixement resident com a persona 2. Biografia i coneixement de la persona resident 3. Decisions residents en l'atenció 7. Empatia 16. Rebuda famílies

## Coneixement

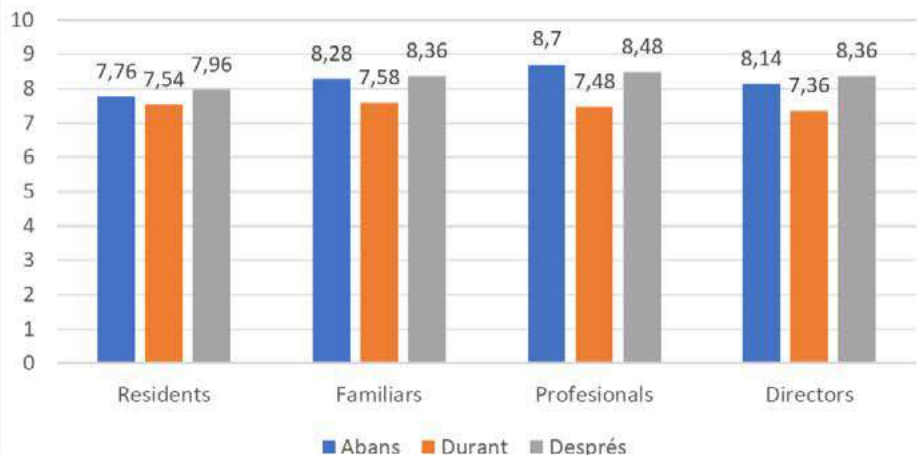
Grau en què els/les professionals del servei coneixen els aspectes biogràfics de la gent que atenen, els seus valors, els hàbits i les activitats que els generen benestar (o malestar) a la vida quotidiana i les seves preferències en les cures, reconeixent-les i respectant-les com algú singular i valuós.



**1. Reconeixement resident com a persona:** En aquest centre es reconeix a les persones grans com a persones i els professionals no només es fixen en les seves malalties o discapacitats.

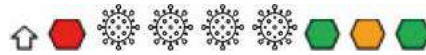


**2. Biografia i coneixement del resident:** El personal té informació de les biografies de les persones a qui atenen, coneixen les seves costums i interessos, el que els hi agrada i no els hi agrada

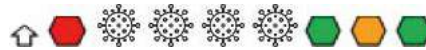
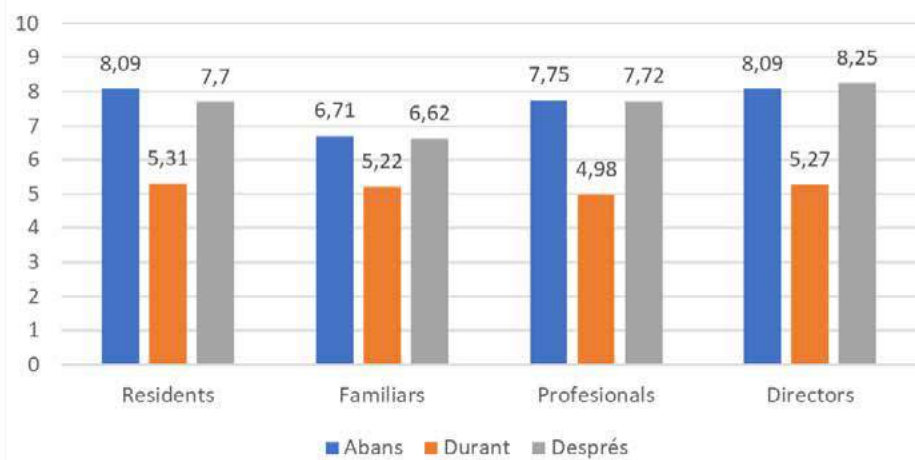


## Autonomia

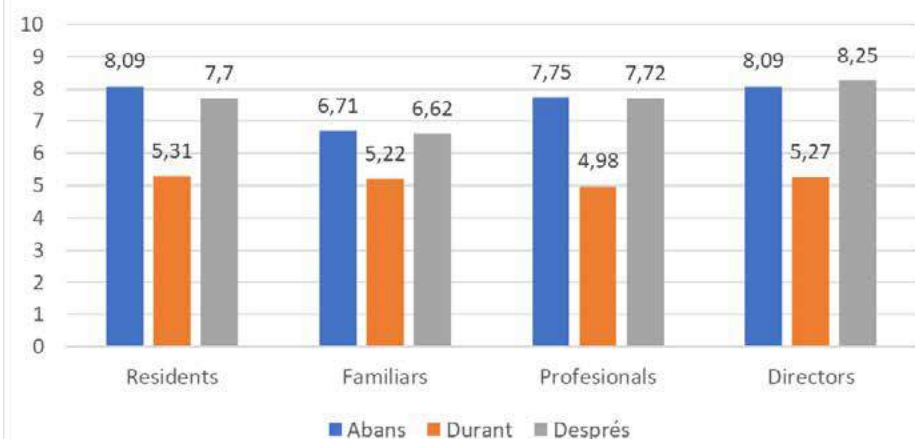
Grau en què el centre i els seus professionals permeten i recolzen que la gent gran prenguin les seves pròpies decisions, participin en la seva atenció i tinguin control sobre les eleccions i qüestions de la vida quotidiana. En el cas de persones amb deteriorament cognitiu avançat, aquestes decisions es prenen tenint en compte la història de vida, valors i observació del benestar de la persona.

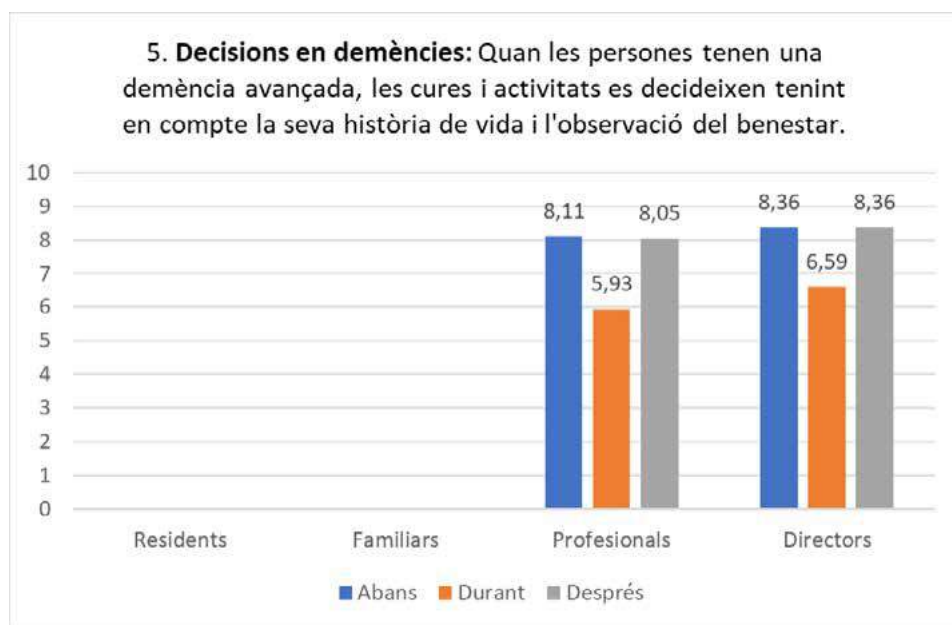


### 3. Decisions residents en l'atenció: Les persones grans poden decidir sobre la seva atenció (per exemple, a quina hora llevar-se i ficar-se al llit, quan banyar-se o quina roba posar-se)



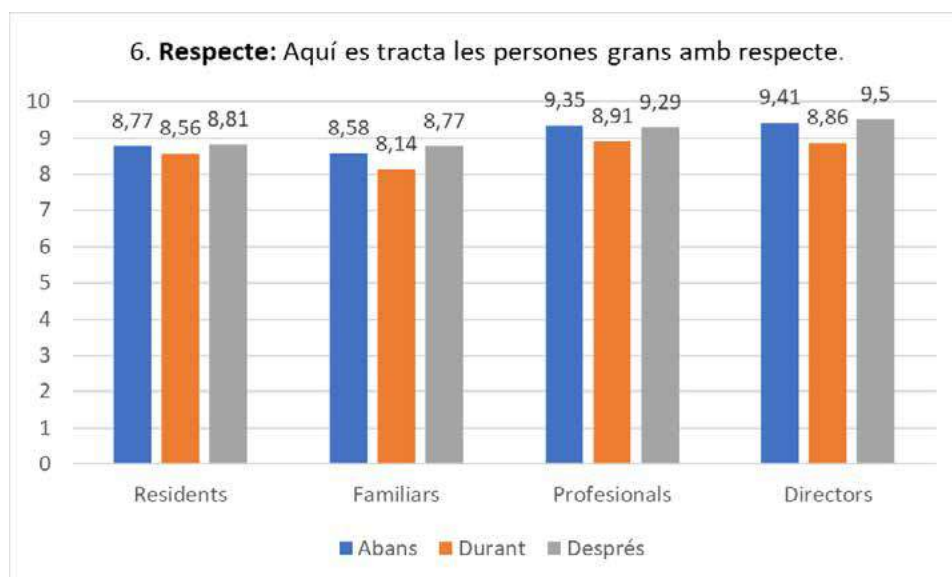
### 4. Decisions residents del dia a dia: Són elles mateixes les que decideixen com passar el dia i en quines activitats participar.

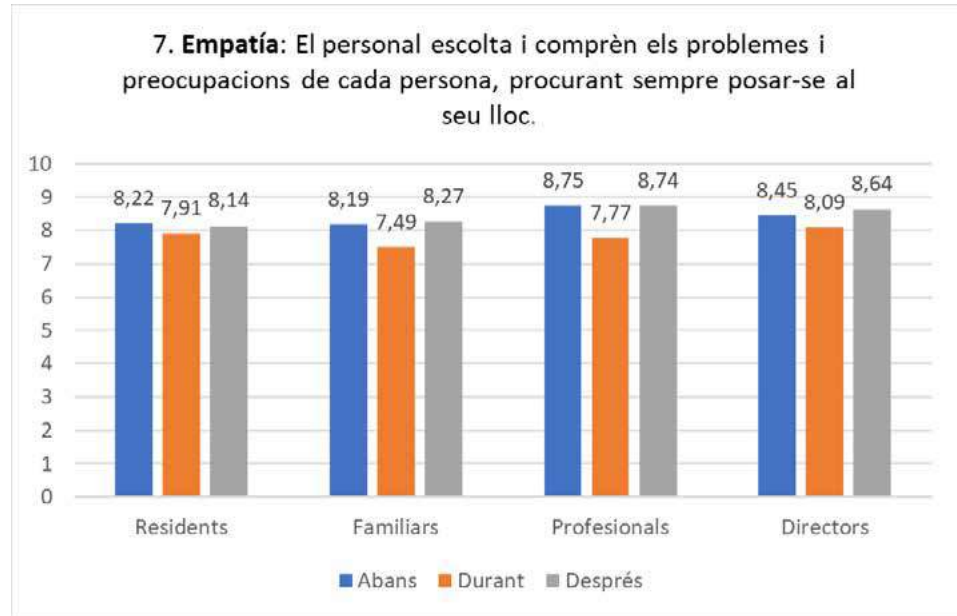




## Comunicació

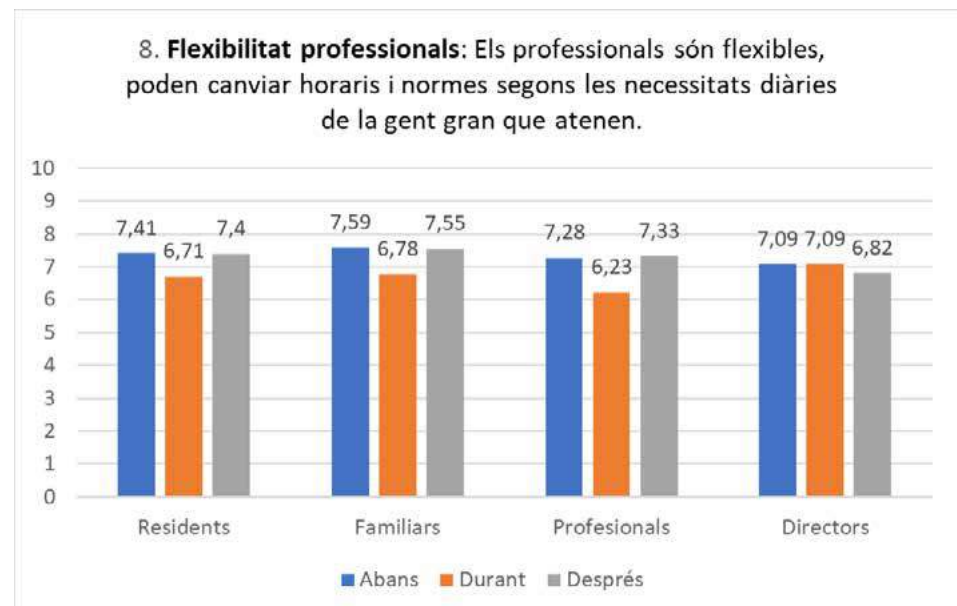
Grau en què els/les professionals es relacionen amb les persones grans d'una forma respectuosa i potenciadora, aconsegueixen comunicar-s'hi comprenent i tenint en compte la perspectiva d'aquestes fins i tot quan tenen un important deteriorament cognitiu.

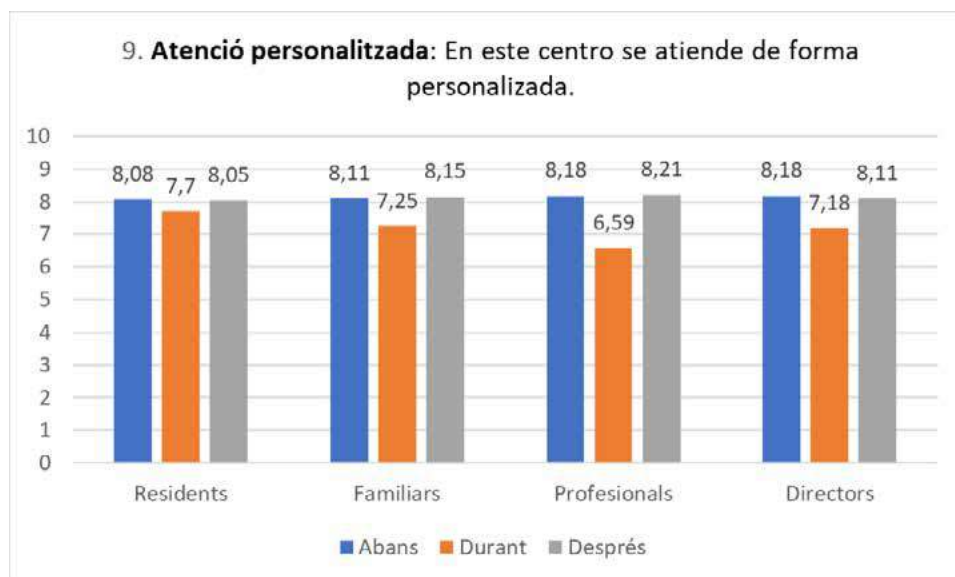




### Personalització

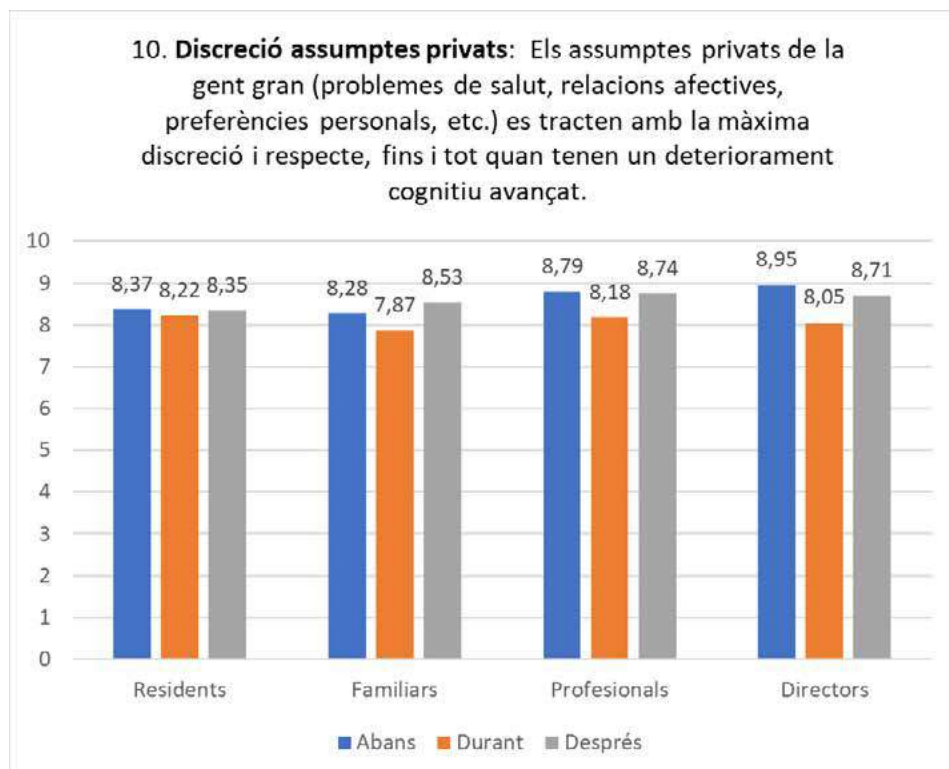
Grau en què l'atenció dispensada és flexible i s'adapta a les necessitats i preferències de cada persona gran buscant-ne tant el benestar físic com emocional.





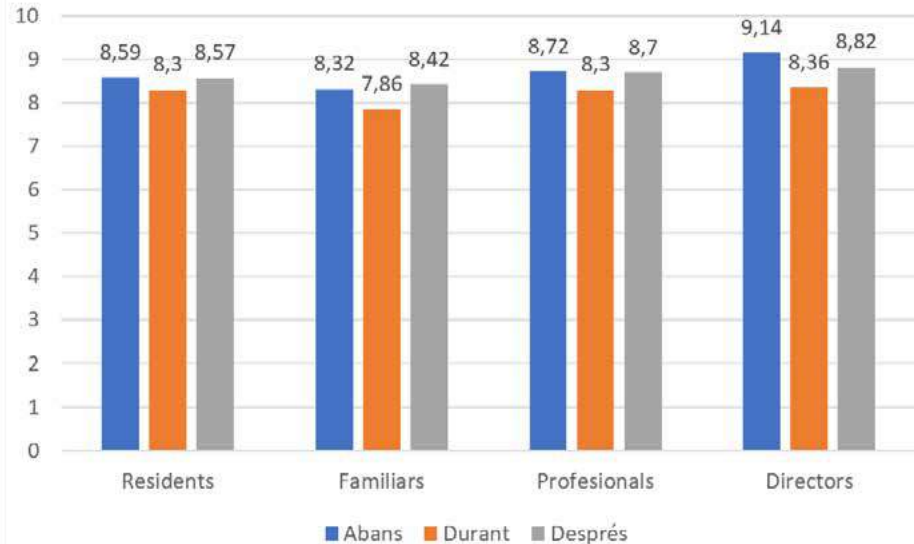
### Privacitat

Grau en què es protegeix la intimitat de la gent gran, tant en les atencions corporals com en la protecció de la seva informació personal i assumptes més íntims (problemes de salut, ideologia, espiritualitat, afectivitat, necessitats/orientació sexual, etc.).





**11. Protecció intimitat:** En les cures corporals (bany, anar al servei, vestit, etc.) el personal s'esforça a protegir la intimitat de les persones, fins i tot quan tenen un deteriorament cognitiu avançat.

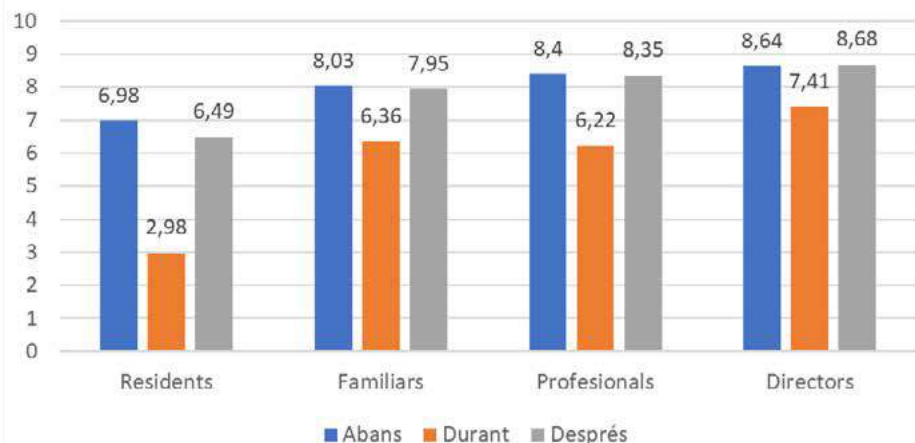


### Activitat quotidiana

Grau en què el centre i els seus professionals proposen activitats estimulants, agradables i significatives per a la gent gran i ofereixen suports per a que aquestes participin, si així ho desitgen.

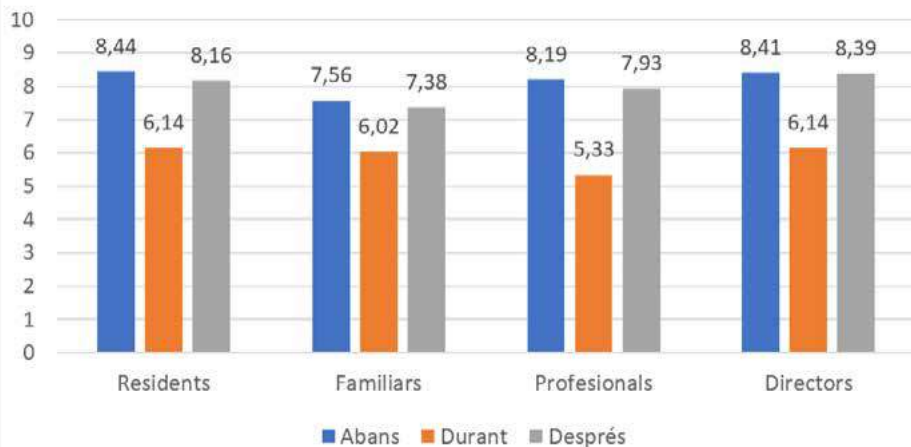


**12. Activitats estimulants:** Les activitats que s'hi organitzen són estimulants, significatives (tenen sentit per a qui les fa) i respecten l'edat adulta (no són infantils).





**13. Aficions:** Les persones grans poden practicar les seves aficions i passar el temps fent allò que els agrada. En el cas de persones amb gran deteriorament el personal cerca activitats que poden fer i que els facin sentir bé.

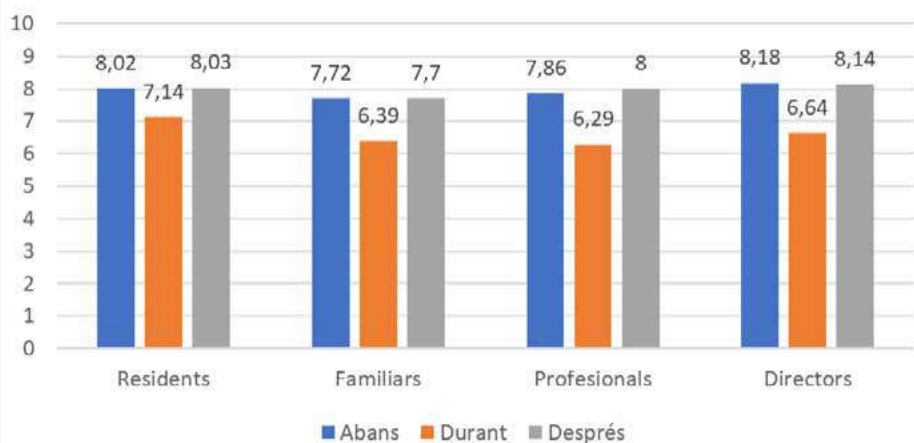


### Espai físic

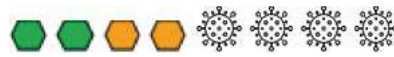
Grau en què l'espai físic del centre està orientat a la gent gran sent accessible, segur, personalitzat i oferint un ambient confortable i casolà.



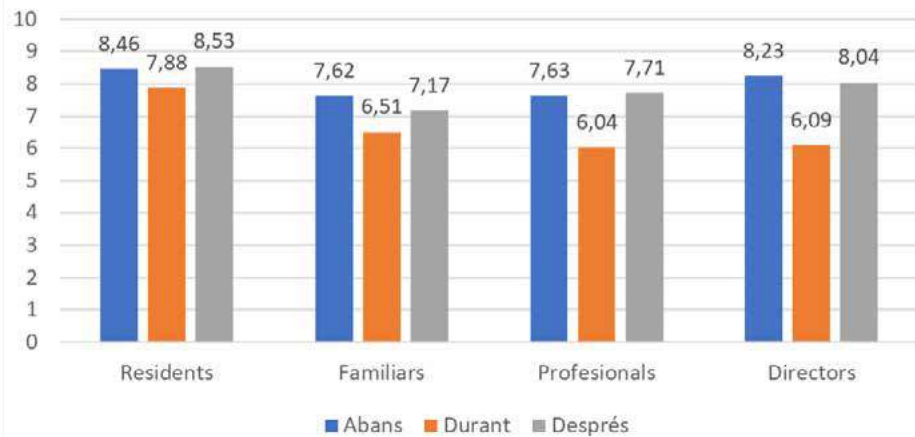
**14. Decoració centre:** El centre està decorat com una casa, el seu aspecte és molt casolà (no recorda un hospital).







**15. Habitació personalitzada:** Les habitacions estan personalitzades, reflecteixen la vida i personalitat dels que hi viuen.

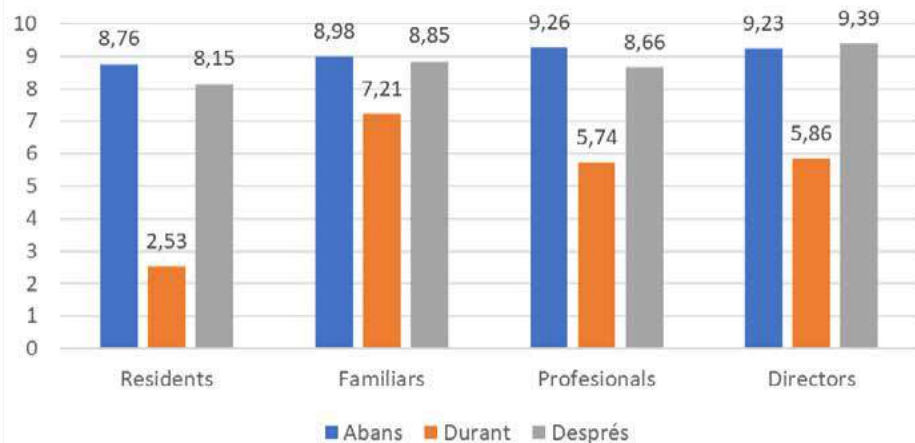


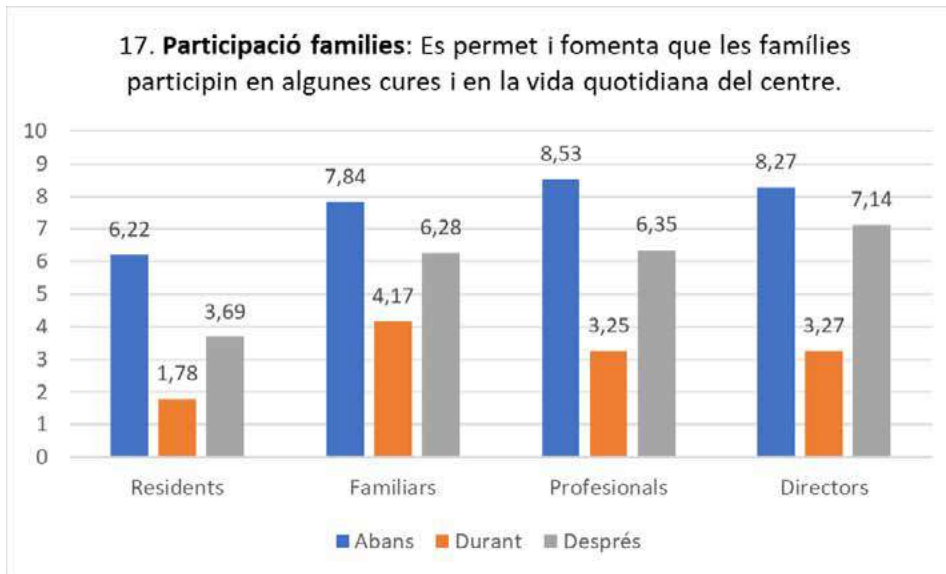
**Família i amistats**

Grau en què les famílies (o amistats molt properes) poden i són animades a implicar-se en l'atenció, col·laborant en les cures i participant en l'activitat quotidiana del centre.



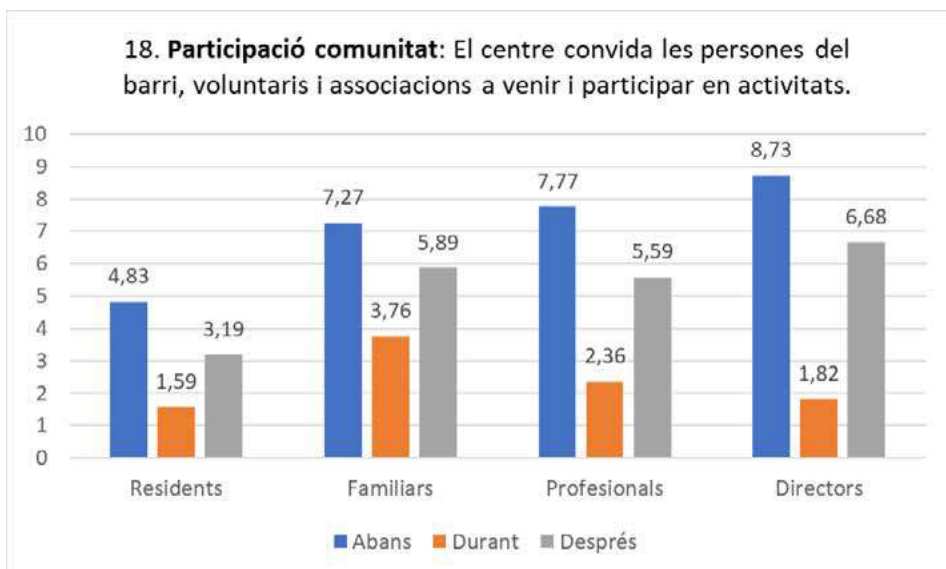
**16. Rebuda famílies:** En aquest centre les famílies són ben rebudes.





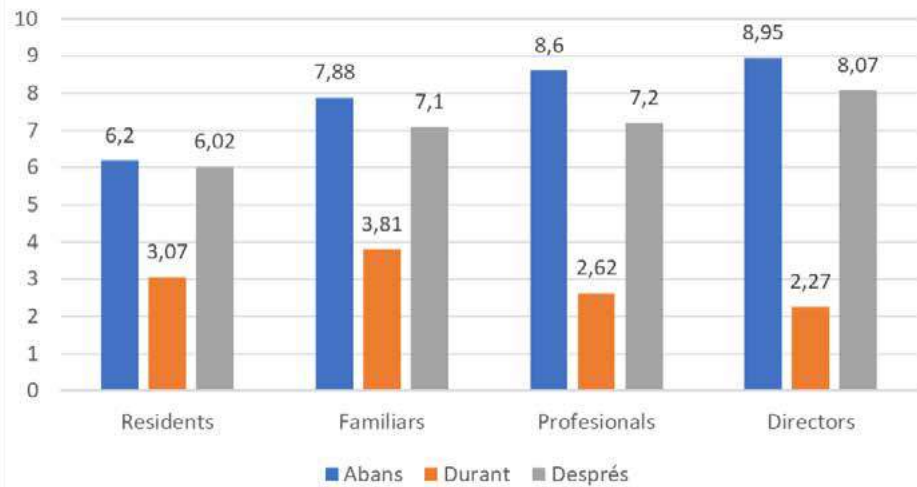
## Comunitat

Grau en què el centre estimula el contacte social, la presència de persones de la comunitat a la vida quotidiana del centre i ofereix suports perquè les persones grans puguin utilitzar serveis, acudir a activitats del barri i mantenir relacions socials amb persones de fora del centre.





**19. Sortida del centre:** S'estimula que la gent gran surti del centre (de passeig, a parcs, botigues, cafeteries, església, etc.) i si no poden sortir soles, es busca qui les acompanyi.

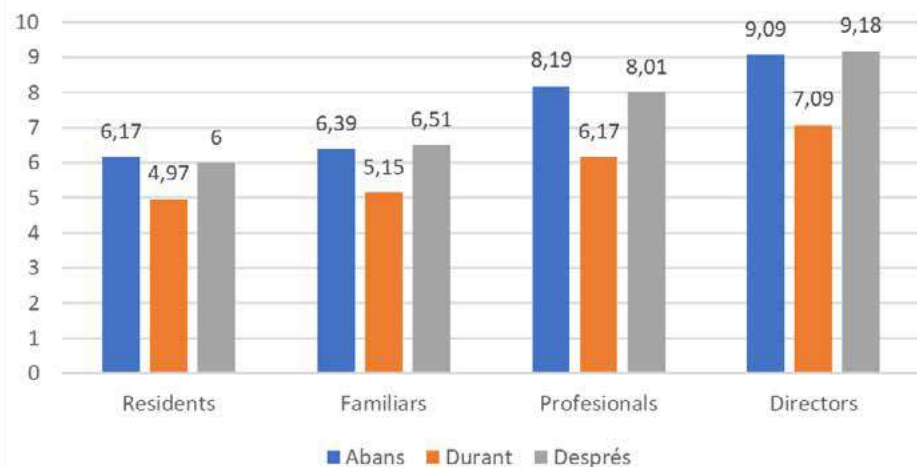


### Organització

Grau en què l'organització explícita i lidera un model ACP, forma i recolza els seus professionals, utilitza metodologies facilitadores, és flexible i modifica el sistema organitzatiu perquè això sigui possible.

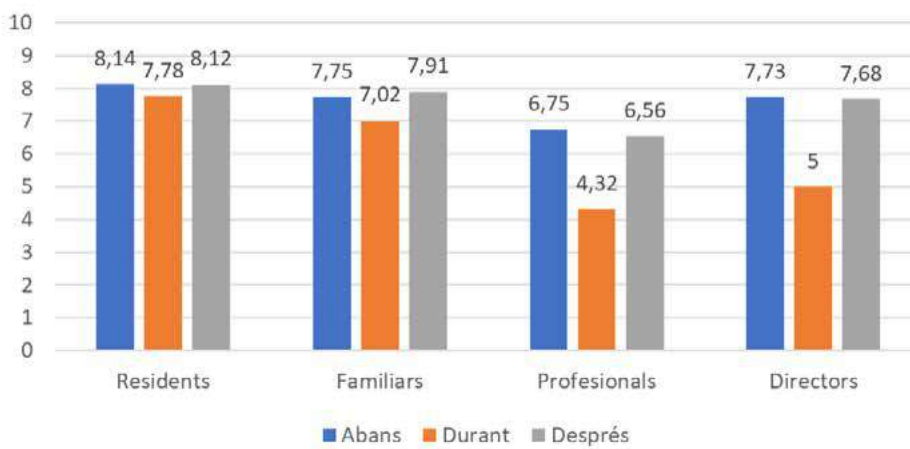


**20. Suport professionals:** Aquest centre recolza els professionals perquè puguin dur a terme una atenció centrada en la persona.

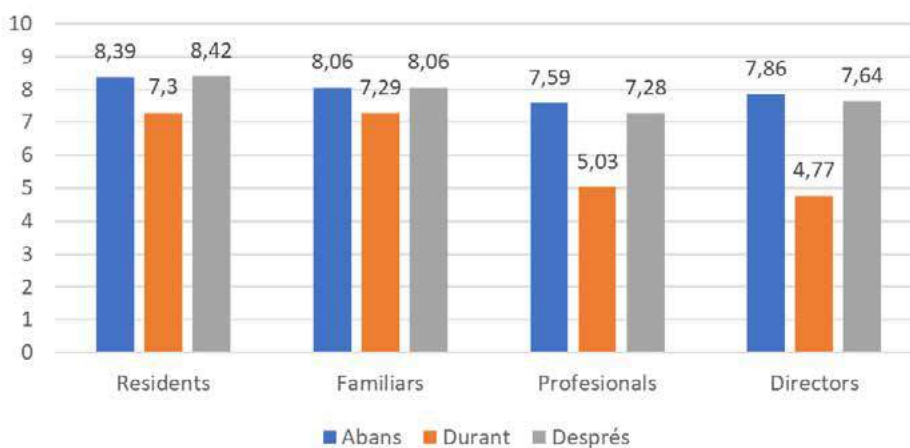


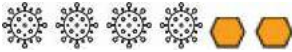


### 21. Temps d'atenció: El personal té prou temps per atendre d'una forma personalitzada.

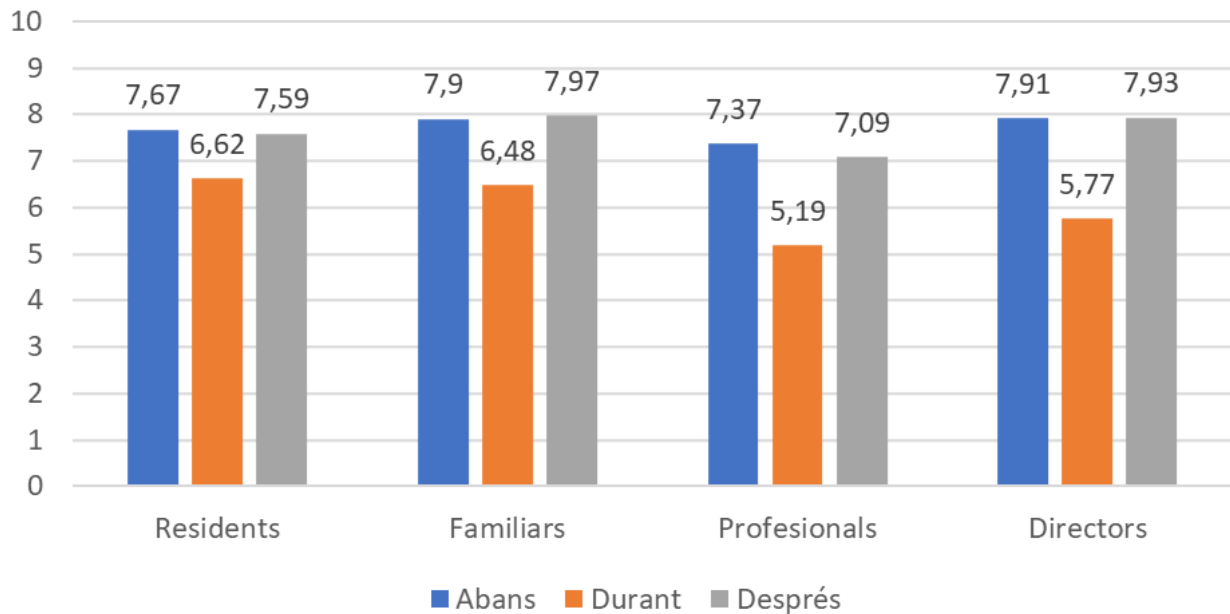


### 22. Formació: S'ofereix una formació suficient i adequada per aplicar una atenció centrada a la persona.





### 23. Organització flexible: El centre és flexible i quan cal es modifica l'organització perquè l'atenció centrada en la persona sigui una realitat.



#### Avaluació Qualitat assistencial (Professionals i Directors/es)

De la mateixa manera que el qüestionari d'ACP, els/les professionals i directors/es van respondre un qüestionari de qualitat assistencial.

Aquest qüestionari va ser creat per l'equip per tal d'explorar el model d'atenció i organització del centre, en el qual havien de respondre en una escala numèrica verbal el grau d'acord en què estaven, on 0 era "Gens d'acord" i 10 "Molt d'acord". De la mateixa manera que el qüestionari ACP, van tenir l'oportunitat d'escriure i aportar una proposta de millora per cada ítem.

La mostra que va respondre aquest qüestionari va ser de 138 professionals i 28 directors.

#### Resultats:

- L'ítem que va ser pitjor puntuat va ser el suport emocional dels/de les professionals, amb una nota mitjana inferior a 5 per part dels professionals i inferior a 7 pels directors/es.
- Seguidament pels vincles amb la comunitat i el maneig de la incontinència urinària amb una mitjana inferior a 6 pels professionals i inferior a 8 pels directors/es.
- A destacar els ítems de promoció de la naturalesa, estimulació de la capacitat física i gestió de l'evolució de la malaltia que van tenir una mitjana inferior a 8 per part dels/de les professionals:

Figura 1: Qüestionari qualitat assistencial (ordenat de major a menor puntuació)

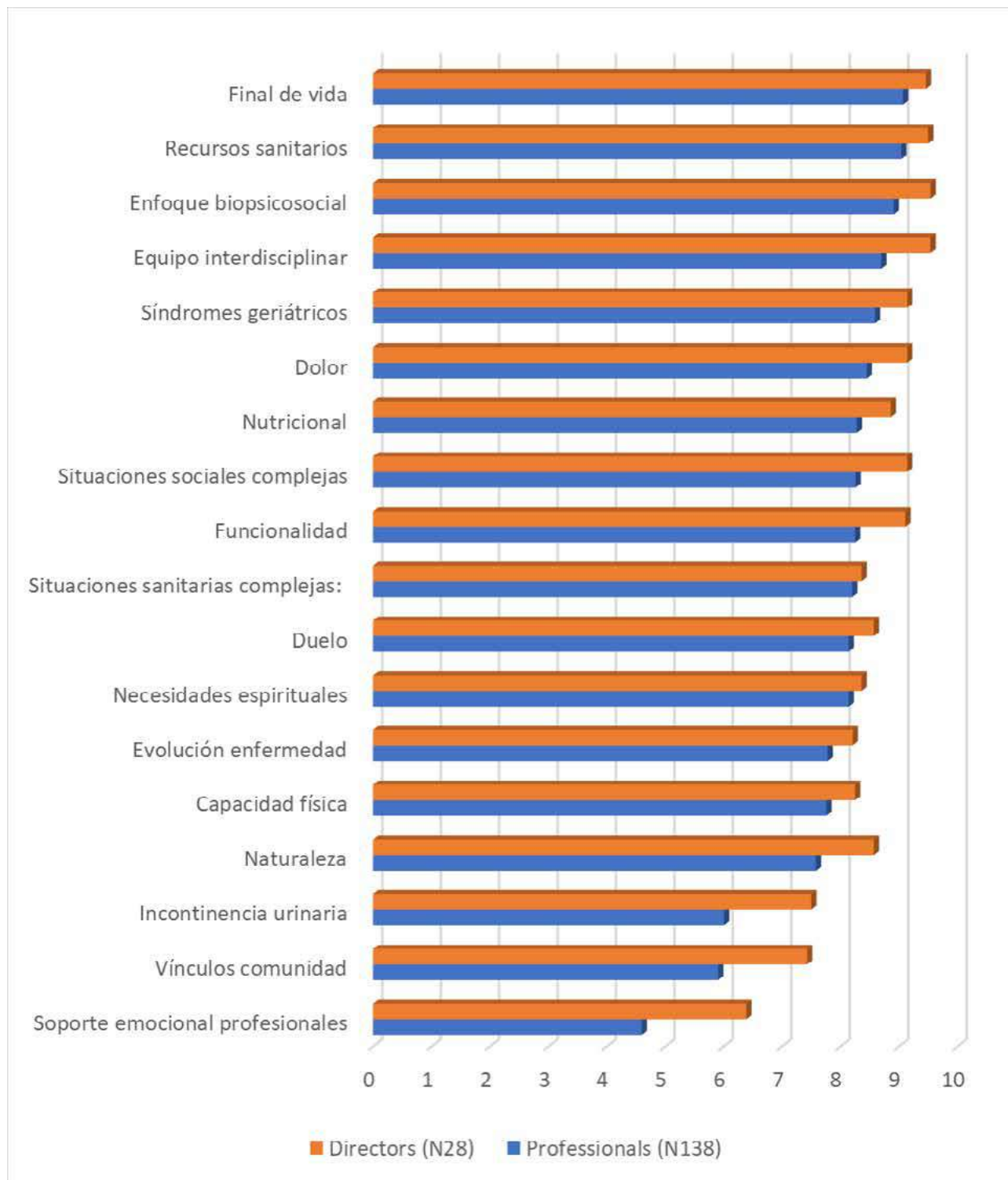
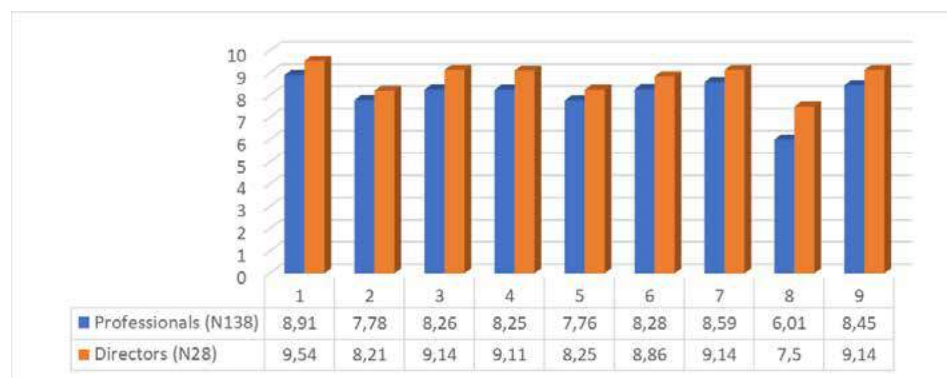


Figura 2: Qüestionari qualitat assistencial (Preguntes 1-9)



**Enfoc biopsicosocial:** En el centre es té en compte l'estat de salut (a nivell funcional, clínic, nutricional, cognitiu, emocional, social, espiritual) de les persones residents, així com l'evolució de les seves malalties i necessitats i el seu pronòstic.

**Compartir l'evolució de la malaltia:** El centre comparteix amb les persones residents el futur i evolució de la seva malaltia, participant de manera activa en la presa de decisions.

**Situacions socials complexes:** El centre identifica i atén les situacions socials complexes (solitud, pobresa, conflictes familiars...).

**Funcionalitat:** El centre promou que les persones residents participin de manera autònoma en les activitats de la seva vida diària (higiene, vestir, menjar, passejar...) per millorar la seva funcionalitat i evitar la dependència.

**Capacitat física:** Les persones residents participen en activitats que estimulen la seva capacitat física, com exercicis d'equilibri, de força, de resistència (ex. esquats, bicicleta...).

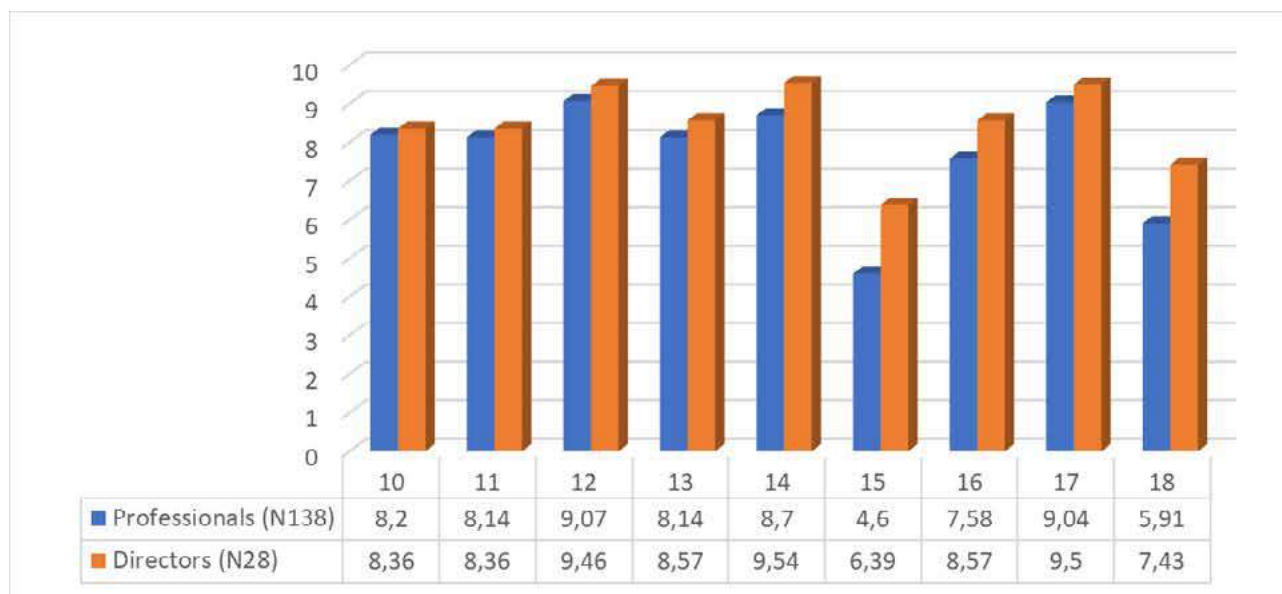
**Nutricional:** El centre adapta les dietes a les necessitats nutricionals de cada resident i té en compte els seus gustos i preferències de dieta, textura, quantitat...

**Síndromes geriàtrics:** El centre adopta mesures de prevenció contra riscos com les caigudes, l'ennuegament i la confusió.

**Incontinència urinària:** El centre prevé, até i millora la incontinència urinària de les persones residents, amb horaris individualitzats de micció programada, evacuació primerenca o entrenament vesical (ex. exercicis de sòl pèlvic).

**Dolor:** Les persones residents tenen avaluat i tractat el dolor i altres símptomes físics (s'explora, es detecta i es tracta el dolor i altres símptomes).

Figura 3: Qüestionari sobre qualitat assistencial (Preguntes 10-18)



**Situacions sanitàries complexes:** El centre té la capacitat d'identificar i respondre davant de situacions sanitàries complexes de les persones residents (episodis de deliri, fractures, complicacions mèdiques...).

**Necessitats espirituals:** Les persones residents tenen avaluades i respectades les seves necessitats espirituals, religioses i transcendents (es tenen en compte el seu sentit de vida, se'ls permet l'expressió...).

**Final de vida:** En el centre s'identifica i s'atén la situació de final de vida dels/de les residents.

**Funcionalitat:** El centre promou que les persones residents participin de manera autònoma en les activitats de la seva vida diària (higiene, vestir, menjar, passejar...) per millorar la seva funcionalitat i evitar la dependència.

**Dol:** El centre prevé i atén el dol dels familiars.

**Equip interdisciplinari:** El centre disposa d'un equip interdisciplinari format per diversos professionals (poden ser: metges/ses,

infermers/es, fisioterapeutes, TO, gerocultors/es, monitors/es, auxiliars...) que es reuneixen regularment per avaluar les necessitats de les persones residents.

**Suport emocional per als professionals:** El centre proporciona suport emocional als seus professionals, en forma de sessions individuals o d'equip, formació en gestió de les emocions...

**Natura:** El centre promou la presència i l'accés a la natura a través de plantes o sortides a l'exterior en àrees verdes..

**Recursos sanitaris:** El centre té definida les relacions amb els recursos del territori (Accés a Urgències, Atenció Primària, Hospitals...).

**Vincles comunitat:** El centre té vincles amb la comunitat i entitats socials (disposa de voluntariat, fa reunions amb veïns i/o associacions, participa d'actes de la comunitat...).





## 4.6

# ESTUDI QUALITATIU DE L'AFECTACIÓ, RESPOSTES I MILLORES DERIVADES DE LA PANDÈMIA EN CENTRES RESIDENCIALS

**Investigadors i col·laboradors de la línia de treball:** Daniel López, Laura Coll i Planas, Catuxa Máiz, Sandra Anitua, Mar Beneyto i Aina Carbó

### Resum

S'ha realitzat un estudi qualitatiu en diverses residències, sobretot geriàtriques, però també de salut mental i de discapacitat, on s'han recollit les vivències i experiències de les persones residents, familiars, professionals i direccions, així com de diversos grups d'interès, a través d'entrevistes individuals, d'observacions i converses informals i de grups de discussió. En aquesta recollida d'experiències i pràctiques, s'han analitzat les afectacions de la pandèmia, les respostes i adaptacions i, també, s'han obtingut propostes de millora pel que fa a la salut, el treball de cures i la vida quotidiana i social del centres

### Estat de l'art

Aquest és el primer estudi qualitatiu sobre l'afectació de la pandèmia en les residències de Catalunya que es basa en les experiències i el punt de vista de les persones treballadores, residents i familiars i que és trans-sectorial; és a dir, inclou residències per a gent gran, persones amb discapacitat i amb malaltia de salut mental.

Com a precedent, cal destacar que a l'Estat no s'han fet estudis sobre les afectacions en residències de salut mental i de discapacitat, i en el context internacional són molt escassos. La recerca s'ha focalitzat quasi de manera exclusiva en les residències de gent gran degut a la vulnerabilitat d'aquesta població a la COVID-19.

En aquest sentit, existeixen dos projectes d'àmbit estatal que estan centrats en residències de gent gran. Per una banda, "investigar sobre personas mayores en residencias en tiempos de COVID-19" (Fundación General CSIC (ref. FGC-CLC-2021-0012), que aborden les afectacions de la pandèmia en les persones residents de residències geriàtriques. Com en el nostre projecte, fan un abordatge des de les ciències socials de l'afectació de la pandèmia però amb metodologies quantitatives i posant el focus només en residències geriàtriques. Per una altra banda, CUMADE (Fondo Supera Covid-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas), un estudi com el nostre, basat en metodologies qualitatives sobre l'experiència de la pandèmia de persones amb necessitats de cures de llarga durada (no només persones grans), dels seus familiars i de les persones treballadores de les cures (Comas D'Argemir and Bofill Poch 2021). La diferència principal amb el nostre és que no està enfocat a les residències, sinó que comprèn també l'atenció de llarga durada en la comunitat i està focalitzat en la dimensió de gènere.

A nivell internacional, els estudis qualitius sobre la pandèmia en residències de gent gran són molt escasos, tal com mostra un scoping review publicat en el 2021 (Palacios-Ceña et al. 2021). En aquest scoping review només van identificar 16 estudis qualitius. A nivell de l'Estat espanyol, existeixen estudis que combinen l'anàlisi de dades quantitatives, fonamentalment epidemiològiques, amb l'anàlisi qualitativa de documents publicats durant la pandèmia (Benet et al. 2022; Gallego, Codorniu, i Cabrero 2021). Probablement l'únic estudi qualitatiu explora l'afectació psicològica en les infermeres i infermers geriàtrics/ques de residències d'Espanya i altres països (Sarabia-Cobo et al. 2021).

Malauradament, com destaca l'scoping review (Palacios-Ceña et al. 2021), els pocs estudis qualitius que hi ha privilegien el punt de vista dels treballadors/es. Només 2 estudis posaven el focus en residents i 1 en familiars (Palacios-Ceña et al. 2021, 7). A partir d'una cerca bibliogràfica d'articles basats en estudis qualitius, constatem aquest fet. Els professionals són informants en 51 dels 75 articles publicats, mentre els familiars ho són en 15 i els/les residents en 17. Només en 2 articles participen els tres col·lectius. Els autors apunten a que això pot ser resultat de les restriccions en l'accés a les residències i la falta d'alfabetització digital i capacitat dels residents, ja que molts estudis es van fer online (Palacios-Ceña et al. 2021, 9). Com mostren altres estudis sobre institucions totals, pensem que la institucionalització també genera aquest efecte. Sigui per una raó o l'altra, hi ha un clar privilegi de la veu dels/de les professionals, ja que la major part d'estudis qualitius no recullen el punt de vista de les persones residents o dels familiars o ho fan indirectament a través de la veu dels/de les professionals

### Aspectes abordats en els estudis qualitius

Els estudis qualitius sobre l'afectació de la pandèmia en residències de gent gran durant la primera onada mostren que hi ha dues grans temàtiques (Palacios-Ceña et al. 2021). A continuació,

resumim els resultats d'aquest scoping review, que s'haurà d'enriquir amb els articles revisats i recollits a la nostra base de dades, especialment els que són post-2021.

#### Deteriorament organitzacional

El primer gran tema és el deteriorament organitzacional on s'inclouen articles sobre, per una banda, les dificultats que té l'organització per donar resposta a la nova situació i, per una altra banda, la percepció i experiència negativa de les persones que hi viuen o hi treballen.

- **Dificultats organitzacionals:** en el primer subgrup, trobem articles sobre l'afectació negativa que té la manca de contacte social en l'atenció als residents [REF], les dificultats per controlar els contagis per la manca de guies i protocols clars i adaptats a la situació de les residències a l'hora de zonificar, aïllar o fer tests, i el nivell d'estrès i l'increment de feina que això suposava [REF], la cancel·lació de les activitats socials que es feien a les residències, el control i restricció en les visites i la gestió de situacions límit com en el cas de processos finals de vida. Un altre aspecte molt estudiat és la manca de personal, especialment de treballadors/es de primera línia, i els efectes negatius que això va produir en les persones treballadores i en l'atenció a les persones amb necessitats complexes i els seus familiars. Apunten a estudis que mostren la seva relació amb l'augment de la mortalitat en la primera onada [REF]. També s'explora la manca de suport mèdic per part dels centres sanitaris de referència i les conseqüències que va tenir en l'atenció (peticions d'hospitalització) i la feina dels treballadors (assumir tasques assistencials sense preparació). La manca de polítiques per als centres residencials va produir manca de recursos essencials,

com EPI i finançament per contractar, i alhora va agreujar la percepció d'abandonament de les direccions i dels/de les treballadors/es.

- **Percepció i experiència negativa de les persones que hi viuen o hi treballen:** en el segon subgrup trobem els articles que analitzen la fatiga emocional, la por al contagi i la incertesa pel futur, alhora que les conseqüències en la salut corporal i psicològica dels i les residents i dels i les treballadores. La soledat és un aspecte transversal als dos col·lectius, el sentiment d'impotència i indefensió dels familiars per no poder visitar als residents i els conflictes derivats, són altres dels temes importants. També es tracta l'estrès emocional dels treballadors produït per la manca de suport i de personal i els canvis constants en la feina, alhora que els conflictes que això va generar entre els/les professionals. La gestió de situacions de final de vida, el fet que van esdevenir "familiars substituïts" i tenien conflictes amb ells, i la poca valoració social de la seva feina, van generar molt estrès

### **Respostes adaptatives**

El segon gran tema dels estudis qualitius de la primera onada són les respostes adaptatives davant la crisi produïda per la pandèmia, on s'inclouen tant respostes innovadores i creatives com respostes que reconeixen i s'adapten a les limitacions imposades per la pandèmia.

- **Respostes innovadores i creatives:** davant la manca de suport i de pautes durant la primera onada i les restriccions produïdes pel confinament, els/les treballadors/es van ser proactius/ves per trobar solucions als problemes que es trobaven. Es van crear nous canals de comunicació entre els/les professionals i amb les persones residents i els familiars a través de mitjans digitals (WhatsApp, per exemple). La manca d'activitats socials va fer que dediquessin més temps a l'atenció personalitzada. Les direccions van impulsar canvis per millorar l'atenció a les persones residents, la cohesió social amb els/



les treballadors/es, la comunicació amb els familiars i la coordinació i col·laboració amb altres recursos comunitaris (serveis mèdics, etc.) Això últim va ser especialment important per obtenir recursos essencials durant la primera onada, on hi havia escassetat de material i manca de guies.

- **Adaptació a les limitacions:** les dificultats també van reforçar el sentiment de responsabilitat i de vocació professional [REF], fet que va reforçar la professionalitat i impulsar la col·laboració multidisciplinària [REF]. Les persones treballadores van sentir-se realitzades i amb confiança en veure que les respostes eren útils i eficaçes i els valors “caritatius” de compassió vinculats a la seva feina van fer que assumissin riscos (treballar sense garanties de protecció) i sacrificis personals (per exemple confinar-se tancant-se a la residència). Es van generar formes de solidaritat i de suport mutu entre els/les treballadors/es i també entre residents i familiars. Alguns estudis mostren que això va augmentar el reconeixement i valor social de les residències i per tant la necessitat d'introduir millores i major suport.

## Objectius del projecte RESICOVID-19 als que dona resposta aquest estudi qualitatiu

### **O1: Avaluació de les afectacions de la pandèmia de la COVID-19 en les persones que viuen als LTCF a Catalunya, els seus familiars, el personal que treballa en aquestes instal·lacions i les pròpies organitzacions, des del març del 2020 fins al juny del 2022.**

**O1.4** Descriure les característiques i necessitats dels residents (després del primer brot de COVID-19) segons el gènere.

**O1.5** Explorar/entendre les afectacions percebudes durant la pandèmia de la COVID-19 en les dimensions de la cura i la convivència en residències d'avis a través d'un estudi qualitatiu amb perspectiva de gènere. S'analitzaran els processos individuals i els factors estructurals associats en aquesta afectació. L'objectiu és conèixer les experiències dels/de les residents, els seus familiars, els/les professionals implicats i els líders organitzatius del sistema LTCF, i els/les responsables polítics i polítiques.

**O1.6** Identificar els factors i mecanismes de resposta adequats, els obstacles i les dificultats percebuts, així com els aspectes ètics, els reptes i les oportunitats de millora de l'atenció i l'adaptació a la crisi fent èmfasi en les implicacions ètiques dels aspectes avaluats.

### **O2; Elaboració de propostes de millora dels equipaments d'atenció de llarga durada a nivell assistencial, formatiu, organitzatiu, estructural i sistèmic per adaptar-se millor a les necessitats actuals i futures de l'atenció centrada en les persones.**

**O2.2** Explorar propostes de millora de les pràctiques assistencials, competencials, organitzatives, estructurals i sistèmiques amb els/les residents, familiars, professionals i personal responsable de les instal·lacions i planificadors, amb un enfocament sensible al gènere que inclou la perspectiva dels dos gèneres.

### Objectius de l'estudi qualitatiu

- Explorar les afectacions de la pandèmia en la salut, el treball de cures i la vida quotidiana i social dels centres a partir de l'experiència dels residents, familiars i treballadors/es.
- Identificar les respostes que els residents, familiars i treballadors/es han donat a aquestes afectacions i quines han estat les repercussions per a ells i el centre.

- Identificar aprenentatges i recollir propostes dels residents, familiars i treballadors/es per a la millora dels centres d'atenció de llarga durada.

A partir de la revisió de la literatura (Palacios-Ceña et al. 2021), explorarem quines han estat les afectacions i les adaptacions, com hem vist a les dues temàtiques centrals dels estudis qualitius, especialment durant la primera onada. A partir d'aquí contrastarem si els fenòmens identificats per cada tema en la literatura es fan presents en les residències estudiades, de quina manera, i si n'ergeixen de nous. També analitzem les millores en les residències que emergeixen de l'anàlisi de les afectacions i adaptacions a la pandèmia i de les propostes que els participants ens han fet i que voldrien es tinguessin en compte en un futur nou model d'atenció a les necessitats de llarga durada. Per altra banda, hem incorporat una sèrie de temàtiques transversals que no acostumen a estar presents en els estudis revisats. Volem saber com els aspectes infraestructurals (tecnologies, espais) i emocionals han definit aquestes afectacions i adaptacions.

## Metodologia

A partir de la revisió de la literatura, definim una metodologia que ens permeti:

1. Copsar l'experiència i perspectiva dels afectats en primera persona, que recordem que és un dels dèficits identificats en la literatura;
2. Ser sensibles a les diferències contextuals tant en relació als espais (residències amb diferents característiques i adreçades a necessitats d'atenció de llarga durada també diferents) com en relació al temps. Aquest segon aspecte és important perquè el treball de camp ens permetia copsar un moment concret de la pandèmia (Octubre 2021 - Setembre 2022) i per tant havíem de fer un treball retrospectiu amb els participants per identificar canvis i continuïtats respecte les primeres onades de la pandèmia, que per algunes residències podien ser les més disruptives i alhora menys visibles a posteriori.

Per aquesta raó fem servir mètodes qualitius que ens permeten comprendre en profunditat de fenòmens socials complexos a través de diferents tècniques i metodologies específiques de les ciències socials. En aquesta recerca s'han utilitzat mètodes qualitius com són les observacions recollides al diari de camp, entrevistes en profunditat semi-estructurades, converses informals i grups de discussió. A més a més, s'ha utilitzat la metodologia del photovoice en aquests darrers.

La descripció, anàlisi i interpretació inicial de les dades obtingudes ens ha permès desvetllar significats rellevants, i analitzar les pràctiques de tots els actors (professionals, familiars, residents i direccions) durant la pandèmia de la COVID-19. Els estudis qualitius són essencials per fer emergir problemàtiques i també respostes a la pandèmia que no poden ser detectades a través de metodologies quantitatives, sent doncs dues metodologies que es complementen. Les situacions que ha generat la pandèmia en les residències (de molta incertesa, molt disruptives, i de molta vulnerabilitat) demanen una aproximació oberta i sensible



a les experiències dels afectats per fer emergir les múltiples afectacions i respostes a la pandèmia.

El treball de camp s'ha realitzat en 5 residències (una de salut mental, una de discapacitat i tres de geriàtriques). Cada residència ha implicat:

- Dues setmanes d'observació participant;
- Entrevistes individuals en profunditat amb direcció, a sis treballadors/es assistencials, sis familiars i sis residents,
- 1 grups focals amb la metodologia photovoice amb aquells/es residents entrevistats/es, familiars i treballadors/es assistencials disposats a aprofundir i compartir les seves experiències de pandèmia. El photovoice s'ha adaptat a les possibilitats de cada participant i serveix per a transmetre gràficament les seves experiències a través de fotografies i suscitar un debat posterior en grup.

També es van realitzar entrevistes a persones que ja no estaven vinculades a la residències (aquestes o altres), però sí que ho van estar durant bona part de la pandèmia. Específicament, es van fer:

- Cinc entrevistes a familiars de residents que van morir durant les primeres onades de la pandèmia i
- Sis a treballadors/es assistencials que van deixar de treballar en residències durant la pandèmia o van sofrir danys físics o psicològics.

Aquestes entrevistes van complementar l'estudi de les 5 residències per a copsar les afectacions que es van produir en el passat i que poden no ser visibles mitjançant l'enfocament anterior.

Com en la major part d'estudis qualitius revisats, el marc d'anàlisi és hermenèutico-interpretatiu, però en el nostre cas incorporem altres aproximacions com la fenomenologia (van Manen 2017) i la semiòtica material (Law 2016; Yates-Doerr 2020). Això és així perquè les dades que tenim, a diferència de la major part d'estudis, no són únicament textuais i generades en situacions d'entrevista individual o grupal (què ens diuen), sinó que mitjançant observació etnogràfica i tècniques com el photovoice copsem accions i experiències sensibles (què fan els participants), que són mediades corporal i materialment per l'ús de determinades tecnologies, per objectes quotidians i pels espais arquitectònics de la residència (amb què fan els/les participants). A partir de les entrevistes, l'ús de fotografies i de l'observació etnogràfica elaborem el sentit d'aquestes accions i de les narratives amb els/les mateixos/es participants.

Aquesta anàlisi, però, requereix d'una major elaboració. Aquest informe de resultats es basa fonamentalment en les dades textuais de les entrevistes i grups de discussió, així com en les observacions.

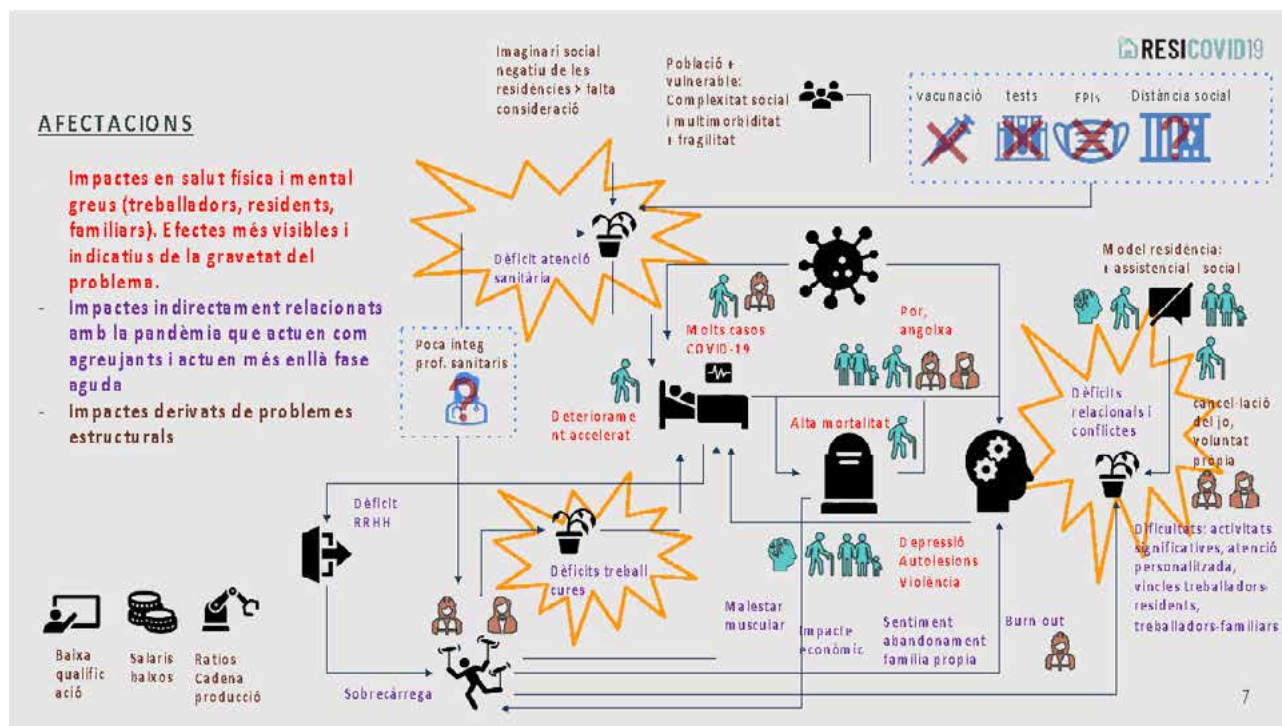


Residències	Entrevistes				Grups focals				
	hores	Treballadors/res	Familiars	Residents	Total	Treballadors/res	Familiars	Residents	Total
Salut mental 1	10	7	0	6	13	1		1	2
Geriàtric 3	160	28	18	13	59	3	2	2	7
Discapacitat 1	20	8	2	0	10				0
<b>Total 5</b>	<b>190</b>	<b>43</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>82</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b>



## Resultats

### A) Afectacions de la pandèmia (objectiu 1)



#### A1: Afectacions en salut derivades de la COVID-19

Les afectacions en salut derivades de la COVID-19 són les que esdevenen més visibles i que s'han utilitzat per definir la pandèmia en termes d'emergència sanitària: mortalitat, nombre de casos COVID-19, positivitat, etc.

Aquestes no són les úniques afectacions de salut. N'hi ha d'altres no produïdes pel patogen sinó per les afectacions que ha tingut la pandèmia en el treball de cures i en la vida quotidiana i social dels centres. Aquestes afectacions s'expliquen en els següents punts.

##### A1.1 Afectacions en salut derivades de la COVID-19

###### Transmissió descontrolada del virus

Un número molt important de treballadors i residents es van contagiar. Excepte en les residències de salut mental, en la resta es van produir molts contagis durant la primera ona-

da. Per exemple, pràcticament tots els treballadors de la planta més afectada d'una de les residències més grans (RG31) es van contagiar a la primera onada, i en alguns casos també van contagiar els seus familiars. Com explica una infermera:

*"vam anar caient totes, una darrere l'altra, n'hi va haver poques que no es contagiesin".*

###### Manca de protecció i de mesures

Durant la primera onada no tenien EPI, no podien fer tests, no tenien protocols.

Com explica la direcció d'una residència geriàtrica (R33):

*"a comptagotes tot... és com si els hospitals s'haguessin de protegir molt però les*



residències no.” La directora d’una residència de discapacitat intel·lectual explica que durant la primera onada van treballar sense o amb molt poca protecció: “al principi ens deien: “La mascareta FFP2 una setmana”, i anàvem una setmana amb la mateixa mascareta FFP2”. “Va ser just al començament que sí que ens van donar un pack de dues..., bueno, d’EPI complet, per a dues vegades, i el teníem guardat aquí como oro en paño.” Com explica una auxiliar que es va infectar i va ser ingressada: “al març va començar i no teníem protecció: EPI, mas-

caretes... No ho sabíem... Havíem treballat sense res... Vaig arribar, em costava molt respirar..., i després d’una setmana al llit, jo cada dia estava més cansada.... Hi vaig marxar a l’hospital”.

### **El personal tampoc sabia com fer servir els EPI ni sectorialitzar**

Com diu una directora de residències geriàtrica (R33):

“era com «bueno, sí, per a aquesta persona et poses mascareta, però per a la resta no». Les direccions addueixen a que la seva funció no era assistencial i no tenien formació sanitària per contenir el virus”.

### **Els residents geriàtrics emmalaltien molt ràpid i no tenien suport sanitari per actuar de manera efectiva.**

Com explica la Diana, directora d’una residència geriàtrica gran:

“Era fulminant. O sigui, en una hora, d’un estat de salut estable acabava morint-se. Era horrible. I gent que tenia molt bona qualitat de vida, que dius «aquesta persona s’hauria d’haver derivat. Ens haurien d’haver atès telefònicament. Ens haurien d’haver pogut...» Ja ho sé, que el sistema sanitari estava col·lapsat, ja ho sé, eh?, però clar, nosaltres..., la nostra missió és acompanyar a les persones en el seu projecte de vida, no som un hospital, no tenim els recursos sanitaris. I ens va tocar fer d’hospital, sense recursos. I, clar, va ser molt dur, perquè la nostra funció no és... Vull dir, sí que la nostra funció és acompanyar les persones a morir en una etapa final de vida, però en una situació aguda d’una malaltia de covid, nosaltres no en sabíem. Ja sé



*que ningú en sabia, eh? Però uns hospitals tenen recursos. Vale, sí, que van haver de reestructurar els hospitals, ja ho sé, però és que la nostra no és... Vull dir, no tenir suport. Atenció Primària només venia a certificar les morts. Res més.”*

**Alguns treballadors de primera línia també van reportar símptomes greus de la malaltia i necessitat de rehabilitació**

L'Armando, un dels auxiliars entrevistats, un home de 60 anys que va migrar del Perú fa 10 i que treballa en una residència els caps de setmana i algunes nits, explica que es va contagiar a la primera onada perquè no estaven ben protegits i les restriccions van arribar massa tard.

*“A una compañera que su esposo estaba con COVID-19 le dieron todo como a un astronauta y yo con una mascarita de esas de recetas... a los dos días ya me contaminé...”*

Es va fer la placa i el van ingressar d'urgència i va estar en coma induït durant 40 días:

*“tenía diagnóstico de neumonía, trombosis pulmonar, taquicardia i neopatía muscular. Todo tieso de cuarenta días: tenía una UPP en el culo, una úlcera de seis por tres, así de grande... Los dos temores que tuve, grandísimos, es quedarme inválido y mudo”.*

Va estar 2 anys de rehabilitació muscular i de la parla.



### L'impacte psicosocial derivat directa o indirectament de la malaltia

Aquest és un aspecte força important pels participants en l'estudi, una cosa que no s'ha considerat suficientment. L'experiència de l'hospitalització ha estat per moltes persones traumàtica, especialment durant les primeres onades.

Així ho reporta una auxiliar que va estar ingressada:

*“van fer les plaques i tenia tots dos pulmons tancats..., i t'has de quedar..., i el meu home? No, no hi pot entrar. Igual que jo, més gent. 10 dies ara, a l'hospital, si em deixen em moro allà..., perquè em va tocar un box, amb una noia..., [jo] vomitava molt i diarrees, i em van posar després sola... estan els passadissos, urgències els passil·lons... i t'enteraves de tot: has de llamar al hijo porque a este no lo vamos... Esto me ha marcado mucho (plora)... no lo vamos a entubar porque no va a salir... otro día era otra cosa... i jo els vaig dir: yo me quiero ir a mi casa... no me había tomado la pastilla esa de los nervios, en mi vida, y allí era una por día, una por día... diazepam...pero no me hacía nada, y tenía unas taquicardias... i llavors em van portar a la clínica, i allà estava sola, va venir la ambulància. “Me quedé sin respiración, la capacidad pulmonar encara avui..., que m'ho tinc que mirar...,*

*ara vaig al gimnàs, faig una classe i em costa respirar..., la mascareta em molesta, jo necessito respirar.”*

Els treballadors i treballadors i/o familiars que van acompanyar a persones ingressades també reporten experiències semblants, fruit de la sensació de col·lapse dels hospitals, el risc de contagi que hi havia derivat de l'ingrés i molt especialment del fet de no poder acompanyar-lo si l'estat de salut s'agreujava. Aquesta era una situació força freqüent en la residència de discapacitat intel·lectual. Quan algú li baixava la saturació tenien pànic. Però alhora tenien pànic a que aquella persona empitjorés i fos ingressada per les conseqüències que tenia per una persona autista aquella situació (descompensació i empitjorament) i risc de contagi per a la resta de persones que havien d'acompanyar-la per evitar que es descompensés (ja que no toleraven la mascareta).

La simptomatologia persistent de COVID-19 i les baixes i recuperacions llargues també han tingut conseqüències psicològiques negatives en els treballadors i treballadores: sentiment d'inutilitat, voler ajudar les companyes que estan treballant i estar preocupats pels residents, i molta por a quedar-se invàlid i no poder pagar els deutes familiars i els costos del tractament. Algunes d'aquestes persones, fins i tot, també reporten simptomatologia depressiva, inclús amb idees suïcides i com-



portaments evitatius i fòbics derivats d'experiències traumàtiques durant l'hospitalització i l'angoixa produïda per la discapacitat de la malaltia. Aquestes experiències semblen molt relacionades amb condicions socioeconòmiques difícils, més habituals entre els auxiliars de primera línia i especialment quan són migrants.

L'Armando, que va estar 40 dies intubat i 2 anys de recuperació, explica:

*“Yo estaba en un punto psicológico tremendo. Yo pensé en matarme alguna vez... Estaba con mi enfermedad, más la situación económica. Lo veía muy negro porque creía que me iba a quedar con la muleta y decía qué voy a hacer ahora...” i quan va tornar a la feina: quan sap que hi ha una persona positiva en una habitació “a veces no voy, no voy porque inconscientemente tengo ese temor interno... que me ha quedado ese temor. Te juro que el día entré en una habitación de un usuario que estaba con covid, salí, casi me pongo a llorar fuera.”*

Els treballadors que no van patir una simptomatologia severa o no es van infectar, també han patit una angoixa persistent, especialment en les primeres onades, derivada de la incertesa sobre els efectes nocius d'un patògen desconegut, així com la manca de coneixement i de mitjans per protegir-se del contagi.

Aquesta angoixa i por a que es tornessin a repetir els brots va fer que, en moments on el risc epidemiològic era molt baix, algunes direccions mantinguessin els nivells de vigilància i les restriccions de manera molt perllongada o que els treballadors, residents i/o familiars rebutgessin el contacte social o desenvolupessin una certa fòbia social o que els seus familiars tinguessin por de contagiar-se d'ells en pertànyer a un sector on hi havia molts brots.

A banda, el fet que continuaven tenint casos (que “no feien net”) malgrat les restriccions i mesures, també va fer que algunes persones tinguessin atacs greus d'ansietat cada vegada que apareixien nous casos o que desenvolupessin fòbies o conductes evitatives.

Auxiliar de residència gran:

*“Vull dir... Hi havia dies, em va agafar molt de xoc. No va ser allò d'arribar a casa i plorar, com per exemple altres companyes que em van explicar. Però sí que, per exemple, la meva ansietat, la meva angoixa va augmentar, però sí que ara fa potser uns mesos vam tornar a tenir COVID-19 a la planta, que es va tancar la tercera planta, que van sortir com uns vint positius o així. I allà sí que em va agafar un atac d'ansietat. Va ser com que a la primera onada era com que estàs alerta. Estava tan alerta, que no em va donar temps a estar..., o sigui, perquè estava esgotada. Estava esgotada físicament i estava alerta que, clar, quan tu estàs així, el teu cos no està per altres coses. Però ara, com que ja no estava tan alerta, quan em vaig enterar, el primer dia, jo rient, “que és que no m'ho crec, noies, això és broma”. No m'ho crec, no. I quan vaig veure que sí, que començaven a sortir positius i avui cinc positius més i avui... Vaig dir “un altre cop, no, si us plau, un altre cop no”. I al dia següent ja estava..., em va agafar mentre estava netejant les taules després de sopar, em vaig posar blanca, però la meva ment em va fer el “za” i me'n recordo anar al control. Estava sentada i em diu la meva companya “passa algo? No et veig bé”, i em vaig posar a plorar, però un atac d'ansietat, que vaig haver de prendre un alprazolam, zero i mig, que em va donar la infermera, perquè et dic “un altre cop, no; és que no puc”.*





## A2. Afectacions en el treball de cures

A continuació detallem els efectes de la pandèmia en el treball de cures que, com veurem, també van tenir impactes en la salut dels/de les residents, els/les treballadores i els/les familiars. Aquí incloem l'impacte en salut dels canvis en el treball de cures, que van ser importants, però no directament produït pel virus, sinó per la gestió de la pandèmia i les mateixes característiques de les residències i l'organització de la feina.

Segons l'Organització Internacional del Treball (OIT) el Treball de Cures son "les activitats realitzades per donar resposta a les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'una o més persones en l'esfera pública i/o en l'esfera privada, així com en l'economia formal, en l'economia informal i de forma no remunerada". El treball de cures en els centres residències és intensiu ja que les persones que hi viuen, especialment en residències geriàtriques i de discapacitat intel·lectual, tenen nivells alts de dependència que demanen una atenció força continuada en les activitats de la vida diària. Tot i la regulació, les tasques de cures estan socialment poc valorades i reconegudes. Estan, encara, altament feminitzades, i realitzades, sovint, per persones amb bagatge migratori en situació de precarietat.

L'anàlisi de les afectacions de la pandèmia en el treball de cures requereix una anàlisi més profunda a partir de la comparació de centres i per perfils de treballadors i treballadores. Sense entrar en aquest nivell, apuntem de manera més esquemàtica quines són les afectacions més generals que hem trobat en el treball de cures.

### A2.1. Manca de RRHH adequats

#### No hi ha treballadors/es disponibles per cobrir les baixes.

Es van donar moltes baixes alhora per contagis de COVID-19. Així els treballadors/es que no estan contagiats assumeixen també les tasques dels seus companys/ de les seves companyes de baixa.

La direcció de RG33 explica:

*"Va arribar un punt que, clar, quan vam començar a fer les PCR, van sortir i va arribar un moment que ens vam quedar només amb una persona per torn del nostre equip. Nosaltres aquí va ser la següent lluita d'intentar que ens donessin personal, perquè nosaltres teníem totes les vies obertes de contractació."*

Hi ha por al contagi per això va costar més trobar personal disposat a treballar a residències.

#### Les diferències en les condicions de feina entre salut i social fan més difícil trobar personal.

Va ser especialment difícil trobar infermers/es i auxiliars perquè se'n van al sector sanitari i són claus per gestionar totes els aspectes sanitaris derivats de la pandèmia.

#### Manca d'integració i coordinació amb personal sanitari.

El recursos sanitaris no estaven integrats suficientment i això va limitar la capacitat per donar resposta a una població amb complexitat clínica (multi-morbiditat), més fràgil (que necessita més atenció i cures) i socialment més complexa i diversa.

## A2.2. Noves demandes i tasques derivades de la gestió de la pandèmia

### Molta feina de gestió de la informació i comunicació

Les direccions van assumir un volum molt gran de feina en tasques de comunicació. Necessitaven reforçar la comunicació amb els residents, els treballadors i els familiars per transmetre i fer complir els protocols, proporcionar informació actualitzada i periòdica sobre la situació de la residència i els residents (tant als Departaments com als familiars). Alhora necessitaven un canal fluid de comunicació per identificar i actuar en cas de conflictes, situacions delicades com comunicar la mort d'un residents al familiar, etc.

### El control epidemiològic i gestió de les normatives COVID-19 va suposar un increment de tasques i demandes noves.

Fer tests, sectorialitzar, neteja, tasques afegides derivades dels aïllaments, derivacions, vacunació. Va implicar més feina i canviar els seus rols.

Segons ens explica una directora de residència geriàtrica, la feina bàsica de direcció va ser *“canviar protocols o contactar amb els serveis relacionats, o pujar dalt i fer intervenció directa per ajudar als cuidadors, si havies de fer una prova de cribatge, pues pujàvem nosaltres, els treballadors no les feien...”* Havien d'assumir rols diferents.

Alguns treballadors de perfil no sanitari es veuen forçats a fer tasques sanitàries amb les que no es senten preparats, còmodes i que els treuen temps per fer una atenció de qualitat.

Un educador d'una residència de discapacitat intel·lectual explicava:

*“También, claro, las funciones de médico, que si las contantes estas, temperatura, medicación. Claro, era un faenón. (...) Tenías que dedicar más tiempo, a lo mejor, a otras cosas que no eran ellos, ¿no? Como bueno, también era, bueno, medir la temperatura cada hora, cada dos horas. Que ir a buscar, que mandar un mail de «oye, no sé qué», de bajarlos a (inaudible). Era como tiempo que antes se utilizaba y que ahora ya se utilizan otras cosas, que antes era para prevenir, para proteger, para tal, y no le dábamos tampoco..., se lo quitábamos de su tiempo que tú le dabas a él de ocio, de estar con él y de tal. ¿No?”*

Els treballadors van haver de fer molta contenció emocional dels residents, familiars i altres treballadors sense estar preparats.

Un monitor d'una residència de salut mental deia:

*“No som psicòlegs, (rient) però va haver una temporada que casi.”*

La gestió de les vacunes i les campanyes de sensibilització també van suposar un treball sobreafegit.

La direcció de RD4 explica que hi havia molts canvis d'instruccions, amb la vacunació, no avisaven i assumien que tot havia d'estar preparat d'un dia per l'altre. També havien de gestionar el calendari dels treballadors per evitar baixes produïdes pels efectes de la vacuna.

Tasques derivades de les morts en temps de pandèmia i que ja no es fan càrrec les funeràries.

El personal de neteja d'una residència geriàtrica ens explicava:

*“nosaltres a les habitacions, amb els avis morts..., treu les seves pertinences, nosaltres, també, posa el nom... hi va haver un caos, que les habitacions estaven plenes de bosses blanques amb els noms de tots, els familiars no podien pujar... el mort se l'enduïen, i aixecar tota l'habitació, posa la bomba, frega-la de dalt a baix, i això diari, cada dia eren uns quants... No vam tenir descans, físicament i psicològicament”*

En el cas de les residències de salut mental i discapacitat, van haver d'adaptar protocols que estaven pensats per residències de geriatria. Això ha implicat molta feina i ha creat molta tensió i inseguretat. En el cas de la residència de salut mental és un recurs amb poc personal d'atenció directe. Si havien de controlar i assistir als sospitosos que estaven a l'habitació (esperant resultats PCR), deixaven personal sospitós a casa esperant PCR, i a més a més trigaven més perquè havien de posar-se EPI, etc. els faltaven mans. Els espais tampoc estaven preparats perquè tot està organitzat en vertical. Només tenen un menjador i un accés en una planta. També les mesures canviaven molt i eren contradictòries.

La directora d'una residència de salut mental explicava:

*“Entonces ahí sí que hm..., fueron, fueron muchas informaciones y muy, muy contradictorias muchas veces, porque, por ejemplo, nosotros teníamos, dependíamos de la gestora Covid, que es de aquí, de nuestro ambulatorio. Además, está aquí abajo. Entonces era como muy inmediata la información que nos quería trasladar. Teníamos una reunión aquí, presencial, la enfermera, yo con la gestora Covid, y era, nos trasla-*

*daba una información y cuando se iba de la residencia a lo mejor por correo nos enviaba otra información totalmente contradictoria a lo que nos acababa de explicar aquí. Entonces eso nos creaba mucha, mucha inseguridad de ¿qué hacemos, lo que queda por escrito o lo que nos acaba de explicar en el despacho hace 15 minutos? Entonces fueron... fueron... Semanas y meses muy difíciles porque era, vuelve a llamarla, acláralo, déjalo por escrito también todo lo que nos digan. Tenemos que aclarar cómo es, cómo hemos de actuar también para salvarnos nosotros el día de mañana.”*

A les residències de salut mental i discapacitat no van aïllar totes les persones a les habitacions, sinó que només ho feien en cas de quarantena per símptomes, positivitat o, en el cas de la residència de salut mental, per escapada. La gestió d'aquests espais i persones aïllades a l'habitació va implicar més feina i dificultat logística en el repartiment de treballadors per l'espai, a més de “perdre un espai per altres activitats”.

### A2.3. Les feines habituals porten més temps o no es poden fer.

#### El dia a dia del treball es complica per l'ús d'Equips de Protecció Individual.

Els treballadors i treballadores havien d'emprar més temps en fer la mateixa feina pels nous protocols, obstaculització del treball pels Equips de Protecció Individual (EPI) i per més exigència de la neteja i desinfecció de tot amb el que entraven en contacte.

*Infermera RG31: "I clar, ja només per posar-te l'EPI i fer la jornada amb EPI, això ja és catastròfic, o sigui..."*

*E: "Clar, catastròfic i a més, 12 hores."*

*S: "Sí, 12 hores. O sigui, ja només... Jo recordo la sensació de ficar-te l'EPI, la pantalla i tot, i que només se't vegin els ulls, que ja perds l'oïda, que falta l'aire... Bueno, era com ja no aguanto això, no? És, no sé, una sensació... Anar respirant, anar respirar, saps?"*

#### El canvi de personal constant dona més feina perquè no està format

A més els/les treballadors/es que van contagiar-se eren veterans i van incorporar-se treballadors/es que no coneixien tant els residents. Això té repercussions especialment significants en la residència de discapacitat on el vincle i el coneixement dels residents és important per mantenir el seu benestar, saber com ajudar-los, què funciona i què no, ja que cada persona és molt diferent.

Educador veterà de RD4:

*"El mayor problema que hubo aquí fue que todos los referentes educadores cogimos el COVID-19 y vino gente nueva, que no conocía a los chavales, no sabía estas dinámicas y era como un «apáñatelas».*

#### El treball de neteja es multiplica

*El treball de neteja es va multiplicar i no es va augmentar RRHH. Les baixes no es van cobrir a algunes residències, on no hi ha neteja des de fa mesos per una baixa de llarga durada.*

*Personal neteja:*

*S: "Sí, 12 hores. O sigui, ja només... Jo re"Massa feina, no es pot assolir. Hi ha escales, darrere dels llits. Ara els vidres –finestrals arreu– els fa un noi que ve de l'hospital, però en pandèmia... Aquí no ha vingut ningú. La part B es va tancar uns dos o tres mesos..., perquè van morir tants avis que va quedar tancada, llavors feia vidres, cuina..., però, a més a més d'això, et demanen les companyes que si les podies ajudar, i els has de dir que no es pot..., per tal d'assolir la meua feina, i els fondos... ,no puc ajudar les..., companyes... Abans de la COVID-19 3 o 4 vegades venia personal a fer fondos: cuines, quartos de bany assistits... Encara és pandèmia, entre cometes, però no, això ja no cola, perquè aquí, si falta personal d'infermeria es busca, si falta terapeuta es busca, si falta una noia... Però per a la neteja, em trobo la última porquerieta a baix de tot i no tenen res en compte... [...] Aquí no hi ha neteja i no passa res i... I la neteja és molt important... I ho volen que estigui tot net... Et diuen: «és que això està molt brut, així no pot estar...» Tinc una fulla, la operativa del que haig de fer aquí... però aquella fulla s'ha duplicat amb les mateixes hores..."*

### Moltes dificultats per fer atenció personalitzada

*En la mateixa línia, els/les treballadors/es també expressen que les baixes i la sobrecàrrega de feina feia molt difícil dedicar el temps suficient a cada resident, cosa que va impossibilitar una atenció personalitzada i atendre les necessitats socials i emocionals dels i les residents, força importants degut al context d'amenaça de la pandèmia i les mesures d'aïllament social que van tallar les activitats socials dintre i fora del centre.*

L'Armando comenta que únicament tenen temps per fer les feines físiques i mecàniques però no per atendre'ls, quelcom que si pot fer una mica més quan fa atenció domiciliària. *“Entro de 7 a 2, de 7 a 9, levantarlos. De 9 a 10 darles el desayuno y supongamos de 10 a 12 llevarlos al servicio. Voy a tomarme un descanso de 15 minutos. Y de ahí regreso para terminar el servicio de llevarlos al servicio a todos y que diez minutos más es otra cosa, un preparar para la comida.”* L'Armando explica que algunes vegades s'estableixen relacions entre els treballadors i els residents, però és molt complicat per *“exceso de trabajo que no te da tiempo para darle una atención personalizada como debería ser”* i també per *“el tipo de horario, hay semana corta y semana larga. Lunes, miércoles y viernes, martes, jueves y sábado. Entonces trabajan doce horas seguidas y después descansas al día siguiente. Después trabajan doce horas seguidas. Entonces eso lleva a que el personal se agote.”* Per altra banda, pel tipus de feina que fan és complicat que s'estableixin relacions. *“Si estás en una residencia, en la cual solo estás de servicio, ¿qué vas a recibir? Y las relaciones son muy escasas.”*

## A2.4. Conflictes laborals.

### Conflictes derivats de la sobrecàrrega de feina i la gestió de la pandèmia.

Es van produir conflictes entre els/les treballadors/es pel compliment dels protocols poc clars, el repartiment de feina, la manca de consens en la repartició de feina i la falta de comprensió de la feina d'altres treballadores o professions.

Per exemple, una psicòloga explica com a l'equip tècnic no se'l involucra en el dia a dia, o que els/les educadors/es no consulten o comenten amb ella el que passa.

Conflictos entre professionals i direcció, quan la seva expectativa sobre el que havia de fer direcció no s'acomplia.

Una auxiliar explica que la direcció es preocupava massa pel màrqueting o la imatge i poc pel personal i les persones residents..

Hi ha moments del dia on l'equip tècnic no està present o no coneix tant els/les residents com l'equip d'atenció directa que està més temps. Hi ha sentiments de poc reconeixement de la feina dels educadors, auxiliars..., i per part de l'equip tècnic, coordinació i direcció.

Un educador d'una residència de salut mental explicava:

*“Aquí hay mucha diferencia entre una planta y la otra. Aquí está la planta de la psicóloga, coordinación, dirección, gestión, tal. Que somos [els educadors] los que nos comemos los marrones y no estamos valorados, ni vistos, ni..., ni felicitados, ni..., «oye, enhorabuena», ni nada. Lo que debes de hacer y como que ya está. Y bueno, si lo haces mal sí qué tal, pero...”*

Aquests conflictes esclaten per la pandèmia però són previs.

*“Durant el treball de camp a una residència geriàtrica petita (maig i juny 2022) vam observar que no hi ha servei d'infermeria des de feia més d'un any. Aquesta atenció les suplien auxiliars i la psicòloga. Tampoc hi havia servei de neteja per baixa llarga de malaltia i molt personal era nou. Durant els mesos inicials de la pandèmia, segons ens van explicar la infermeria va agafar un rol fonamental en la cura dels residents, les relacions amb hospitals i institucions (per obtenir materials, possibilitat ingressos, etc.). La direcció i el personal tècnic van estar força mesos fent teletreball. La directora va acomiadar part d'aquesta plantilla (un infermer i dos auxiliars) durant l'any 2021, al·legant mal funcionament de la infermeria (manca de control i de seguiment de residents, de medicació, etc des del punt de vista més burocràtic). El procés s'ha judicialitzat i el primer dia de treball de camp hi havia una inspecció (dies després una treballadora em va dir que les inspeccions eren per denúncies de les treballadores).”*

### Conflictos derivats de la vacunació

També es van produir conflictes perquè alguns treballadors/es no volien vacunar-se. En aquest sentit, algunes direccions apunten a una menor acceptació de la vacuna en el personal de residències que en els hospitals, i dins de les residències els auxiliars són els que han tingut més dubtes o han rebutjat vacunar-se.

Davant d'aquest fet ens hem trobat posicions de comprensió o de denúncia en les direccions. En la major part de casos, malgrat en-

coratjar al personal a vacunar-se empatitzen amb la por als efectes secundaris i la sensació de vulnerabilitat (per antecedents familiars trombòtics) o fins amb les raons culturals o religioses per no vacunar-se que addueixen tenen les auxiliars amb origen migratori. En el cas de la residència de salut mental, que va aplicar unes mesures sanitàries de contenció molt estrictes des del principi i que no ha tingut pràcticament casos, la direcció es mostra decebuda amb el personal que no es vol vacunar. Considera la negativa a vacunar-se d'alguns treballadors una falta de compromís i responsabilitat envers els usuaris, que defineix com persones vulnerables. No podem extreure conclusions, però sembla que la formació més sanitària i/o social de les direccions pot tenir una incidència en l'aproximació dels centres a la vacunació.





### A2.5. Males condicions laborals

Les males condicions laborals fan que la sobrecàrrega durant la pandèmia sigui més difícil de portar i han fet aflorar els conflictes i els malestars.

La psicòloga d'una residència de discapacitat intel·lectual explica:

*“Són feines que cremen molt. Estan mal pagades, són feines que has de sostenir molts malestars, que et peguen, i que has de canviar caques, pipis... Bueno, no és un súper trabajo. Tu pots fer una assemblea i dius «mira què maco», té una part molt maca, però també l'altra part, i que..., i que bueno, que hauríem de cobrar molt més, vamos, perquè son, eso..., hi ha persones molt qualificades.”*

### A2.6. Afectacions en la salut pels canvis i dèficits en el treball de cures

Els treballadors i les treballadores, així com els i les residents, reporten afectacions en la salut no derivades directament de la COVID-19, sinó pels canvis en el treball de cures que les baixes en moments crítics de la pandèmia i la sobrecàrrega continuada de feina va implicar.

#### Necessitats de cura bàsiques dels residents no cobertes adequadament

Alguns dels familiars que van patir la mort del seu familiar durant la pandèmia, i que vam entrevistar independentment dels 5 centres estudiats, consideren que el deteriorament accelerat en la salut dels residents no era només causa de la infecció per covid, sinó fruit de la manca de personal i de recursos sanitaris per tractar-los. Això va fer que la qualitat assistencial baixés i que en alguns centres les seves necessitats més bàsiques no estiguessin cobertes.



*“Un d'aquests familiars, el Lluís, tenia la seva mare en una de les residències intervingudes pel Departament de Salut. Tenia demència i estava en una situació de fragilitat però estable gràcies al treball de cures que ell feia diàriament a la residència. Durant l'entrevista ens va mostrar fotografies de la seva mare des d'abans de la pandèmia fins que la van ingressar en un hospital, on es veia un deteriorament molt sever i accelerat. Considera que no va ser fruit de la COVID-19, sinó de la manca de personal per les baixes: “No es va fer res. Tot el que nosaltres pensàvem que estava passant, efectivament estava passant. No s'havien cobert les baixes. No hi havia personal, per tant no hi havien dutxes. No hi havia higiene, no hi havien canvis posturals.”*

En la mateixa línia, els treballadors també expressen que les baixes i la sobrecàrrega de feina feia molt difícil dedicar el temps suficient a cada resident, cosa que va impossibilitar una atenció personalitzada i atendre les necessitats socials i emocionals dels residents, força importants degut al context d'amenaça de la pandèmia i les mesures d'aïllament social que van tallar les activitats socials dintre i fora del centre.

El cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o algun tipus de trastorn neurodegeneratiu, la manca d'atenció personalitzada i la rotació de personal té un impacte directe i molt visible sobre la salut de l'usuari. Quan coneixen el resident, els treballadors poden saber què necessiten i què fer per prevenir un brot, què els calma, com evitar que tinguin comportaments inadequats, etc. En un ambient de confiança aquestes persones estan més tranquil·les i autoregulades. Però les baixes i les rotacions de personal durant la pandèmia van fer que això es perdés.

Hi ha queixes de poc servei mèdic, poques hores i com repercuteix en els residents. Hi

ha treballadores que expliquen com residents tenien símptomes de afectacions greus, però no sentien que tenien l'autoritat per poder-hi actuar.

### **Deteriorament en la salut dels treballadors com a conseqüència de les condicions i la sobrecàrrega continuada de treball**

Més enllà de les baixes per COVID-19, la situació de pandèmia i la sobrecàrrega de feina durant tots aquests anys ha tingut un impacte notable en la salut dels i les treballadors i treballadores.

Per una banda, ha agreujat exponencialment el malestar musculoesquelètic dels/de les treballadors/es de primera línia, normalment qui fa el treball corporal de cures (aixecar persones amb dependència, fer higiene etc.), però també personal de neteja. El fet que aquestes persones també eren les que havien de fer un ús més intensiu i perllongat d'EPI també va tenir impacte en la seva salut física en forma de talls, hematomes, etc. Algunes d'aquestes persones acostumen a tenir edats avançades i hi continuen treballant, han fet aquest tipus de feina de manera molt continuada i sense gaudir de serveis de salut postural i/o fisioteràpia.

Una auxiliar de residència geriàtrica comentava:

*“Però és que totes, totes les companyes que hi ha aquí tenen algo. Una és l'esquena, l'altra és... Em vaig fracturar, em vaig fer un esquinç. (...) Aquí treballant. Vaig fer-me un esquinç. L'hombro, molts cops m'he fet mal. I bueno, vas a la mútua, no et diuen res, no donen baixa, no et donen... Tampoc t'apoiem, de dir «bueno, pues queda't», depèn de qui, vull dir «queda't a casa, descansa tal dia».*

La sobrecàrrega de feina causada per les baixes, la manca de personal preparat, les noves tasques que ha implicat la pandèmia (veure el següent punt sobre les afectacions en el treball de cures), afegit a la sensació de risc continu que genera la circulació del virus i la incertesa i manca d'estabilitat fruit del canvi continu de normatives ha tingut un impacte negatiu molt clar en la salut mental dels treballadors i les treballadores. Parlen molt habitualment de burnout, símptomes d'ansietat, depressió i insomni.

En el cas de les direccions i equips tècnics ho atribueixen, com explicava una directora de residència geriàtrica, a "l'angoixa per la responsabilitat que ocupem". Per aquests equips és un efecte acumulat.

Les responsables higienicosanitàries expliquen que no podien desconnectar i se les responsabilitzava de moltes coses, algunes que no podien fer res o no era competència seva: *"Haviem de fer una reorganització i me'n recordo un diumenge que em diu la director «Glòria, ens hem de connectar!» A les cinc de la tarda, un diumenge a les cinc de la tarda i jo ja no podia amb la meua ànima. Sols a casa amb el meu home, però volia desconnectar, descansar. I és que me'n recordo que li plorava i li deia «no, per favor, no puc més»".* Explica que: *"Jo mai havia tingut ansietat i tinc ansietat. Ara estic molt millor, eh? (...) Però hi ha moments que em falta l'aire. Saps d'allò que estàs més nerviosa o això? I en la vida he tingut ansietat ni problemes d'insomni. No, dormo bé, però allò que dius mai he tingut problemes i ara en tinc."*

Aquesta angoixa és l'efecte acumulat de gestionar i prendre decisions davant de tanta incertesa, de la por i de sentir que havien de complir unes directrius canviants i que, en moltes ocasions, no s'adequaven a la seva realitat o simplement no hi estaven d'acord. Ho havien de fer amb poc suport i amb l'obligació; malgrat això, de fer-les complir als/a les treballadors/es, als/a les residents i de convèncer els familiars, i molt important, de ser la cara visible davant dels familiars en situacions molt crítiques: aïllament dels residents, brots, derivacions, morts.

Alguns dels treballadors i treballadores entrevistats han deixat la feina, han canviat de sector laboral o han buscat un canvi de rol dins de la mateixa empresa.

Una directora comenta:

*"Penso que també tenen seqüeles de tot el que han passat i, de fet, després del primer any va pujar també l'absentisme, no?, el cansament es nota. Es nota que la gent necessitava fugir..., fugir d'aquí, perquè va ser tan intens que... Canviant tornos. Tot-hom: «sí, sí, tranquil...» Amb la por al cos, perquè aquí també tenim professionals vulnerables. I amb la por de, quan va aparèixer la covid, de si em contagiaré o no em contagiaré, si em contagio què passa, i la gent canviant les seves vacances".*

## A2.7. Afectació en l'imaginari col·lectiu i la imatge social de les residències i dels residents

Les notícies centrades en la mortalitat, en casos de residències que han estat intervingudes i que s'han detectat males praxis, en lloc de mostrar els casos positius i tota la feina que s'ha fet en condicions difícils per mantenir la qualitat de vida dels residents, reforça l'imaginari negatiu de les residències. Això té repercussió en el valor social de la feina que fan els treballadors, que és poc valorat.

La direcció d'una residència geriàtrica gran explica que l'altre dia parlava amb la referent de Drets Socials, la que té per territori, i li deia:

*“És que jo no sé com no us plantegeu com a departament ja fer una campanya, de dir «la residència és un lloc segur, a la residència som professionals, els que hi treballem». Vull dir, o sigui, mireu, una frase que diu sempre el director general és que quan es morien les persones de l'hospital ningú qüestionava res a la premsa, ningú. Es morien a la residència i érem com uns assassins que els havíem matat. I érem com tots: «S'ha mort tanta gent a les residències, les residències...». Dius: «Però, perdoni, a casa s'està morint gent, als hospitals s'està morint gent. La gent gran de les residències són persones grans, fràgils, vulnerables a nivell de salut.. Llavors, dius: «Com ens qüestioneu que no sabem cuidar la gent.. Jo el programa de 30 minuts que vam fer és l'anell al dit, perquè és com jo em vaig sentir, igual, igual com em vaig sentir. Les directores només que si instruccions del departament... amb depèn que estàvem sols, més sols que la una. Vull dir, una solitud, un sentiment de solitud, he de dir. I no m'estranya que els directors molts hagin plegat, perquè això no hi ha qui ho aguanti»”*

Hi ha poca comprensió per part de la societat de les necessitats dels residents. Per exemple, que les persones amb autisme no toleren la mascareta o que per una persona gran el temps de privació que han hagut de passar no té el mateixa valoració que per a una persona adulta o jove, especialment si està fràgil. Generalment, es viu molt pitjor perquè pot ser l'última vegada que puguin veure una persona o fer una activitat.

### A3. Afectacions en la vida quotidiana i social

A continuació detallem les afectacions de la pandèmia en la vida quotidiana i social dels/ de les residents, els/les treballadores i els/les familiars, especialment pel fa als centres residencials.

La quotidianitat és allò que passa tots els dies. El que passa es refereix a totes les activitats i característiques de la vida diària, ordinària, rutinària: les accions, les creences i les actituds, envers nosaltres i els altres. La rutina presenta un doble valor social: per una banda, permet una continuïtat de la vida que crea estructures i vincles socials en forma de lligams, relacions afectives, drets i deures; per l'altra, assegura un món d'estabilitat, al marge d'allò imprevisible i atzarós. Sense repetició ni rutina no hi hauria res permanent, la quotidianitat, però, no és únicament rutina, ha de poder contemplar la transgressió i l'excepció. La vida quotidiana construeix l'aventura pròpia donant sentits a les maneres de fer personals.

Com en el cas de les afectacions en el treball de cures, incloem també l'impacte en salut que ha tingut la disrupció en la vida quotidiana i social de les mesures sanitàries. La COVID-19 va alterar la vida quotidiana a les residències, portant a situacions d'aïllament i soledat no volguda, així com tota mena d'alteracions i pertorbacions en la vida diària (i la mort) que passem a detallar.

#### A3.1 Afectació emocional en la quotidianitat dels residents

Molts residents s'han acostumat a les mesures i a la situació (fins i tot reclamen la mascareta quan ja no és necessària), d'altres s'han resignat i d'altres es queixen constantment i volen sortir, marxar de la residència o "tornar a casa".

#### Acceptació o indiferència dels canvis en la vida quotidiana

Algunes persones amb demència o que normalment passen molt de temps a l'habitació no han experimentat gaire canvi al seu dia a dia. Els treballadors també ens expliquen que durant l'inici de la pandèmia hi havia força acceptació perquè hi havia molta por, però que això va anar canviant a mesura que les restriccions es perllongaven i les persones fora de les residències recuperaven la seva vida quotidiana habitual.

*Una resident de la residència de salut mental que no sortia al carrer pel procés de recuperació d'una fractura de la cama no li va suposar gaire canvi en el seu dia a dia. Tanmateix la majoria de residents si els va suposar un trencament de les seves rutines ja que tenen una vida molt activa fora de la residència.*

Especialment a la primera onada, entre les treballadores hi havia un sentiment d'irrealitat, però també, algunes refereixen que el fet de treballar diàriament, a diferència de l'experiència confinada, donava un sentit i una "normalitat", malgrat que fos alterada

#### Resignació davant els canvis en la vida quotidiana

Hi ha persones, normalment residents geriàtrics, que s'han resignat a les mesures i fins i tot reclamen mantenir-les, perquè els proporciona una sensació de seguretat. Aquestes persones han patit una reducció important dels contactes socials, perquè normalment eren persones que tenien força activitat social, però els ha quedat la por i tenen dificultats per recuperar la vida social que tenien.

Una infermera d'una residència gran ens explicava:

*“El que ens vam trobar, per exemple, penso molt en la segona, perquè és on tinc més gent autònoma, més independents, tercera i quarta ja són més això, més dependència, amb demències, clar, tenien una dinàmica uns quants que sortien, venien aquí, feien el cafè, passejaven. Els hi perdiem la pista durant tot el matí, quasi. I clar, amb tot aquest canvi d'estar tancats a l'habitació durant la primera onada, bueno, en general van fer com un baixon anímic, no? i van quedar com, inclús quan ja podien sortir de l'habitació, anar a esmorzar amb el seu grupet o el que fos, llavors se'n tornaven a l'habitació. Bueno, saps? És com que... Llavors els havíem com de tibar, de dir: «Va, sortiu una estona, no?». I no, tornaven a l'habitació, això sí. I anímicament, pues bueno, com de resignació, no? Una mica així com resignats, que no sé, no? La majoria et deien «pitjor que una guerra». És la frase que he sentit més per la segona planta, «pitjor que una guerra». Clar, llavors, tenint en compte que dius, vale, és que ells han estat tancats a l'habitació, jo podia venir aquí a treballar i ho podia passar malament, però bueno, llavors me n'anava a casa, tenia el meu espai, si feia falta podia sortir al súper, vull dir, per molt tancada que hagués d'estar, no? I clar, és que ells han estat en una habitació setmanes i setmanes. I bueno, i sabent que a l'entorn s'estava morint gent”*

### **Rebuig de les mesures i els canvis en la vida quotidiana**

Algunes direccions eren conscients que les mesures estaven tenint un impacte molt negatiu en els residents que eren actius i tenien vida fora de la residència. Aquestes persones se sentien empresonades i els familiars insistien per treure'ls.

La direcció d'una residència geriàtrica gran explicava:

*“És una persona que ell va venir aquí quan estava molt malament d'una malaltia de cor. Però és una persona que està súper bé, que podria viure sol a casa, i s'ha quedat amb nosaltres perquè se sent còmode i està acompanyat. Un home. Però clar, ell m'explicava, diu: «Jo em sento empresonat, perquè jo per exemple visc aquí i hi han unes normes, aquí, que no són als domicilis. La meva consogra pot veure les meves netes créixer i jo no les puc veure, perquè no puc estar amb elles, perquè aquí em marquen uns protocols que no puc sortir». Quan tothom ja sortíem i fèiem vida normal.*

*Clar, t'entrava un brot, vinga, confinats. I un altre cop confinat, quan tu al domicili no estàs confinat, si no estàs positiu. Van tractar les residències com presons, amb privació de llibertat, i això ho trobo gravíssim. Va esdevenir una presó, una residència. Els havíem de... O sigui, on hi ha el límit de la llibertat individual que tu tens el domicili i a la residència no l'has tinguda. Això el departament té molt marge de millora." Això situava les direccions en una situació de conflicte amb els familiars o amb Salut Pública. "No. Home, si jo vaig trucar a Salut Pública i els hi vaig dir: «Mireu...» Dels últims casos els hi vaig dir: «Mireu, ho sento molt. Aquest senyor ha de sortir sí o sí». Dic: «Perquè ha de sortir. És que a mi se'm suïcidarà. És que a veure...» Hi ha un punt que dius: «Perdoneu, és que no sortim nosaltres de casa nostra? Pues aquest senyor també ha de sortir»".*

A la residència de salut mental alguns/es residents no han pogut aguantar la situació i han escapat de la residència. Tenen una sensació de molta injustícia per haver-se de quedar tancats. Un cop tornaven a la residència, el protocol de salut pública era de quedar-se tancat dins l'habitació durant 14 dies. Ho van viure com un empresonament.

A la residència de salut mental i de discapacitat durant la majoria de la pandèmia no han hagut de portar mascareta (amb excepcions) dins de la residència a diferència de les residències geriàtriques. Hi ha la idea que com "és casa seva no han de portar mascareta". Els treballadors sí que en portaven. Per a alguns residents ha resultat difícil haver de seguir tots els canvis de protocols ("ara mascareta, ara no") i alguns es queixen d'haver de portar mascareta.

A la residència de discapacitat, qualsevol canvi de plans, les cancel·lacions fa que els residents tinguessin malestar pel propi canvi de rutina i per la por a la covid.



### A3.2. Afectacions en les relacions

#### Entre els residents i els familiars

Les direccions ens expliquen que inicialment algunes familiars tenien por i no volien visitar els residents, altres tenien l'actitud contrària: necessitaven venir per veure el resident, especialment si es trobava malament.

La separació dels familiars va ser molt difícil a nivell emocional en els casos que tenien una relació molt estreta, especialment en residències geriàtriques i de discapacitat intel·lectual. Alguns/es residents es queixen que les famílies no s'involucren, ja des d'abans de la pandèmia, perquè no les conviden, no fan activitats conjuntes, etc.

A les residències geriàtriques va ser més comú l'habilitació de videotrucades. Tot i això tenien les seves limitacions.

A la residència de salut mental la relació amb les famílies en moltes ocasions és conflictiva, escassa i pobre. A part d'informar d'allò estrictament necessari no es facilita per part de la residència ni dels treballadors eines per mantenir-se en contacte (videotrucades, etc.).

A la residència de discapacitat la separació dels familiars i el canvi de rutines del dia a dia va ser molt difícil emocionalment, ja que molts estan acostumats a que els familiars siguin presents a la seva vida, esdevenen un pilar fonamental del seu benestar i, a més, per les característiques pròpies de la seva discapacitat (autisme), viuen els canvis amb molta dificultat. Alhora, les visites protocolitzades no funcionaven perquè ells estaven acostumats a sortir, anar a casa dels familiars, tenir una rutina allà. Llavors les visites protocolitzades generaven fins i tot més angoixa i malestar. Eren visites que es feien en una carpa exterior i on els familiars anàvem amb EPI i era d'una hora i separats, sense contacte.

Inicialment, la residència de discapacitat, el

fet de ser un centre específic amb residents i familiars d'arreu de Catalunya també va fer que les interrupcions en les visites van ser constants i difícil de preveure pels confinaments municipals i comarcals. Aquest va ser un aspecte que es va solucionar amb els certificats de responsabilitat.

#### Entre els treballadors i els familiars

Alguns familiars no entenien els canvis de criteris a l'hora d'autoritzar les visites i consideraven que era més per una sensació de por i descontrol que per un risc epidemiològic real. Això feia que consideressin que els treballadors estaven prioritzant aquesta por al benestar del resident i dels familiars.

Una familiar d'un resident geriàtric explicava:

*"Doncs, d'un dia per l'altre ens diuen que hi ha molts casos a la zona i que en comptes de tres persones en podrà venir una. I això sí que jo, com que estava al cas de protocol, va ser com «Bueno, això d'on ve? Què vol dir? Qui ho ha dit això». Bueno, que ho havien decidit com ells, no? I això sí que vaig intentar saber d'on havia sortit això. I es veu que, bueno, una professional del centre de salut havia dit que anessin amb compte. Llavors la mesura era una. Pues, això per a ells..., jo ho entenc, eh?, tornem a la por i tot, però això tenia un impacte que s'ho havien tret de la màniga, perquè el protocol no ho deia que traguessin dos persones de la visita. Això era superindignant i d'una impotència..."*

Durant la primera onada, les relacions entre familiars i treballadores va resultar més complicada per la falta de referents.

La Laura, una familiar explica que els familiars tenien llibertat per anar-hi, però el contacte amb els treballadors, i especialment amb la direcció, era molt complicat. Addueix que això ja passava abans de la pan-

dèmia pels canvis en la direcció constants (5 vegades en les darrers 8 anys), produïts perquè la compraven altres empreses. Durant la pandèmia no tenien un referent amb qui comunicar-se. *“Igual et contestava una auxiliar que... Jo sempre demanava per direcció o per la treballadora social o per la infermera. No, impossible. Aquells dies va ser horrorós. Jo entenc que se'ls hi estava morint tothom, també. És a dir, que... No, no. I que em contestés. Amb la infermera vaig tenir molt mal rotllo, perquè vaig veure que no em feia cas. I bueno...”*

En alguns casos concrets de residents que han mort a la residència sense que els familiars poguessin acomiadar-s'hi, això ha implicat trucades constants dels familiars cap a les direccions demanant explicacions. En alguns casos, les direccions ho interpreten com a una necessitat emocional que no s'ha cobert suficientment bé per les circumstàncies.

Els canvis constants d'habitació, de personal i fins i tot de centre, va fer que les coses que els familiars els havien portat es perdessin o que es destruïssin. En el cas de residents que van morir, el fet que els familiars no poguessin recuperar aquests objectes ha generat molt dolor i es interpretat com deixadesa i negligència per part de les residències. Alhora, les direccions ens expliquen que a les famílies els costava assumir i entendre que no podien recuperar algunes coses dels seus familiars, especialment la roba, perquè segons els protocols no podien guardar res.

#### **Dins de la residència**

A la residència de salut mental es van produir conflictes entre els residents, per alguns residents és viscut amb molt angoixa haver de conviure tanta estona i tan junts amb la resta.

Els EPI dificultaven molt les relacions, especialment entre persones que no senten bé perquè necessiten veure els llavis.



En algunes residències es va sectorialitzar, fet que va recloure a zones determinades (sempre les mateixes) als/a les residents, que no es podien veure amb la resta (en alguns casos s'ha mantingut), fet que va trencar relacions molt importants (fins i tot de parelles de casats que un estava contagiats i l'altre no), incidint en la soledat i la salut mental de les persones. També física: menys mobilitat, menys activitats.

Ahora, el confinament i les mesures de protecció ha fet que moltes persones grans, especialment les que estaven bé, agafessin por al contacte social dins la residència.

Com explica la direcció d'una residència gran de gent gran:

*“Els que van estar al hotel tenen una por que es moren. Cada cop... O sigui, ens ha costat un munt que se socialitzin entre ells... Tenen una por! Una por, els ha quedat, impressionat. Jo crec que les altres plantes ho han viscut diferent, però els d'aquesta unitat que hi viu aquest senyor tenen una por. Volen menjar sols encara a data d'avui. És que els estem mig obligant a socialitzar-se i a relacionar-se.... Però clar, entre ells ni s'acostaven. Vull dir, unes manies van agafar brutals, i encara en tenen. Hi ha gent que no vol menjar al menjador, i van tot el dia amb mascareta. I els dius: «Si ja no l'heu de dur». «No, no, jo, Diana, a mi deixa'm, que vull dir a l'habitació», et diuen”*

### A3.3. Afectacions en les activitats socials dins el centre

#### Cancel·lació de les activitats socials organitzades pel centre

Es van cancel·lar i reformular les activitats que feien, especialment a fora de la residència. A la residència de salut mental algunes persones troben a faltar més activitats i d'altres viuen les activitats com una obligació a

complir pel privilegi d'ocupar una plaça a la residència.

Hi ha hagut, a més, un impacte negatiu en relació a la rehabilitació social dels residents de salut mental perquè es van deixar de fer activitats socials i això va implicar que més dificultats després.

Es van suspendre les sessions de fisioteràpia, rehabilitació, perruqueria i estètica, podòleg, etc. D'altres residències com la de salut mental no tenien aquest tipus de serveis i els residents els trobaven a faltar en especial a la pandèmia quan no podien sortir al carrer



### **Pèrdua contacte amb l'entorn i la vida social fora del centre**

Els familiars feien una tasca molt important, no només fer visites per mantenir el contacte i les relacions familiars sinó per treure el resident fora de la residència per mantenir el contacte amb el seu entorn.

Els residents de les residències de salut mental que sortien i entraven van deixar una part important de la seva vida.

Un educador es compara amb ells durant el confinament, que per a ells va ser més llarg: “

*Y bueno, sobre todo... Yo lo que lo que más veo es como que..., como que, claro, a ellos le quitaban muchas..., muchas cosas que hacían antes, ¿no? Y claro, para mí venir aquí y no tener que salir... Pero bueno, yo vengo de la calle, ya me da igual, pero para ellos un paseo era muy importante. Cualquiera tontería que..., cualquier tontería que pasa y que hacen para ellos es vital. Sí será vital, que le estás quitando vida, diríamos, ¿no?”*

### **Es fan visibles mancances infraestructurals per garantir la connectivitat i participació social**

A la residència de salut mental la manca de tecnologia per l'entreteniment i la comunicació amb familiars s'ha trobat a faltar especialment durant el confinament, ja que no podien sortir al exterior. A més a més, normes internes de la residència com que no els permeten tenir televisió a l'habitació (per evitar aïllaments) fan que no puguin entretenir-se a la seva habitació amb la privacitat que de vegades necessiten. Alguns residents troben a faltar wifi i poder fer servir un ordinador o televisió a la seva habitació. Tanmateix, alguns residents estan habituats al seu telèfon i expressen no necessitar un smartphone. La

residència tampoc ha proporcionat eines per fer videotrucades.

Les persones treballadores de residències geriàtriques tenen una manca de recursos tecnològics com ordinadors, tablets... Han de fer ús dels seus dispositius personals per a la seva feina. Les persones residents d'aquestes residències també demanen internet, tablets o ordinadors, i en el cas que en tinguin, d'acompanyament en el seu ús i funcionament.

El fet que les residències estiguin o no lluny del centre i estigui ben connectades per la xarxa de transport públic fa que les persones residents puguin involucrar-se més en la comunitat i fer activitats fora de la residència.

### **A3.4. Desorientació i pèrdua de control dels residents sobre la pròpia vida**

Els trasllats constants d'habitacions i fins i tot de centre, com en els casos de residents positius que van marxar a altres residències més preparades o negatius que van marxar temporalment a hotels adaptats, el canvi constant d'auxiliars, perquè es va contractar molt personal nou i temporal per suplir baixes, van tenir un impacte molt negatiu en la quotidianitat de les persones residents. Estaven molt desorientats

### **A3.5. Afectacions en la conciliació familiar**

#### **Els/les treballadors/es viuen malament la separació de la família i la por a contagiar-los**

Els treballadors i les treballadores (en especial les treballadores) veuen molts cops la seva vida familiar molt afectada ja que en assumir un rol de treballadores essencials viuen amb molta por contagiar als seus familiars convivents. Hi ha treballadores que comenten (i encara els afecta emocionalment de forma

intensa) com van haver de separar-se durant mesos (primeres onades) dels seus fills/es o persones dependents per por al contagi. També hi ha treballadores que a l'estar en contacte amb el virus han seguit normes més estrictes a fora de la residència que la resta de la població.

La responsable higienicosanitària d'una residència explica molt emocionada entre llàgrimes que van decidir amb la parella deixar les seves dues filles a casa dels seus pares per por al contagi. *"Me'n penedeixo tant, d'haver fet això. Ara me n'adono que primer són elles. Ai, per favor. (Plora.) (...) I jo anava a casa dels meus pares, allà a la finestra i elles al balcó. (...) Bueno, la petita té deu ara i la gran té quinze. No, no són petites. La meva petita és molt carinyosa, amb mi. Després quan van tornar a casa també va ser difícil; la petita no volia tornar a casa. (Plora.) Perquè volia dormir... Perquè va dormir amb la meva mare i, clar, ella volia dormir amb mi, a casa. I va estar, doncs, degueren tornar al maig, doncs fins després... Bueno, tot l'estiu va estar dormint amb mi, poder fins al setembre; el meu home dormint en un matalàs a terra i ella amb mi."*

**Les persones amb qui conviu els/les treballadors/es han d'assumir més feina de casa o es produeix sensació de desatenció cap a la família pròpia**

Algunes famílies han conciliat perquè la parella que es quedava a casa es feia càrrec de tot, d'altres no han tingut aquesta sort ja que ambdues persones de la parella eren treballadores essencials o del sector residencial. Això ha estat especialment dur quan algú de la seva família necessita també atenció per part de la treballador (ens reporten casos, per exemple, de malaltia de la parella o dèficit d'atenció dels fills).



### Impacte en els familiars cuidadors de deixar d'anar a la residència

Els familiars de residents també pateixen una època on tenen més preocupacions, emocionalment molts no saben fer front al buit que els deixa no poder desenvolupar la seva tasca de cuidadors amb els residents. En alguns casos, però també ha permès el desenvolupament d'altres activitats.

Com explica la psicòloga d'una residència de discapacitat intel·lectual que té molt contacte amb familiars diu que ha vist una afectació a la salut d'algunes mares:

*“Bueno, en general, amb les que té més confiança, doncs més..., pitjor, no?, estan pitjor, estan més... Sí. Jo vaig fer una entrevista amb uns pares, i la mare plorava cada dos per tres pensant en lo malament que ho havia passat pensant que el seu fill estava aquí, que no podia estar amb ell... Llavors, bueno, ha fet molta mella, hi havia molta preocupació. Els fills, ells es desconnecten més de la realitat, no? «Ja està, bueno, tindràs videotrucada», o a alguns els hi feien arribar regals... No? Coses. I dius: «Bueno, doncs mira... Como eso les gusta mucho, y...» És això, no? Tenir la cosa, l'objecte i ja està. Però les famílies..., bueno, algunes mares eren com més... També era: «Pues, faig voluntariat». Perquè algunes, clar, s'alliberen, venen aquí i és como: «bueno, ja tenen algo en què pensar, que són bebès i, llavors, és un bebè per a tota la vida, no hi ha evolució, han de dutxar-los, han de..., tot, no?» Perquè si ells no poden estar sols, res, seria un desastre, no? Llavors, clar, moltes s'alliberen, les que són més... Doncs mira, la Julia ha fet una carrera universitària, no? Altres doncs fan voluntariat, jo què sé, fan la coral, altres que fan..., jo què sé, tenen molts fills i..., els nens. Bé, tot això s'ha vist ressentit. Llavors, més empobriment, més dolències físiques, hi ha molts que «ay, es que no puedo venir porque me tiene que traer mi cuñada o mi nuera, i no sé què...» Saps? És veritat, tots en general s'han fet més grans del que tocava en tan poc temps”.*

### A3.6. Afectacions en la salut derivades de l'aïllament social i la disrupció en la vida quotidiana de les mesures sanitàries

#### Deteriorament accelerat de les persones residents

Les mesures de distància social han impactat de múltiples maneres en la salut de les persones residents.

Per una banda, alguns familiars de residents geriàtrics que van morir durant la pandèmia expressen que es van “deixar anar” quan els van tancar i ja no podien veure’ls. La manca de relacions socials, especialment amb les persones més significatives i properes, va suposar per a aquests residents treure un dels al·licients vitals, quelcom que va implicar un baix estat d'ànim amb conseqüències per a la salut.

La Sofia, la neta d'una resident que va morir durant la pandèmia en una residència, però que no va agafar COVID-19, explica que en el cas de la seva àvia segurament va decidir que es volia morir quan la van tancar: *“jo crec que no va entendre massa i que es va sentir com..., sí, segurament sola i que la vida era en plan... Què és això? Això no val la pena, tancada tots aquests mesos, no veient-nos... Ella era de veure'ns, d'estar amb gent, de sortir...”* De fet explica, que va estar hospitalitzada durant unes setmanes i allà podia veure-la però van tornar a restringir les visites degut a la pujada de casos i llavors ella es va morir just quan portaven dos dies sense poder-hi anar: *“Davant la situació de no veure ningú, també segur que va jugar un paper. Es va deixar anar i va dir...”*

Els treballadors i les treballadores també es refereixen a una pèrdua de capacitats cognitives i funcionals arrel del tancament, en part

com a resultat d'una certa abúlia que no és infreqüent en alguns/es residents institucionalitzats/des i que es va veure agreujada per l'aïllament social.

#### Agressivitat, comportaments disruptius i autolesions en els residents

L'estat d'ànim baix i el deteriorament físic i cognitiu no van ser els únics efectes de l'aïllament. Els/les treballadors/es també indiquen que els comportaments disruptius, violents i autolesius també van augmentar fruit de l'aïllament perllongat.

En el cas de la residència de discapacitat intel·lectual l'impacte en alguns casos va ser molt greu perquè eren molt sensibles als canvis en la vida quotidiana i en els patrons relacionals. Són persones acostumades a veure els seus familiars d'una determinada manera, sortien, anaven a menjar plegats, etc. El contacte físic és molt important perquè és la via principal de comunicació. Substituir aquestes formes d'interacció per unes altres va suposar un gran trasbals i les conseqüències eren pitjors que l'absència d'interacció. Això va fer que les direccions no poguessin aplicar les mesures de distància i aïllament social en alguns casos i per no incórrer en problemes legals van haver de demanar informes mèdics per demanar un tractament excepcional.

L'Elena, directora d'una residència de persones amb discapacitat intel·lectual explica:

*“Al començament vam posar unes carpes a l'exterior i ells, quan arribava la família, els vestíem amb totes les EPI, vale? Fèiem un recorregut senyalitzat, per on podien passar i per on no, i llavors feien la visita d'una hora, separats, sense poder tenir contacte físic, amb tot el que representa. I bueno, i feien la visita i ja està. Però clar, moltes vegades, no té significat per a ells, no?, perquè estan més acostumats a això: a través del menjar, del berenar, de compartir, no?, o de fer una activitat junts, perquè tampoc hi ha contingut verbal, no poden mantenir una conversa de «com t'ha anat avui». Alguns són no verbals. Llavors, com li dones qualitat o chicha en aquella visita? Llavors era, bueno, poc adaptat al que ells necessiten. Nosaltres, en un cas, a més, molt..., molt evident, o sigui, tenim un noi, per exemple, que la seva estabilitat emocional depèn de*

*si veu..., de la seva rutina del cap de setmana, que és que el dissabte veu el pare i el diumenge veu la mare, vale? Llavors, vam fer, bueno, l'excepció que quan no es podien fer visites, ell va tenir les seves visites amb la família, però no visites aquí, ell feia la seva sortida, perquè d'això depenia com estigués el noi. O sigui, estem parlant d'una persona que si no podia veure el dissabte el pare i el diumenge la mare, era capaç de llançar-se daltabaix de les escales, o que entrava en un cercle de enuresi i encopresi constant, constant, no?, i de menjar-se les femtes, d'empaperar el lloc on estigués... D'un patiment tan gran que, bueno, ho vam parlar amb el seu psiquiatre, li vam demanar de poder elaborar un informe... Nosaltres vam elaborar un escrit i un certificat perquè la família el pogués portar, i bueno. I després ja va sortir tot el tema de les sortides terapèutiques...*



### Impacte molt negatiu en la salut mental de les persones familiars cuidadores

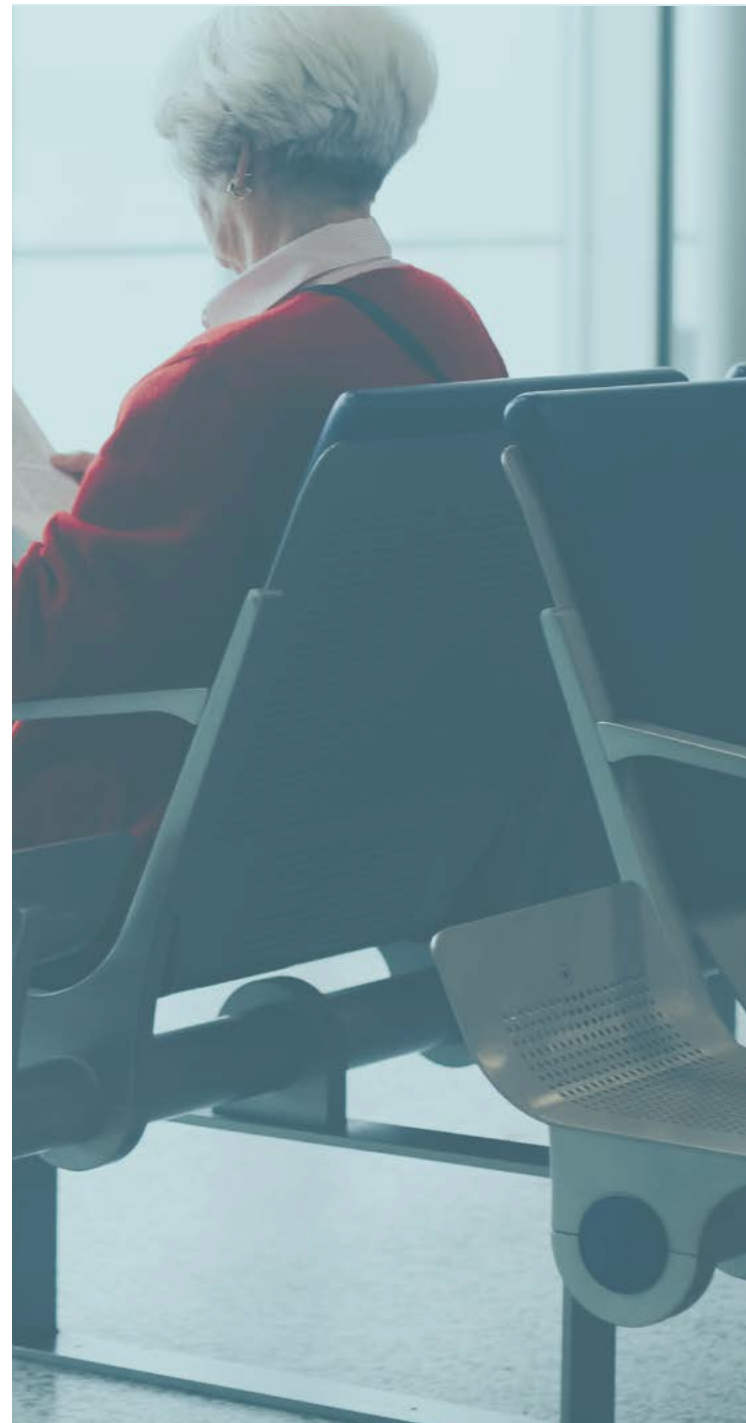
La manca de contacte social amb les persones residents també ha tingut un impacte important en els/les familiars, especialment en aquells casos que mantenien un contacte molt freqüent i participaven de la vida del seu familiars dins la residència.

El tancament de les residències va fer que els familiars no poguessin acompanyar als/les residents en processos de final de vida i ni poguessin experimentar aquest procés en primera persona. El fet que els familiars no poguessin sentir i veure el deteriorament accelerat de la salut del seus familiars i que no poguessin fer res els ha generat un sentiment profund de culpa per haver abandonat al seus familiars.

El Lluís explica:

*“és que jo vaig estar durant molt de temps, que això fins i tot em va provocar problemes seriosos de parella... Jo creia que jo no havia de viure perquè li havia fallat a ma mare i jo havia de marxar amb ma mare, i em va costar molt de temps, molts mesos, poder arribar a pensar que no, que no, que la solució no era..., la solució per allò que t'he dit que creia que no havia fet prou, si m'havia equivocat, que la solució no era que morís jo també, sinó fer coses, continuar a la coordinadora, encara que ma mare no hi sigui, continuar fent entrevistes, continuar anant a programes...”*

A banda de la manca de contacte social amb les persones residents, els familiars que han passat per aquesta situació consideren que hi ha una sèrie d'elements que poden haver agreujat la situació. Per exemple, la manca d'informació i de comunicació amb la direcció



durant les fases més crítiques de la pandèmia ha generat desconfiança sobre el que “realment estava passant” amb els seus familiars i certa indefensió i frustració davant la incapacitat per fer alguna cosa. Això ha tingut especial incidència en els dols

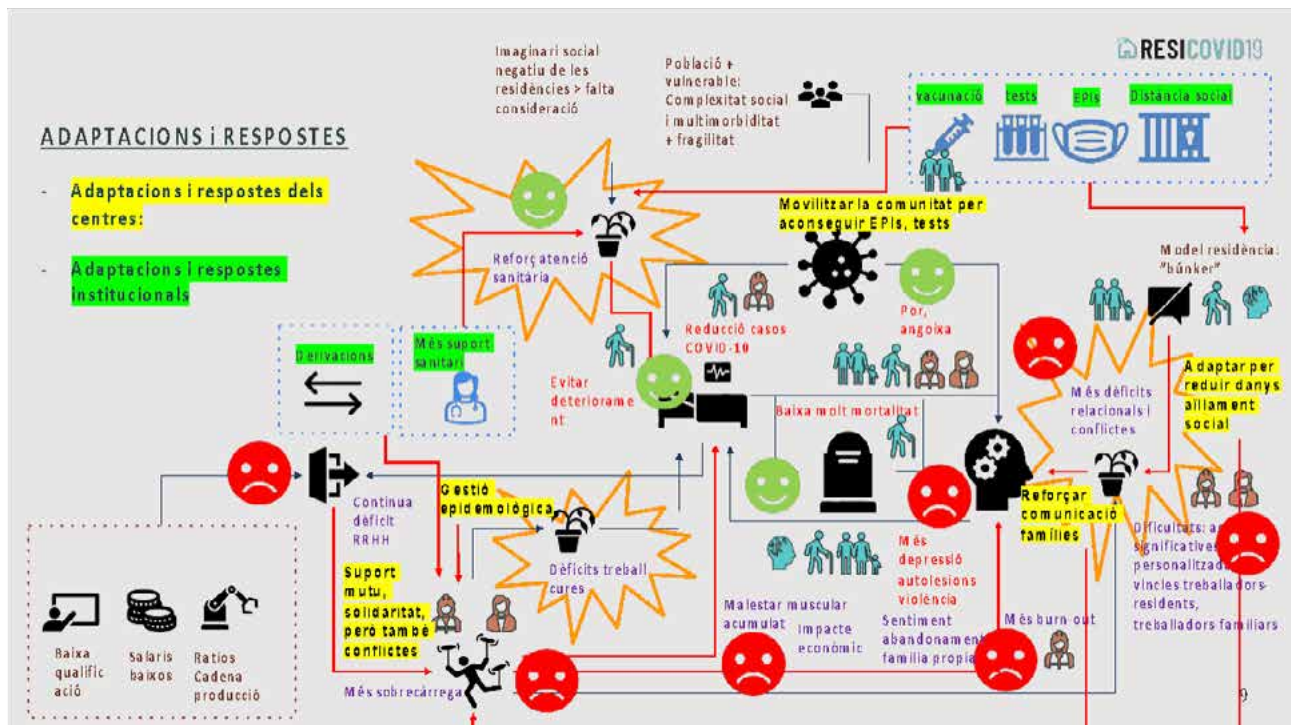
La Laura explica que l'únic contacte amb la seva mare era per telèfon però no estava bé i només la sentia cridar. El que era més important per elles dues era que li respectessin les voluntats anticipades, volia morir dignament amb sedació. La Laura considera que es va deixar morir perquè no volia passar per tot allò i no li van respectar la sedació... La van tenir amb morfina uns dies. Es va barallar amb la direcció perquè no tenia garanties que li respectessin, davant la seva insistència a veure-la li van restringir les visites i posteriorment va denunciar la residència. *“O sigui, la directora i jo ens vam trobar al pati, en un jardí preciós que tenia la residència i suposo que encara el té, jo amb el testament vital de voluntats anticipades així, i ella, amb la còpia que tenia, perquè a més, l’havien perdut anys abans. Durant vuit anys havia tingut temps de presentar dos vegades el mateix document, perquè l’havien perdut i per mi era imprescindible. «Bueno, directora...» Diu «estamos respetando...» I jo «no lo estáis respetando. Los de paliativos no han visto a mi madre. Le estáis poniendo morfina y tal...» Pero era «no te dejamos porque no te dejamos». O sigui, primer perquè no ens ve de gust. Després et deixem i llavors si la lles, perquè jo la liava... clar que la liava, si s’estava morint i no la deixaven descansar. Pues llavors es van inventar que no podia tornar més i em van deixar tornar quan ja estava sedada.”*

La Diana, directora de residència geriàtrica, explica que estes situacions van ser les més dures per les persones residents i per a ella mateixa: *“Fèiem les videotrucades que la gent s’estava morint i el familiar... Buf. És que molt fort. Hi havia un senyor que tenia la seva dona que venia cada dia, cada dia a donar-li el menjar i el sopar, cada dia. Me’n recordo perfectament el dia que li vam dir que no podia venir. Jo li vaig dir «tranquilo, todo irá bien» i la seva dona es va morir. (Diana comença a plorar.) Va morir la seva dona i ell fent una videotrucada i la seva dona estava agonitzant i ell, buà, «Maria, Maria». Molt fort, eh? Aquesta experiència dolorosa es va tornar a “activar” quan es va re-obrir la residència i els familiars van poder tornar a entrar per recuperar els objectes personals: “I vam començar a citar tota la gent que s’havia mort durant l’etapa més de COVID-19. I per mi allò va ser un moment duríssim, però duríssim, de tornar a revivre-ho tot.”*



## B. Adaptacions i respostes davant la pandèmia (objectiu 2)

Fa referència al conjunt de respostes i adaptacions a situacions disruptives i de crisi per part dels i les professionals, familiars i residents. En aquesta secció no detallem les mesures que deriven de les polítiques sinó que posem el focus en allò que van fer els centres per implementar-les, especialment en les adaptacions i solucions que van desenvolupar internament. En molts casos, són respostes a les afectacions descrites en l'apartat anterior.



### B1. Adaptacions i respostes sanitàries per fer front a la COVID-19

Davant la manca de recursos per reduir la transmissió del virus, els treballadors i treballadores van aplicar sistemes de contenció per preservar la seva salut i dels residents.

#### B1.1. Accions per controlar la transmissió i els efectes de la COVID-19

##### Trobar EPIs i tests

Al principi hi havia grans problemes per trobar EPIs. Davant d'aquesta situació, en moltes residències es va decidir que els pocs EPIs que hi havia els farien servir les persones que estaven en primera línia i que els equips tècnics no tinguessin contacte amb els residents

prioritzessin, en la mesura del possible, el teler treball. Algunes treballadores van fabricar mascaretes a casa i van mobilitzar recursos propis per aconseguir-ne més. Alguns familiars van aconseguir-ne també gràcies a contactes de feina. Les direccions van haver de gestionar les poques EPIs que tenien i guardar-les perquè "desapareixien" dels magatzems.

Com explica la direcció (RG4), van haver de mobilitzar voluntaris, famílies, i altres entitats de la comunitat per aconseguir EPIs encara que no fossin homologades:

*"Lavors, ens vam posar a través de persones voluntàries a fabricar mascaretes de roba. Familiars també ens van aconseguir*

*algunes pantalles... Bueno, una mica a través de donatius. D'entitats no lucratives apareixien aquí i ja ens deien: «Té, us hem portat...», no?, «quatre mascaretes». En general eren totes de roba. Vull dir que... Però bueno, teníem algunes quirúrgiques, algunes..., FP2 les que menys. I a través d'això vam anar fent un petit magatzem, bueno, en un armari, eh?, vull dir...».*

A l'inici de la pandèmia, l'accés a tests va ser molt complicat i crític ja que no els permetia saber qui estava infectat i qui no. Algunes empreses i les direccions es van mobilitzar per intentar aconseguir tests per via privada. No eren suficients per tenir un control epidemiològic mínim però sí que els va permetre adonar-se que algunes formes d'aïllament no estaven funcionant.

### **Grups bombolla**

Per minimitzar el contagi dins les residències geriàtriques, algunes direccions van augmentar els horaris de les auxiliars a 12 hores dos dies i descans dos per fer grups bombolla entre treballadores. En les residències estudiades, els treballadors i treballadores no es van "tancar" amb els residents però sí que és una mesura que van prendre altres residències segons alguns treballadors entrevistats i entrevistades.

### **Adaptació sectorialització i aïllaments per controlar les infeccions**

Degut als contagis i la mortalitat per COVID-19, les residències van seguir protocols d'aïllament individual a les seves habitacions i, a mesura que la COVID-19 es va perllongar, mesures d'aïllament selectiu per unitats. També es van fer sectorialitzacions en residències que no disposaven dels espais per fer-ho. Per exemple, alguns espais comuns, adequats només per a la realització d'activitats puntuals, van esdevenir espais on els positius de COVID-19 van passar molts dies malgrat no

eren espais gaire confortables ni adaptats per passar-hi tant temps.

*L'Elena, directora d'una residència de discapacitat intel·lectual que va tenir molts positius durant la primera onada, explica que "va arribar un moment que hi ha persones que era impossible aïllar-les a la seva habitació. Nosaltres vam muntar aquí, a la sala de fisio, és una sala gran que disposa de dos banys, vam muntar la sala d'aïllament, vale?, i vam comprar dos plegatins. Vam arribar a tenir fins a quatre persones, vale? També pensant molt bé quines persones podien estar juntes, no?, per les característiques d'ells. I bueno, vam anar fent aïllaments aquí com vam poder, de manera esglaonada. Va haver hi un moment que va ser al revés, que aquí vam tenir els sans, els pocs que quedaven, i a dalt, en els mòduls de convivència, era on teníem els contagiats de COVID-19. Llavors feien... A dalt anaven tots els professionals amb l'EPI completa, i aquí estaven les persones que encara no havien manifestat símptomes, i això. Vale?"*

En aquestes residències que tenien problemes per sectorialitzar (perquè estaven estructurades en vertical o eren petites tipus casa), els canvis en els usos dels espais van ser constants i va implicar un trasllat constant de les persones residents d'un lloc a l'altre en funció de la situació epidemiològica.

*La Jessica, directora d'una residència geriàtrica privada i petita, explica que van fer servir un mapa COVID-19 de la residència, que anaven actualitzant i que tenien a la paret, per prendre aquestes decisions. "Nosaltres tenim com quatre zones, tenim com quatre plantes. Llavors aquí sí que vam intentar una mica..., llavors, en funció del volum de persones que teníem al centre en sospita, pues vam anar decidint. Primer van ser al segon pis perquè teníem deu llits.*

*Llavors una mica amb les persones que estaven a l'hospital més la resta anàvem dient «vale, pues els que tenen una mica de símptomes o han estat en contacte a l'habitació, pugem al segon pis». Fins que vam omplir. Llavors va arribar un punt que vam dir «no, no, clar és que ara tenim més persones». Llavors, no, pues ara al primer pis que tenim disset llits, ara els que estan bé... I vam anar fent molts canvis d'habitació.»*

Fins i tot en una de les residències grans amb unitats de convivència, i per tant, fàcilment sectorialitzable, les direccions van haver d'aprendre a sectorialitzar per prevenir contagis. Cal dir, que la funció d'entitats amb experiència com Metges Sense Fronteres o les mútues van ser importants per implementar aquests canvis. Ara bé, això no els va estalviar de fer adaptacions constants ja que el criteri epidemiològic no era l'únic important: els aïllaments i els trasllats de persones es podien fer o no en funció de les característiques físiques de la residència, el personal i a les característiques dels residents.

La Norma, directora d'una residència geriàtrica gran, sectorialitzada i que va esdevenir recurs buffer, comenta:

*“I ja vam tenir una persona aquí in situ de Metges Sense Fronteres, que ara treballa al Departament. I ens va ajudar molt. Ens va ajudar molt a ensenyar-nos a sectoritzar, a dir: «No, no, és que el virus t'entra per tot arreu. Si es diu que per aquí no es passa, per aquí no es passa.» Clar, també li havíem de dir: «És que aquí, la gent hi viu. És casa seva, eh? També has d'entendre que és molt diferent, que a un hospital tu pots manar, però és que aquí és casa seva també, eh? No perdem el nord.»*

En aquest sentit, les direccions de les residències geriàtriques i de discapacitat intel·lectual ens expliquen que van adaptar els aïllaments a la situació del residents i les seves necessitats. Per exemple, no podien aïllar en una habitació a les persones amb demència amb tendència deambulatòria.

Si bé els esforços per implementar els protocols i sectorialitzar correctament reduïen els contagis, els treballadors tenien la percepció de que no acabaven de controlar els contagis i mantenir zones “lliures” de COVID-19.

Així doncs, la tasca d'adaptar les mesures d'aïllament i de sectorialització a les necessitats socials dels residents, malgrat que no semblava una prioritat durant els mesos més crítics per moltes persones entrevistades era una manera de vetllar per la seva salut, i pels seus drets.

L'Elena, directora d'una residència de discapacitat intel·lectual, comentava:

*“Nosaltres hem anat alleugerint, perquè hi ha un tema que és que són persones de dret. O sigui, lo que... Hi ha una cosa que feia moltíssima ràbia sentir, d'altres entitats del sector també: «per no tenir contagis, no fem visites». I dius: a veure, quan ja era una època en què els protocols deien, no?, que podien fer sortides ... I dius: «a veure, lo que et vols estalviar és el maldecap, la responsabilitat d'assumir casos de contagi. Que em sembla bé que posis tots els, no?, les mesures possibles. Però clar, o sigui, estàs vulnerant la possibilitat de què aquesta persona tingui relació amb la seva família, amb tot el que significa. Llavors aquí sempre vam intentar modular, perquè em sembla tan dolenta una opció com l'altra. O sigui, està clar que has de garantir la seva salut, però també la seva salut mental i emocional. Llavors, és totalment injust. No ho sé, no ho sé. Jo crec que aquí sí que ho hem tingut molt clar, de què havíem de preservar com fos la relació familiar.» Perquè, a més, és que la gent que... Hi ha determinades persones que la seva estabilitat emocional depèn d'això. No pots obviar-ho. (...) Però és que jo crec que en tots els casos. La gent gran és lo mismo. O sigui, com pots...? Com pots privar de la relació familiar a una persona d'avançada edat, quan la soledat és, no?, es tan perjudicial? No sé, què ja, per edat, vas perdent vincles, perquè la gent del teu voltant es va morint. Llavors, els pocs que tinguís intenta preservar-los. No sé. I amb salut mental tres quarts del mateix. O sigui, ja són persones que tenen tendència a l'aïllament, si els aïllem encara més, o sigui, quin flaco favor els hi fem, no? No sé, és un tema de dret.”*

### Reforçar la implicació del personal sanitari

Algunes direccions consideren que els canvis en la implicació del personal sanitari van ser claus per afrontar la pandèmia.

L'Elena, directora d'una residència de discapacitat intel·lectual, comenta que la implicació dels metges i infermers de l'EAR va ser molt important perquè es van quedar sense infermera i havien d'aprendre a posar-se les EPIs, a detectar la clínica de la COVID-19, a gestionar els casos, etc. Com ella mateixa explica, no és un recurs sanitari sinó educatiu i social, per tant necessitaven molt la implicació dels sanitaris del CAP, que portaven l'EAR. *“Pues, la dedicació de l'EAR, vull dir, el mateix. Va ser..., jo crec, penso en aquell moment, va agafar les regnes que és el que s'havia de fer, com s'havia de fer, i a partir de llavors ja teníem algú amb qui parlar, amb una veu amiga, no?, d'estic així, què faig? I era una dedicació constant de, de dilluns a diumenge. Fos l'hora que fos. Nosaltres ens vam sentir molt recolzats per ells, i venien cada setmana varies vegades. Vull dir, bueno, durant el brot, per suposat, «cada vegada que els dèiem aquest noi no sé què», o ens deien «baixeu-lo a tal a fer una radiografia», o ens deien..., ens donaven instruccions. La veritat és que la intervenció de Salut es va notar molt. Es va notar molt.”*

Això es va traduir en un major suport sanitari en el control epidemiològic de la COVID-19 però també en la possibilitat de derivar tasques relacionades amb el seguiment de la salut dels residents, com comunicar als familiars l'estat de salut dels residents.

La Norma, directora d'una residència geriàtrica gran, explica:

*“Se'ns va incorporar un metge que treballava a l'Hospital però que era diferent, que en aquest cas ens va ajudar molt, perquè*

*és una doctora amb un aspecte molt humà, i ens va ajudar molt a contenir les famílies, acompanyar les famílies en el procés de la malaltia i tot, perquè és una persona que li agrada parlar, que és molt sociable. I això ens va ajudar molt, perquè depèn de quin tipus de professional t'enfonsa en la misèria, en aquest sentit, eh? Vull dir, perquè si no té empatia i ell només és clínic, doncs, ha de tenir aquesta visió més humanitària també i de relacionar-se amb les famílies. I això va ser un element positiu al canvi.”*





### Derivacions

Davant la manca de recursos sanitaris, la impossibilitat de sectorialitzar sense garanties i l'augment de casos, es van crear dispositius buffer on traslladar a persones positives o negatives que no podien ser ateses en condicions en les seves residències.

Les persones residents entrevistades que es van traslladar a recursos lliures de COVID-19, com hotels adaptats, expliquen aquesta experiència amb gratitud, perquè es van sentir cuidats i protegits. La majoria de direccions entrevistades que en van fer ús, una geriàtrica i de discapacitat intel·lectual, creuen que van tenir un impacte positiu per garantir la seguretat de les persones residents. La direcció d'una residència geriàtrica que va conver-

tir-se en recurs buffer per atendre residents amb COVID-19 d'altres residències també considera que va ser una bona mesura per donar resposta a la crisi.

Ara bé, les direccions també assenyalen els reptes que implicaven les derivacions per a la salut dels residents..

La Jessica, directora d'una residència geriàtrica petita i privada, explica que al principi van decidir derivar davant qualsevol sospita, no tenien experiència ni les mesures adients, però més endavant quan la situació estava més controlada van decidir no fer-ho i atendre'ls allà mateix. Té la sensació que *“els que havien sortit, no van tornar”* i en canvi, els que van atendre a la residència van estar més ben tractats i no van morir. La sensació que una vegada sortien de la residència, es perdia el control sobre l'atenció als residents era un problema per a les direccions, ja que la responsabilitat davant dels familiars era la mateixa. Aquest fet generava situacions complicades si la salut del residents empitjorava o moria mentre estava derivat.

De fet, la Norma, directora de la residència geriàtrica que rebia residents amb COVID-19, comenta que les derivacions suposaven un risc per manca de documentació sobre el tractament del resident i transferència del tipus de cures i atenció que necessitaven. Això augmentava la possibilitat de cometre algun error amb conseqüències importants per a la salut de la persona derivada. *“Et venia gent sense informes mèdics, sense medicació, i atén-los. Que dius: «Jo vull fer les coses bé, jo no vull que em pugui passar alguna cosa amb aquestes persones que no conec absolutament de res.» I era dur gestionar aquesta incertesa.”*

Ahora, els criteris d'admissió de recursos lliures de COVID-19, per protegir els residents no infectats, no estaven adaptats a la realitat de

molts centre. Per tant, per manca de recursos per atendre situacions de gran dependència, alguns residents no es van derivar malgrat el risc de contagi era molt alt.

La Jessica, directora d'una residència geriàtrica ens explica que volia derivar a un hotel els pocs negatius que tenien i no va poder perquè *“havien de caminar 100 %, no podien tenir cap ajuda tècnica, i no podien tenir patologies de base compatibles amb la malaltia. Llavors cap persona de les que tenim”*.

### Vacunació

El desplegament ràpid de la vacuna va ser una resposta molt eficaç. Segons les persones entrevistades va tenir un efecte balsàmic perquè millorava la protecció dels/de les treballadors/es que patien pel contagi i també va tenir un efecte psicològic perquè veien com els efectes de la primera onada no es tornarien a repetir perquè el nombre de casos greus va disminuir molt.

## **B1.2. Suport a les persones afectades per COVID-19**

### Suport psicosocial i econòmic als treballadors

El treballadors que van patir la COVID-19 fan referència a la importància del suport professional per fer front a les seqüeles físiques però sobretot psicosocials de la malaltia.

L'Armando, un auxiliar de 60 anys amb origen migratori que va patir una COVID-19 molt greu, explica que va superar les idees suïcides i la depressió produïda per la incapacitat que li va provocar la COVID-19 gràcies al grup d'ajuda mútua de l'hospital i el seguiment dels metges, que li deien que es recuperaria.

Un aspecte molt important en la recuperació de la COVID-19 per part dels treballadors i

les treballadores és el suport econòmic. En aquest sentit, s'han produït respostes “solidàries” per donar resposta a mancances en les ajudes econòmiques, que afectaven molt especialment els/les treballadors/es més vulnerables.

Els companys de feina de l'Armando van fer una col·lecta perquè es va quedar sense paga extra degut a la llarga baixa per COVID-19 i necessitava els diners per comprar una part del tractament de recuperació que no estava inclòs en la Seguretat Social i que li anava molt bé per recuperar-se.

Per altra banda, l'Elena, directora de la residència de discapacitat intel·lectual, considera injust que la compensació de 900 euros pels professionals exposats a la COVID-19 no inclogui el personal de neteja i cuina, ja que en el seu cas van estar igualment exposats i eren treballadors essencials. L'empresa els hi va compensar.



### B1.1. Respostes i adaptacions davant la manca de RRHH

- Multitasking per cobrir les baixes: els treballadors van haver d'aprendre a fer feines que no feien.
- Reclutar estudiants en pràctiques i oferir continuïtat en la feina una vegada acabada la pandèmia

### B1.2. Respostes i adaptacions davant les noves necessitats i tasques derivades de la pandèmia

Cal desenvolupar més aquests punts a partir de l'anàlisi.

- Capacitació i formació exprés en EPIs i gestió de la pandèmia (sectorialització, etc.)
- Les direccions van establir aliances amb entitats del seu entorn que aportessin aquestes capacitats que no tenien
- Noves tecnologies per facilitar la comunicació amb els treballadors (grups de Whatsapp) i els familiars (app de comunicació)

### B1.3. Respostes i adaptacions davant dèficits en el treball de cures

#### Implicar treballadors/es amb menys feina per les restriccions o que no fan atenció directa.

Arrel de la manca de personal, de les feines afegides que implicava el control epidemiològic i del temps que això suposava per a realitzar les tasques habituals, es va prioritzar reforçar l'atenció a les activitats de la vida diària implicant-hi al personal tècnic, que normalment no fa aquestes tasques.

La Jessica, directora d'una residència geriàtrica explicava:

*“Potser els que van notar una mica més de feina, el canvi, van ser una mica més els tècnics, que van començar a donar una mica més de suport en temes potser de: els àpats o... Vull dir, no van fer mai una higiene ni res, perquè en aquest sentit, vull dir no tenen..., no ho saben fer, i vull dir, ajudaven a vigilar o poder una mica, no?, preparar el tema de l'àpat o lo que sigui, però clar ells, de fer les seves activitats, clar, feien falta moltes més mans per fer altres coses, no? (...) Llavors, potser els que van fer una mica més el canvi en la seva tasca diària van ser ells, però... I la resta, bueno, pues, van començar, per exemple, les videotrucades, que fins aquell moment mai no s'havia fet una videotrucada, no? En aquest sentit, sí que van ser tasques diferents, però clar, lo que es va haver de prioritzar va ser sobretot el tema de l'atenció de les activitats de la vida diària...”*

### B2.4. Respostes i adaptacions davant l'impacte en salut dels canvis en els treballs de cura

#### Suport mutu i solidaritat entre treballadores davant les situacions més crítiques, especialment entre personal que es coneixen, porten temps i tenen una idea vocacional.

Grup de discussió amb auxiliars d'una residència geriàtrica gran:

- *“Pero bueno, éramos todas... Un día te da un abrazo una, otro día te da un abrazo otra... Otro día... Estábamos como una piña, y sacas fuerzas de donde no las tienes. Y somos mucho más fuertes de lo que nos imaginamos, sí.”*

- *“Bueno, és que vam passar moltes hores aquí dintre tots, moltes.”*

- *“O també, jo crec que he vist les fortaleces, però també he vist, de companys, que*



*potser les relacions no han sigut tan estretes, perquè potser són persones que potser m'han sorprès. Ni en negatiu ni en positiu. M'ha sorprès una mica la seva actitud.”*

### **Suport psicològic però poc ús i moltes vegades inadequat a les necessitats dels i les treballadors/es.**

Les treballadores entrevistades no han rebut ajuda psicològica per part de la seva institució o bé perquè no creien necessitar-ho (tot i expressar símptomes d'afectació psicològica) o bé perquè no coneixien aquest servei. En algunes s'oferia en d'altres no. De totes maneres, una de les directores entrevistades explicava que aquest és un altre tret diferencial amb els professionals sanitaris del seu hospital de referència, on sí que s'ha ofert aquest servei i es fa un major ús. En la seva residència ningú el va utilitzar.

Entenem pel que ens expliquen que hi havia una sensació d'estar en una situació d'emergència continua on no era possible parar-se a compartir els problemes o tractar-los per la por a no poder continuar.

## **B3. Respostes i adaptacions davant la disrupció de la vida quotidiana de les mesures sanitàries.**

### **B3.1. Respostes a l'afectació emocional de la disrupció en la seva quotidianitat**

#### **Facilitar activitats d'entreteniment.**

Les activitats d'entreteniment han estat molt importants. Els/les auxiliars, els/les monitors/es, van haver de desenvolupar activitats socials per “distreure” o omplir el temps dels residents perquè no podien sortir i no rebien visites.

Alguns residents de residències geriàtriques han fet servir els horts per plantar i entretenir-se durant la pandèmia. D'altres buscaven entreteniments com llegir, jugar, pintar...

Explica un resident de salut mental que van venir voluntaris per fer els passejos.

Un resident de salut mental té maquineta de tallar cabell i talla als altres residents homes durant el temps que no podien sortir.

Un altre explica les seves escapades: quan tornava havia de passar 14 dies tancat a l'habitació. El seu pare li va fer arribar un llibre i un dibuix per pintar. La seva parella de la residència li passava tabac i cafè per sota la porta (prohibit a la residència en uns horaris).

Explica un educador que han instal·lat una Smart-tv arrel de la pandèmia i també millorat el wifi.

### **Flexibilitzar les restriccions institucionals.**

Pel que fa als treballadors, en el cas de salut mental, van ser més permissius per les hores de prendre cafè, o en els horaris d'ús de terrassa i d'estar a l'habitació (ho tenen controlat) per poder donar la privacitat que mancava.

### **Videotrucades**

Per intentar evitar l'aïllament social total algunes residències van adquirir telèfons per fer trucades i videotrucades i van establir organigrames per que tots els residents poguessin tenir contacte amb la família. Aquestes videotrucades les duïen a terme les treballadores. Molts/es residents estan contents/es amb les videotrucades, però no són útils per tots/es els/les residents. Sorgeixen dubtes ètics entre les treballadores que es plantegen si fer-les en persones amb demència que no poden comunicar-se ni donar consentiment per a fer la trucada.

Armando comenta que les videotrucades van anar molt bé per les famílies per tranquil·litzar-les, per dir “estamos bien, es-



*tamos bien*”. Considera que aquí sí es va posar personal perquè es va considerar important. Ell també en va fer ús quan estava hospitalitzat i li va anar molt bé. Això va suposar un canvi, perquè abans no es feia videotrucada, però ara que ja s’accepten visites ja no es fan servir tant.

Un educador de la residència RD4 (discapacitat) explica que les videotrucades s’adapten a les capacitats comunicatives d’aquells residents amb poca comunicació oral. Van aparèixer a la pandèmia.

### **L’ús de les finestres per facilitar el contacte social a distància**

Hi ha el cas d’una resident que ens explica que per disminuir el seu aïllament social parlava amb la porta oberta amb la veïna del davant. En aquest mateix sentit, la directora d’una residència geriàtrica petita explica que alguns familiars del barri venien i s’apropaven a la finestra i així es podien veure.

### **Facilitar les visites malgrat les restriccions**

La direcció d’una residència petita comentava que no va aplicar els aïllaments quan hi havia un final de vida i va deixar entrar a la família... *“Potser està malament que ho digui, però quan alguna persona ja estava molt malament i havia de morir, pues jo vaig deixar que passessin a veure la seva família”*. El que feien era cedir un EPIs per familiars. Era assumible perquè no van tenir tants casos i la majoria tenia por de venir.

Les treballadores comenten que les famílies van donar molt bon feedback de la possibilitat d’anar a visitar als positius de COVID-19 durant l’onada d’òmicron. Es vestien amb EPIs i feien la visita.

Ens explicava una infermera de RG31 que es pensava que les famílies no hi anirien i els faria més respecte, però que es va sorprendre que quasi tothom els va anar a veure.

### **Informació i comunicació constant amb els familiars i residents**

Alguns familiars de residents geriàtrics que havien implementat una app per comunicar-se amb ells ens explicaven que van estar molt ben informats tota l'estona:

- *“Estàvem superinformatos. Aquí tenim un programa especial amb el qual teníem contacte, cada dia hi havien coses –si no cada dia; cada tres, és igual– explicant tot l'estat de com estava: «La tercera B està tanca-da i totes les persones que han agafat això els tenim allà localitzats i...» Per exemple, la mare quan va agafar el tema del covid, la van treure de l'habitació normal i se'n va anar a un departament tot tancat. Llavors, quan trucaves, és clar, si allà dintre no hi havia ningú, com és lògic que no hi hagi gent a cada moment, pues, «espera't que..., truca'm d'aquí a tres minuts perquè m'he de vestir i tota la història per entrar». O sigui, tot això jo considero que molt bé. “*

- *“Vale. O sigui, pel que rebo, és com que us informaven molt molt molt. I aquesta informació no sembla que t'amoïnés o que sigués massa, sinó que et tranquil·litzava o així, no?”*

- *“Sempre. I és més, vull dir, a part de lo que t'he comentat abans de que la mare volia sortir a donar un volt i tot això, que me n'informaven en el mateix moment, si ella, per exemple, agafa una descomposició o algo, t'ho diuen de seguida. O sigui, estàs superinformat d'aquella persona que està convivint, vivint aquí dintre.”*



*ens fan les receptes, no ens fan res més. No ens fan res més. O sigui, tens un metge no sé quantes hores a la setmana, que t'està pautant les receptes que et diu un altre metge”.*

### **Combatre el dèficit de personal sanitari que treballen en el camp de les residències**

Tant en les residències geriàtriques com en les de salut mental i de discapacitat intel·lectual, es valora molt positivament el reforç en l'atenció sanitària que ha suposat la pandèmia per controlar la situació epidemiològica del centre i la salut dels residents. Però consideren que hauria de reforçar-se per solucionar el dèficit de personal sanitari que hi ha a les residències, especialment infermeres i metges.

### **Sistemes d'informació per donar agència als/a les treballadors/es i col·laborar (en lloc de només fiscalitzar)**

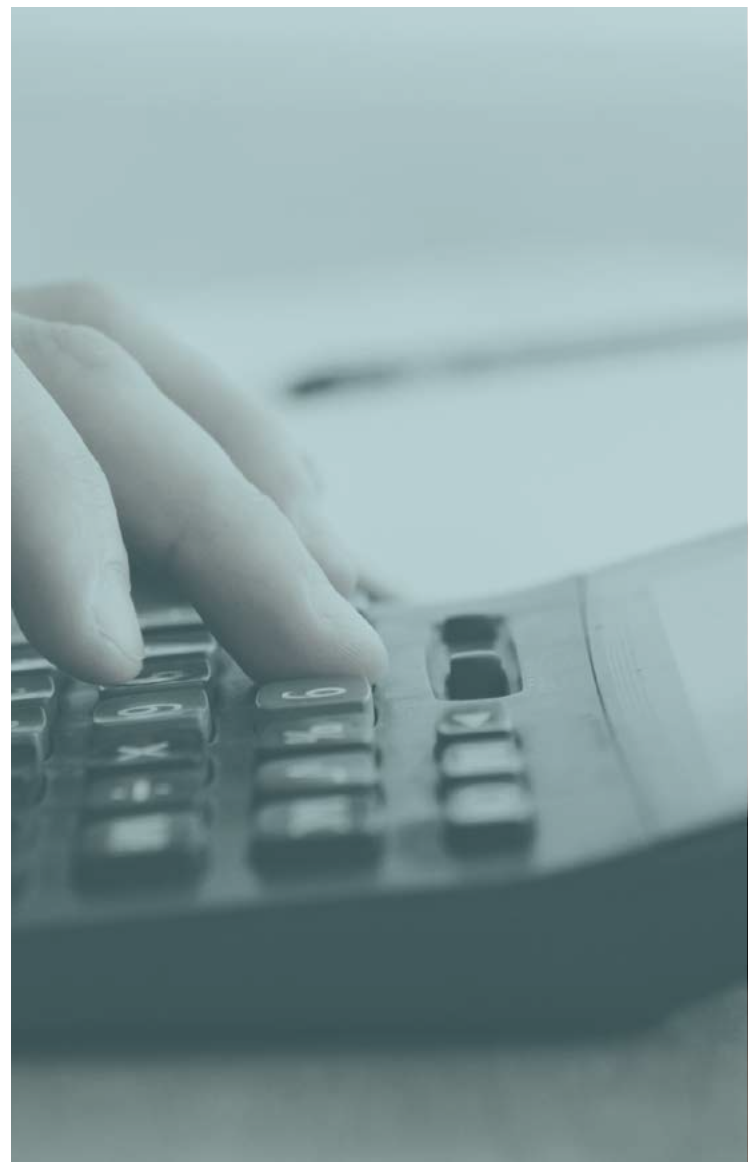
En aquest sentit, la pandèmia ha posat de relleu la necessitat d'implementar sistemes d'informació que permetin un major seguiment dels casos i molt especialment una major i millor integració dels recursos socials i sanitaris i coordinació entre residències. Les direccions entrevistades apunten en aquesta direcció però insisteixen que això no només implica invertir en tecnologia i formació del personal de residències, també implica un canvi d'actitud en els departaments d'afers socials i de salut.

La Jessica, directora d'una residència geriàtrica petita explica,

*“ara tenim accés a l'ECAP, que és el sistema informàtic, no? No té sentit que nosaltres estiguem aquí treballant amb medicació i amb canvis, truquem al 061 i ens pauten una cosa que nosaltres no tinguem aquest accés; no tenia sentit. Ara ho tenim, però no està gaire explotat. És a dir, ens han donat accés per dir «vale, ara ja teniu*

*accés», ja, però no tenim ni una formació molt específica ni re, vull dir, realment fem molt poc, eh?”*

Les direccions entrevistades tenen la sensació que els actuals sistemes d'informació han servit per a fiscalitzar els centres i exercir un major control, també per tenir una major vigilància epidemiològica, però això està desgastant la capacitat de lideratge de les direccions i l'impuls dels centres. Aquests sistemes, segons les direccions entrevistades, haurien de servir per empoderar el sector residencial, donar més responsabilitat als professionals que hi treballen i incentivar la col·laboració i l'ajuda entre els centres i el departament



La Diana, directora d'una residència geriàtrica gran, considera que hi ha un greuge comparatiu amb el sector salut i els hospitals. Es queixa de que ningú culpabilitza de mala praxis als sanitaris i als hospitals però sí que passa amb les residències. Això ha fet que és menystingui l'expertesa i coneixement dels/de les treballadors/es del sector i que s'exerceixi una tutela que reforça la idea de manca de professionalitat.

*“Lo que no trobo normal és ara, a data d'avui, que tot el dia... Hi ha un petit brot, que no és ni brot, ja ens venen a visitar de Salut Pública. Estàs tot el dia atenent gent. Ja els hi vaig dir: «Jo a part de la meva feina en tinc d'altra que no és atendre Salut Pública constantment.» A mi el que em sap més greu de la pandèmia és que... Bueno, una de les coses del sistema, eh? O sigui, els departaments han fet moltes reunions, per exemple, han fet reunions amb els hospitals d'atenció intermèdia, amb els centres d'atenció primària, com fent una xarxa. Però a les residències no ens hi han fet participar. Parlen de nosaltres sense nosaltres. I dius: «Perdoneu, les residències som professionals, som professionals que estem cuidant de persones grans, com ens deixeu de banda?» Jo també entenc que hi ha residències i residències, perquè quan fem webinars que ens convoquen, veus cada perfil que dius «hosti, mare meva, no m'estranya que al sector de residències no se'ns vegi com a professionalitzats, amb depèn què», però hi ha residències que tenim un altre nivell, una altra estructura, una altra manera de funcionar. Que es parli de nosaltres sense tenir-nos en compte i només se'ns donin indicacions del que hem de fer, sense poder opinar, i que tu per prendre una decisió de canvi de sectorització hagi de parlar amb Atenció Primària i Salut Pública perquè t'ho aprovin, dius «a veure, jo també n'he après». Vull dir, que no som els justets de la pel·lícula i se'ns tracta com els curtets. Clar, a mi això em rebenta, aquest sistema.”*



## C2. Millores en el treball de cures

### C.2.1. Millores per fer front a la manca de RRHH adequats

#### Cal millorar les ràtios i l'organització de la feina per fer possible l'atenció centrada en la persona.

Aquesta és una reclamació constant del participants, incloent els familiars. Ara bé, els familiars més mobilitzats també reclamen que per calcular les ràtios es tinguin en compte només els treballadors de primera línia, que són els que fan la major part de l'atenció.

#### Cal canviar el perfil professional: millorar la qualificació a través de millor formació i millors salaris i evitar que sigui un lloc de pas cap altres sectors on tenen millors condicions

Aquesta és una reivindicació unànime de tots els participants.

### C.2.2. Millores davant el dèficit en el treball de cures

#### Millorar el reconeixement i el treball en equip entre els auxiliars i els equips tècnics.

Hi ha treballadors/es que no es senten escoltats o recolzats per direcció. Els/les treballadors/es han de sentir-se escoltats pels/per les directius/ves i s'ha d'actuar amb les seves propostes. Són els que millor coneixen els residents, especialment els auxiliars d'infermeria i educadors.

Ens explicava un auxiliar:

*“Quan tens una coordinadora, i una directora... si es donessin un volteta... i la coordinadora, quan li fas quatre comentaris, que tu creus que per tu són importants i és com si no haguessis dit res, doncs te'n canyes...”*

Hi ha una separació molt important entre l'equip tècnic (psicologia, treball social, etc) i l'equip de monitors/es o auxiliars o educadors/es, on els últims tenen menys poder però molt coneixement de la realitat del dia a dia. Cal que hi hagi més treball en equip per unir l'equip tècnic i els/les treballadors/es de primera línia. Necessiten espais i temps assignats per treballar junts. Cal implementar una cultura i una estructura menys jeràrquiques.

Proposta de supervisió/facilitació/acompanyament extern als equips per resoldre conflictes d'equip i prendre cura dels aspectes emocionals inherents a la feina, algunes no poden fer ni tan sols reunions interdisciplinars d'equip.

#### Procediments únics i senzills de gestió de dades.

Les direccions valoren molt positivament la implementació de sistemes d'informació (ex. pel control per part de salut de la situació epidemiològica) però implica un treball de recollida d'informació enorme que cada departament demana i que no està optimitzat ni coordinat. Això implica multiplicar la feina de gestió i reduir el temps d'atenció. S'hauria d'establir un procediment únic i que cada departament després tingués la informació.

#### Pensar en residències diferents segons el nivell de dependència i les necessitats dels residents

Alguns treballadors comenten que això ajudaria a organitzar millor la feina. Les residències grans amb molts perfils diferents acaben organitzant el treball de cures de manera estandarditzada per tothom igual però en realitat les persones necessiten coses molt diferents.

#### Millores per afavorir la conciliació familiar

Una directora considera necessari canviar els horaris per millorar la conciliació i afavorir millors condicions econòmiques. Un auxiliar ens

comenta que haurien de permetre que els horaris facilitessin que les persones puguin tenir un segon treball o temps per formar-se. Els horaris no estan fet per facilitar això.

Com ens explicava l'Armando, un auxiliar:

*“Lo ideal, yo pienso que sería mañana, tarde y noche. Porque los horarios de 7 a 11 y de 4 a 10, es increíble, partidos. ¿Qué? ¿Si no vives cerca, te tienes que ir a tu casa y regresar?” Haurien de ser horaris, “que le dé oportunidades a que puedas estudiar y puedas tener otro trabajito para que tu presupuesto familiar esté más y eso conlleva una tranquilidad y tú vengas a trabajar...”.*

### C.2.3. Millores davant l'impacte en salut dels canvis en el treball de cures

#### Reforçar el suport col·lectiu i facilitar l'accés a recursos de suport psicològic

En general els/les participants comenten que l'impacte que ha tingut la pandèmia en la salut mental ha estat molt important però s'ha tingut menys en compte que les afectacions derivades de la malaltia per COVID-19.

Les direccions i les treballadores ens expliquen situacions traumàtiques i d'estrès perllongat degut al sobreesforç que han hagut de fer i la sensació de vulnerabilitat però en pocs casos han demanat ajuda professional, fins i tot quan l'empresa sí que n'ha posat a la seva disposició. Moltes persones ens diuen que no els calia però altres ens comenten que no era el que necessitaven: enlloc d'una intervenció psicològica individual buscaven acompanyament i suport col·lectiu per combatre la sensació d'aïllament i d'indefensió.

En una grup de discussió amb auxiliars d'una residència geriàtrica gran que no havien rebut ni demanat suport psicològic, una auxiliar ho expressava d'aquesta manera::

*- “És que no, demanar ajuda així, no. No sóc de demanar, eh, però, no sé, jo crec que en general no individualment, però sí com, no sé, fer algo conjunt entre tots jo crec que ajudaria. No sé.”*

*- “Algo conjunt entre tots com t'ho imagines?”*

*- “No sé, jo crec que totes les treballadores en si hem, hem patit, no? Una mica d'estrès d'aquest. I no sé, jo què sé, com un moment en el qual ens ajudés a totes a desfogar, no? I d'aquesta manera també crearia més vincle entre nosaltres. O sigui, jo crec que individual sí que et pot ajudar, però és tan fàcil com tu mateixa intentar-te gestionar, no? Que no tothom pot, clar. Però el fet de dir: «Va, des de l'empresa o des d'aquí es prepara un taller o una teràpia on fem relaxació o x per intentar que entre totes ens relaxem», que també ens aniria bé pel nivell d'estrès que trobem en el dia a dia, i també fas un vincle amb els treballadors, saps. Jo crec que això és necessari.”*

En relació als familiars, sí que s'han posat a disposició serveis d'atenció psicològica per acompanyar en el dol. En algunes residències la psicòloga del centre feia un seguiment dels familiars en aquesta situació i els familiars també ens expliquen que van rebre informació de serveis d'atenció psicològica. Els familiars entrevistats que van tenir conflictes amb les residències i que han patit dols complicats ens expliquen que ha estat fonamental l'atenció psicològica professional però apunten, com en el cas de les auxiliars, al recolzament afectiu de la parella i d'altres familiars i molt especialment dels iguals, és a dir, familiars en la mateixa situació, com la font principal de suport.

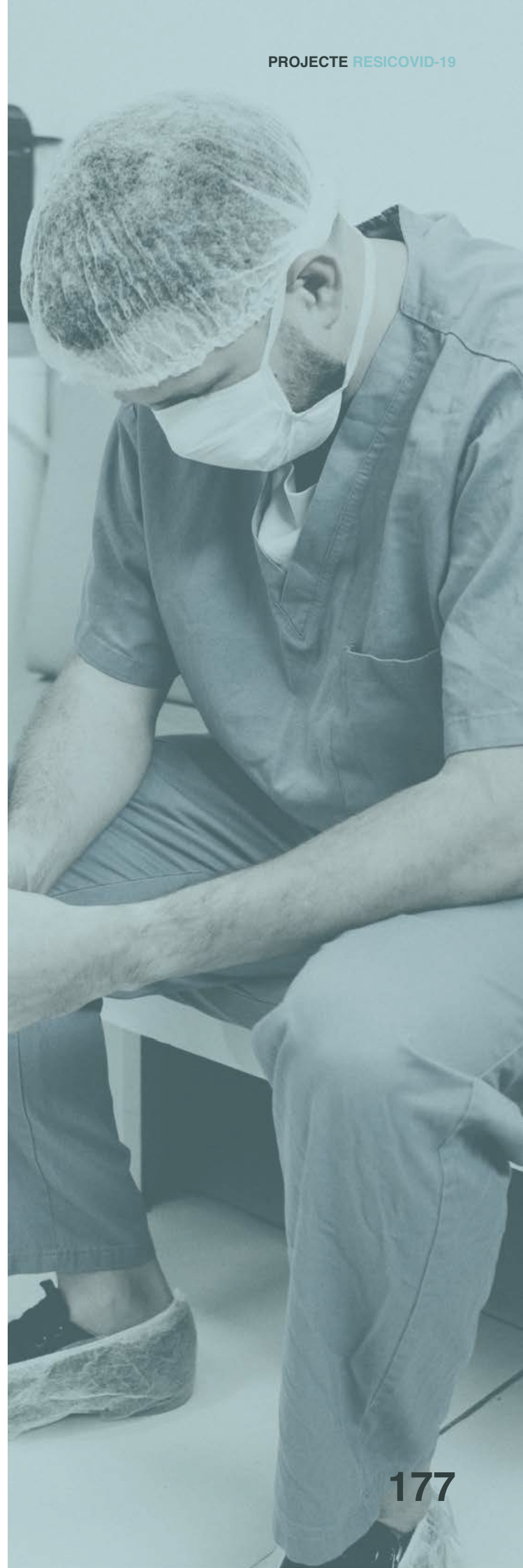
En aquest sentit, cal facilitar l'accés a recursos de suport psicològic i reforçar la identificació de situacions de risc per la salut mental, especialment en els treballadors de primera línia i



els residents. Però molt especialment, cal un canvi d'enfocament en les intervencions. Reforçar i acompanyar els malestars emocionals a través de processos de suport col·lectiu.

### **Promoure la salut laboral**

L'impacte físic del treball de cures demana una major atenció a la salut laboral dels i les treballadores del sector, que es queixen moltes vegades de falta de descans i d'atenció mèdica.





### C.2.4 Millores per canviar l'imaginari de les residències

Cal desenvolupar aquests punts a partir de l'anàlisi.

- Organitzar trobades entre professionals de diferents residències (ex: trobades de psicòlegs, trobades de RHS –alguns s'han autorganitzat però pensen que es podria haver fet abans i amb més residències)
- Que les residències deixin de ser un negoci i recuperin la seva funció social

## C.3. Millores en la vida quotidiana i social dels centres

### C3.1. Promoure activitats socials significatives pels residents (no únicament pensant en el benefici terapèutic)

- Importància de treballar en grups més petits per fer les activitats, amb un acompanyament més personalitzat si fos necessari.
- Importància de les sortides i de recuperar les activitats pre-COVID-19.
- Diversificar les activitats dels i les residents, als gustos i l'edat (cultura, generació), la capacitat i les inquietuds socioculturals: "no només bingo i/o pintar mandales".

### C3.3. Afavorir que la residència sigui una llar

#### Infraestructures i disseny tipus llar de la residència

Més accessible i oberta a l'entorn, lluminosa, espaiosa, espais compartits, racons, cafeteria, jardí i accés al verd... Alhora, les persones han de tenir espais privats suficients. Residències més petites.

### Disposar d'equipament tecnològic i accés a mitjans de comunicació

Accés a premsa o a poder escollir el canal TV de forma lliure. Disposar de llibres, equips musicals, etc. Televisions a les habitacions, wifi, accés a assistent personal. Tenir telèfon per tele trucada. Formació en telèfons mòbils i tauletes.

### Treballadors estables i formats en “bon tracte”

#### Recuperar el plaer i el valor social dels àpats

El valor nutricional no pot passar per sobre del valor gastronòmic i social dels àpats. És una de les reclames més importants dels residents (també tenir més autonomia i decisió en relació amb el menjar, espais on es pugui cuinar o fer un cafè, neveres a l'abast, estris personals i personalitzats de qualitat).

#### Reforçar la capacitat de decisió dels residents i què volen fer amb la seva vida

Promoure que els residents i els seus familiars tinguin un paper actiu en la programació d'activitats, adaptar els horaris i els ritmes a les seves necessitats. També haurien de tenir capacitat per decidir amb qui volen conuiuere si així ho volen.

La pandèmia ha posat de manifest que la capacitat de decidir sobre la pròpia vida, en el cas de les persones institucionalitzades i fràgils, no s'ha respectat. Un familiar proposava una sectorialització que permetés que les persones institucionalitzades decidissin gestionar quin nivell de risc volien assumir i per tant si volien tenir més contacte social o menys. Es podrien haver creat espais per persones que sí que volien tenir contacte social amb familiars i altres per persones que volen reduir el contagi al màxim i no volen tenir contacte social. La sectorialització només es va pensar en relació a la infecció, no en relació a facilitar

un contacte social segur si així es volia.

La Sofia, una familiar i professional de salut, planteja que des d'una perspectiva de la gent gran el que és important és viure bé el temps que quedi, no únicament evitar la mort.

*“Jo crec que era molta por a això, a que la cosa es girés i després hi tornessin a haver més morts per COVID-19, i això hagués sigut un desastre. Però és que hem de relativitzar una mica, i això és molt fàcil dir-ho quan ja ha passat tot. Que morts per COVID-19, que n'hi tornessin a haver... O sigui, a veure, una mort per COVID-19 amb una persona de noranta-quatre anys, que es mor per COVID-19, però fins a l'últim moment ha estat disfrutant de la seva família, i això, jo em pregunto, no ho sé, a nivell ètic i a nivell de significat de la vida, pues, potser ens hem de plantejar això com a societat, de dir «quin pes donem a viure bé» Perquè si tens una persona que no s'ha mort per COVID-19, o sí, també, i no ha estat veient la seva família els últims dos anys de la seva vida, i això és un temps robat. T'han robat un temps.”*

#### Reforçar la capacitat de decisió dels residents i què volen fer amb la seva vida

Poder accedir a les residències quan ho desitgin els familiars i tenir autonomia en la relació amb el familiar (encara que sigui amb EPI). Fer activitats per implicar als familiars. Fomentar la generació de xarxa entre familiars (com han fet les plataformes de familiars en algunes residències).

## Discussió bàsica

Els resultats mostren que cal revisar el model d'atenció centrada en la persona i reconèixer la diversitat humana en totes les seves vessants. També és important potenciar el rol de les famílies i facilitar la presa de decisions compartides, que ha de garantir com s'ha de cuidar i, sobretot, com vol ser cuidada la persona atesa. És necessari promoure una comunicació constant i efectiva entre la persona i el seu entorn més proper.

El sector social i el sanitari, en diàleg, han de facilitar i garantir la qualitat de l'atenció, repensant com donar continuïtat i sentit a la vida de les persones ateses. En definitiva, "com fem llar", o, dit d'una altra manera, com garantim relacions, afectes i cures. Alhora, les residències han de ser espais accessibles, amables i personals.

Els salaris i les condicions laborals han de millorar en el conjunt del sector, així com les possibilitats de formació i conciliació.

### Punts principals:

- Problematitzar el model assistencial: donar agència a les persones residents per tal de garantir drets –discurs d'ACPersona que en realitat és ACProfessional.
- Millora condicions laborals i formació: convenis sectorials, ratios –per aconseguir continuïtat del personal, que facin carrera— és un lloc de pas per a molts professionals.
- Hi ha molt d'èmfasi en l'espai de treball i de cures i tot el que és fora d'aquest espai és secundari i sembla una molèstia. Les residències s'haurien de pensar com un espai de vida quotidiana (espai de familiars, de vida social, però també és un espai de mort, i això hauria d'integrar-se).
- Atenció a la diversitat inter-residencial (les residències necessiten coses diferents, fins i tot les d'un sector, com discapacitat, entre elles necessiten coses diferents) i intra-residencial (les persones som diverses i tenim necessitats diferents).
- Hi ha un anhel de canvi. És fonamental la recerca per saber què ha passat i cap a on ha d'anar el model però és indispensable la voluntat i acció política. No ha de quedar només en un informe, s'ha de fer un procés participatiu per fer aquest canvi: s'ha d'incorporar TOTS els diferents agents de la comunitat en pensar i fer efectiu el canvi. Necessitat de fer un retorn de la nostra recerca.
- Cal un canvi cultural respecte els imaginaris de la vellesa, les cures i la funció social de les residències.

### Algunes coses que ens han sorprès i que cal explorar:

- No s'han visibilitzat prou els impactes no físics i de llarga durada com l'impacte psicològic/emocional generant por i pànic, aquests impactes no s'han resolt, hi ha estat de xoc post-traumàtic.
- El fet que la residència de gent gran sigui un lloc de pas (pels/per les treballadores i els/les residents) i jeràrquic, ha fet invisible els impactes de la pandèmia: les treballadores amb menys qualificació professional han estat les més "essencials" (no podien teletreballar) i alhora les que estaven més exposades als riscos de la COVID-19 i amb impactes més severos (por, estrés, primer onada). Aquests impactes sembla que ja no hi siguin perquè han afectat sobretot a les persones amb menys formació, menys estabilitat laboral, pitjors condicions econòmiques i menys veu en la presa de decisions (auxiliars, neteja). Sense visibilitzar aquests impactes i reconèixer la seva funció essencial es poden canviar poques coses. Un altre perfil que minimitzava el seu impacte era el de les RHS, que tenen molta responsabilitat, molta pressió i sentien que havien d'amagar aquestes emocions per poder sostenir l'equip i no ser vistes com dèbils.
- La COVID-19 ha fet que els/les treballadors/es assumeixin feines noves que no els tocava, per les quals no estaven preparats i per les quals altres professionals tenen millors condicions. El control de salut de les residències com a conseqüència de la pandèmia ha estat ben rebut, però hi ha el risc de "reproduir" el model hospital: molta feina de gestió de dades que satura encara més el personal, reproduir jerarquies disciplinars/salarials que no ajuden a la col·laboració, desconsiderar el fet que els residents hi viuen, és la casa que tenen, i els treballadors hi van a treballar. El model llar pot estar en perill.
- El treball emocional dels front-line workers (auxiliars, monitors, etc) és fonamental però únicament es fa visible i dona valor al treball "corporal". El treball emocional s'ha de fer però no està reconegut com a part de la feina. No es donen eines, no hi ha formació, no s'organitza i no es comparteix.
- L'impacte de la pandèmia en els/les familiars està molt relacionat amb la vinculació en el dia a dia de la residència. Els més implicats en les tasques de cura són els que ho han passat pitjor. Alhora, la manca d'organització i contacte entre familiars també ha agreujat el sentiment d'indefensió i la soledat.
- Poca mobilitat física i fisioteràpia molt limitada, malgrat les necessitats. Persones que no surten perquè no les treuen les treballadores o voluntaris (perquè no tenen família).
- Els/les residents geriàtrics/ques no es queixen i sembla que troben normal coses com estar en un espai massificat, compartir habitació sense tenir coses bàsiques (bany), estar tot el dia en el mateix lloc i assegut, no tenir accés, manca d'activitats estimulants. La queixa es focalitza en el menjar. ¿Com és possible? Resignació.
- El discurs és "Atenció centrada en la persona" però la pràctica es que l'atenció està centrada en el professional perquè "la persona" està absent –horaris centrats en professionals
- Les persones que viuen en residències no han tingut la llibertat per decidir sobre la gestió dels riscos donada l'etapa de vida en què estan. Atenció al respecte dels drets de les persones que viuen en residències.
- Vigilància per part dels i de les professionals sobre les relacions afectives entre residents (el sexe a vegades està més assumit o permès i a vegades molt tabú).

- Poques relacions afectives, d'amistat o de suport entre residents, especialment relacions "noves".
- Manca d'agència en el dia a dia i suport mutu (implicació dels residents a cuinar, netejar, ajudar a altres residents).
- La vellesa i la mort és un tema tabú, el dol i els comiats per part de residents i professionals no surten. Sembla que la mort és un tema familiar i privat.
- Manca de perspectiva intercultural sobre la vellesa, la cura, etc; paradoxal amb les treballadores de bagatge migratori que hi ha (mirades sobre la vellesa i la cura diferents), persones que envelleixen en les residències.
- Que no es consideri com un problema el tracte "infantilitzador" cap als residents.
- La majoria de familiars adjudiquen els possibles conflictes amb els protocols establerts en els estaments superiors, però no en la pròpia residència.

## Aspectes pendents

### **Novembre-Desembre**

---

Anàlisi i interpretació en profunditat del conjunt de les dades. L'anàlisi s'ha fet amb una part de les transcripcions perquè hi havia algunes pendents. També cal integrar l'anàlisi dels registres fotogràfics. Tot això és farà amb l'Atlas.ti a partir de les categories d'aquest document.

### **Gener-Juny**

---

Identificar els aspectes que volem analitzar en més profunditat de les afectacions, les respostes i les millores. Valorar si això implica tornar al camp amb una perspectiva menys exploratòria i més d'aprofundiment. Això és part de la tesis doctoral de la Catuxa i estarà relacionada amb el pla de publicacions.

**Autora de la línia de recerca:****Cristina Vaqué Crusellas****Resum**

Es va afegir l'exploració de l'estat nutricional de les persones que viuen en residències geriàtriques, de dependència i de salut mental de Catalunya a l'estudi ResiCOVID-19 per identificar la prevalença de malnutrició en persones residents i explorar possibles canvis en hàbits alimentaris i atenció professional rebuda pel que fa l'alimentació durant la pandèmia de la COVID-19. Aquesta informació permetrà detectar necessitats específiques d'actuació.

**Background**

La desnutrició és una síndrome geriàtrica freqüent, sovint infradiagnosticada (Mudge et al., 2011), afectada per múltiples factors de risc (clínic, psicosocials, socials), que interactuen entre si. Hi ha una forta associació entre la desnutrició i la comorbiditat, la fragilitat i l'augment de la mortalitat de la població anciana (Iglesias, et al., 2020). Per això és important reconèixer l'estat nutricional de la població anciana i aconseguir una nutrició correcta per ajudar a optimitzar l'estat global de salut de les persones, millorar l'eficàcia del tractament de les patologies cròniques i les síndromes geriàtriques (Camina, et al., 2016; Salvà, 2012).

La presència de malnutrició entre les persones amb malalties mentals també és elevada (Afzal, et al., 2021). Diversos estudis defineixen un patró alimentari allunyat del model saludable de referència, com és la Dieta Mediterrània (DM), en aquestes persones (Teasdale, Ward, et al., 2019). La simptomatologia pròpia del trastorn, alguns dels

efectes secundaris associats als psicofàrmacs, o les influències de l'entorn social i comunitari són alguns dels factors condicionants (Yarborough et al., 2016). L'evidència assenyala que seguir uns hàbits alimentaris alineats a la DM comporta beneficis en el benestar psicològic i l'estat d'ànim i disminueix el risc i la incidència de depressió i símptomes depressius (Fond et al., 2020).

Tanmateix, l'alimentació en persones amb discapacitat pot arribar a ser molt complexa ja que, depenent de les seves capacitats podran menjar un aliment o un altre, i si poden o no fer activitat física afectarà els seus hàbits alimentaris i el seu estat nutricional (Blasco, et al., 2020). Diversos estudis destaquen la necessitat de realitzar una avaluació nutricional que permeti proposar actuacions dietètiques dirigides a millorar la situació prevalent de malnutrició que presenten (Govantes, et al., 2018).

**Objectius específics de la línia de treball**

- Identificar la prevalença de malnutrició i la presència de problemes d'ennuegament amb begudes i menjar de les persones que viuen en residències geriàtriques, de dependència i de salut mental a Catalunya.
- Quantificar els centres que realitzen adaptacions dietètiques segons les preferències alimentàries i les necessitats nutricionals dels/de les residents.
- Conèixer les propostes de millora realitzades per la persona resident i els/les professionals de les residències per personalitzar les dietes prescrites.
- Explorar els canvis en els hàbits alimentaris i l'atenció professional rebuda pel que fa l'alimentació durant la pandèmia de la COVID-19.
- Conèixer la satisfacció de les persones residents i la valoració dels/de les professionals



amb l'alimentació de les residències.

- Proposar necessitats específiques d'actuació per millorar l'atenció nutricional en aquestes institucions.

## Metodologia emprada

L'anàlisi de les dades nutricionals segueix la metodologia quanti-qualitativa utilitzada en el projecte.

## Resultats

El **21%** de les persones que viuen en residències que han participat a l'estudi han perdut pes i/o gana involuntàriament durant els últims 3 mesos.

S'han obtingut dades sobre l'estat nutricional de 106 participants a partir del MNA-SF, observant que el **49,1% presenten malnutrició**, seguit pel **47,2 %** que estan en risc de malnutrició. El 3,8 % tenen un estat nutricional normal.

També s'han recollit dades de 652 participants sobre la dificultat d'empassar i/o beure, veient que el **14% s'ennueguen habitualment quan mengen o beuen**.

S'ha observat una **associació estadísticament significativa entre l'estat nutricional dels/de les participants i la presència de problemes d'ennuegament amb el menjar o la beguda** ( $\text{Chi}^2 = 0,702$ ,  $p = 0.035$ ): entre totes les persones que s'ennueguen, la majoria estan desnutrides (12.4 %), i entre les que no s'ennueguen, la majoria (44,34 %) estan en risc de desnutrició. No s'han observat diferències entre l'estat nutricional dels/de les participants i la tipologia de centre o el sexe de les persones residents.

Per altra banda, l'estudi a preguntat a 167 professionals de les residències sobre l'adaptació de les dietes a les necessitats nutricionals, els gustos i les preferències alimentàries de les persones residents. El 32,7 % ha preferit no respondre aques-

ta qüestió i el 13,2 % ha indicat que els centres adapten les dietes personalitzant-les segons les necessitats nutritives i sensorials. No obstant, el **57,1 % han manifestat que no adapten les dietes** proposant millores relacionades amb:

- Variar més les dietes servides
- Oferir menús amb diverses opcions per triar
- Afavorir la possibilitat d'entrar menjar elaborat fora del centre
- Millorar la qualitat dels aliments utilitzats
- Millorar la presentació de les dietes triturades
- Fer més formació als/a les professionals implicats/des
- Dotar de més personal dedicat a l'alimentació
- Avaluar de forma continuada la satisfacció amb l'alimentació servida
- Tenir cuina pròpia al centre

Les entrevistes individuals realitzades a professionals i persones que viuen a les residències han evidenciat que l'alimentació és un tema d'interès per les persones residents, especialment les que viuen en residències de la tercera edat. També han visibilitzat alguns canvis relacionats amb els hàbits alimentaris dels/de les residents i l'atenció professional rebuda respecte a qüestions vinculades amb l'alimentació dels/de les residents durant la pandèmia de la COVID-19.

En alguns centres, es detecta un major control de la ingesta de les persones residents degut a la impossibilitat de sortir de les institucions, així com de rebre visites, que sovint impacten en el consum d'aliments. Quan les persones residents surten de permís o de visita, acostumen a anar al bar, al restaurant, va a casa de familiars o amics a menjar o, fins i tot, poden comprar aliments en supermercats o botigues incrementant, habitualment, la quantitat de menjar ingerit, no sempre en qualitat nutricional. En alguns casos, el control sobre l'alimentació de les persones residents es manifesta com a pèrdua de pes.

Les persones que viuen en residències de salut mental cobejaven la possibilitat de sortir al bar i prendre cafè. També es reflecteix la necessitat de fumar. De fet, un dels productes que més compraven els/les professionals per a aquestes persones eren cafè i cigarrets.

Les persones no podien menjar al menjador degut a les restriccions sanitàries i ho feien soles a les habitacions. Quan les restriccions sanitàries ho van permetre es van reutilitzar els espais de convivència pels àpats. En alguns casos, les persones residents destaquen algunes situacions com que de vegades es menja amb les mans (salut mental), hi ha massa soroll a causa de la televisió, els crits i el caos dels treballadors servint menjar.

Una de les qüestions que més apareix en les entrevistes posa de relleu la insatisfacció amb el menjar de les persones residents a causa del gust, presentació, quantitat insuficient, varietat escassa i baixa qualitat dels aliments i els menús servits, que contenen molts aliments rics en sucres afegits, especialment en institucions públiques. El menjar triturat els impedeix identificar el que mengen i això no els agrada. No poden triar menú ni la quantitat que els serveixen. Tampoc el moment o horari dels àpats ja que existeix un horari rigorós que estructura les activitats diàries en els centres participants.

Tot això contribueix al malbaratament alimentari, ja que hi ha una gran quantitat d'aliments que no es consumeixen.

Durant les restriccions sanitàries de la COVID-19 es van utilitzar utensilis d'un sol ús (plat, got, ganivets) per menjar. Superada aquesta situació, es reprén la utilització d'utensilis estàndard, destacant la impossibilitat de fer servir objectes propis (tasses, plats, estovalles...) reivindicat per algunes persones.

L'alimentació servida tendeix a ser igual o similar per a totes les persones, sense preservar la personalització segons les preferències alimentàries ni tradicions culinàries. La pauta dietètica més ge-

neralitzada està pensada segons les patologies que puguin presentar els/les residents però no es preserva el plaer del menjar. Per a algunes persones residents hi ha un desig de menjar plats calents i típics segons la seva experiència vital.

Les peticions de les persones sobre la millora del menjar no són escoltades per la direcció dels centres.

De les entrevistes també s'identifica que tots els centres planifiquen diverses activitats relacionades amb l'alimentació (hort, tallers de cuina i alimentació, sortides programades al supermercat) amb una acceptació excel·lent i molt bona valoració per part dels usuaris. Són activitats que permeten generar un espai comunitari per parlar d'alimentació i promocionar una dieta saludable, a més de treballar la funcionalitat i socialització entre les persones residents.

Tot i així, alguns centres estan equipats amb espais amb cuines obertes que podrien servir per realitzar activitats relacionades amb l'alimentació, o perquè les persones poguessin preparar parts dels seus àpats, però no s'utilitzen per falta d'un professional que les dinamitzi.

Els i les professionals reconeixen que no tenen prou temps ni recursos per atendre la diversitat i les necessitats relacionades amb l'alimentació de les persones residents. No hi ha una persona de referència per a qüestions nutricionals. A més, es manifesta la necessitat de rebre més formació sobre aquest tema, especialment per adequar la dieta a les persones amb disfàgia i poder treballar en un equip amb un professional de la nutrició.

## Discussió bàsica i/o conclusions

Hi ha un percentatge elevat de persones malnutrides i en risc de malnutrició, agreujat entre les persones que presenten dificultats per empassar menjar o beguda. Més de la meitat dels centres participants no adapta les dietes a les necessitats nutricionals i les preferències alimentàries de les persones residents. Aquest percentatge preocupant de persones malnutrides amb risc de malnutrició requereix d'una sistematització del cribratge nutricional de les persones residents com a element de prevenció i d'adaptacions dietètiques segons les situacions individuals per atendre la disfàgia i els hàbits alimentaris i millorar la satisfacció amb l'alimentació de les persones residents.

Durant la pandèmia de la COVID-19 hi van haver canvis relacionats amb els hàbits alimentaris de les persones residents i l'atenció professional rebuda respecte a qüestions vinculades amb l'alimentació que van impactar la regulació de la ingesta, el pes d'algunes persones, els espais de convivència utilitzats per als àpats i la satisfacció amb l'alimentació.

La insatisfacció amb el menjar, juntament amb el malbaratament alimentari emergeixen com a reptes dins de l'atenció assistencial de les residències. La institucionalització no fomenta la implicació de les persones residents a l'hora de realitzar activitats quotidianes vinculades amb l'alimentació (posar la taula, preparar i/o cuinar, servir, planificar menús...). Tampoc ofereix la possibilitat d'implantar-los a l'hora de prendre decisions sobre la seva alimentació. A més, estandarditza l'oferta alimentària i les rutines vinculades amb l'alimentació, sense possibilitar la personalització nutricional segons les necessitats i preferències de les persones. Aquestes situacions posen de relleu que revisar l'atenció nutricional en les residències podria ser una oportunitat de millora de la salut, la qualitat de vida i el benestar dels seus residents, dins d'un model d'atenció centrada en la persona. El menjar és una

necessitat fisiològica i nutritiva, però, a més, també és una necessitat simbòlica, especialment per a persones ancianes.

Tot i que existeixen activitats relacionades amb l'alimentació, són puntuals i no estan emmarcades en intervencions integrals que fomentin l'alimentació com a eix d'atenció de la salut i la qualitat de vida de les persones institucionalitzades.

Es posa de relleu la idoneïtat de realitzar formació a professionals sobre qüestions nutricionals, així com revisar la idoneïtat de treballar en equips multidisciplinaris que incloguin professionals de la nutrició.

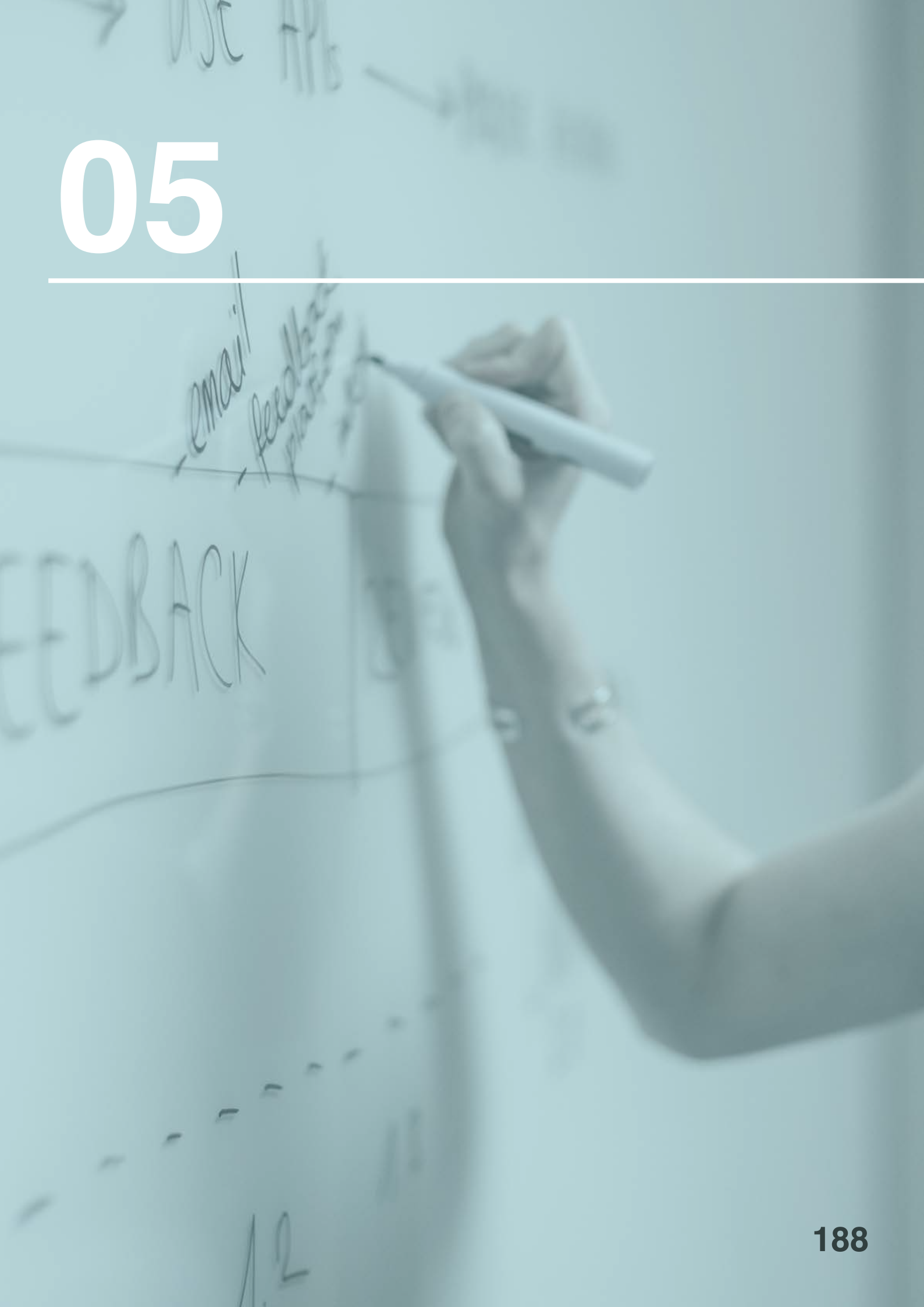
## Aspectes pendents

Analitzar en profunditat les dades qualitatives segons la tipologia de residències, afegir verbatim de les entrevistes que reflexionin sobre temes emergents.



# 05

---



# La perspectiva de Gènere del projecte

Investigadora: Mireia Canals-Botines.

## 5.1

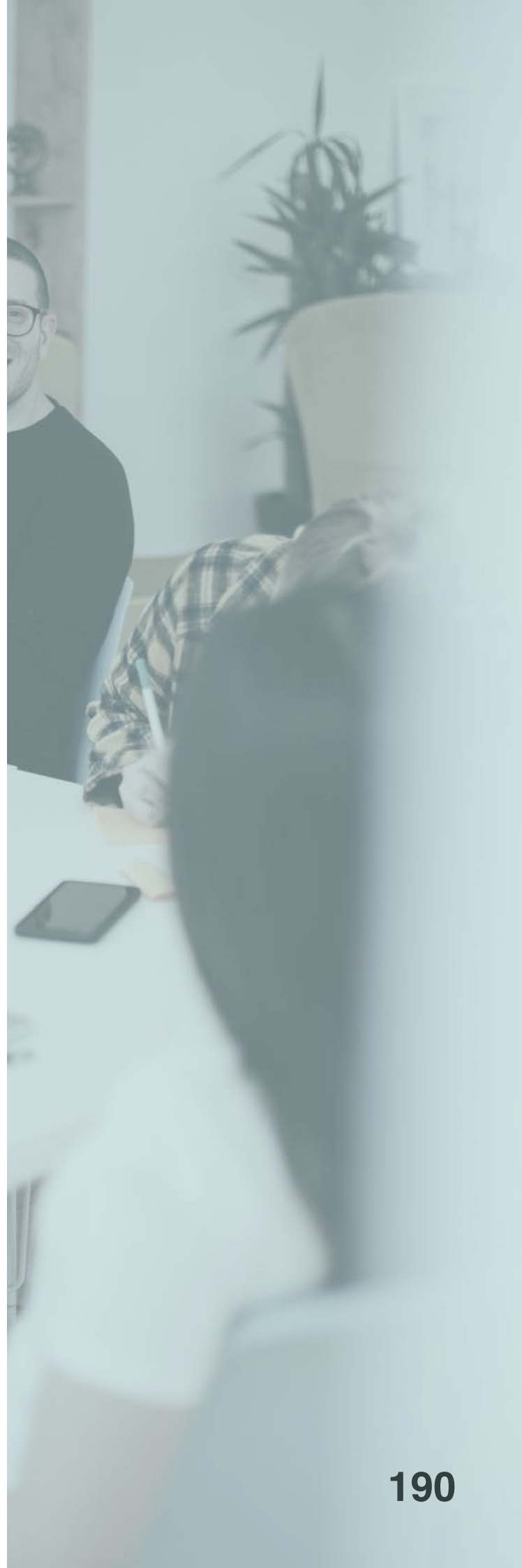
### QUÈ ES UNA RECERCA SENSIBLE AL GÈNERE

Combinar la feina, les obligacions socials i la cura d'una família de manera equilibrada s'ha convertit en una preocupació important per a un nombre creixent de persones. Però malauradament, des d'una perspectiva de gènere, la societat actual encara no assolix l'equitat que amb molta voluntat les famílies i l'escola encoratgen, convidant a totes les persones a estudiar i a llaurar-se un futur. La divisió del treball per gènere a les nostres societats implica que les dones segueixin assumint diversos rols (treballadores, cuidadores o progenitores, administradores de la llar) amb més freqüència que els homes, els rols dels quals es limiten més sovint a les activitats professionals. En aquest context, el gènere segueix sent una temàtica transversal. Pensem que la perspectiva de gènere s'ha de tenir en compte en totes les fases d'un projecte.

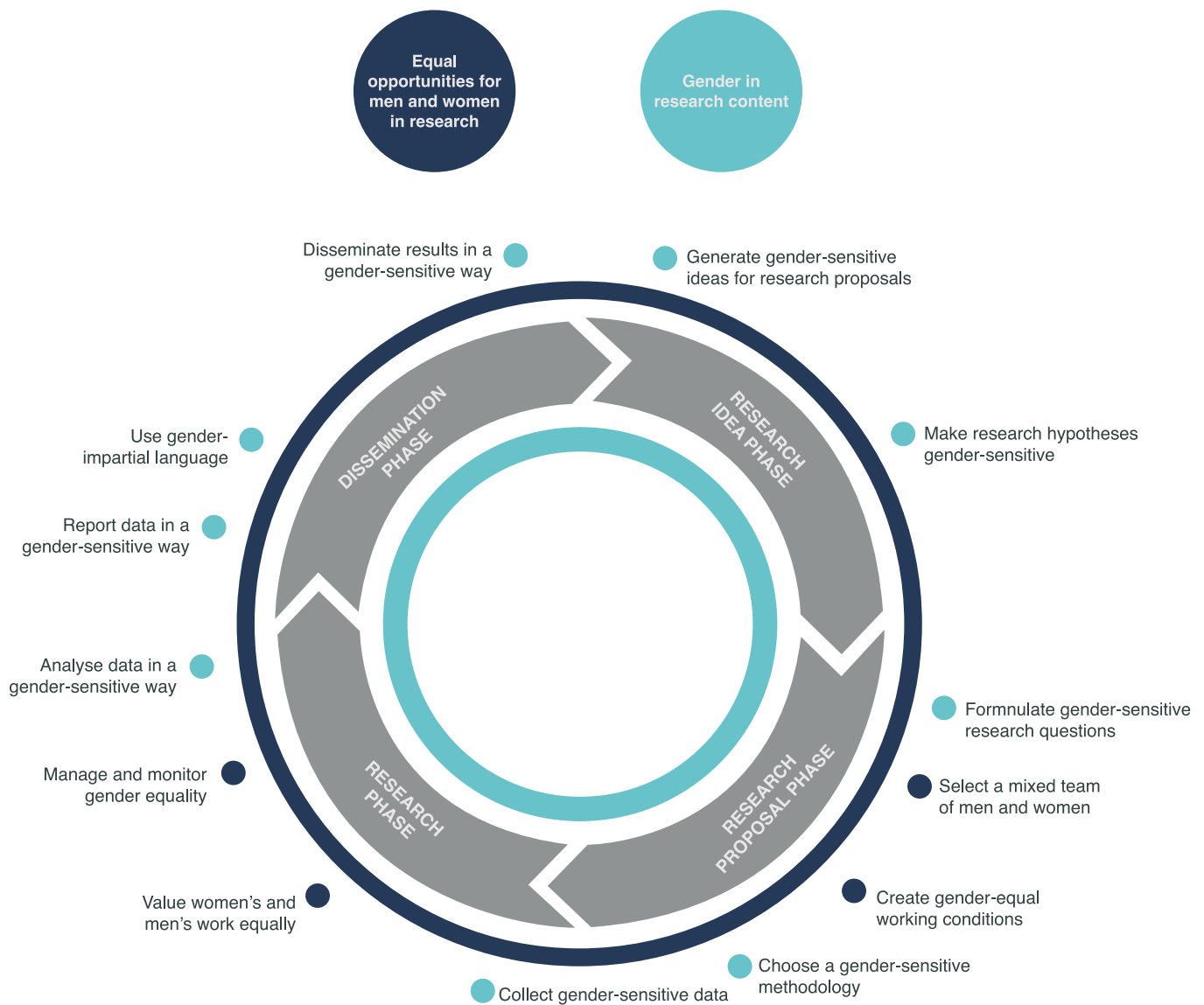
Una recerca sensible al gènere hauria d'eliminar els biaixos androcèntrics en el seu disseny, contingut i resultats. Aquesta incorporació de perspectiva de gènere entesa com a *gender-sensitive research* té en compte el gènere i les seves múltiples dimensions socials, teòriques i metodològiques en totes les fases del projecte i afavoreix una investigació innovadora perquè té en compte punts de vista no habituals i visibilitza les relacions de poder presents en els processos d'investigació i en les realitats analitzades, essent socialment responsables i proporcionant elements d'empoderament als seus participants.

La *gender-sensitive research* treballa en especial la igualtat de gènere en la composició dels equips investigadors, el gènere com a dimensió important en totes les fases de la recerca: disseny, marc teòric, metodologia i tècniques, anàlisi de les dades i publicació de resultats. Considera l'interès i impacte de la recerca per les persones implicades com a subjectes en la investigació i dona veu a les experiències de les dones, facilitant el seu empoderament social.

La Comissió europea, mitjançant el seu document *Gender research Toolkit in EU-funded and innovation*, proposa diverses fases en referència a la implementació del gènere als projectes: la fase de les idees, la fase de la proposta de recerca, la fase de recerca i la fase de disseminació.



Gender-sensitive research takes a twin approach: it pays attention to the participation of women and men, providing **equal opportunities for all**, and it **integrates gender into the research content** all the way from the initial research idea to the dissemination of results.



## 5.2

# QUE DIUEN LES INSTITUCIONS DE GOVERNANÇA

La perspectiva de gènere en la recerca és valorada positivament en l'avaluació de les propostes de projectes de les convocatòries del programa Horizon Europe.

La llei espanyola 14/2011, de l'1 de juny, de la ciència, la tecnologia i la innovació exposa al seu preàmbul la perspectiva de gènere com innovació científica: "Entre aquestes mesures per a una «ciència del segle XXI» destaquen la incorporació de l'enfocament de gènere amb caràcter transversal". En la seva disposició addicional tretzena estableix com s'ha de fer la "implantació de la perspectiva de gènere". La inclusió de la perspectiva de gènere a través de la seva incorporació en els continguts de la investigació científica és també un dels principis bàsics de l'Estratègia Espanyola de Ciència i Tecnologia. Pel que fa a Catalunya, d'acord amb les directrius marcades per la Direcció General de Recerca, l'AGAUR valora com a trets positius el nombre de dones dels grups de recerca sol·licitants, que una dona n'exerceixi la direcció o que la recerca estigui relacionada amb qüestions de gènere. La llei espanyola 17/2022, del 5 de setembre, per la qual es modifica la Llei 14/2011, de l'1 de juny, de la ciència, la tecnologia i la innovació parteix de la necessitat de garantir la inclusió de la perspectiva de gènere com a categoria transversal en el contingut de la investigació per al desenvolupament de l'Estratègia Espanyola de Ciència, Tecnologia i Innovació.

En els darrers anys la Comissió Europea s'ha compromès a promoure la igualtat de gènere en la investigació i la innovació i, per tant, aquest tema s'ha convertit en transversal i present en tots els programes europeus de recerca. En aquest sentit,

una de les sis prioritats de l'European Research Area (ERA) és la "Igualtat de gènere i la integració de la perspectiva de gènere en la investigació", que queda palesa en tres grans objectius:

1. **Promoure la igualtat de gènere en els equips i en tots els nivells de les carreres d'investigació;**
2. **Garantir l'equilibri de gènere en els llocs de decisió;**
3. **Integrar el gènere en el contingut de la investigació científica.**

Seguint aquests objectius, aquest document pretén donar resposta a les preguntes prèvies a l'elaboració, posada en pràctica i l'exposició de resultats del projecte:

I. D'aquesta manera, en el punt primer sorgeix la pregunta següent: Heu aplicat en el projecte la igualtat de gènere en els equips i les carreres d'investigació? Els equips són diversos (orígens, llengües, classe social, etc.)? Les condicions laborals permeten a tots els investigadors i investigadores fer compatible satisfactòriament la vida laboral, familiar i personal? Hi ha una experta en gènere als equips?

II. Pel que fa al punt dos, sorgeixen les qüestions següents: s'ha garantit l'equilibri de gènere en els llocs de decisió? S'ha vigilat de no promoure patrons de relacions jeràrquiques de gènere en l'equip? (per exemple, que els investigadors sèniors siguin homes i les investigadores júnior dones...).



III. En referència al tercer punt, sorgeix la qüestió següent: S'ha integrat el gènere en el contingut de la investigació científica? Per exemple, les enquestes es dissenyen per visibilitzar les diferències de sexe i gènere? Es disgreguen les dades per sexe quan es recullen i s'analitzen? Quan s'organitzen grups focals, s'inclouen el mateix nombre d'homes que de dones? Es tenen altres variables d'interseccionalitat?

Finalment, ja en la fase de disseminació dels resultats, es fa servir un llenguatge inclusiu i no sexista ni androcentrista. Si hi ha productes audiovisuals, s'ha vigilat d'evitar estereotips de gènere.

A més a més, aquest document té la voluntat de revisar el biaix androcèntric del llenguatge en tota la documentació d'aquest projecte de recerca.

Tal com apunta la Guia per a introduir la perspectiva de gènere en els projectes de recerca de la UVic-UCC, la producció de coneixement científic no és lliure de les desigualtats de gènere i dels condicionants culturals que estableixen una jerarquia entre homes i dones, cosa que atorga una menor valoració social a les dones i els seus sabers, invisibilitzant les seves experiències i realitats específiques. La ciència s'ha desenvolupat històricament com una activitat masculina i ha adoptat una perspectiva androcèntrica, que fa que s'assumeixin els estereotips de gènere com a supòsits científics i que allò masculí sigui la norma —és a dir, s'equipara l'humà amb el masculí (Caprile, 2012). La integració de la perspectiva de gènere en la investigació permet conscienciar sobre els biaixos de gènere i buscar altres maneres de produir una ciència més inclusiva, que respongui a les necessitats de tothom (UVic-UCC, 2021).

En el marc del contingut, per tal d'avaluar si la dimensió de gènere era pertinent al projecte, es va disposar de dades desagregades per sexe i es van plantejar les preguntes següents:

- La proposta s'adreça a un o més grups objectius? Afectarà la vida diària d'una o diverses parts de la població?
- Existeixen en aquest àmbit diferències entre dones i homes (pel que fa als drets, els recursos, la participació, les normes i els valors vinculats a la pertinença a un sexe)?

La resposta a les dues preguntes va ser afirmativa. Així doncs, la dimensió de gènere va ser pertinent i cal, doncs, avaluar l'impacte potencial de la proposta en homes i dones. A aquest efecte, ens hem basat en la Guia para la evaluación del impacto de género, editada per la Comissió Europea, i que especifica els criteris per a l'avaluació de l'impacte en funció del gènere i alguns exemples il·lustratius. En concret, explica la importància d'arribar a una igualtat real entre homes i dones:

“Hay que tener presente que tanto las mujeres como los hombres son portadores de roles tradicionales establecidos en función del sexo. Esto es precisamente lo que damos en llamar «género». Las políticas pueden ser sensibles a las cuestiones de género si toman en consideración las particularidades consustanciales a la vida de las mujeres y los hombres, al tiempo que buscan eliminar desigualdades y promover una distribución igualitaria de los recursos. Y no son sólo las mujeres, sino también los hombres y el conjunto de la sociedad, quienes saldrán ganando de la igualdad entre hombres y mujeres y de una distribución igualitaria de beneficios, tareas y responsabilidades. El apartado 4 del artículo 119 del Tratado de Amsterdam autoriza explícitamente la acción positiva en el ámbito del empleo y las actividades profesionales en favor del sexo infrarrepresentado” (European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 1999, p.11).

## 5.3

# ANÀLISI DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL PROJECTE RESICOVID

La integració del gènere en el contingut de la investigació científica.

Un informe quantitatiu fent estratificació per gènere, és a dir, que especifiqui el nombre de dones i d'homes residents, cuidadors/res, professionals, tenint en compte que s'han entrevistat 548 dones i 231 homes en total.

Llenguatge: revisió lingüística, sexisme i androcentrisme. Es revisen les preguntes de les entrevistes dels quatre sectors entrevistats.

Les entrevistes –on s'analitza el llenguatge incluisi (o la falta de)–, i el buidatge per recollir-ne la perspectiva de gènere. Específicament, es van proposar dues preguntes *trigger*:

- Creus que el fet de ser dona t'ha generat més dificultat/tensió/complexitat en la teva feina durant la covid? (dirigida a professionals).
- Com has combinat la tasca professional amb la tasca familiar durant la pandèmia? (dirigida a professionals i cuidadors/es de familiars).

## 5.4

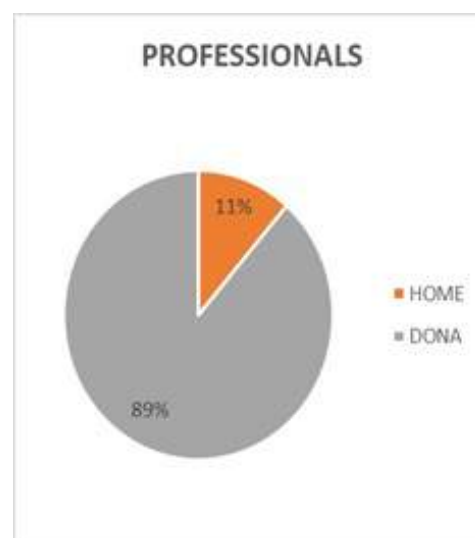
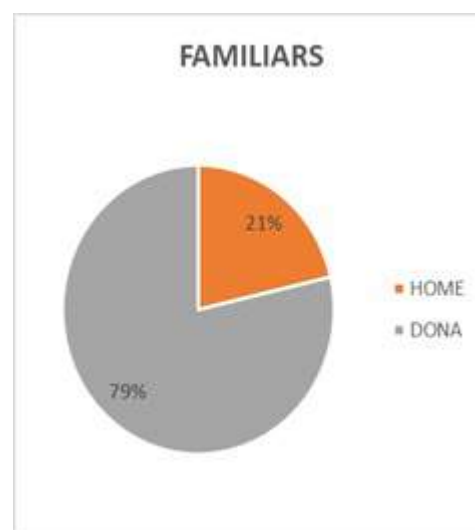
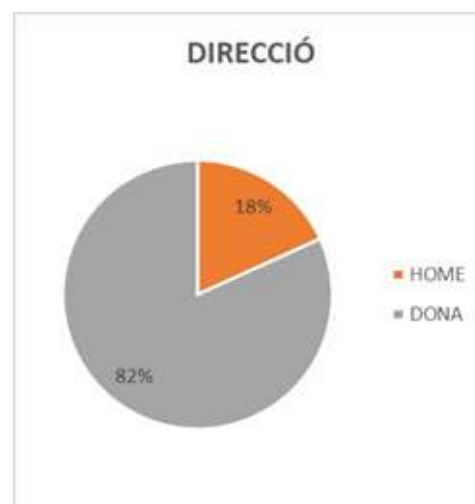
## LA INTEGRACIÓ DEL GÈNERE EN EL CONTINGUT DE LA INVESTIGACIÓ CIENTÍFICA: ANÀLISI DE RESULTATS

Un informe quantitatiu que fa estratificació per gènere, és a dir, que especifiqui el nombre femení de residents, cuidadores i professionals tenint en compte que s'han entrevistat 548 dones i 231 homes en total.

Les entrevistes –que es van fer a la direcció, les persones professionals, les famílies i les persones residents– contenen preguntes diferents a nivell sectorial.

No obstant això, la valoració inicial és que les entrevistes mostren una feminització en totes les àrees sanitàries professionals que arriba fins als llocs de decisió. Especialment en les residències assistides per a la gent gran (objecte d'estudi aquí), fet que segurament no es reproduïx en igual mesura als centres hospitalaris de malalts aguts i socio-sanitaris. En aquest sentit s'haurien de fer més estudis sobre la feminització de la medicina a Catalunya i la resta d'Estat espanyol.

Com ja hem comentat, en el sector professional la feminització del col·lectiu de les residències és molt alt. Així mateix, és notable destacar la feminització de les residents i de les persones que tenen cura del sector familiar.



### 5.4.1 Llenguatge: revisió lingüística, sexisme i androcentrisme. Es revisen les preguntes de les entrevistes dels quatre sectors entrevistats.

S'han disgregat les dades de les preguntes home-dona, tot i que s'ha de fer en femení en el cas de les dones. En base a la numeració de les preguntes per sectors (Direcció, Familiars, Professionals i Residents), a continuació es mostren alguns exemples de les correccions que s'han de dur a terme.

#### Direcció

- Revisar el llenguatge sexista i androcentrista a les preguntes 155, 156, 157, 167, 168, 169, 274 i 275. Exemples:

\_155. “14. El centro dispone de un equipo interdisciplinar formado por varios profesionales (pueden ser: médico/a, enfermero/a, fisioterapeuta, TO, gerocultores/as, monitores, auxiliares...) que se reúne regularmente para evaluar las necesidades de los/las residentes, y p”.

\_167. “18. El centro tiene vínculos con la comunidad y entidades sociales (dispone de voluntariado (personas voluntarias), hace reuniones con vecinos/as y/o asociaciones, participa de actos de la comunidad...)”.

\_274. “¿Últimamente ha estado activo/a, despierto/a y lúcido/a?”

**Familiars**

- Revisar llenguatge sexista i androcentrista a les preguntes 37, 38, 39, 63, 64, 65, 84, 85, 86, 95, 96 i 97. Exemples:

\_37. “5. Mi familiar es tratado/a con respeto.”.

\_63. “11. Las actividades que realizan los/las residentes son estimulantes y adecuadas para adultos (no parecen tonterías ni para niños/as).”

\_84. “15. Cuando voy al centro, siento que soy muy bien recibido/a por el personal.”

\_95. “17. El centro anima a las personas del barrio, voluntarios/as y asociaciones a venir y participar en actividades.”.

Cal destacar que s’ha especificat correctament el llenguatge inclusiu a les preguntes 11 i 12:

11	situacion_laboral [factor]	Situación laboral actual	1. Activo/a 2. Jubilado/a
12	familiar_viumort [factor]	Estado del residente	1. Fallecido/a 2. Vivo/a

**Professionals:**

- Revisar llenguatge sexista i androcentrista a les preguntes 10, 20, 21, 22, 49, 50, 51, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 100, 101, 118, 119, 120, 124, 125, 126, 139, 140, 141, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 166, 167 i 168. Exemples:

1. Enfermería
2. Fisioterapeuta
3. Terapeuta ocupacional
4. Psicología
5. Trabajo social
6. Gerocultor/a
7. Auxiliares técnicos/as educa
8. Monitores/as
9. Medicina"

\_20. “1. En este centro los/las profesionales reconocemos a las personas como personas y no solo nos fijamos en sus enfermedades o discapacidades.”

\_49. “8. Los/las profesionales somos flexibles, podemos cambiar horarios y normas según las necesidades diarias de las personas que atendemos.

\_89. “Familia y amigos/as: ¿Tienes alguna propuesta de mejora?”

\_91. “18. El centro anima a las personas del barrio, voluntarios (las personas voluntarias) y asociaciones a venir y participar en actividades.”

\_99. “20. Este centro apoya a los/las profesionales para que puedan llevar a cabo una atención centrada en la persona.

\_118. “2. El centro comparte con los residentes (las personas residentes), el futuro y la evolución de su enfermedad, participando de manera activa en la toma de decisiones

\_151. “13. El centro prevé y atiende el duelo de los familiares (de la familia)

\_154. “14. El centro dispone de un equipo interdisciplinar formado por varios profesionales (pueden ser: médico/a, enfermero/a, fisioterapeuta, TO, gerocultores/as, monitores/as, auxiliares...) que se reúne regularmente para evaluar las necesidades de los residentes (las personas residentes), y p”.

\_166. “18. El centro tiene vínculos con la comunidad y entidades sociales (dispone de voluntariado (personas voluntarias), hace reuniones con vecinos/as y/o asociaciones, participa de actos de la comunidad...)”.

### Residents

- Revisar llenguatge sexista i androcentrista a les preguntes 44, 47, 115, 116, 117, 121, 154, 213, 219, 220 i 221. Exemples::

\_44. “¿El residente (El/la residente o be la persona residente) tiene el peso evaluado o registrado, en los 3 meses previos?”

\_115. “¿Con cuántos amigos/as se encuentra o tiene noticias de ellos/ellas, por lo menos, una vez por mes?”

\_121. “¿El/la participante estuvo ingresado en la residencia duante el punto álgido de la pandemia (marzo-junio 2020)?”

\_154. “El/la paciente tiene capacidad para responder, ¿quiere participar en el ACP-G?”

\_213. “15. Mi familia es bien recibida por el personal (las personas profesionales o be los/las profesionales) y se siente a gusto cuando viene a verme.

\_219. “17. El centro anima a las personas del barrio, voluntarios/as y asociaciones a venir y a participar en actividades.”

A l’hora d’oferir els resultats, s’han disgregat les dades per sexe home-dona, tot i que s’han d’adaptar les preguntes en femení en el cas de les dones.



## 5.4.2 Les entrevistes –on s’analitza el llenguatge–, i el buidatge per recollir-ne la perspectiva de gènere. .

Específicament, es van proposar dues preguntes *trigger*:

- a. Creus que el fet de ser dona t’ha generat més dificultat/tensió/complexitat en la teva feina durant el COVID? (dirigida a professionals).
- b. Com has combinat la tasca professional amb la tasca familiar durant la pandèmia? (dirigida a professionals i cuidadors/es de familiars)..

### **Resultats Direcció:**

**(preguntes 170, 171 i 172)**

Tot i que només un 11,1 % de les dones entrevistades afirma que el fet de ser dona li ha generat més dificultat i complexitat en la seva feina durant la pandèmia, en l’elaboració de la resposta a com ha combinat la seva tasca professional amb la tasca familiar, un 81.1 % especifica que ho ha fet amb dificultats, molt sacrifici i sent especialment difícil.

### **Resultats Familiars:**

**(preguntes 122, 123 i 124)**

En el cas de les persones familiars que tenen cura de la família a la residència, tot i que un 84.2 % afirma que el fet de ser dona no l’hi ha generat més dificultat i complexitat en la seva feina durant la pandèmia, a l’hora de donar raons per la resposta, un 95 % no respon explicativament. D’altra banda, cal destacar que davant la pregunta de com han combinat la seva tasca professional amb la cura de les persones familiars residents, un 71 % no respon. El 29 % que respon, afirma que com sempre, complicat, amb esforç i amb por.

### **Resultats Professionals:**

**(preguntes 169, 179 i 171)**

En el cas de les persones familiars que tenen cura de la família a la residència, tot i que un 84.2 % afirma que el fet de ser dona no l’hi ha generat més dificultat i complexitat en la seva feina durant la pandèmia, a l’hora de donar raons per la resposta, un 95 % no respon explicativament. D’altra banda, cal destacar que davant la pregunta de com han combinat la seva tasca professional amb la cura de les persones familiars residents, un 71 % no respon. El 29 % que respon, afirma que com sempre, complicat, amb esforç i amb por.

# 06

---





# 6. Les bases del nou model

## 6.1 INTRODUCCIÓ

La pandèmia de la COVID-19 ha amplificat i mostrat intensament els dèficits existents en el sistema residencial i l'atenció sanitària, que afecten especialment aquelles persones que pateixen malalties cròniques complexes i avançades i viuen en l'àmbit residencial. Tanmateix, la pandèmia ens ofereix una oportunitat única per repensar el model d'atenció. És urgent revisar el nostre model actual de residències de persones grans, de discapacitat i de salut mental, així com el model urbanístic i d'habitatge, amb l'objectiu de poder facilitar la vida d'aquestes persones.

Els resultats de la investigació ens han mostrat que, en general, donat l'impacte de la pandèmia, existeix una percepció de la residència molt més com a centre sanitari, tant per part de les persones que hi viuen o hi treballen, com dels familiars i la comunitat, que mimetitza el sector salut, en part degut a l'elevada prevalença de persones amb malalties avançades. Tot i que les residències són "socials", la COVID-19 les ha "sanitaritzat".

- Durant la primera onada van morir moltes persones residents, perquè eren vulnerables, perquè la intervenció sanitària va ser tardana, variable i intermitent, perquè no hi havia coneixement sobre com respondre, perquè mancaven coneixements sanitaris, i no van tenir accés als recursos necessaris (protecció, professionals de la salut, materials, accés a l'ingrés hospitalari, etc).

- Durant les altres onades, la sectorització, els protocols i les múltiples normatives van trastocar la manera de treballar de les residències. Aquests protocols sovint, per la urgència de la situació, tenien com a finalitat prioritària la de "salvar" vides, però, generalment, sense tenir en compte la persona en totes les seves dimensions i necessitats.
- Cal entendre que la combinació d'alt impacte en morbiditat i mortalitat, afegida a les dificultats d'atenció sanitàries internes i del territori, l'aïllament de les persones residents i famílies, l'impacte de la COVID-19 en professionals, i les dificultats de presa de decisions ètico-clínicas en un context de gran pressió varen tenir un impacte enorme en les persones residents, familiars, i professionals que encara tenen seqüeles rellevants, especialment en salut mental.
- Malgrat totes les dificultats i mancances evidenciades i patides, també cal remarcar la resposta compromesa, intensa, i no sempre reconeguda de molts/es professionals, líders, i organitzacions del sector, així com les aportades des de la comunitat, molt sovint espontànies.

Com a conseqüència d'aquest impacte, actualment les residències es troben amb una nova realitat: han de compaginar el coneixement sanitari adquirit, garantir el control de les infeccions, i —ahora— recuperar l'atenció centrada en la persona i reparar l'enorme impacte de la pandèmia en totes les persones. Per tant, existeix una clara tensió en compaginar dos aspectes fonamentals: seguretat versus dignitat.

Les experiències i testimonis analitzats ens evidencien que a partir dels efectes de la pandèmia les persones que hi viuen perceben una pèrdua de connexions familiars i comunitàries, i es crea una relació dependent dels altres, ja que el model actual està molt enfocat en la proposta que la institució s'encarrega de tot, amb un marcat biaix paternalista. Com a societat, necessitem abordar



el repte que suposa transformar el model actual d'espais i poder canviar la nostra percepció social i la comprensió del seu paper i lloc dins de les nostres comunitats i veïnats.

L'experiència de la pandèmia ens ha demostrat que cal fugir d'aquesta resposta hospitalcentrista, i que és fonamental reforçar la minvada AP de forma conjunta a l'activació d'altres dispositius i recursos sociocomunitaris. Uns recursos que l'experiència ens ha demostrat que juguen un paper central en el control eficaç de la transmissió i en l'equitat de salut i que actuen com a element clau en la contenció pel desbordament de les cures crítiques. Evidentment, cal reforçar els serveis públics, però aquests han de reconèixer el valor essencial, no tan sols complementari, de les xarxes veïnals i promoure formes per potenciar i entrellaçar-ne l'acció conjunta. El nou model ha de donar-li valor, reforçar els recursos i la interacció de proximitat, buscant sinergies i promovent la complementarietat de tots els recursos i agents existents en el territori i la comunitat, apostar per un "model de km 0". A nivell d'infraestructures és fonamental aplicar un disseny d'espais i d'arquitectura amables i que ens facin més resilents davant les pandèmies. Així, per exemple, cal organitzar-nos en unitats espacials bàsiques que limitin la mobilitat de risc i maximitzin els moviments que cobreixen necessitats bàsiques.

Per fer possible un canvi de model és necessari fer-ho des d'una visió ecosistèmica i una nova visió de la cura, en què les persones no són tractades com a purs receptors d'assistència, sinó com a protagonistes, persones amb dret a desenvolupar una vida significativa; una visió en la qual les persones usuàries dels serveis no són vistes com a simples clients, sinó com a ciutadans i ciutadanes amb uns drets i una identitat personal que cal respectar. Cal un model capaç de garantir uns valors entre els quals figuren la integritat, l'autodeterminació, el desenvolupament personal, la independència, la inclusió social, el benestar personal o la protecció de la privadesa i de la intimitat, juntament amb l'excel·lència en l'atenció i la gestió.

També, entenent la dimensió estratègica del sector en aquest sentit, és important recordar que, tal com indica la Comissió Europea<sup>1</sup>, el suport públic al sector assistencial és una inversió social que, paral·lelament a l'actuació sobre el seu finançament sostenible, aporta múltiples rendiments per a les persones, la societat i l'economia.

Crear aquest nou model que necessitem no vol dir només millorar els dèficits evidenciats de l'antic model. Implica mirar més enllà dels problemes inherents al model actual i pensar en la possibilitat que sorgeixi un sistema i model diferent. Això requereix de diverses maneres de percebre, diverses mentalitats i habilitats.

<sup>1</sup> Veure: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=26014&langId=en>

Necessitem més que posar l'èmfasi en el diagnòstic, en l'anàlisi tradicional i la presa de decisions basant-nos en l'evidència, que ha estat el pilar de la gestió en aquests darrers anys. Proposem una visió molt més proposicional i cocreativa: imaginar i mobilitzar el talent existent per aconseguir crear un nou model, i empoderar nous lideratges que el condueixin. És especialment important canviar la perspectiva del món institucional tradicional per poder impulsar un procés de reconversió del model asilar-residencial institucionalitzat, àmpliament desenvolupat en la nostra societat, i fer una transició cap a models més domèstics i de proximitat al voltant del nou paradigma conegut com a housing —concepte que inclou una àmplia varietat d'allotjaments, serveis i solucions—. És una alternativa als models institucionals tradicionals i que s'està desenvolupant per part de països capdavanters (Canadà, Països Baixos, Regne Unit, Suècia...), ja que cal oferir a les persones residents una solució per a tota la vida orientada a millorar-ne la qualitat.

D'altra banda, és fonamental que aquest canvi de model de l'atenció residencial es realitzi atenent els criteris establerts per la Unió Europea en el Pilar europeu de drets socials en termes d'accessibilitat, qualitat i sostenibilitat, i als valors europeus comuns sobre dignitat, igualtat i respecte per als drets humans. En aquest sentit, la mateixa Organització Mundial de la Salut ha afirmat que cal un canvi de paradigma en les cures de llarga durada, identificant dos eixos complementaris: la integritat en la cura i una clara orientació a la persona.

Cal promoure una millora de model en l'organització sanitària, que cal contemplar com a un dret fonamental a una bona qualitat d'atenció, i que s'ha de redissenyar per passar d'un model centrat en les malalties a un model centrat en els recursos personals, les capacitats, les preferències, les necessitats i els resultats de salut que importen a les persones. El punt de partida ha de ser revisar l'experiència actual d'atenció a les persones residents que tenen malalties, i després com està organitzat el model sanitari i les dificultats que impli-

ca aquesta organització per a aquestes persones. Cal identificar si aquest organització és adequada per a les persones que viuen en residències, i per a la gent més gran i fràgil i/o amb necessitats complexes. És primordial situar les persones i les comunitats (no només les malalties) al centre de l'organització del model; en la mesura de cada situació, cal apoderar-les perquè es facin càrrec de la seva pròpia salut i projecte de vida, en lloc de ser mers destinataris. La prestació de serveis ha d'incorporar la perspectiva de les persones, les famílies i les comunitats, i fomentar-ne la seva participació. Per tant, és fonamental que les persones tinguin l'educació i el suport necessaris per poder prendre decisions sobre la seva cura, atenció i projectes vitals.

Sens dubte, es tracta d'un canvi de paradigma que ens constata la importància de construir un nou model de serveis d'atenció a les persones, centrat en les necessitats que la persona requereixi a cada moment. L'atenció sanitària i social integrada ha de ser un element clau d'aquest nou model, i no només en la residència. En aquest sentit, és necessària una proposta d'atenció socio sanitària integral i centrada multidimensionalment en la persona, que sigui capaç d'incorporar i coordinar els diferents papers que compleixen els agents i els recursos implicats en aquesta atenció integrada social i sanitària a les residències i a l'entorn domiciliari.

## 6.2

# ELS ASPECTES CLAU DEL NOU MODEL

Aquesta visió ecosistèmica del nou model ha de prioritzar una clara aposta per entorns de vida casolans, l'existència d'espais que permetin la privadesa i una llibertat quotidiana més gran que permeti abordar aspectes específics aplicats a situacions concretes de necessitats de les persones beneficiàries, així com promoure l'activitat quotidiana significativa i una vida més normalitzada de les persones beneficiàries dels serveis, juntament amb la facilitació de relacions dins i fora dels centres —la inclusió a la comunitat. Cal una important diversificació del model residencial clàssic d'avui cap a altres alternatives als actuals models institucionals impulsant el disseny de serveis, models assistencials i d'organització, i espais més innovadors. Per fer-ho possible, és necessari donar resposta a un seguit d'aspectes clau

- L'adaptació del model d'atenció a les preferències, valors, i necessitats de les persones a atendre, reconeixent la diversitat de valors, capacitats i necessitats, i tenint en compte la composició actual i futura de les persones ateses.
- L'impuls d'un nou model de l'ACP que es fonamenti en necessitats multidimensionals i aspectes més específics, com indicadors i estàndards, o mesures concretes (com per exemple la pràctica de la Planificació compartida/anticipada de cures, o la Directiva) que es puguin mesurar i avaluar.
- L'establiment de programes formatius i d'un desenvolupament professional que es fonamenti en competències que parteixin dels valors personals i els de l'organització, i inclogui coneixements, habilitats i comportaments d'excel·lència específicament rellevants per a atendre persones en situacions de vulnerabilitat.
- La creació d'una cartera variada i àmplia de serveis, centres i espais (residències, pisos assistits, centres de dia, entre d'altres) que comparteixen unes mateixes propostes de valor: reduir l'aïllament social, promoure la independència, oferir a les persones residents una "llar" per a tota la vida i millorar-ne la qualitat de vida.
- El disseny d'un sistema de serveis domiciliaris coordinats amb els serveis sanitaris i comunitaris que donin resposta àgil, eficaç i sostenible a les necessitats de cures, una atenció integral a les persones en dependència moderada o severa.
- La promoció d'un model de residències públiques de petita capacitat o amb espais molt diferenciats per a ambients específics, amb una atenció personalitzada i suficient, per part de persones professionals qualificades que disposin d'atenció sanitària de la xarxa pública durant 24 hores al dia i d'un equipament sanitari mínim indispensable que garanteixi el contínuum assistencial, situant les necessitats de les persones residents al centre.

- Assegurar que les entitats proveïdores de l'atenció residencial i dels serveis associats practiquin els principis de l'atenció d'excel·lència, del suport dels i les professionals, i l'ètica de les cures, evitant biaixos i pràctiques inadequades derivats dels objectius d'aconseguir beneficis desmesurats.
- El foment de nous models organitzatius que prioritzin el lideratge col·laboratiu, el desenvolupament de les capacitats de decisió, individual i col·lectiva, i un creixement de la confiança en els equips i professionals que els integren, enfocats a la millora contínua i la innovació.
- L'afavoriment d'intervencions transversals en què s'integren l'urbanisme, el disseny universal, l'accessibilitat, la mobilitat, el transport, l'habitatge o la tecnologia amb les iniciatives de col·laboració comunitària i voluntària i la provisió de serveis professionals complementaris sanitaris i socials.

## 6.3

## LES QUATRE TRANSICIONS NECESSÀRIES

La resposta al nou model implica realitzar un seguit de transicions que permetin preveure els recursos necessaris. Una transformació on l'administració ha d'esdevenir l'actor principal per promoure el canvi estructural necessari a mig/llarg termini des d'un sistema institucionalitzat, estàndard i de caire hospitalitzat cap a una sistema que avanci més enllà d'allò sanitari-assistencial, per a una atenció centrada en la persona i el seu projecte de vida. Aquesta reestructuració ha de canviar significativament els patrons actuals, i promoure el desenvolupament d'un nou model sostenible sobre bases d'equitat i justícia social promovent quatre transicions fonamentals per aconseguir el canvi. Són les següents:

### T1. Transició vers una nova visió de la cura

És del tot necessari avançar més enllà de la percepció actual del que és sanitari i assistencial. Cal respondre la necessitat de promoure un canvi cultural sobre la visió de la cura, els seus models assistencials, la seva organització i gestió, juntament amb el model de lideratge i el rol dels professionals. Per aquest motiu és fonamental ajudar la persona i els professionals a desenvolupar les seves capacitats.

Aquesta transició requereix d'un enfocament en l'atenció integral i multidimensional (incloent els aspectes físics, emocionals, socials, espirituals, ètics...) centrada en les persones per donar resposta a la personalització de la seva atenció, protegint els seus drets i vetllant, especialment, per la seguretat i les cures integrals i a més pel seu benestar personal i el suport a una vida significativa. Una atenció integral per acompanyar i recolzar tant a les persones en situació de dependència com a les seves persones cuidadores, llars i xarxes de suport, cobrint les cures a domicili i les ajudes tècniques, així com l'accés a residències i centres diürns, entre d'altres.

D'altra banda, aquesta transició també requereix d'un important canvi en el rol de les persones professionals vinculat a l'enfocament d'atenció multidimensional centrada en la persona, i que implica el reconeixement del valor de la persona, d'oferir una cura respectant i recolzant el projecte de vida i la seva identitat personal. Es tracta d'un canvi de rol que, d'una banda, obliga la incorporació de professionals de perfil molt variat (professionals de psicologia, de fisioteràpia, de teràpia ocupacional, de treball social, de l'educació, de l'animació, etc.) per actuar com a guia a les unitats de convivència i als professionals oferint suport i assessorament puntual. En aquest sentit, s'ha de potenciar la rellevància de figures professionals amb autonomia com la del/de la gerocultor/a (o similars) per garantir la personalització i el benestar de les persones que reben cura. Això requereix no només d'unes ràtios adequades sinó d'una formació que permeti cuidar amb criteris de qualitat tècnica i seguretat. D'altra banda, també pressuposa un canvi important en el mateix model organitzatiu tant a nivell interior com exterior. És a dir, d'una banda, ha d'evolucionar cap a una estructura en què l'equip de la residència es pu-

gui complementar com a part de l'equip d'atenció primària per respondre a les necessitats de salut de les persones, prioritant l'atenció de proximitat, de manera que es garanteix el contínuum assistencial a les persones. Al mateix temps, el model de gestió ha de facilitar que aquest personal de primera línia pugui prendre decisions juntament amb les persones grans, apartant-se dels sistemes jeràrquics i creant equips estables capaços de conèixer bé a les persones de les quals tenen cura, des d'unes relacions interpersonals de respecte i de confiança.

Per poder avançar en aquest seguit d'aspectes esmentats, cal promoure un marc organitzacional que faciliti la creació d'organitzacions centrades en les persones: amb unes relacions més horitzontals, des de relacions de confiança, i que atorguin més autonomia als diferents professionals i als equips, proporcionant suport i establint nous processos de revisió, millora i desenvolupament continu.

## **T2. Transició vers un model de proximitat i comunitari**

Cal una aposta per l'envelliment de "proximitat", que potencii la cura amb una atenció propera que fomenti que les persones no trenquin els seus vincles familiars i socials amb el seu entorn. La proximitat i descentralització territorial han de ser aspectes clau per a una millor atenció a les persones i poder donar resposta a les necessitats i desitjos de les persones.

En general és fonamental l'impuls d'unitats de convivència, on la vida quotidiana i l'atenció s'organitzin segons els ritmes propis de cada unitat i les necessitats/preferències de les persones, cercant dinàmiques casolanes i significatives per a les persones que hi viuen. Un element que cal destacar és el de la personalització dels espais privats per permetre que la persona gaudeixi de la seva intimitat, d'autonomia i del manteniment de la seva identitat. Aquestes espais són molt més que un lloc funcional per dormir, menjar o fer una activitat. En aquest sentit el seu disseny es

converteix en un element estratègic, ja que s'ha d'orientar a la participació dels seus habitants i de les famílies, i a la utilització dels recursos comunitaris per a fomentar la participació de les persones usuàries en activitats significatives, preferentment a l'entorn comunitari.

D'altra banda, la transició de les institucions clàssiques requereix d'un important impuls i voluntat de creació d'un ampli conjunt d'iniciatives basades en el marc conceptual de l'habitatge; és a dir, al voltant d'unitats de convivència per a persones que necessiten molt ajut o amb serveis a mida. Aquest model casolà, davant de l'institucional, permet una vida més normalitzada i ajustada als modes de vida i a les preferències de les persones. La idea no és cap altra que rebre cures en entorns domèstics, en llocs que reproduïxin "la vida com a casa"; per això, cal planificar tant la cura com l'assistència al voltant del domicili, prioritant-lo com a espai per viure, tot i que calgui ajuda, i poder impulsar el desenvolupament dels models d'atenció a l'àmbit comunitari.

Per aconseguir una atenció flexible i realment personalitzada, un altre element fonamental és poder avançar en promoure l'autoorganització de l'atenció quotidiana, és a dir, no només des de protocols generals o directrius establertes des d'organitzacions jerarquitzades, sinó des d'una escolta i ajustament a les necessitats diverses de les persones.



### **T3. Transició vers un model de necessitats multidimensional i d'excel·lència professional**

Cal promoure un canvi d'un model d'ACP més general a un de concret que permeti abordar aspectes específics aplicats a situacions concretes de necessitats de les persones residents i famílies, incorporant el model de necessitats multidimensional ideat per C. Saunders, i perfeccionat per F. Ferris. Des de la identificació i el coneixement de les capacitats de les persones, cal incorporar una atenció preventiva, planificada, rehabilitadora, i que canviï el model basat en la reacció a les crisis (de salut, o socials) cap a un model preventiu que en redueixi la freqüència i intensitat, i que hi respongui d'acord amb preferències establertes. Aquesta combinació ha de permetre elaborar un model comprensiu i integral, que estigui basat en models conceptuals però que es pugui aplicar en mesures concretes, proposar estàndards, ser après, i mesurar el seu compliment.

Aquesta transició requereix d'un model de competències de l'excel·lència professional que inclogui els condicionants culturals, els organitzatius, i els valors personals, juntament amb les competències bàsiques com les "tècniques" (cures, intervencions, avaluacions, etc.), les de comunicació, ètica, gestió de cas, i treball en equip. Addicionalment, és necessari que incorpori les competències i comportaments de l'excel·lència (empatia, compassió, presència, hospitalitat, compromís, etc.), que depenen dels valors i requereixen una reflexió individual i formació específica, compromís i vocació. El conjunt d'aquestes competències és essencial per a una atenció integral a les persones, especialment per a aquelles més vulnerables, i són un requisit per a assegurar la qualitat d'atenció.

En aquest sentit també hem de remarcar que aquesta necessitat de tenir professionals capacitats i amb les habilitats necessàries suposa una important oportunitat de creació de llocs de tre-

ball. Tal com remarca la Comissió Europea en el seu comunicat per la “Care strategy”<sup>2</sup>, el sector assistencial té un alt potencial per crear més llocs de treball, impulsat especialment per l’envelliment de la població. En l’informe s’estima que s’haurien d’afegir més d’1,6 milions de persones treballadores de cures de llarga durada fins el 2050 per mantenir la cobertura de cures de llarga durada al mateix nivell. D’altra banda l’informe també remarca que, per poder donar resposta a la demanda creixent d’atenció, el sector no només necessita retenir personal sinó també atraure més treballadors. D’altra banda, aquestes oportunitats

en capacitació poden permetre millorar l’atractiu i qualitat del treball assistencial.

#### T4. Transició vers un model sistèmic i col·laboratiu

És imprescindible avançar en el disseny d’una proposta d’atenció socio sanitària basada en un enfocament ecosistèmic comunitari, integral i centrat en la persona, incorporant i coordinant els diferents rols que compleixen els agents implicats en aquesta atenció socio sanitària i tenint en compte que el seu rol pot variar en funció de la tipologia i de les particularitats dels residents i de la residència:

Àmbit socio sanitari			
Residències	Persona + Família	Hospitals	
Empreses del tercer sector		Atenció intermèdia	
Empreses SAD		Atenció Primària	
Serveis socials bàsics		Equips de suport	
Cuidadors/cuidadores		Dispositius de suport a la salut mental	
Animador/a sociocultural i/o educador/a social		61 CatSalut Respon	
Comunitat		Altres dispositius assistencials	
Sistemes d’informació socials i sanitaris			

Cal un descens dels índexs de cobertura de centres residencials i una aposta per un important increment de serveis i iniciatives de caràcter domiciliari, que permetin donar respostes integrals a necessitats diverses de les diferents persones usuàries. Cal incentivar el disseny de solucions que s’apropin a models més domèstics, inserits en espais territorials delimitats i al voltant de la dimensió municipal, que permetin aquest enfocament circular ecosistèmic des de la complementarietat de tota l’oferta de suports i serveis que es poden oferir amb els agents i recursos existents al territori. Es tracta de poder donar resposta a les necessitats i desitjos de les persones i poder

planificar les solucions al voltant del seu domicili, com a espai triat per viure el seu projecte de vida, tot i que calgui ajuda.

Per poder realitzar aquesta transició també cal apostar per la participació en la definició dels serveis dels diferents actors de la cura i promoure estratègies per fomentar i canalitzar la participació de les famílies, les persones residents i els i les professionals. Per fer-ho possible és fonamental promoure nous models organitzatius i lideratges professionals dels centres i serveis assistencials. En aquest sentit, també és necessària una democratització dels òrgans de participació i poder enfortir el paper que el Consell de Participació ha

<sup>2</sup> Veure: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=26014&langId=en>

de tenir en relació amb la capacitat de decisió en els aspectes que fan referència a la vida de les persones residents i als serveis, així com en els aspectes de funcionament dels centres. D'altra banda, això s'ha de complementar amb l'acció de promoure una visió més holística de la qualitat i de la seva avaluació, així com amb la màxima transparència en la publicació i l'accés als resultats dels centres.

Cal poder incorporar nous criteris d'avaluació i indicadors que permetin avaluar la bona governança dels centres, juntament amb la qualitat de

l'atenció centrada en les persones usuàries i la seva participació en el pla d'atenció. Avançar cap a models que facilitin la participació dels equips, persones usuàries i familiars en la reflexió per la millora contínua en la prestació dels serveis, així com la organització i gestió dels equips i dels recursos. Poder avançar vers aquest nou model implica fonamentalment un canvi de paradigma tal com s'explicita en la taula següent de transició conceptual a un nou model.

Taula paradigma model atenció i assistència. D'un model paternalista a un model d'autodeterminació de la persona (beneficiaris i professionals)

Transició del model actual a un nou model de futur		
D'un model de...		A un nou model..
Model conceptual		
Perpetuar el paternalisme i rol passiu del beneficiari		Autodeterminació de la persona beneficiària i participació de tots/es els/les actors/es
Lògica industrial estandarditzada i homogeneïtzador		Flexible i dinàmic, adaptable a la diversitat de necessitats i preferències
Fonamentat en la oferta		Cocreat amb les persones beneficiàries i agents clau
Avaluació i supervisió centrada en la tasca-procés		Impacte en la persona i el seu projecte de vida
Atenció Centrada en les Persones (ACP) simple genèrica		ACP multidimensional, amb els aspectes bàsics definits de forma específica, amb indicadors i estàndards
Necessitats bàsiques		Model de necessitats multidimensional (C. Saunders, F. Ferris, XGB)
Model assistencial		
"Tractar" patologies		"Atendre" persones i situacions concretes de necessitats
Paternalisme		Reconeixement i acompanyament en el projecte de vida personal
Resposta reactiva a crisis		Prevenició i planificació anticipada i compartida
Planificació professional de cures		Planificació compartida de cures

Model organització		
Model d'organització per necessitats professionals		Model d'organització basat en l'autonomia de les persones
Lideratge jeràrquic		Lideratge transformacional i col·laboratiu
Visió especialitzada fragmentada		Visió interdisciplinària integrada
Estil de lideratge benèvol-autoritari		Estil de lideratge participatiu, basat en la confiança, en les capacitats de decisió, individual i col·lectiva
Precarietat laboral i rotació		Estabilitat professional, reconeixement i dignificació
Basat en els coneixements i habilitats professionals		Model de competències de l'excel·lència professional
Formació i desenvolupament professional centrat en les habilitats bàsiques		Formació que parteixi dels valors, i inclogui coneixements, habilitats i comportaments específics i essencials per a atendre a persones vulnerables
Bases organització top-down		Missió, valors, i visió de l'organització compartides (professionals, residents, famílies, comunitat)
Model espais		
Edificis com hospitals		Edificis dissenyats amb un caire domèstic, com la llar
Espais estandarditzats		Edificis flexibles, adaptables i personalitzables segons cicle vital i projectes de vida
Espais aïllats de l'entorn		Espais oberts a natura o entorn
Model intervenció sociocomunitària		
Tancat, fossilitzat, vegetatiu		Obert, flexible, interactiu
Baixa interacció		Alta integració en la comunitat (km 0)
Poc transparent i accessible		Transparent i accessible
Fragmentat		Atenció integrada social-sanitària-comunitària
De model d'intervenció sanitària a demanda/resposta crisis		A atenció sanitària impecable com a dret fonamental amb recursos propis i suport equips del territori, a la ruta assistencial planificada compartida amb tots els recursos del sector: Atenció Primària (ATDOM), Hospital d'aguts (Urgències, hospitalització, alternatives a l'hospitalització), Atenció intermèdia (subaguts, convallescència, cures paliatives, Llarga estada, PADES, HDia), SEM

## 6.4

# EL CANVI DE POSICIONAMENT I DE LIDERATGE DEL SECTOR

### **De la reivindicació al lideratge de les cures integrals a persones vulnerables en una societat que ha de ser més cuidadora.**

Durant anys de dificultats i de limitacions del finançament i del reconeixement, amb dèficits d'estructura persistents, accentuades per la crisi COVID-19, el sector ha mostrat reivindicacions legítimes de millores de finançament i reconeixement, i també capacitat de resiliència. Amb tot, ha aconseguit de generar una experiència sòlida d'atenció, i en la crisi COVID-19 també ha mostrat una gran capacitat de resistència i adaptació.

*Creiem que és el moment de canvi de posicionament envers la reivindicació del rol essencial/ètic de cura a persones vulnerables i una gran oportunitat de transformació com a líders de la provisió de cures integrals a persones. Per aquest motiu, entenem com a fonamental la posició clau del sector residencial en la societat i en el lideratge de l'atenció de persones en situacions de vulnerabilitat, envers una societat cuidadora. El sector residencial ha de poder practicar, expressar i difondre la seva contribució clau en l'atenció de la dignitat de les persones i el seu caràcter de referència en l'atenció de persones vulnerables, que el converteixen en un paradigma del respecte d'una societat per a la dignitat, que mereix reconeixement i suport social, professional i institucional.*

*Per tal de fer-ho, ha de promoure una transformació interna radical, establir lideratges potents, partenariats locals i generals i disposar dels suports i recursos necessaris per poder dur-ho a terme. Aquesta és una exigència clau del sector sense la qual no és possible fer un canvi de model.*

## 6.5

## LES ACCIONS DELS STAKEHOLDER CLAU

### Cap a un Pla nacional de millora integrat

Més enllà de la posició clau del sector residencial en la societat i en el lideratge de l'atenció de persones en situacions de vulnerabilitat, si volem avançar i consolidar una societat cuidadora un aspecte cabdal és el rol de l'administració. La forma en què actualment les administracions financen i regulen l'atenció a les persones en situacions de vulnerabilitat s'ha demostrat poc eficient, fragmentada i insostenible.

L'administració ha jugat un rol intensiu durant la pandèmia per tal de limitar-ne els estralls de morbiditat i mortalitat, i d'assegurar mesures de contenció, però per aconseguir el canvi desitjat ha de ser capaç de proposar un Pla nacional de millora integrat, proactiu, propositiu, amb integració sociosanitària, i amb compromís de finançament i suport, i generant un gran acord de país amb tots els actors involucrats.

- **Administració social:** hauria de ser un promotor actiu de qualitat i de la transformació del sector, amb elaboració d'un Pla nacional de millora que inclogui totes les mesures de manera integrada i elaborat amb la participació de les parts actives necessàries.
- **Administració sanitària:** ha de garantir el dret a una atenció sanitària de qualitat, assegurant que els centres disposen de l'estructura interna i la formació per a dur-la a terme, i assegurar el suport efectiu i cobertura de l'atenció primària o dels sistemes alternatius i de suport específic que siguin necessaris, amb realisme i efectivitat.
- **Atenció integrada social i sanitària:** és imprescindible un acord (Agència) que determini la posada en comú de les administracions social i sanitària i ens locals, aplicada a l'àmbit residencial com a projecte de Govern.
- **Estandardització de qualitat** consensuada amb l'administració, els i les professionals, les entitats proveïdores i els organismes acadèmics, amb participació social.
- **Estandardització de competències** consensuada, amb participació social.
- **Model de finançament** distingint atenció sanitària (dret universal), dependència (dret a finançament) i hostaleria (que es podria flexibilitzar).
- **Model de provisió** que exigeixi qualitat i promogui els proveïdors sense ànim de lucre que practiquin l'ètica de les cures.

## 6.6

## ELS OBJECTIUS GENERALS DE MILLORA

### La posició clau del sector residencial en la societat i en el lideratge de l'atenció de persones en situacions de vulnerabilitat, cap a una societat cuidadora

El sector residencial ha de poder practicar, expressar i difondre la seva contribució clau en l'atenció de la dignitat de les persones i el seu caràcter de referència en l'atenció de persones vulnerables, que el converteixen en un paradigma del respecte d'una societat a la dignitat i que mereix reconeixement i suport social, professional i institucional. Per tal de fer-ho, ha de promoure una transformació interna radical, establir lideratges potents, partenariats locals i generals i disposar dels suports i recursos necessaris per a dur-ho a terme.

Des del punt de vista dels seus objectius i accions, ha de desenvolupar les recomanacions i intervencions necessàries, que es detallen en el proper apartat número sis de les propostes de millora, i que coincideixen amb alguns dels set objectius generals interns<sup>3</sup> que la Comissió de Qualitat de l'Assistència a les Residències d'Avis dels Estats Units va definir. Uns objectius que compartim, adaptem i ampliem —amb tres d'addicionals— per aportar un marc general per a una visió integral i enfocament que permeti promoure un nou lideratge i millorar la qualitat de l'atenció.

**O1.** Oferir una atenció integral, centrada en la persona i equitativa, que garanteixi la salut dels residents, la seva qualitat de vida i seguretat, promogui l'autonomia i gestioni els riscos.

**O2.** Garantir uns equips de treball ben formats i preparats, empoderats i compensats amb lideratges adequats.

**O3.** Crear un sistema de finançament més sòlid i garantir que els nivells de finançament siguin adequats per cobrir la prestació d'una atenció integral a totes les persones, no només a les residències.

**O4.** Augmentar la transparència i la responsabilitat de les finances, les operacions i les dades, garantint l'avaluació i el seguiment de la qualitat assistencial dels centres per part de la direcció, els equips, la propietat, l'administració i la ciutadania.

**O5.** Establir incentius i recursos que permetin adoptar la tecnologia de la informació a totes les residències, i donar suport als intercanvis d'informació sanitària per millorar l'atenció longitudinal centrada en la persona.

**O6.** Dissenyar un sistema de garantia de qualitat més sensible i eficaç i avaluar estratègies per assegurar la qualitat d'una atenció integral, centrada en la persona i equitativa.

**O7.** Ampliar i millorar la mesura de la qualitat per garantir la millora contínua dels serveis socio-sanitaris.

**O8.** Modernitzar la tecnologia de les cures.

**O9.** En conjunt, ser capaç de convertir-se en un sector innovador, dinàmic i adaptat a necessitats.

**O10.** Posicionar-se com a líder de l'atenció efectiva i compassiva de persones vulnerables en un context d'envelliment i d'una societat més cuidadora.

3 Veure: <https://doi.org/10.17226/26526>.

## 6.7

## LES PROPOSTES DE MILLORA

### **Una visió sistèmica multidimensional i multicèntrica amb un model obert per tal d'assolir el canvi estratègic de forma col·laborativa**

Per fer possible aquest nou model és fonamental definir un seguit d'accions —de propostes de millora— que facilitin la transició des de l'actual model però des de visions compartides, abastant múltiples dimensions i generant canvi de forma multicèntrica, amb visió sistèmica, amb models mentals oberts i diàleg. En base a aquestes premisses s'ha desenvolupat un procés de cocreació amb diferents stakeholders per facilitar aportacions de possibles accions per les propostes de millora. Aquests agents van contribuir amb diferents idees partint de la “Taula paradigma model atenció i assistència”, detallada anteriorment i basada en les dimensions clau de l'ACP. Des d'aquest model definit en la taula, que s'estructura en cinc dimensions (conceptual, assistencial, organització, espais, intervenció sociocomunitària) es van generar múltiples aportacions i idees de propostes de millora.

A nivell metodològic, per elaborar les propostes de millora el punt de partida van ser les principals evidències aportades pels cinc subequips de treball sobre les experiències publicades i practicades, les necessitats descrites globalment a casa nostra, i les publicades, així com les necessitats i problemàtiques de les persones que viuen a les residències de persones grans, de discapacitat i de salut mental, dels seus familiars, de les persones que hi treballaven i de les pròpies organitzacions. Unes evidències que també es van complementar amb les aportades pel benchmark de sis països (





Alemanya, Austràlia, Israel, Itàlia, Singapur, Xile). D'altra banda, també s'ha considerat la experiència de les persones que intervenen en l'àmbit residencial (tant a nivell assistencial com de gestió i planificació), i dels agents socials. N'hem analitzat les visions, i hem posat en contacte les opinions i les percepcions de tots els stakeholders, a partir de les quals hem fet una categorització de les seves aportacions per extreure'n les propostes de millora. Un procés inductiu on els resultats han anat emergint en el transcurs de l'anàlisi i síntesi de totes les evidències recollides durant el desenvolupament del projecte.

Al llarg d'aquest procés, hem pogut identificar més de 200 accions de propostes de millora sorgides de l'anàlisi dels resultats de la investigació, així com de les propostes específiques que han fet els diferents agents que han participat en el procés de cocreació. En aquest procés de cocreació hi han participat un total de 160 stakeholders mitjançant un seguit d'interaccions de forma remota i presencial. La selecció final de les propostes de millora s'ha establert en base als deu objectius definits anteriorment enfocats a promoure una atenció i cura d'alta qualitat, centrada en la persona i equitativa per a tots els i les residents, les seves famílies i els i les professionals. En el proper capítol 7 es presenten les propostes de millora.

## 6.8

## LA PROPOSTA D'INDICADORS I ESTÀNDARDS DE QUALITAT

Un dels aspectes característics del nostre projecte consisteix en afegir a la descripció de l'impacte i la recuperació COVID-19 les propostes de millora que permetin superar plantejaments genèrics. Amb el propòsit d'aconseguir-ho, hem elaborat una proposta bàsica preliminar d'indicadors i estàndards de qualitat que permetin concretar i avaluar les accions necessàries proposades pel canvi de model. Aquests indicadors i estàndards han estat proposats des de l'equip que ha liderat aquest projecte, basats en les dimensions clau de l'ACP, amb la intenció de concretar cada dimensió i criteri identificat amb propostes i indicadors específics.

Així, de les propostes genèriques obtingudes i recollides a partir de la “Taula paradigma model atenció i assistència” basada en les dimensions clau de l'ACP, s'han pogut registrar les diferents propostes de millora aportades per les persones residents, familiars, professionals, membres de la direcció i la resta de *stakeholders*. Un registre i categorització per dimensions a partir del qual s'ha pogut arribar a establir uns objectius, i afegir-ne una proposta d'indicadors que permetin mesurar-les, i alhora concretar unes propostes que es puguin mesurar, seguir i que siguin assolibles. Per exemple, un cas paradigmàtic consistiria en elaborar indicadors i estàndards que mesurin l'objectiu genèric de promoure el respecte als valors i preferències en l'atenció. Això es pot concretar en el fet que existeixin protocols de Directives anticipades; una Planificació compartida de decisions, i formació per a registrar-les i aplicar-les (mesurables amb indicadors d'estructura); seguiment

de quantes persones residents els tenen complimentats (indicadors de procés) i en quants casos ha millorat la qualitat de vida, l'eficiència, i/o s'han respectat les decisions adoptades (indicadors de resultats).

Per tant, la proposta d'indicadors formulada parteix de la nostre convicció que les propostes genèriques han de ser concretes i objectivables per tal de ser aportacions de valor afegit i que puguin ser accionades.

Aquests indicadors i estàndards s'han elaborat per consens intern de l'equip, i la seva definició i consens requereixen un procediment estandaritzat (revisió sistemàtica, metodologia Delphi o similars i la participació dels principals actors) que supera els objectius del nostre projecte, i que mereixerien un de continuació.



07

---





# 7. Les propostes de millora i indicadors del nou model

## 7.1

### **METODOLOGIA D'ELABORACIÓ**

Per elaborar les propostes de millora s'ha desenvolupat un procés de cocreació a través de diferents fases, en les quals els diversos agents implicats han jugat un rol concret aportant la seva perspectiva i la seva expertesa a partir de diferents materials compartits durant el procés. Aquest procés s'ha estructurat en tres grans fases:



## Fase 1

---

La detecció de necessitats ha tingut com a objectiu la identificació de les necessitats segons les evidències aportades pels equips d'investigació i l'anàlisi d'altres fonts secundàries, perquè l'equip pogués fer la redacció de l'esborrany de les primeres evidències per inspirar les propostes de millora. Un moment per l'obertura de la reflexió participativa, per a la identificació, descripció i interpretació col·lectiva de les problemàtiques i necessitats de donar resposta.

## Fase 2

---

L'elaboració de l'esborrany de les propostes de millora ha servit per fer el retorn d'aquest document de primeres evidències als stakeholders, i recollir el seu feedback per tal de poder redactar després el document final. Aquest segon moment s'ha centrat en la deliberació, amb l'objectiu de definir i decidir les propostes més rellevants.

## Fase 3:

---

L'elaboració del document final de propostes de millora, que és el disseny definitiu, ha estat dirigida a poder abordar petits retocs definitius i poder explicar als stakeholders i la comunitat el resultat final i, per tant, l'impacte del seu procés de participació. Es tracta d'un moment que ha estat pensat per posar en comú els resultats del "què" i reflexionar al voltant del "com".

Tota la cocreació s'ha plantejat com un treball amb processos participatius estructurat en dos tipus d'accions:

- **Treball intern de l'equip** amb els cinc equips de treball. L'objectiu ha estat poder assegurar i recollir el màxim d'evidències, opinions, valoracions i propostes, per tal de traslladar-les de forma compilada en una matriu d'evidènci-

es i necessitats, que s'ha anat revisant i contrastant periòdicament amb aquests equips.

- **Els espais de treball compartit** amb el grup dels stakeholders. Són les quatre iteracions amb els agents clau i l'equip responsable de les propostes de millora. Incloent la jornada per compartir les propostes de millora definitives.

A continuació detallem els moments de cada fase, el tipus d'activitat/iteracions portades a terme i els respectius resultats:

Fases	Tipus d'activitat	Descripció	Resultat
Fase 1	Recull d'informació i evidències per part dels subequips de treball	Recopilació i anàlisi de evidències	El resultat de les sessions i dinàmiques de participació ha servit per la detecció de necessitats i per omplir la matriu d'evidències i necessitats.
	Activitats participatives per a la detecció de necessitats	Entrevistes amb stakeholders (iteració #1)	
		Qüestionari en línia semiestructurat per als stakeholders (iteració #2)	
	Reunió de treball: detecció de necessitats	Tallers d'anàlisi i síntesi d'evidències	
Fase 2	Reunió de treball: diagnosi col·laborativa	Deliberació per a la presa de decisions	El resultat de les activitats i dinàmiques per valorar el document del model conceptual- propostes de millora ha servit per visualitzar les mancances identificades pels stakeholders i poder definir el document de propostes de millora.
	Reunió de treball: definició i revisió	Taller de definició del marc del model conceptual per les propostes de millora	
		Taller de definició i revisió d'accions de propostes de millora	
Activitats i dinàmiques per a la valoració del marc model conceptual i la construcció conjunta de les propostes de millora	Document compartit amb stakeholders per la seva opinió i valoració (iteració #3)		
Fase 3	Activitat participativa per valorar el document de propostes de millora, l'exploració en comú i el retorn de resultats a la comunitat	Jornada per compartir les propostes de millora definitives amb els stakeholders i la comunitat (iteració #4)	Els resultats han fet possible poder promoure accions de retorn del document final i explorar el consens al voltant del "com".

Aquest procés de cocreació ha estat possible gràcies a la contribució de 160 persones participants/gents clau. El grup de stakeholders ha estat configurat per quatre grans grups, amb uns percentatges que es detallen a continuació:

- **19 % Persones expertes**
- **33 % Persones acadèmiques i investigadores**
- **32 % Persones planificadores i gestores**
- **16 % Persones agents de la comunitat**

Al final del document, en l'annex, es detalla la relació de totes les organitzacions i persones que hi han participat i els noms de les persones participants.





## 7.2

# PROPOSTES CLAU

Principis o statements de cada actor que conforma la residència:

### Sector:

1. La missió del sector residencial és la de promoure la qualitat de vida i la dignitat de les persones especialment vulnerables .
2. El sector residencial és el paradigma i el referent més qualificat dels valors i comportaments d'una societat cuidadora i compassiva aplicats a l'atenció de persones especialment vulnerables. En un context demogràfic d'envelliment i dificultats de suport de les estructures familiars clàssiques ha de practicar, explicitar i promoure aquesta visió i lideratge a la societat.
3. El sector residencial és un actiu/motor econòmic i social i ha d'elaborar i implementar una renovació estratègica que l'adapti a les noves necessitats.
4. L'atenció sanitària del sector residencial ha de ser garantida com a dret, i requereix de propostes potents, realistes i amb diversitat adaptativa de models.
5. Hem detectat algunes àrees de millora rellevants: infradetecció de malalties avançades, dolor, solitud i aspectes psicosocials de les persones residents, suport i formació de professionals, i coaching de membres de direcció, entre d'altres.
6. Cal elaborar i implementar un set d'estàndards consensuat.
7. Cal elaborar i consensuar model de competències dels professionals.
8. El sector residencial ha de formar part d'un sistema integrat territorial d'atenció a persones grans i les situacions prevalents, assegurant la relació amb els sistemes de salut-social, i amb la societat i la comunitat de què forma part, convertint-se en el referent local, territorial i general de l'atenció a persones grans
9. Cal un projecte ambiciós de renovació del model assistencial, d'organització i d'estructura amb inversions públiques i privades.

### Direcció:

1. El lideratge de qualitat del sector i dels centres és un factor essencial per a garantir la qualitat d'atenció i el suport dels professionals.
2. El lideratge dels centres ha d'incloure aspectes generals de competències personals (valors, comunicació, respecte...), i coneixement de les necessitats i procediments per atendre als residents i famílies, els valors bàsics, la formació, el lideratge i suport de persones, la prevenció i suport de conflictes, l'avaluació i gestió i millora de qualitat, els aspectes de gestió i organització, i el coneixement normatiu i laboral.
3. Ha de liderar també les relacions amb la comunitat, el sector i els stakeholders, amb els canvis de posicionament socials necessaris.
4. Els/les líders dels centres han de ser la garantia de l'atenció de qualitat a persones.
5. Cal un nou lideratge transformador per promoure una reinvençió profunda, orientat a transformar la realitat actual i construir-ne una de nova des de la col·laboració

## Organització:

1. L'organització ha de disposar d'un equip interdisciplinari formal amb una formació i suport adequats que permetin d'establir l'atenció i assistència en diferents situacions, així com permetre establir un seguiment sobre el nivell d'assoliment en totes les etapes.
2. Els centres aplicaran un model d'atenció integral multidimensional, que desenvolupi plans d'atenció sistematitzats adequats a les necessitats, valors i preferències de les persones residents i tenint en compte la seva situació i estat evolutiu (que seran avaluats en tots els casos, identificant necessitats específiques).
3. El model d'organització serà interdisciplinari amb la participació activa de tots els/les professionals en l'avaluació, planificació, atenció i seguiment.
4. Els centres elaboraran propostes d'avaluació i millora de qualitat amb la participació de residents, familiars, professionals i societat, proposant mesures realistes i factibles de qualitat.
5. Els centres estaran integrats en el sistema social i sanitari del territori, amb acords formals i rutes assistencials que defineixin el seu rol i la relació amb la resta de recursos.

6. Cal la creació de serveis, formació, i teràpies per la seva capacitat i millora, i el seu benestar físic, psicològic i emocional (coaching, programes de suport, benchmark).

## Família:

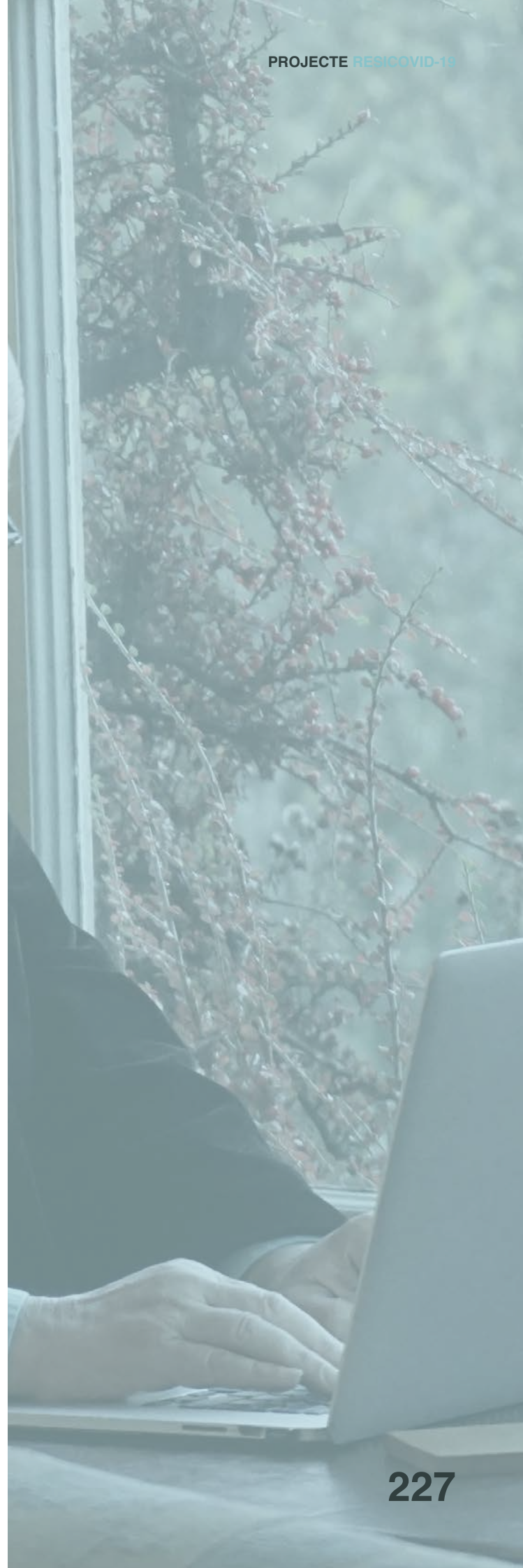
La família i l'entorn afectiu de les persones residents són un nucli fonamental d'atenció per impulsar un model d'atenció amb els requeriments següents:

1. Una visió sistèmica.
2. El suport i educació continuada per a atendre als residents i adaptar-se als canvis evolutius.
3. La presència activa dels beneficiaris: les persones residents i la família.
4. La seva participació en les decisions de model d'atenció i organització específiques per a les persones residents i en general.
5. Tenir en compte les situacions d'especial dificultat i assegurar la dedicació i suport per a respondre-les: trastorns de comportament, malaltia avançada i final de vida, presa de decisions ètiques...
6. Assegurar suport per als processos de dol.



## Professionals:

1. Els/les professionals de l'atenció residencial mereixen respecte i reconeixement per poder dedicar-se en les millors condicions possibles a la cura i el suport de persones especialment vulnerables.
2. Aquest reconeixement s'ha de plasmar en condicions laborals adequades, participació activa en les decisions i el model d'atenció i organització i el d'avaluació i millora de qualitat.
3. Les competències dels/de les professionals s'han d'actualitzar a les noves demandes i han d'estar basades en valors personals i de l'organització, incloure coneixements i habilitats sobre els procediments que els permetin respondre en tot moment a les necessitats (físiques, emocionals, socials, espirituals i ètiques) de les persones residents i les seves famílies; a la comunicació i el seu suport emocional, ètic, al treball en equip; a més d'incloure comportaments d'excel·lència com la compassió, l'empatia, la presència, l'hospitalitat, i d'altres, basades en els valors humanistes i el compromís envers les persones.
4. Els/les professionals han de poder disposar en tot moment d'un pla d'educació i formació per poder contribuir a l'assoliment de les noves competències, i plans de desenvolupament professional d'acord amb les necessitats detectades en cada moment.
5. Cal **adequar el model d'organització** a aspectes específics de gènere. .



## Persones residents

El model d'atenció de les persones residents ha de tenir una mirada d'ampli abast i des de la seva perspectiva vital i les seves necessitats, garantint una experiència d'atenció, assistència i cura que els garanteixi:

- Ser ateses amb excel·lència i respecte per la dignitat, els valors i les preferències.
- Ser autònomes per a viure la quotidianitat d'acord amb les trajectòries i preferències personals.
- Ser agents actius i participatius en la definició el model d'atenció i organització.
- Ser ateses de manera específica i individualitzada segons les seves necessitats i estadi evolutiu.

El projecte ens ha permès d'identificar àrees de millora rellevants:

- Infradetecció i atenció de necessitats essencials: malaltia avançada i final de vida, dolor i símptomes, aspectes psicosocials i espirituals, aspectes farmacològics, etc.
- Vida quotidiana
- Participació en les decisions



## 7.3

# PROPOSTES I INDICADORS

A continuació es detallen les propostes de millora finals ordenades en sis grans àmbits de responsabilitat segons els agents clau: **sector, direcció, organització, família i entorn afectiu, professionals, persones voluntàries i residents.**

En cada una d'aquestes fitxes referents als sis diferents agents clau, s'han estructurat les propostes a partir de definir les respectives **línies d'acció**, els **objectius específics**, i les corresponent **actuacions**. Finalment, excepte pel que fa a les propostes del sector, en la resta de fitxes també es proposen un conjunt de possibles **indicadors** per al seguiment i aplicació de les actuacions.

A l'inici de cada una de les fitxes on es detallen les propostes també s'ha incorporat un conjunt de **recomanacions i principis** que han de servir per fer realitat una cura d'alta qualitat i excel·lència, centrada en la persona, i equitativa, basada en un nou lideratge i competències per aconseguir una societat que ha de ser més cuidadora.

## Fitxa de propostes de millora #1. Sector residencial:

### PROJECTE DE PAÍS

Pla Nacional: L'adequació/reconversió i estàndards del sector han de ser un Projecte estratègic de país, amb decisió i lideratges interns, de polítics/ques, professionals, gestors/es i entitats

Sector com a referent de l'atenció d'excel·lència a persones vulnerables

#### Principis:

1. La missió del sector residencial és la de promoure la qualitat de vida i la dignitat de les persones especialment vulnerables.
2. El sector residencial és el paradigma i el referent més qualificat dels valors i comportaments d'una societat cuidadora i compassiva aplicats a l'atenció de persones especialment vulnerables. En un context demogràfic d'envelliment i dificultats de suport de les estructures familiars clàssiques ha de practicar, explicitar i promoure aquesta visió i lideratge a la societat.
3. El sector residencial es un actiu i motor econòmic i social i ha d'elaborar i implementar una renovació estratègica que l'adapti a les noves necessitats.
4. L'atenció sanitària del sector residencial ha de ser garantida com a dret, i requereix de propostes potents, realistes i amb diversitat adaptativa de models.
5. Hem detectat algunes àrees de millora rellevants: infradetecció de malalties avançades, dolor, solitud i aspectes psicosocials de les persones residents, suport i formació de professionals, i coaching de membres de direcció, entre d'altres.
6. Cal elaborar i implementar un set d'estàndards consensuat.
7. Cal elaborar i consensuar un model de competències dels professionals.
8. El sector residencial ha de formar part d'un sistema integrat territorial d'atenció a persones grans i les situacions prevalents, assegurant la relació amb els sistemes de salut-social, i amb la societat i la comunitat de què forma part, convertint-se en el referent local, territorial, i general de l'atenció a persones grans.
9. Cal un Projecte ambiciós de renovació del model assistencial, d'organització i d'estructura amb inversions públiques i privades.

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions
1. Autoestima i valoració del rol a la societat	1.1. Identificar i transmetre els valors i aportacions del sector a la millora de qualitat de vida de persones vulnerables	<p>1.1.1. Dignificació i posada en valor del treball dels/de les professionals d'atenció de l'àmbit residencial mitjançant campanyes de comunicació socials, millora dels convenis, estabilitat laboral i els plans de carrera professional.</p> <p>1.1.2. Definició i promoció de manera positiva i proactiva dels valors, comportaments i accions en l'atenció a les persones vulnerables.</p> <p>1.1.3. Promoció i valoració de la importància del sector des del punt de vista social i econòmic.</p> <p>1.1.4. Creació de premis pel reconeixement de la innovació i la qualitat (models, espais, organització, equips...).</p> <p>1.1.5. Redacció d'orientacions i pautes per la sensibilització de la importància dels aspectes ambientals en la qualitat de vida de les persones (to de veu, llums, color, funcionalitats d'espais, ambientació, temperatura etc.).</p>
2. Recursos financers	2.1. Incrementar els recursos financers	<p>2.1.1. Increment del pressupost per garantir aquesta atenció integral socio sanitària.</p> <p>2.1.2. Creació de fons específics per impulsar la millora contínua, la recerca i la innovació en nous models d'atenció.</p> <p>2.1.3. Disposició del finançament per millorar l'estabilitat i les condicions laborals dels i les professionals, la seva contractació i garantir intervencions de qualitat.</p> <p>2.1.4. Disseny d'un nou marc de finançament per a una atenció en base a les necessitats i característiques dels residents i projectes de vida, situació del centre i nivell de complexitat.</p> <p>2.1.5. Augment del percentatge pressupostari assignat a l'atenció primària segons els recomanacions de la OMS (25 % del pressupost total de Sanitat).</p> <p>2.1.6. Dotació pressupostària per garantir que el Pla d'inversions 2023-2030 promogui reformes i noves inversions.</p> <p>2.1.7. Promoció d'accions per assegurar que tota persona pugui tenir accés als serveis residencials independentment dels seus recursos.</p>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions
3. Competitivitat i innovació	3.1. Fer el sector més competitiu i innovador	<p>3.1.1. Impuls de pilots de nous models organitzatius, d'atenció i assistencials per validar noves idees, tendències, per aprendre i innovar.</p> <p>3.1.2. Foment i retribució de forma adequada de les competències d'excel·lència professional als equips.</p> <p>3.1.3. Disseny d'actuacions específiques per garantir sous de mercat competitius per atraure talent.</p> <p>3.1.4. Promoció a les residències i als seus actors/es de recursos i accions per la participació en premis de reconeixement de la innovació i la qualitat (models, espais, organització, equips...).</p>
4. Tecnologia	4.1. Augmentar, actualitzar i garantir l'accés a les TIC	<p>4.1.1. Creació i promoció de convenis de col·laboració amb empreses tecnològiques per oferir connectivitat gratuïta a internet i recursos digitals.</p> <p>4.1.2. Disseny i pautes d'implementació per impulsar el desplegament de sistemes informàtics a totes les residències</p> <p>4.1.3. Redacció de pautes i orientacions per establir un model d'intercanvi de dades, d'informació sanitària i social entre els diferents actors, que faciliti la transparència i accessibilitat en temps real.</p> <p>4.1.4. Promoció de l'ús de la tecnologia per facilitar la disponibilitat i l'accés a dades estructurades dins de l'àmbit residencial</p> <p>4.1.5. Elaboració i publicació d'un inventari de recursos i d'instruments de política pública (organitzatius, d'autoritat, logístics, econòmics i comunicatius, etc.) per conèixer detalladament de quines capacitats disposa cada nivell de govern quan s'enfronta a una crisi i poder respondre a les emergències de forma més eficient.</p>



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions
5. Atenció sanitària garantida	5.1. Garantir una qualitat d'atenció factible i completa	<p>5.1.1. L'atenció sanitària al sector ha de ser garantida amb la combinació de recursos assistencials interns de professionals, intervenció formal i protocol·litzada de recursos externs d'atenció primària i integració de recursos sanitaris i sociosanitaris del territori (especialment, els de suport d'atenció pal·liativa, els d'atenció urgent, especialitzada a domicili, etc.).</p> <p>5.1.2. S'ha d'assegurar el suport i la presència dels recursos d'atenció primària de salut, amb recursos, formació, i models d'organització específics (ja experimentats) segons ho requereixin el nombre, dimensió o complexitat dels centres. Cal fer-ne una aproximació realista i factible.</p> <p>5.1.3. L'atenció sanitària als centres és un dret reconegut que ha de ser atès, amb recursos i models d'organització i finançament públic.</p>
6. Polítiques integrades amb els serveis i la comunitat del territori	6.1. Incrementar polítiques i plans integradors	<p>6.1.1. Promoció i desenvolupament d'un model d'autoritat de governança, coordinació institucional i planificació estratègica pel desplegament d'un model integral sociosanitari comunitari d'atenció.</p> <p>6.1.2. Disseny d'un pla d'atenció sociosanitària integral que reforci l'Atenció Primària de Salut i la pertinent coordinació amb les Àrees bàsiques de serveis socials per tal que es pugui garantir les prestacions de la persona.</p> <p>6.1.3. Disseny i pautes d'implementació de mecanismes, estàndards i bones pràctiques per facilitar una millor coordinació entre públic i privat i els nivells de política macro i micro dels serveis socials i sanitaris.</p> <p>6.1.4. Organització d'accions col·laboratives per implementar un sistema d'atenció integrada a través de diferents serveis (CAP, sociosanitaris, equips de suport, programes d'hospitalització a domicili, serveis d'emergències hospitals...), més enllà de l'atenció residencial, creant rutes i protocols assistencials del sector.</p> <p>6.1.5. Revisió de la rigidesa dels protocols de crisi o d'emergència i definició de paràmetres més flexibles segons l'especificitat dels centres.</p> <p>6.1.6. Creació de protocols i programes de preparació sobre com actuar als centres residencials en casos de contagis esporàdics o de brots, tant pel que fa als plans generals de les administracions, com als plans dels mateixos centres.</p>

## Fitxa de propostes de millora #2. Direcció:

### NOUS LIDERATGES.

Un estil facilitador per aquest procés de canvi.

Calen uns lideratges mol més capacitats i transformadors per liderar els equips dels centres amb efectivitat, més enllà de les solucions tècniques, i també una gran transformació del sector amb un ampli consens social que incorpori als/les professionals, stakeholders i organitzacions clau.

Principis:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El lideratge de qualitat del sector i dels centres és un factor essencial per a garantir la qualitat d'atenció i el suport dels professionals</li> <li>2. El lideratge dels centres ha d'incloure aspectes generals de competències personals (valors, comunicació, respecte...), i coneixement de les necessitats i procediments per a atendre als residents i famílies, els valors bàsics, la formació, el lideratge i suport de persones, la prevenció i suport de conflictes, l'avaluació, gestió i millora de qualitat, els aspectes de gestió i organització, i el coneixement normatiu i laboral</li> <li>3. Ha de liderar també les relacions amb la comunitat, el sector, i els stakeholders, amb els canvis de posicionament socials necessaris.</li> <li>4. Els/les líders dels centres han de ser la garantia de l'atenció de qualitat a les persones.</li> <li>5. Cal un <b>nou lideratge transformador</b> per promoure una reinvençió profunda, orientat a transformar la realitat actual i construir-ne una de nova des de la col·laboració.</li> </ol>		
Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
1. Respecte	1.1. Assegurar que hi hagi un entorn de respecte entre tots els actors de la residència	<p>1.1.1. Organització d'accions perquè els valors i comportaments de l'organització actuïn amb respecte en qualsevol actuació i per part de tot l'equip.</p> <p>1.1.2. Disseny i implementació d'un procediment d'acollida a tota nova persona de l'àmbit professional per explicar i compartir els valors i comportaments que l'organització promou.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocols de comportaments d'excel·lència</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessions d'avaluació del respecte i el clima</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Competències de lideratge i capacitació	2.1. Assegurar les competències de lideratge	<p>2.1.1. Disseny i pautes d'implementació que permetin assegurar la formació i avaluació (contínua) de les competències de lideratge.</p> <p>2.1.2. Desenvolupament d'un sistema de seguiment per garantir que el lideratge dels centres inclou aspectes generals de competències personals (valors, comunicació, respecte, ...), i del coneixement de les necessitats i procediments per poder atendre als residents i famílies, els valors bàsics, la formació, el lideratge i suport de persones, la prevenció i suport de conflictes, l'avaluació i gestió i millora de qualitat, els aspectes de gestió i organització, juntament amb el coneixement normatiu i laboral.</p> <p>2.1.3. Redacció d'orientacions i pautes per garantir que el lideratge de direcció promou el respecte, el reconeixement i la participació de les persones que formen part de l'organització.</p> <p>2.1.4. Definició dels estàndards de competències i d'acreditació de la formació de líders dels centres residencials.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definició clara de les competències dels líders del sector</li> <li>- Propostes de formació formal de lideratge</li> <li>- Propostes de formació continuada</li> <li>- Protocols d'avaluació de qualitat del lideratge per part de professionals</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentatge de líders amb formació reglada</li> <li>- Percentatge de líders amb accés a formació continuada</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Suport i guia	3.1. Incrementar el coaching, benchmark, i el reconeixement amb altres organitzacions	<p>3.1.1. Creació de serveis, formació, i teràpies per la seva capacitat i millora, i el seu benestar físic, psicològic i emocional (coaching, programes de suport, benchmark).</p> <p>3.1.2. Publicació d'orientacions per incorporar els valors i comportaments d'excel·lència en la selecció, formació i seguiment de tot el personal.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocols i mecanismes formals de coaching i suport líders directius</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentatge de centres que realitzen activitats formals de formació i de coaching per a directius</li> </ul>
4.Reconeixement	4.1. Fer que el sector residencial i la feina de direcció sigui més valorada	4.1.1. Definició de l'estratègia de visibilització per dignificar i posar en valor el treball dels/les professionals d'atenció de l'àmbit residencial mitjançant campanyes de comunicació socials, millora dels convenis, estabilitat laboral i els plans de carrera professional per retenir talent.	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pla general de sector</li> <li>- Pla específic de relacions amb el territori</li> </ul>
5. Participació i gestió col·laborativa	5.1. Assegurar la participació activa interdisciplinària en l'atenció	<p>5.1.1. Creació de l'entorn i les accions per assegurar una participació activa i interdisciplinària en l'avaluació, la definició d'objectius, la implementació d'accions i l'avaluació de resultats de l'atenció a les persones.</p> <p>5.1.2. Disseny d'accions específiques per garantir que tant professionals i membres de la direcció com familiars vetllen per poder dur a terme la implementació d'accions i l'avaluació de resultats d'atenció a les persones.</p> <p>5.1.3. Redacció de pautes que permetin vetllar perquè els objectius establerts es duguin a terme i es pugui implementar el model de valors del centre en tot moment.</p>	

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Millora i actualització de les condicions laborals	6.1. Constituir i garantir un model de conveni basat en el reconeixement de les competències	<p>6.1.1. Definició d'un nou model retributiu basat en el reconeixement de les competències de l'excel·lència professional dels directius.</p> <p>6.1.2. Disseny i desenvolupament de pautes per dignificar i posar en valor el treball dels professionals d'atenció de l'àmbit residencial garantint l'estabilitat laboral i els plans de carrera professional segons les competències.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocols i mecanismes formals de coaching i suport líders directius</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentatge de centres que realitzen activitats formals de formació i de coaching per a directius</li> </ul>
7. Gènere	7.1. Augmentar la identificació de factors específics gènere que afecten a la qualitat de vida en les activitats dels diferents actors		

**Fitxa de propostes de millora #3. Organització:****ORGANITZACIÓ INNOVADORA.**

Una forma de fer emprenedora.

Una organització àgil, interdisciplinària i amb esperit emprenedor, que s'avanci als canvis i que s'arrisqui, amb la capacitat de generar respostes innovadores.

**Principis:**

1. L'organització ha de disposar d'un equip interdisciplinari formal amb una formació i suport adequats que permetin d'establir l'atenció i assistència en diferents situacions, així com permetre establir un seguiment sobre el nivell d'assoliment en totes les etapes.
2. Els centres aplicaran un model d'atenció integral multidimensional, que desenvolupi plans d'atenció sistematitzats adequats a les necessitats, valors i preferències de les persones residents i tenint en compte la seva situació i estat evolutiu (que seran avaluats en tots els casos, identificant necessitats específiques).
3. El model d'organització serà interdisciplinari, amb la participació activa de tots/es els/les professionals en l'avaluació, planificació, atenció i seguiment.
4. Els centres elaboraran propostes d'avaluació i millora de qualitat amb la participació de residents, familiars, professionals i societat, proposant mesures realistes i factibles de qualitat.
5. Els centres estaran integrats en el sistema social i sanitari del territori, amb acords formals i rutes assistencials que defineixin el seu rol i la relació amb la resta de recursos.
6. Cal la creació de serveis, formació, i teràpies per la seva capacitació i millora, i el seu benestar físic, psicològic i emocional (coaching, programes de suport, benchmark).

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
1. Missió, objectius i valors	1.1. Fer que es compleixin els objectius, valors i la missió per garantir el nou model	<p>1.1.1. Redacció d'orientacions i pautes per elaborar, implementar i avaluar la visió, missió, els objectius i els valors del centre contínuament.</p> <p>1.1.2. Promoció d'actuacions específiques que permetin actualitzar i compartir amb els diferents treballadors, residents i famílies els reptes que té el centre per tal que tothom vetlli perquè es compleixin.</p> <p>1.1.3. Disseny i desenvolupament d'eines per vetllar perquè els objectius siguin realistes i eficients.</p> <p>1.1.4. Creació d'un quadre de comandament amb objectius i indicadors qualitius per cada àrea de treball enfocats a les necessitats de les persones usuàries.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El centre disposa de documents consensuats que defineixen la missió, valors, visió, i objectius</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El centre consensua amb professionals, residents, i familiars els seus valors, missió, visió i objectius</li> </ul>
2. Model d'organització	2.1. Assegurar el model en base a criteris de qualitat	<p>2.1.1. Disseny d'un nou perfil de professional referent dels residents que tingui com a principal responsabilitat el personalitzar i garantir el benestar de les persones oferint assessorament, guia i suport per proporcionar una atenció integral.</p> <p>2.1.2. Criteris de qualitat i indicadors d'atenció, de flexibilitat, efectivitat, gestió, seguretat i espais.</p> <p>2.1.3. Incorporació d'eines per actualitzar periòdicament l'avaluació dels criteris de qualitat.</p> <p>2.1.4. Redacció de protocols que s'adaptin el màxim possible a cada residència</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existència de professional referent</li> <li>- Existència d'una bateria d'indicadors de qualitat</li> <li>- Model d'atenció i organització, registre i documentació i avaluació de qualitat definits i consensuats</li> <li>- Ràtios adequades a les diferents àrees definides</li> <li>- Hi ha protocols de prevenció i actuació per crisis de salut i/o pandèmies</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Model d'organització	2.1. Assegurar el model en base a criteris de qualitat	<p>2.1.5. Disseny i pautes d'implementació per establir nivells de residències segons nivell de complexitat per orientar l'atenció i el perfil dels professionals necessaris.</p> <p>2.1.6. Redacció de procediments i mecanismes que garanteixin la participació de les persones residents i els/les professionals en la definició del model d'atenció, organització i avaluació i millora de qualitat.</p> <p>2.1.7. Promoció de models organitzatius que prioritzin el lideratge col·laboratiu, el desenvolupament de la confiança i de les capacitats de decisió, individual i col·lectiva.</p> <p>2.1.8. Organització d'accions per incorporar persones professionals especialitzades en el procés de gestió, catalogació, conservació i actualització de les dades, la informació i el coneixement.</p> <p>2.1.9. Promoció d'accions per establir una ràtio adequada (inferior al 0,5) segons la complexitat de les persones residents i la casuística del centre, per garantir la qualitat del treball i l'atenció.</p> <p>2.1.10. Revisió de la rigidesa dels protocols de crisi o d'emergència i promoció d'accions per establir paràmetres més flexibles segons l'especificitat dels centres.</p>	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Els protocols descrits s'elaboren i revisen amb participació de professionals, residents i familiars.</li> <li>- La qualitat percebuda de l'atenció per residents, familiars i professionals es mesura almenys anualment amb instruments validats.</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Els protocols s'han elaborat participativament</li> <li>- La qualitat percebuda s'ha avaluat en més del 80 % dels/les residents, familiars i professionals (excloent transcognitius)</li> </ul>



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Model d'organització	2.1. Assegurar el model en base a criteris de qualitat	<p>2.1.11. Disseny d'actuacions específiques que permetin garantir l'actualització periòdica de protocols específics per tal d'organitzar els/les professionals que treballen en cada tasca.</p> <p>2.1.12. Redacció de protocols i programes de preparació sobre com actuar als centres residencials en casos de contagis esporàdics o de brots, tant pel que fa als plans generals de les administracions, com als plans dels mateixos centres.</p> <p>2.1.13. Promoció d'equips interdisciplinaris, formats per persones acadèmiques, professionals, planificadores públiques i persones proveïdores d'atenció social i sanitària per aprofundir en com el disseny del model d'atenció i organització pot millorar el benestar de les persones residents i dels/les cuidadors/es.</p>	
	2.2. Implementar un model d'atenció multidimensional	<p>2.2.1. Disseny d'estratègies per aplicar una atenció integral multidimensional que promogui l'autonomia de les persones i tingui en compte les seves necessitats essencials i específiques, segons el model definit pels residents.</p> <p>2.2.2. Desenvolupament d'una guia que permeti avaluar els resultats i experiència d'atenció (PROMS i PREMS) per construir un model organitzatiu que avaluï i incorpori un quadre de comandament de la qualitat assistencial.</p>	<p>- Documents i instruments per a l'avaluació multidimensional i pla terapèutic que avaluïn més del 80 % de les persones residents i famílies</p>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Model d'organització	2.3 Incrementar el treball en equip, multidisciplinari i flexible	<p>2.3.1. Publicació d'orientacions de nous models específics per l'atenció a la demència, la salut mental, al final de la vida, la fragilitat, i d'altres situacions adaptats a la situació de les persones del centre.</p> <p>2.3.2. Promoció d'accions que afavoreixin models d'organització més flexibles (flexibilitat laboral, incentius, horaris, activitats, normatives...) i adaptables a les necessitats de la demanda, i de les seves persones empleades (professionals i personals).</p> <p>2.3.3. Creació d'accions que permetin disposar d'un equip de professionals amb perfils diversos perquè tinguin una mirada integral vers la persona resident i el seu entorn proper.</p> <p>2.3.4. Organització d'accions col·laboratives per impulsar una coordinació interdisciplinària entre els professionals que faciliti la presa de decisions de manera conjunta incorporant la opinió de familiars i residents.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existència d'un equip multidisciplinari amb formació específica</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'equip realitza sessions multidisciplinàries regularment (setmanals) per a l'avaluació de necessitats, l'elaboració del pla terapèutic, i seguiment de persones residents i familiars.</li> <li>- Es realitzen sessions formatives i de suport professional</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es realitzen més de 45 reunions anuals amb la participació de més del 80 % de l'equip de professionals d'atenció directe.</li> <li>- Es realitzen més de 10 sessions anuals formatives i/o de suport de l'equip amb participació de més del 80 % dels professionals.</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Model d'organització	2.4. Assegurar el voluntariat i la relació amb organitzacions socials	<p>2.4.1. Disseny d'actuacions en els centres per promoure i activar la presència i activitat del voluntariat, amb relacions específiques i actives amb organitzacions no governamentals de suport del territori.</p> <p>2.4.2. Disseny i pautes d'implementació de programes i intervencions que permetin la presència, formació, suport i seguiment de voluntariat, especialment dedicat a l'atenció de persones amb necessitats especials com la solitud o l'absència de relacions socials o familiars.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol de voluntariat (funcions, activitats, selecció, formació seguiment i suport)</li> <li>- Acord formal amb organitzacions de voluntariat territorials</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es realitzen intervencions de voluntariat en suport als residents amb definició de necessitats i objectius de l'acompanyament</li> </ul>
	2.5. Assegurar la documentació, el registre, l'avaluació i la millora de la qualitat	<p>2.5.1. Disseny d'actuacions específiques per garantir que els centres disposaran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de documentació assistencial que permeti de registrar de manera sistemàtica les dades assistencials, integrada amb el sistema de registre compartit del serveis de salut i socials</li> <li>- d'instruments validats per a identificar, avaluar, i mesurar els resultats de la intervenció</li> <li>- de protocols basats en l'experiència i l'evidència que responguin de manera sistemàtica a les necessitats de les persones i situacions d'atenció.</li> </ul>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentació i registre assistencial</li> <li>- Documentació de cadascuna de les àrees esmentades específicament</li> <li>- Documentació específica d'avaluació i millora de qualitat percebuda pels residents, familiars i professionals</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Model d'organització	2.5. Assegurar la documentació, el registre, l'avaluació i la millora de la qualitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de mecanismes per avaluar de manera sistemàtica (efectivitat, eficiència, satisfacció, experiències de les persones) amb instruments i metodologies mixtes (quantitatives i qualitatives)</li> <li>- d'instruments per realitzar avaluacions sistemàtiques de qualitat que n'identifiquin els aspectes de millora i implementació dels plans de millora amb la participació de residents, familiars, i professionals</li> </ul>	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilització de documentació en el 80 % de les situacions</li> <li>- Avaluació anyal de qualitat percebuda</li> <li>- Pla anyal de millora de qualitat basat en avaluacions percebudes</li> </ul>
	2.6. Crear horaris flexibles	<p>2.6.1. Promoció d'horaris adaptats a l'autonomia de la persona resident, no tant en horaris fixes sinó en franges.</p> <p>2.6.2. Desenvolupament de models més flexibles on les persones residents puguin escollir horaris, activitats, dietes i participar en determinats serveis del propi centre (cuina, menú, jardineria...).</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Document d'organització de activitats i tasques adaptada amb franges</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mecanisme d'horaris i activitats adaptats i pactats de manera individual i grupal amb residents</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % dels horaris d'activitats amb franges</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Model d'organització	2.7. Vetllar per un bon entorn laboral i establir mecanismes de suport i <i>benchmark</i>	<p>2.7.1. Disseny i pautes d'implementació per impulsar iniciatives i espais on poder compartir com se sent cada persona que viu i/o treballa al centre per tal de reduir. malentesos i frustracions</p> <p>2.7.2. Organització d'accions col·laboratives per potenciar que al centre es respiri bona energia i ambient de treball, impulsant el "bon clima" entre professionals i entre famílies i residents.</p> <p>2.7.3. Creació de serveis, formació, i teràpies per la seva capacitat i millora, i el seu benestar físic, psicològic i emocional (coaching, programes de suport, benchmark).</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol de clima laboral (promoure relacions prevenció i resolució de crisis i conflictes...)</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mecanismes específics d'avaluació de clima</li> <li>- Mecanismes específics d'atenció i resolució a dificultats relacionals</li> </ul>
3. Espais i estructura	3.1. Augmentar el disseny d'espais adaptats a les necessitats de les persones usuàries	<p>3.1.1. Promoció d'accions per facilitar que les persones residents tinguin espais, activitats i moments per tenir un dia actiu (ús d'escales, terrats, jardins...).</p> <p>3.1.2. Disseny i desenvolupament de nous espais terapèutics i de relaxació segons el perfil de les persones residents: sales de confort sensorial, entorns naturals, sales de realitat virtual, sales d'estimulació sensorial (olors, colors i sorolls), accés a piscina per refrigerar-se a l'estiu.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espais diferenciats per tipologies</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Espais i estructura	3.1. Augmentar el disseny d'espais adaptats a les necessitats de les persones usuàries	<p>3.1.3. Redacció de pautes i recomanacions perquè els espais i el seu disseny responguin a les necessitats de les persones usuàries segons les diferents fases de l'atenció a partir d'establir procediments per comprendre la persona i el seu projecte de vida.</p> <p>3.1.4. Creació d'espais i serveis que afavoreixin la convivència amb altres persones (persones voluntàries, membres de la família, amics i/o amigues...) en condicions d'intimitat i privacitat, inclòs l'allotjament, les visites o els àpats.</p> <p>3.1.5. Creació d'espais que afavoreixin la intimitat on es pugui estar independentment de la resta de persones.</p> <p>3.1.6. Promoció d'accions específiques per integrar espais dins la residència per a un ús comunitari (de coworking, esport, guarderies, parcs, lleure...) per fomentar la integració social.</p> <p>3.1.7. Organització d'actuacions específiques perquè hi hagi espais verds als centres (horts, jardins verticals, cobertes verdes, espai enjardinat, parcs...), i en el seu entorn immediat.</p> <p>3.1.8. Disseny d'actuacions específiques perquè els espais siguin més acollidors i personalitzats, que semblin més una llar i que siguin més casolans, respectant la privacitat i intimitat de les persones i fomentant habitacions i lavabos individuals.</p>	

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Espais i estructura	3.1. Augmentar el disseny d'espais adaptats a les necessitats de les persones usuàries	<p>3.1.9. Promoció als centres d'espais comuns de serveis (ex.: cuina comuna, sala d'usos múltiples, etc.) i espais per a persones convidades (per als membres de la família, persones cuidadores...) per fomentar les interaccions.</p> <p>3.1.10. Publicació d'orientacions per transformar les grans instal·lacions en petites unitats de convivència de màxim 6 persones, amb habitació-apartament individual i espais de suport comuns.</p> <p>3.1.11. Creació d'exemples i models per impulsar el disseny de diverses tipologies d'espais assistencials (com per exemple, l'habitatge privat, els pisos amb serveis, els cohabitatsges, els pisos tutelats, i les residències de petit format, etc.) en funció del cicle vital de la persona, les seves necessitats i preferències.</p> <p>3.1.12. Disseny d'espais (interiors i/o exteriors) que facilitin l'accés a l'exercici de manera autònoma. Exemple: màquines de rehabilitació/sales, ball, caminar, bicicleta, piscina, jardins, barri, parc...).</p> <p>3.1.13. Promoció d'equips interdisciplinaris, formats per persones acadèmiques, professionals, planificadores públiques i proveïdores d'atenció social i sanitària, per aprofundir en com el disseny dels espais i de l'entorn físic pot millorar el benestar de residents i cuidadors.</p>	

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
4. Relacions dins el sistema	4.1. Constituir un sistema territorial d'integració i coordinació entre agents amb rutes territorials que garanteixin l'atenció sanitària dels residents i la relació i integració amb la comunitat	<p>4.1.1. Disseny d'un pla d'atenció socio-sanitària integral que asseguri l'atenció sanitària de les persones residents, amb reforç de l'Atenció Primària de Salut i la pertinent coordinació amb les Àrees bàsiques de Serveis Socials.</p> <p>4.1.2. Disseny d'estratègies que permetin compartir entre els diferents actors mecanismes per implementar un sistema d'atenció integrada a través de diferents serveis (CAPs, sociosanitaris, hospitals, equips de suport, equips d'emergències...), més enllà de l'atenció residencial, creant rutes i protocols assistencials del sector.</p> <p>4.1.3. Estratègies formals de relació i integració amb les entitats comunitàries (socials, ONG...).</p> <p>4.1.4. Disseny i desenvolupament d'un model d'autoritat de governança, coordinació institucional i planificació estratègica pel desplegament d'un model integral socio-sanitari-comunitari d'atenció.</p> <p>4.1.5. Creació de protocols i programes de preparació sobre com actuar als centres residencials en casos de contagis esporàdics o de brots, tant pel que fa als plans generals de les administracions, com als plans dels mateixos centres.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol formal de ruta assistencial territorial</li> <li>- Protocol formal d'atenció sanitària interna i amb els suports externs necessaris</li> <li>- Protocol formal de relacions amb entitats de la comunitat</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervencions sanitàries programades i urgents d'acord amb els protocols</li> <li>- Reunions mínim trimestrals de coordinació de recursos sanitaris</li> <li>- Activitats internes i externes acordades i organitzades amb entitats</li> </ul>



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
4. Relacions dins el sistema	4.1. Constituir un sistema territorial d'integració i coordinació entre agents amb rutes territorials que garanteixin l'atenció sanitària dels residents i la relació i integració amb la comunitat	<p>4.1.6. Disseny i pautes d'implementació per establir mecanismes per facilitar una millor coordinació entre públic i privat i els nivells de política macro i micro dels serveis socials i sanitaris.</p> <p>4.1.7. Recull d'exemples i models per definir estàndards i bones pràctiques conjuntes entre sector públic i privat.</p> <p>4.1.8. Organització d'accions col·laboratives per treballar de manera integrada, comunitària i en xarxa amb uns objectius compartits per part dels i les professionals implicades.</p> <p>4.1.9. Promoció de programes perquè els/les experts/es en el sector visitin constantment els centres residencials per parlar amb els/les professionals, membres de la direcció i fins i tot els/les residents, i puguin aportar aspectes de millora personalitzats a cada centre.</p>	

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
5. Autoestima i valoració del rol	5.1. Augmentar la reputació i el reconeixement del centre i fer visible la seva funció i apreciada la seva feina	<p>5.1.1. Organització d'accions col·laboratives per treballar de la mà de mitjans de comunicació per mostrar i compartir l'activitat dels centres, i el recull de bones practiques per tal de que puguin emetre notícies més optimistes i no sempre amb queixes/comentaris negatius.</p> <p>5.1.2. Recull d'exemples i bones pràctiques dels centres per la creació d'un entorn on mostrar, compartir i recordar constantment la importància del treball que fan (des del/la auxiliar al/la director/a) passant per la societat) i l'impacte que generen en les persones.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pla de comunicació i relació territorial</li> <li>- Convenis específics amb organitzacions comunitàries socials (AAVV, ONG).</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionament del centre com a expert en l'atenció integral de persones vulnerables</li> <li>- Accions de comunicació (mitjans, premsa, més de tres sessions per trimestre)</li> <li>- Sessions obertes per a descriure o compartir experiència</li> </ul>
6. Relació amb la comunitat i l'entorn	6.1. Assegurar un enfocament més comunitari i participatiu	<p>6.1.1. Organització d'accions col·laboratives per integrar espais dins la residència que permetin un ús comunitari (de coworking, esport, guardaries, parcs, lleure...) per fomentar la integració social.</p> <p>6.1.2. Disseny d'actuacions específiques i protocols que facilitin la interacció i els vincles relacionals, socials i afectius entre els usuaris de la residència.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pla de relació territorial</li> <li>- Convenis específics amb organitzacions comunitàries socials (AAVV, ONG).</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Relació amb la comunitat i l'entorn	6.1. Assegurar un enfocament més comunitari i participatiu	<p>6.1.3. Col·laboració amb agents comunitaris per promoure la participació i relacions amb la comunitat (via activitats de hobbies conjunts: passejar, lectura, petanca, música, cinema).</p> <p>6.1.4. Revisió i publicació periòdica dels continguts digitals per garantir tenir la informació el més actualitzada possible a la WEBAPP, on la família i la gent de l'exterior puguin consultar les dades dels centres.</p>	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accions d'activitats: sessions, culturals, lúdiques...</li> <li>- Sessions obertes per a descriure o compartir experiència</li> </ul>

## Fitxa de propostes de millora #4. Família i entorn afectiu:

Principis	<p>La família i l'entorn afectiu de les persones residents són un nucli fonamental d'atenció per impulsar un model d'atenció amb els requeriments següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una visió sistèmica</li> <li>- El suport i educació continuada per a atendre als residents i adaptar-se als canvis evolutius</li> <li>- La presència activa dels beneficiaris: la persona resident i la família</li> <li>- La seva participació en les decisions de model d'atenció i organització específiques per cada resident i generals</li> <li>- Tenir en compte les situacions d'especial dificultat i assegurar la dedicació i el suport per a respondre-les: trastorns de comportament, malaltia avançada i final de vida, presa de decisions ètiques...</li> <li>- Assegurar el suport als processos de dol</li> </ul>		
Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
1. Respecte	1.1. Assegurar que les persones son tractades amb respecte i dignitat	<p>1.1.1. Disseny d'actuacions específiques dirigides a conèixer quins són els valors i comportaments de l'organització que garanteixen una actuació amb respecte del/de la resident i la família</p> <p>1.1.2. Creació de campanyes informatives per la sensibilització de les famílies en el concepte de dret i respecte a la voluntat de la persona</p> <p>1.1.3. Publicació d'orientacions que afavoreixin la conscienciació de la família sobre el respecte a l'autodeterminació de la persona</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocol i formació en atenció digna i de respecte pels residents i les famílies</li> <li>- Fulletons informatius/formatius</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessions de respecte anyals</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Totes les professionals han realitzat sessions sobre respecte</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2.Participació	2.1. Aconseguir que les famílies siguin les protagonistes de l'atenció (especialment, en casos en què la persona resident no és competent per a la presa de decisions)	<p>2.1.1. Col·laboració amb la família per facilitar la seva participació activament en la definició i aplicació del model d'atenció i organització (tenint en compte les limitacions de recursos i estructures).</p> <p>2.1.2. Redacció d'orientacions i pautes per garantir que participen regularment en l'avaluació i millora de qualitat i que les seves propostes són tingudes en compte.</p> <p>2.1.3. Organització d'accions perquè la família sigui consultada regularment sobre l'efectivitat de les intervencions i la satisfacció i acord amb l'atenció rebuda.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol formal de mecanismes de participació</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Famílies informades de mecanismes de participació</li> <li>- Sessions generals anuals per a avaluar i millorar la qualitat</li> <li>- Sessions específiques amb cada família per a definir/compartir la situació i els objectius</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Totes les famílies han realitzat sessions cada 3 mesos</li> <li>- El 80 % de les famílies han participat en les sessions d'avaluació i millora de qualitat anuals.</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Presència	3.1. Augmentar la presència activa	<p>3.1.1. Promoció de pautes per assegurar la presència de la família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en les activitats dels residents</li> <li>- en el seu lleure dins i fora del centre</li> <li>- especialment en aquelles situacions de més necessitat i demanda (malaltia, final de vida, transicions, impacte).</li> </ul>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolització</li> <li>- Leaflets</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espais (habitació i comuns) i temps flexibles</li> <li>- Assegurar la presència de la família en situacions de necessitat (crisis, final de vida, etc.)</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Més del 80 % de les famílies presents en situacions de necessitat</li> </ul>
4.Participació en la presa de decisions compartida	4.1. Fer que la família participi en la presa de decisions	<p>4.1.1. Disseny i pautes d'implementació d'intervencions que permetin fer participis a les persones residents i/o les famílies de qualsevol presa de decisió que els afectin.</p> <p>4.1.2. Desenvolupament d'un pla personalitzat per implicar els/les residents i/o les famílies a les reunions PIAI (Pla Individualitzat d'Atenció Integral).</p> <p>4.1.3. Col·laboració amb la família per conèixer i respectar els valors i preferències en totes les fases evolutives (DVA, PCDA), especialment en moments evolutius de canvi de situació i d'objectius.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol formal de mecanismes de participació</li> <li>- Fulls informatius i d'educació</li> <li>- Accés a sessions d'educació i de suport</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
4. Participació en la presa de decisions compartida	4.1. Fer que la família participi en la presa de decisions	4.1.4. Publicació de la informació sobre els recursos existents per recollir les voluntats de les persones, fent, per exemple, campanyes informatives.	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessions específiques amb cada família per a definir i compartir la situació i els objectius</li> <li>- Sessions d'educació per als familiars</li> <li>- Accés a l'escola de cuidadors de l'Obra Social La Caixa</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Totes les famílies han realitzat sessions cada 3 mesos</li> <li>- Sessions específiques segons els canvis de situació</li> </ul>
5. Educació i formació incorporant tecnologia	5.1. Assegurar l'assoliment de la competència i l'equitat digital per educar per millorar la capacitat emocional, logística i pràctica de relacionar-se amb les persones residents, incorporant la tecnologia com a suport	5.1.1. Promoció de l'ús de sistemes TIC per facilitar la comunicació amb les famílies i compensar les dificultats d'accés a l'atenció presencial (telèfons, videotrucades i xarxes socials), per evitar la càrrega emocional de l'aïllament en la persona resident i la seva família i entorn.	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informació escrita</li> <li>- Protocol de comunicació en situacions especials (demència, final de vida, coma, etc.)</li> </ul> <p>Utiltatge accessible</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Famílies han realitzat sessions educatives</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
5. Educació i formació incorporant tecnologia	5.1. Assegurar l'assoliment de la competència i l'equitat digital per educar per millorar la capacitat emocional, logística i pràctica de relacionar-se amb les persones residents, incorporant la tecnologia com a suport	5.1.2. Disseny d'actuacions específiques dirigides a formar i ensenyar a les famílies com interactuar amb els seus familiars en tot tipus de casos (demències, problemes de salut mental...) així com proporcionar eines a aquelles famílies amb problemes econòmics (ex. deixar tabletas en cas de pandèmia, mòbils...).	R:  - 80 % de les famílies de persones amb demència han rebut educació i suport  - 80 % famílies han utilitzat accessoris TIC per relacionar-se amb residents
6. Suport afectiu, educació, emocional, comunicació, logístic (TIC), social.	6.1. Fer que la relació entre família i resident sigui el més propera possible	6.1.1. Creació de pautes per prevenir i atendre les situacions de conflicte o divergència, promovent la conciliació.  6.1.2. Redacció d'orientacions per prevenir i atendre les situacions de dol (dol complicat, risc de claudicació, risc de dol complicat...), claudicacions, i impacte  6.1.3. Creació d'exemples i models per identificar elements especialment vulnerables que requereixin atenció especial (persones grans, adolescents, infants, especial vulnerabilitat física o emocional, risc de dol, etc.)  6.1.4. Disseny i pautes d'implementació d'accions que permetin donar suport afectiu i/o accés a psicòleg/a a les famílies que no sàpiguen com interactuar amb el seu familiar o tractar-lo	E:  - Formació a professionals sobre conciliació  P:  - Sessions específiques i generals sobre com relacionar-se i cuidar els residents  - Sessions més específiques per a situacions especialment complexes  R:  - 80 % de les famílies han acudit s sessions



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Suport afectiu, educació, emocional, comunicació, logístic (TIC), social.	6.1. Fer que la relació entre família i resident sigui el més propera possible	<p>6.1.5. Promoció de l'ús de tecnologia per facilitar la comunicació amb les famílies i compensar les dificultats d'accés a l'atenció presencial (telèfons, videotrucades i xarxes socials) per evitar la càrrega emocional de l'aïllament en la persona resident resident i la seva família i entorn.</p> <p>6.1.6. Disseny d'actuacions específiques dirigides a les famílies que permetin facilitar la denúncia de qualsevol incidència o maltractament, el seu coneixement, control i seguiment.</p>	
	6.2. Suport i educació de la família	6.2.1. Educació i suport a la família per a situacions d'especial impacte: crisis, evolució, final de vida, trastorns del comportament, canvis, trasllats	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol i formació, atenció i conciliació</li> <li>- Programa específic educatiu</li> <li>- Protocol d'atenció al dol</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suport formal per a les famílies en situacions de complexitat</li> <li>- Programa d'atenció al dol</li> <li>- Programa per a persones especialment vulnerables</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Més del 80 % de famílies han rebut suport formal d'atenció al dol</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
7. Comunicació i relacions	7.1. Assegurar que hi hagi una major interacció entre els diferents actors	<p>7.1.1. Promoció de programes i accions formatives a professionals, residents, famílies i voluntaris/es en l'ús de les TIC.</p> <p>7.1.2. Publicació d'orientacions per promoure les TIC i els recursos digitals de fàcil ús i intuïtius, (user-friendly).</p> <p>7.1.3. Creació d'espais i serveis que afavoreixin la convivència amb altres persones (voluntaris/es, família, amics i/o amigues...) en condicions d'intimitat i privacitat, inclòs l'allotjament, les visites o els àpats.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espais i programa d'activitats convivencials</li> <li>- Espais de privacitat relacional amb famílies</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compliment del programa activitats convivencials</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participació combinada en sessions</li> </ul>
	7.2. Augmentar les relacions afectives, socials, professionals i familiars	7.2.1. Recull de models i exemples per fomentar la creació als centres d'espais comuns de serveis (ex.: cuina comuna, sala d'usos múltiples, etc.) i espais per a convidats (per a la família, el/la cuidador/a...) per a fomentar la interacció.	
8. Gènere	Augmentar la identificació de factors específics de gènere que afecten a la qualitat de vida, activitats de diferents actors		

## Fitxa de propostes de millora #5. Professionals:

### RECOONEIXEMENT I SUPORT.

Noves competències i equitat.

La tasca dels professionals i voluntaris són especialment rellevants i cal acabar amb les iniquitats retributives i garantir l'accés a programes formatius destinats a la seva millora competencial.

#### Principis

1. Els/les professionals de l'atenció residencial mereixen respecte i reconeixement per poder dedicar-se en les millors condicions possibles a la cura i el suport de persones especialment vulnerables.
2. Aquest reconeixement s'ha de plasmar en condicions laborals adequades, participació activa en les decisions, el model d'atenció i organització i el d'avaluació i millora de qualitat.
3. Les competències dels professionals s'han d'actualitzar a les noves demandes i han d'estar basades en valors personals i de l'organització, incloure coneixements i habilitats sobre els procediments que permetin respondre en tot moment a les necessitats (físiques, emocionals, socials, espirituals i ètiques) de les persones residents i les famílies; a la comunicació i el seu suport emocional, ètic, al treball en equip; a més d'incloure comportaments d'excel·lència com la compassió, l'empatia, la presència, l'hospitalitat, i d'altres, basades en els valors humanistes i el compromís envers les persones.
4. Els/les professionals han de poder disposar en tot moment d'un pla d'educació i formació per poder contribuir a l'assoliment de les noves competències, i plans de desenvolupament professional d'acord amb les necessitats detectades en cada moment.
5. Cal adequar el model d'organització a aspectes específics de gènere.

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
1. Respecte	1.1. Assegurar que es proporciona un entorn adequat pels/ per les professionals	<p>1.1.1. Disseny i desenvolupament d'eines per vetllar en tot moment que els valors i comportaments de l'organització s'apliquen i es promou una actuació amb respecte.</p> <p>1.1.2. Organització d'accions de conscienciació de professionals del respecte a l'autodeterminació de la persona.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol d'avaluació del clima laboral i clima</li> </ul>
2. Educació i formació	2.1. Comprovar i assegurar l'adquisició i el manteniment de les competències professionals	<p>2.1.1. Creació d'exemples i models de continguts per garantir que les competències dels/les professionals han de estar basades en valors personals i de l'organització incloent coneixements i habilitats instrumentals dels procediments, responent a les necessitats (físiques, emocionals, socials, espirituals i ètiques) dels residents i familiars, a la seva comunicació i el suport emocional, ètic, al treball en equip, i també incloent comportaments d'excel·lència com la compassió, l'empatia, la presència i d'altres, especialment en relació a la seva aplicació a persones vulnerables i situacions d'especial complexitat.</p> <p>2.1.2. Disseny de pautes per garantir que la selecció dels/les professionals ha estat basada en la exploració dels valors, el compromís amb les persones i l'organització.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definició de competències generals i específiques dels/de les professionals del sector basades en un model de competències de l'excel·lència</li> <li>- Protocol d'acollida formativa</li> <li>- Protocol de selecció personals atenent a valors, competències i comportaments d'excel·lència</li> <li>- Definició de llocs treball general i específic</li> <li>- Protocol d'acollida i formació inicial</li> <li>- Protocol de desenvolupament i carrera professional</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Educació i formació	2.1. Comprovar i assegurar l'adquisició i el manteniment de les competències professionals.	<p>2.1.3. Desenvolupament del dossier d'aprenentatge del nou professional per assegurar una formació bàsica abans de contractar al personal.</p> <p>2.1.4. Disseny i desenvolupament d'un procediment d'acollida a tot nou professional per explicar i compartir els valors i comportaments que l'organització promou.</p> <p>2.1.5. Redacció d'orientacions i pautes per assegurar que la formació permeti d'atendre les diferents tipologies i necessitats dels residents i familiars, i ajudi a promoure les figures de responsables, especialment dedicats a aspectes específics.</p> <p>2.1.6. Organització d'accions per assegurar que a les competències sobre procediments s'hi associïn comportaments compassius i que permetin l'acompanyament com a un comportament associat a l'atenció professional</p> <p>2.1.7. Creació de recursos i mecanismes per facilitar l'accés de personal cuidador sense formació a programes de qualificació, d'acompanyament i entrenament en competències professionals.</p> <p>2.1.8. Disseny de plans de formació continuada per optimitzar l'atenció i mantenir-se actualitzats.</p>	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar formació inicial general</li> <li>- Assegurar formació específica</li> <li>- Assegurar formació continuada</li> <li>- Avaluar i actualitzar competències de manera seqüencial</li> <li>- Avaluació participativa de necessitats i demandes formatives de formació continuada</li> <li>- Programa formatiu anyal basat en necessitats i demandes</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % professionals amb definició de competències específiques</li> <li>- 80 % professionals amb formació inicial</li> <li>- 80 % professionals participant en accions de formació continuada</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
2. Educació i formació	2.1. Comprovar i assegurar l'adquisició i el manteniment de les competències professionals.	<p>2.1.9. Creació de processos formals de desenvolupament professional.</p> <p>2.1.10. Disseny d'actuacions específiques dirigides a formar professionals, residents, famílies i voluntaris/es en l'ús de les TIC.</p> <p>2.1.11. Organització d'accions per afavorir la multifuncionalitat de tasques i empoderar sobretot al personal gerocultor.</p> <p>2.1.12. Promoció de l'ús de les TIC i els recursos digitals de fàcil ús i intuïtius (user friendly).</p> <p>2.1.12. Disseny d'accions formatives en lideratge pels/per les professionals de residència que gestionen grups de treball.</p> <p>2.1.13. Disseny d'actuacions específiques de formació dirigida als/a les professionals en l'abordatge de situacions de crisi producte de malalties mentals.</p> <p>2.1.14. Disseny d'accions per donar a conèixer i potenciar el Comitè d'Ètica de Serveis Socials entre tots els treballadors, per garantir que es protegeix a qui denuncia males praxis, negligències o maltractaments dins el món residencial.</p>	

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Suport (afectiu, educatiu, emocional, comunicatiu, logístic (TIC), social)	3.1. Incrementar el suport emocional i la capacitat per respondre situacions d'especial impacte	<p>3.1.1. Promoció d'actuacions específiques per avaluar i respondre a les necessitats en salut mental dels/les professionals amb metodologies específiques.</p> <p>3.1.2. Creació de programes per facilitar als professionals serveis i teràpies pel seu benestar físic, psicològic i emocional.</p> <p>3.1.3. Disseny i desenvolupament de procediments i mecanismes de suport formals i informals dels/les professionals, especialment per a l'atenció de persones especialment vulnerables o en situacions complexes.</p> <p>3.1.4. Promoció de la incorporació dels valors i comportaments d'excel·lència en la selecció, formació i seguiment dels/les professionals.</p> <p>3.1.5. Organització d'accions per promoure un clima laboral que permeti el benestar i desenvolupament dels/les professionals.</p> <p>3.1.6. Disseny de mecanismes per assegurar la conciliació laboral-familiar i tenir en compte especialment els condicionants de gènere.</p> <p>3.1.7. Organització d'accions col·laboratives pels/per les professionals amb l'objectiu de recordar constantment la importància de la feina que fan (des de l'auxiliar a la direcció) i l'impacte que generen en les persones.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol d'avaluació individual i col·lectiva de salut mental utilitzant instruments validats o suport extern</li> <li>- Documentació per a l'avaluació individual de salut mental, amb privacitat i confidencialitat</li> <li>- Equip de suport intern o extern acreditat</li> <li>- Protocol d'identificació de situacions assistencials, relacionals, o socials de risc d'impacte a la salut mental</li> <li>- Líders amb formació específica</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accions de suport formals i informals (Balint, suport extern, els/les professionals interns/es o externs/es)</li> <li>- Estat de salut mental individual i col·lectiva avaluades regularment</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Suport (afectiu, educatiu, emocional, comunicatiu, logístic (TIC), social)	3.1. Incrementar el suport emocional i la capacitat per respondre situacions d'especial impacte	3.1.8. Promoció d'accions per cuidar el clima i la confiança entre els/les treballadors/es a l'hora de prendre decisions, donant la oportunitat de compartir aquestes accions amb la resta i ser escoltats/des.	
4. Participació	4.1. Incrementar la participació activa interdisciplinària en l'atenció	<p>4.1.1. Promoció d'actuacions específiques per assegurar la participació activa interdisciplinària en l'avaluació, la definició d'objectius, la implementació d'accions i l'avaluació de resultats de l'atenció a les persones, mitjançant les reunions formals regulars d'equip multidisciplinari.</p> <p>4.1.2. Disseny de qüestionaris específics per fer participar als/les professionals en l'avaluació de la satisfacció laboral.</p> <p>4.1.3. Creació d'entorns i situacions per escoltar activament les propostes de millora, suggeriments i demandes dels/les professionals, oferint espais de reflexió, anàlisi i suport.</p> <p>4.1.5. Publicació per l'accés dels/les professionals a mecanismes amb les decisions sobre el model d'atenció, d'organització i definició de rols i funcions.</p>	<p>E:</p> <p>- Protocols de participació en l'elaboració de valors, missió, visió, objectius, organització, decisions assistencials, avaluació i millora de qualitat P i R.</p>



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
4. Participació	4.1. Incrementar la participació activa interdisciplinària en l'atenció	<p>4.1.6. Organització d'accions col·laboratives per implicar als professionals en la determinació d'objectius, accions, projectes i en el seguiment global de l'organització, des de l'inici al final.</p> <p>4.1.7. Definir els guions de contingut de les reunions interdisciplinàries, que garanteixin l'avaluació i planificació sistemàtiques de necessitats i resultats en persones, i àmbit per a compartir les experiències personals i professionals.</p>	
5. Millora i actualització del conveni	5.1. Assegurar que el model de conveni estigui basat en el reconeixement de les competències	<p>5.1.1. Promoció d'accions per establir una ràtio adequada segons la complexitat dels i les residents i la casuística del centre, per garantir la qualitat del treball i l'atenció.</p> <p>5.1.2. Desenvolupament d'accions específiques per augmentar la integració del personal treballador suplent i/o temporal vetllant per contractes de més durada i no tan temporals o per dies.</p> <p>5.1.3. Definir accions per assegurar que el conveni del sector de la cura permeti estabilitat, salaris dignes i carreres professionals respecte als del sistema sanitari.</p>	E: Conveni formal que determini aspectes laborals i ràtios pactades

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Reco-neixement social	6.1. Incrementar la valoració dels professionals del sector	6.1.1. Dignificació i posada en valor de la feina dels/de les professionals d'atenció de l'àmbit residencial i de persones vulnerables mitjançant campanyes de comunicació socials, millora dels convenis, estabilitat laboral i plans de carrera professional.	(veure sector)
7. Gestió col·laborativa	7.1. Assegurar el model i la organització del centre	<p>7.1.1. Incorporació de persones professionals especialitzades en el procés de gestió, catalogació, conservació i actualització de les dades, informació i del coneixement.</p> <p>7.1.2. Desenvolupament del rol de professionals de referència de salut i social com a gestors de cas per promoure la continuïtat en l'atenció.</p> <p>7.1.3. Promoció de rutes assistencials, sanitàries i socials, i un/a gestor/a de cas que activi en funció de l'evolució de la persona el recurs assistencial més idoni.</p> <p>7.1.4. Creació de la figura d'un referent per la família (pont entre usuari-família).</p> <p>7.1.5. Organització d'accions col·laboratives per assegurar la participació en l'elaboració, la definició i la implementació del model de valors en la organització del centre.</p>	<p>(revisar indicadors de sector) +</p> <p>Professionals referents per a residents</p> <p>Professionals referents per àrees de coneixement claus</p>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
8. Gènere	8.1. Augmentar la identificació de factors específics de gènere que afecten a la qualitat de vida, activitats de diferents actors.		

## Fitxa de propostes de millora #6. Residents:

### EL PAPER CENTRAL DELS RESIDENTS.

Un model d'atenció vital i mirada àmplia.

Els i les residents han de ser els protagonistes més rellevants i rebre una atenció i assistència d'acord amb les seves necessitats al llarg del seu cicle vital, segons la seva evolució i nivells de complexitat.

#### Principis:

El model de l'atenció de les persones residents ha de tenir una mirada d'àmpli abast i des de la seva perspectiva vital i necessitats, garantint una experiència d'atenció, assistència i cura que els garanteixi:

- Ser ateses amb excel·lència i respecte per a la dignitat, els valors i les preferències.
- Ser autònomes per a viure la quotidianitat d'acord amb trajectòries i preferències personals.
- Ser agents actius i participatius en la definició del model d'atenció i organització.
- Ser ateses de manera específica i individualitzada segons les seves necessitats i estadi evolutiu.

El projecte ens ha permès d'identificar àrees de millora rellevants:

- Infradetecció i atenció de necessitats essencials: malaltia avançada i final de vida, dolor i símptomes, aspectes psicosocials i espirituals, aspectes farmacològics, etc.
- Vida quotidiana
- Participació en les decisions

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
1. Respecte	1.1. Assegurar que les persones són tractades amb respecte i dignitat des de l'acollida fins al comiat	<p>1.1.1. Promoció d'accions per vetllar en tot moment perquè els valors i comportaments de l'organització garanteixin una actuació amb dignitat.</p> <p>1.1.2. Disseny i desenvolupament d'accions específiques dirigides a garantir que s'empatitzi amb el/ la resident respectant-lo, protegint la seva intimitat i privacitat, interactuant-hi com a persones i sense estigmatitzar la vellesa.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol de dignitat i respecte</li> <li>- Formació de professionals en dignitat i respecte</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementació de mesures actives de dignitat i respecte</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaluació seqüencial de la percepció de residents i familiars sobre la dignitat i respecte</li> </ul>
2. Participació	2.1. Incrementar el seu protagonisme essencial	<p>2.1.1. Promoció d'accions per garantir que els/les residents participen activament en la definició i aplicació del model d'atenció i organització (tenint en compte les limitacions de recursos i estructures).</p> <p>2.1.2. Disseny d'estratègies per fomentar la participació regular dels/de les residents en l'avaluació i millora de qualitat i vetllar perquè les seves propostes es tinguin en compte.</p> <p>2.1.3. Disseny i desenvolupament de consultes regulars amb els/les residents pel recull d'evidències sobre l'efectivitat de les intervencions i la satisfacció i acord amb l'atenció rebuda.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol de participació</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunions cada 6 mesos de revisió participativa</li> <li>- Avaluació d'àrees de millora cada 6 mesos</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 % dels protocols comentats en reunions</li> <li>- Llistat de propostes de millora proposades</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Personalització	3. Personalització	<p>3.1.1. Disseny i desenvolupament d'acions i eines per identificar les diferents tipologies de persones i necessitats que ens podem trobar a la institució.</p> <p>3.1.2. Desenvolupament i aplicació d'instruments per conèixer el seu estat evolutiu i pronòstic en cas de malaltia.</p> <p>3.1.3. Creació i promoció de rutes assistencials, sanitàries i socials, i una persona gestora del cas que activi en funció de l'evolució de la persona el recurs assistencial més idoni.</p> <p>3.1.4. Promoció d'acions per facilitar que els espais i el seu disseny responguin a les necessitats i demandes de les persones usuàries segons les diferents fases de l'atenció a partir d'establir procediments per comprendre la persona i el seu projecte de vida.</p> <p>3.1.5. Disseny i implementació de diverses tipologies d'espais assistencials (com per exemple, l'habitatge privat, els pisos amb serveis, els cohabitatsges, els pisos tutelats, les residències de petit format, etc.) en funció del cicle vital de la persona, les seves necessitats i preferències, i tenint en compte aspectes d'ambient.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol d'identificació de tipologies (trajectòries, estadis evolutius, PCCs, MACAs, Demències...) i situacions prevalents</li> <li>- Formació específica de professionals en àmbit</li> <li>- Instruments bàsics (VGI, NECPAL, DME, ESAS...) accessibles</li> <li>- Document de nivells de resposta a situacions urgents</li> <li>- Ruta assistencial territorial pactada amb recursos relacionats</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratificació individual dels residents (MACA/ PCC/trajectòries )</li> <li>- Identificació i registre de situacions (síntomes, cognitius, etc.)</li> <li>- Aplicació dels instruments al 80 % de residents</li> <li>- 80 % de les persones residents tenen decidida i registrada la resposta a situacions urgents</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
3. Personalització	3. Personalització	<p>3.1.6. Disseny d'actuacions específiques dirigides a fomentar que els espais siguin més acollidors i personalitzables, que semblin més una llar i que siguin més casolans, respectant la privacitat i intimitat de les persones.</p> <p>3.1.7. Creació d'un protocol d'acollida per facilitar que els/les residents puguin decorar els espais com vulguin d'acord amb els seus gustos i preferències per tal de fer el centre més acollidor.</p> <p>3.1.8. Creació de pautes per millorar la presentació i la qualitat gastronòmica i nutricional del menjar (sobretot el triturat) i adaptar-la a gustos i preferències.</p> <p>3.1.9. Creació d'exemples i models per adaptar les dietes a les necessitats nutricionals de cada resident, i tenir en compte els seus gustos i preferències (tipus de dieta, textura, quantitat...).</p> <p>3.1.10. Promoció d'opcions per la família, les persones cuidadores i les residents per poder personalitzar l'espai, fins a la selecció de determinades activitats quotidianes.</p>	<p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratificació de trajectòries, VGI i pronòstic de totes les persones residents i registre a document assistencial de més del 80 % residents</li> <li>- Formació del 80 % de professionals en identificació específica</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
4. Autonomia: promoció de recursos i salut / Decisions compartides i anticipades	4.1. Assegurar que la presa de decisions dels residents, la vida quotidiana, activitats, i relacions estiguin reconeguda	<p>4.1.1. Creació de mecanismes perquè els/les residents decideixin de forma autònoma sobre les activitats de la vida diària (higiene, vestir, menjar, passejar...) per millorar funcionalitat i evitar la dependència.</p> <p>4.1.2. Desenvolupament d'accions específiques per donar suport a la persona resident amb tot allò que necessiti, sense fer-li les coses. (Ex. No donar-li el menjar si ho pot fer autònomament, etc.).</p> <p>4.1.3. Publicació d'orientacions per difondre i fer efectius els recursos que hi ha per recollir les voluntats anticipades de les persones, realitzant-les en les fases inicials d'atenció.</p> <p>4.1.4. Disseny d'accions per educar a la persona resident en estils de vida saludables des d'una actitud proactiva envers el seu benestar (autogestió) adaptada a cada situació.</p>	<p>Autonomia i vida quotidiana</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol d'autonomia i vida quotidiana</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % de residents decideixen el 80 % de AVDs i AIVDs</li> </ul>



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
4. Autonomia: promoció de recursos i salut / Decisions compartides i anticipades	4.2. Assegurar que les decisions dels/ de les residents per a la seva atenció sanitària són compartides i respectades, en situacions de salut, malaltia crònica (PCC) i especialment en malaltia avançada (MACA) i final de vida	<p>4.2.1. Assegurar el compliment de la directiva anticipada.</p> <p>4.2.2. Assegurar el compliment de PCAC (Planificació compartida i anticipada de cures).</p> <p>4.2.3. Assegurar que s'hagin acordat les respostes a situacions i/o complicacions prevalents (crisis, trasllats a hospitals, tractaments, etc.).</p> <p>4.2.3. Assegurar decisions anticipades de final de vida d'acord amb valors i preferències.</p>	<p>DVA i PDCA</p> <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol de DVA i PDCA</li> <li>- Formació específica de professionals</li> <li>- Documentació específica de registre</li> <li>- Protocol de nivells de resposta a situacions urgents</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DVA i PDCA en marxa des de l'ingrés i actualitzats</li> <li>- Nivells de resposta definits des de l'ingrés i actualitzats</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % de residents amb DVA i PDCA realitzades i registrades a documentació, i actualitzades</li> <li>- 80 % de decisions respectades</li> <li>- 80 % dels residents tenen decidida i registrada la resposta a situacions urgents</li> <li>- 80 % de residents consideren que les seves decisions són respectades</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
5. Història de vida: història i llegat	5.1 Assegurar que la història de vida dels/les residents es conegui i es respecti	<p>5.1.1. Implementació de pautes que permetin conèixer els valors, interessos, hobbies, sentit de la vida, família, etc., durant la seva història de vida i en cada moment per poder oferir una atenció personalitzada.</p> <p>5.1.2. Desenvolupament d'accions que permetin la recollida de dades per valorar i potenciar el llegat personal, familiar, social, professional i d'altres dimensions.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre i documentació: valors, interessos, història de vida, hobbies, etc.</li> <li>- Documentació de llegat personal, familiar, social, professional...</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'ingrés s'exploren i registren</li> <li>- El llegat es treballa amb tots els/les residents, especialment en casos de malaltia avançada i final de vida</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % de les persones residents amb compliment de valors, interessos i hobbies</li> <li>- 80 % de les persones residents practiquen aquests interessos i hobbies</li> <li>- En MACAs, 80 % han treballat formalment el tema llegat</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Atenció integral multidimensional	6.1. Assegurar una atenció biopsicosocial i espiritual integral i multidimensional de la persona	<p>6.1.1. Disseny de pautes d'implementació de mecanismes per oferir un model d'atenció en què la prevenció tingui un pes clau en l'atenció a les persones residents.</p> <p>6.1.2. Creació d'eines per al recull d'evidències que permetin avaluar sistemàticament i tenir en compte les necessitats i recursos personals envers els aspectes emocionals, socials, espirituals, ètics i físics dels residents.</p> <p>6.1.3. Definició de l'estratègia i les orientacions que afavoreixin aplicar una atenció integral i multidimensional.</p> <p>6.1.4. Promoció d'accions específiques per garantir l'atenció de cada dimensió de manera sistemàtica, planificada i d'acord amb valors i preferències de la persona (quadre cures).</p> <p>6.1.5. Disseny d'instruments que permetin fer el seguiment de la persona resident i tenir en compte especialment les necessitats psicosocials i espirituals, així com identificar i atendre les situacions d'especial vulnerabilitat (pobresa, solitud, dol, abandonament, maltractament, distress existencial...).</p>	<p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol d'avaluació i planificació de necessitats multidimensionals</li> <li>- Documentació de recollida d'avaluació i seguiment multidimensionals (pla de cures)</li> <li>- Documentació Plans individuals</li> <li>- Formació en avaluació de necessitats</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicació a documentació dels protocols esmentats i revisió seqüencial</li> <li>- 80 % de professionals han rebut formació en avaluació</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % de residents amb documentació complimentada actualitzada</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Atenció integral multidimensional	6.2. Assegurar la promoció d'estils de vida saludables i l'autonomia de la persona	<p>6.2.1. Disseny d'accions específiques per educar la persona resident en estils de vida saludables i garantir que participin en activitats que estimulin la capacitat física i de manera personalitzada com exercicis d'equilibri, de força, de resistència...</p> <p>6.2.2. Implementació de pautes i instruments per revisar regularment pautes de medicació adequant-les a les necessitats i en la mesura del possible substituir-les per intervencions més proactives (exercici, psicologia...).</p> <p>6.2.3. Promoció i creació d'espais (interiors i/o exteriors) que facilitin l'accés a l'exercici de manera autònoma. Màquines de rehabilitació/sales, ball, caminar, bicicleta, piscina, jardins, barri, parc...</p> <p>6.2.4. Creació de programes i accions per facilitar i promoure que les persones residents tinguin espais, activitats i moments perquè tinguin un dia actiu (ús d'escales, terrats, jardins...).</p> <p>6.2.5. Disseny i desenvolupament de programes i activitats per formar als/les professionals sobre el risc-benefici del moviment (exemple: escales, que s'ensenyi que sí que poden) i fomentar-lo.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol de promoció de la salut</li> <li>- Material informatiu</li> <li>- Estructures per a activitats de mobilització, físiques, etc.</li> <li>- Protocol de promoció de nutrició saludable</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicació individual del protocol de promoció de salut</li> <li>- Aplicació grupal del protocol de promoció de salut</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % de residents amb programa individual de promoció de salut</li> <li>- 80 % de residents participen en activitats de promoció de salut</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Atenció integral multidimensional	6.2. Assegurar la promoció d'estils de vida saludables i l'autonomia de la persona	6.2.6. Organització d'accions perquè la persona resident participi, dins les seves possibilitats, a tasques de la residència (hort, plegar roba, tasques de jardineria, etc.).	
	6.3. Assegurar l'atenció a situacions i necessitats específiques	<p>6.3.1. Disseny d'actuacions específiques dirigides a les persones residents en situacions especials i que vetllin per l'equitat i garanteixin la seva atenció a llarg de totes les dimensions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció a persones amb demència: El centre aplicarà una política/protocol específic per a l'atenció de persones amb demència, que inclogui la seva identificació, avaluació d'estadi evolutiu, mecanismes de presa de decisions, la prevenció i atenció de les seves crisis en la evolució, l'atenció, educació i suport de la família, i la seva ubicació adaptada a necessitats.</li> </ul>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocols específics i formació de:</li> <li>1. Atenció a la demència (Demència)</li> <li>2. Atenció a la malaltia avançada i final de vida (NECPAL)</li> <li>3. Dolor i símptomes (ESAS)</li> <li>4. Necessitats essencials</li> <li>5. Salut mental: distress, etc. (DME)</li> <li>6. Solitud (EDSOL, altres)</li> <li>7. Atenció farmacèutica (Deprescribing, STOPP, etc.)</li> <li>8. Síndromes Geriàtriques (GVGI, altres)</li> <li>9. Nutrició</li> <li>10. (...)</li> </ul>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Atenció integral multidimensional	6.3. Assegurar l'atenció a situacions i necessitats específiques	<p>- Atenció a la malaltia avançada i final de vida: El centre identificarà precoçment la fase de malaltia avançada i final de vida, i establirà una atenció integral multidimensional, incloent la de les necessitats essencials, basada en els valors i preferències de la persona, assegurant la privacitat i l'atenció dels familiars (o en el seu defecte, l'acompanyament).</p> <p>- Atenció al dolor: Identificar, avaluar i tractar el dolor i altres símptomes físics.</p> <p>- Atenció a l'espiritualitat i sentit de la vida: Avaluar i atendre l'estat espiritual, emocional, i social amb especial atenció a la solitud i el distress existencial i emocional, el dol i el patiment promovent el seu benestar.</p> <p>- Atenció a aspectes emocionals: Promovent l'adaptació, la resiliència, i prevenint i atenent el distress emocional, l'ansietat, la depressió i les dificultats d'adaptació.</p> <p>- Atenció a la Salut mental: Disposar d'un protocol d'abordatge per persones amb problemàtica de salut mental.</p>	<p>P:</p> <p>- 80 % dels/de les professionals formats (CURS BÀSIC) en 80 % de les situacions</p> <p>R:</p> <p>- 80 % de les persones residents amb aplicació protocol del 80 % situacions</p>

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
6. Atenció integral multidimensional	6.3. Assegurar l'atenció a situacions i necessitats específiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció farmacològica: Revisar regularment les pautes de medicació adequant-les a les necessitats i en la mesura del possible substituir-les per intervencions més proactives (exercici, psicologia...).</li> <li>- Atenció als síndromes geriàtrics: avaluar i fer seguiments del síndromes geriàtrics amb especial atenció a la incontinència urinària.</li> <li>- Atenció a comunicació, counseling: Formar a professionals, residents, famílies i voluntaris en l'ús de les TIC aplicades a la comunicació.</li> <li>- Atenció nutricional: Millorar la presentació i la qualitat gastronòmica i nutricional del menjar (sobretot el triturat). Adaptar les dietes a las necessitats nutricionals de cada resident, i tenir en compte els seus gustos i preferències (tipus de dieta, textura, quantitat...).</li> </ul>	

Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
7. Relacions internes i externes	7.1. Assegurar el treball en les relacions claus: soledat, relacions afectives, socials, professionals, nuclears amb familiars...	<p>7.1.1. Disseny i desenvolupament d'accions per promoure la interacció i els vincles relacionals, socials i afectius entre els usuaris de la residència, i amb la comunitat (via activitats de hobbies conjunts: passejar, lectura, petanca, música, cinema...).</p> <p>7.1.2. Identificació i disseny d'actuacions perquè en casos de solitud no desitjada i/o absència de familiars, es garanteixi l'acompanyament i el suport amb altres residents, familiars, i/o voluntariat.</p> <p>7.1.3. Organització de programes per dur a terme sortides en grup que promoguin la salut, socialització i benestar de les persones.</p> <p>7.1.4. Disseny d'accions i activitats per formar a les persones residents, famílies i voluntaris/es en l'ús de les TIC i vetllar per l'equitat digital.</p> <p>7.1.5. Promoció de l'ús de les TIC i els recursos digitals de fàcil ús i intuïtius (user friendly).</p> <p>7.1.6. Disseny d'actuacions específiques per impulsar als centres espais comuns de serveis (ex.: cuina comuna, sala d'usos múltiples, etc.) i espais per a persones convidades (per als membres de la família, persones cuidadores..) per a fomentar la interacció.</p>	<p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol avaluació i intervenció en soledat</li> <li>- Instruments (ED-SOL, Giervelt, etc.)</li> <li>- Protocol relacional</li> <li>- Espais comuns</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicació de protocol d'identificació i d'atenció</li> <li>- Programa d'acompanyament de solitud</li> </ul> <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80 % de residents amb protocol identificació</li> <li>- 80 % dels positius amb intervenció</li> <li>- 80 % de residents participen en activitats relacionals i socials</li> <li>- 80 % de residents acompanyats en moments de crisi i final de vida</li> </ul>



Línies d'acció:	Objectius específics	Actuacions	Indicadors E: estructura P: procés R: resultats
7. Relacions internes i externes	7.2. Assegurar l'avaluació i atenció de la solitud no desitjada	<p>7.2.1. Disseny d'actuacions i eines per prevenir, identificar, avaluar i atendre la solitud no desitjada: existencial, emocional i social, i protocol·litzar les accions per tal d'actuar correctament.</p> <p>7.2.2. Promoció d'accions i mecanismes per assegurar l'acompanyament i el suport afectiu.</p>	
8. Gènere	8.1. Augmentar la identificació de factors específics de gènere que afecten la qualitat de vida, activitats de diferents actors		<p>E:</p> <p>- Protocol de gènere</p>

## 7.4

# UN FULL DE RUTA PER A L'ACCIÓ

Per poder avançar en el canvi de model cal reflexionar i prioritzar aquell seguit d'actuacions, de les 214 proposades, que tenen més sentit segons cada agent i la seva situació actual. Per tal de poder facilitar aquest procés hem dissenyat aquesta taula d'avaluació i priorització amb el propòsit de què pugui servir com una eina per a la reflexió i marc d'acció i, a més, pugui facilitar la confecció del vostre full de ruta per a l'acció.

El nostre objectiu és que permeti a cada agent, organització o equip, ajudar a determinar el seu millor camí —la ruta per l'acció. En aquest sentit, la taula està pensada per ajudar-vos a identificar les vostres necessitats a través d'un senzill procés d'avaluació, per facilitar poder establir un conjunt d'accions alineades segons la vostra realitat. Al mateix temps, també ofereix una oportunitat per compartir un compromís mitjançant la col·laboració, l'aprenentatge i el suport als altres durant aquest procés de reflexió i discussió oberta.

### **Taula per l'avaluació i priorització d'actuacions.**

Per poder utilitzar la taula és important que en primer lloc utilitzeu qualsevol de les sis fitxes anteriors amb les propostes de millora. Cal llegir les diferents actuacions proposades i dedicar uns minuts a determinar la vostra opinió sobre dos aspectes clau:

- La seva importància per a les vostres organitzacions
- el seu grau de cobertura des de la vostra actual situació

Seguidament, per cada una de les actuacions que considereu, podeu omplir la taula amb la seva avaluació en les dues columnes:

ACTUACIONS A AVALUAR	Quin nivell d'importància creus que té per l'èxit de l'organització i l'equip aquesta actuació?					Fins a quin nivell d'excel·lència creus que la teva organització i equip aborda actualment aquesta actuació?				
	Extremadament important	Molt important	Moderadament important	No gaire important	Gens important	Extremadament bé	Molt bé	Moderadament bé	No gaire bé	Gens bé
#1.1.										
#1.2.										
#1.3.										
...										
...										
...										

# 08

---



# 8. Annexos

## 8.1

### **ANNEX 1. TAULES RESUM DEL PROTOCOL DEL PROJECTE**

Les següents taules expliquen el protocol utilitzat per a desenvolupar el projecte, i seran publicades en un article científic detallat.

TAULA 1. STUDY OBJECTIVES.

OBJECTIVES OF THE RESICOVID-19 PROJECT	
GLOBAL OBJECTIVE	<b>O1 Assessing the impact of the COVID-19 pandemic on the individuals living in LTCFs in Catalonia, their family members, the staff working at these facilities, and the organizations themselves, from March 2020 to June 2022. (Table 2)</b>
SPECIFIC OBJECTIVES	<p><b>O1.1</b> Retrospectively estimate the impact of the pandemic in terms of global outcomes: rate of female and male residents and workers infected with COVID-19, mortality rate, hospitalizations, and dependence.</p> <p><b>O1.2</b> Retrospectively assess the association between this impact and structural, organizational, and process factors of institutionalized people in LTCF, focusing on gender and the clinical complexity of the residents receiving care. The SARS-Cov-2 infection rate of the Basic Health Area they belong to will be considered.</p> <p><b>O1.3</b> Gathering information on the individual factors associated with the impact of the pandemic based on a sample of residents, where the incidence of mortality and general and COVID-19-related hospitalizations will be verified, as well as drug use and predicting and protective factors against COVID-19 concerning gender and other reasons.</p> <p><b>O1.4</b> Describing the characteristics and needs of the residents (following the first COVID-19 outbreak) according to gender.</p> <p><b>O1.5</b> Exploring/understanding the impact perceived during the COVID-19 pandemic in the dimensions of caring and living in nursing homes through a qualitative study with a gender perspective. The individual processes and the structural factors associated with this impact will be analyzed. The aim is to learn about the residents' experiences, their relatives, the professionals involved and the organizational leaders in the LTCF system, and the policymakers.</p> <p><b>O1.6</b> Identifying adequate response factors and mechanisms, obstacles and difficulties perceived, as well as ethical aspects, challenges, and opportunities for improved care and adaptation to the crisis emphasizing the ethical implications of the aspects assessed.</p>
GLOBAL OBJECTIVE	<b>O2 Developing improvement proposals for long-term care facilities at the care, training, organizational, structural, and systemic levels to better adapt to the current and future needs of people-centered care. (Table 3)</b>

## SPECIFIC OBJECTIVES

**O2.1** Gathering experience and national and international evidence to identify good care, training, organizational, structural, systemic, and gender-sensitive practices derived from the response to COVID-19 in the LTCF setting.

**O2.2** Exploring proposals for improvement on care, competencies, organizational, structural, and systemic practices with the residents, family members, professionals, and responsible staff at the facilities and planners, with a gender-sensitive approach including the perspective of both genders.

**O2.3** Based on the review of the literature and the opinion of health experts and managers, indicators and quality standards proposals will be proposed to assess the proposed improvements.

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility.

**TAULA 2. DESIGN AND METHODOLOGY FOR DEVELOPING GLOBAL OBJECTIVE O1.**

O1 DESCRIPTION OF THE IMPACT OF COVID-19 IN LTCF			
WORK PACKAGES	<b>WP1.</b> A systematic review of the literature for international contextualization purposes.	<b>WP2.</b> Big data analysis.	<b>WP3.</b> Fieldwork in a multi-center sample of representative individuals and nursing homes.
WP SPECIFIC OBJECTIVE	Related to <b>O1.6, O2.1, O2.3</b> Assess the evidence published internationally on the impact of the COVID-19 pandemic in LTCF care settings from the beginning of the pandemic until today.	Related to <b>O1.1</b> and <b>O1.2</b> Assess the impact of the COVID-19 pandemic on individuals living in LTCF in Catalonia from March 2020 to the present date. Specific Objectives (Table 4).	Related to <b>O1.2, O1.3, O1.4, O1.5, O1.6</b> Describe the impact on individuals living in LTCFs and their relatives, the staff, management teams, and organizations from a quantitative and qualitative perspective of the COVID-19 pandemic.

METHODOLOGY	<p>a) Scoping review using the principles of realist synthesis based on a search for articles published from January 2020 to June 2022 targeting older residents, including any study describing or evaluating a program or initiative that sought to alleviate loneliness or social isolation among care home residents. Data will be extracted and analyzed narratively using the dimensions of intervention components, context, mechanisms, and outcomes for synthesizing. Any outcome reported quantitatively or qualitatively, including adverse effects, is extracted[40]; b) Review of grey literature and initiatives used in LTCF to face the COVID-19 pandemic challenges; c) Report of an international review of Good Clinical Practices and improve responses to the COVID-19 pandemic</p>	<p>It will involve a retrospective analysis (March 2020) of data from the Registry of morbidity and healthcare resources used by the Catalan Health Service of the population living in LTCFs.</p>	<p>It will involve a retrospective study to assess the impact of the COVID-19 pandemic and a cross-sectional study to assess the characteristics of people living in LTCF and their care model.</p> <p>Mixed quantitative/qualitative study (Table 5 and Table 6).</p>
VARIABLES	Not applicable	Described in Table 4	Described in Table 6.
POPULATION	Not applicable	Population living in LTCFs in Catalonia (living in these facilities at some time during the study period).	A multicenter sample of LTCFs, managers, relatives, professionals, residents, and stakeholders will participate.

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility.



TAULA 3. DESIGN AND METHODOLOGY FOR DEVELOPING GLOBAL OBJECTIVE O2.

O2 PROPOSALS FOR CARE MODEL IMPROVEMENT		
<b>WORK PACKAGES</b>	<b>WP4 International benchmark of proposals for improvement</b>	<b>WP5. Consensus on proposals for improvement with the stakeholders involved</b>
<b>WP SPECIFIC OBJECTIVE</b>	<p><b>O2.1, O2.2</b></p> <p>Identify proposals for improvement and good COVID-19 response practices, consensually agreed upon by the European Ageing Network (EAN) and the International Federation on Ageing (IFA), jointly with the public authorities, research organizations, and, or representative platforms of at least six countries.</p>	<p><b>O2.3</b></p> <p>Develop proposals for improvement at the service, training, organizational, structural, and systemic levels to better adapt to the current and future crises towards people-centered care.</p>
<b>METHODOLOGY</b>	<p>Structured interviews and systematic review of documents and the literature to identify and describe good practices. Benchmark meeting with international stakeholders.</p>	<p>Care model surveys (ACPG scale) and quality of care will be collected from the cross-sectional study (<b>WP3</b>), asking for proposals for improvement for each element analyzed. . It will also include the proposals identified through literature review (<b>WP1</b>) and the International Benchmarking (<b>WP4</b>).</p> <p>Specific surveys, interviews, and workshop design will involve other relevant stakeholders to co-create the proposals for improvement.</p>
<b>POPULATION</b>	<p>Individuals representing the reference countries.</p>	<p>A wide range of stakeholders will be involved, from the people living in LTCFs, relatives, professionals, and managers, to planners, policy-makers, LCTF organizations, experts, relatives' organizations, Etc.</p>

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility.

TAULA 4. SPECIFIC OBJECTIVES AND VARIABLES OF WORK PACKAGE 2: BIG DATA ANALYSIS

O1. DESCRIPTION OF THE IMPACT OF COVID-19 IN THE LTCF SETTING			
WP2. Big data analysis of the Registry of morbidity and healthcare resources use of the Catalan Health Service.			
WP2 SPECIFIC OBJECTIVES	I. Analyze the incidence, mortality, lethality, and use of residential health resources in each of the different waves of the COVID pandemic (aggregated data) in nursing homes of Catalonia.	II. Assessing excess residential mortality during the different waves of the COVID-19 pandemic (aggregated data). Exploring structural factors affecting this impact at residence type (nursing homes, disability, or mental health), titularity, or the number of places.	III. Generate a predictive model. Evaluate, through a multi-variate model type, the factors that have influenced excess mortality (disaggregated data).
VARIABLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID-19 Incidence.</li> <li>• Assessment of health outcomes (mortality).</li> <li>• Assessment of the use of resources (referrals to ICU services, hospitalizations, visits by primary care teams)</li> </ul> <p>A general descriptive study and a comparative study will be performed on each of them, with a cohort of similar characteristics but of subjects not living in nursing homes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multi-variate analysis: for all cases above. The nursing homes' characteristics and the incidence of COVID-19 in the municipality where the facility is located will be considered.</li> <li>• Analysis of the immunization process (residents and professionals).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Multi-variate analysis:</b> for the area's demographic, socioeconomic clinical, structural variables, and COVID-19 incidence.</li> </ul>

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility; ICU: Intensive Care Unit.

TAULA 5. QUANTITATIVE STUDY OF THE WP3. FIELDWORK IN A MULTICENTER SAMPLE OF REPRESENTATIVE LTCF.

O1. DESCRIPTION OF THE IMPACT OF COVID-19 IN THE NURSING HOME SETTING	
WP3. Fieldwork in a multi-center sample of representative individuals and LTCF	
<b>METHODOLOGY</b>	<p>This WP uses two methodologies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A retrospective study to assess the impact of COVID management (from March 2020) in each LTCF through a structured questionnaire.</li> <li>• A cross-sectional study through structured questionnaires to LTCF residents, relatives, professionals, and managers (O1.4, O1.6).</li> </ul> <p>A pilot test will be carried out in three LTCFs, one of each type (geriatric, disability, and mental health), to validate the feasibility of the study and adjust the different questionnaires.</p>
<b>SAMPLING</b>	<p>The sample of both studies will be a stratified sample of 45 LTCF in Catalonia according to:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. facility size</li> <li>2. facility type</li> <li>3. ownership</li> <li>4. territorial representation (geographical region).</li> </ol> <p>In each selected LTCF, a sample of residents, professionals, relatives, and managers will be selected following the following selection criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residents will be randomized, and 25% of them will be recruited; in small LTCF (capacity of <math>\leq 50</math> residents), 100% of residents will be recruited. The goal will be to achieve a total sample of 600 residents based on the logistic capacity of the team.</li> <li>• Relatives and professionals that meet the participation criteria and will be willing to participate will be selected, with a maximum of six relatives and six professionals in each LCTH.</li> <li>• Every LTCF manager will be recruited.</li> </ul>
<b>VARIABLES</b>	Described in Table 7.
<b>POPULATION</b>	<p>Retrospective study: People living in the selected facilities during the study period (March 2020-present date).</p> <p>Cross-sectional study: People admitted to sites when conducting the fieldwork, relatives, professionals, and management staff.</p>

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility.

TAULA 6. THE QUANTITATIVE STUDY VARIABLES OF WP3. FIELDWORK IN A MULTI-CENTER SAMPLE OF LTCF.

O1. DESCRIPTION OF THE IMPACT OF COVID-19 IN THE NURSING HOME SETTING		
WP3. Fieldwork in a multi-center sample of representative individuals and LCTF		
STUDY TYPE	Retrospective	Cross-sectional study
VARIABLES	<p><b>Individual factors (characteristics of the individuals):</b> variables of the information systems of each facility (functional status, geriatric syndromes), use of resources.</p> <p><b>Structural factors (LTCF characteristics):</b></p> <p>_Physical characteristics: accessibility, physical space, occupancy, ownership, typology.</p> <p>_Staff: number, professional category, contract types, dedication in hours, gender and nationality, availability of external professionals.</p> <p><b>COVID-19 impact and organizational factors during the pandemic:</b> incidence, morbidity, mortality, testing and vaccination (residents and professionals), isolation, protocols implemented, sectorization, availability of Individual Protection Equipment, and technological innovations.</p> <p><b>Systemic factors:</b> Territorial integration indicators (external professionals' cooperation, accessibility to other resources, transfers)</p>	<p>Each population group of the LTCF model will have a structured questionnaire.</p> <p><b>Resident Variables:</b> multidimensional assessment and situational diagnosis, sociodemographic, Covid-related variables, morbidity, drug use, nutrition (MNA), symptoms (pain and dyspnea), geriatric syndromes (falls, dysphagia, urinary and fecal incontinence, delirium and constipation), sensory deficits (sight and hearing), functional capacity (modified Barthel Index), cognitive capacity (GDS), emotional status (DME), loneliness (EDSOL), social network (Lubben), the meaning of life, impact of Covid on health and quality of life, PCC/MACA stratification (NECPAL) and frailty (modified IF-VIG).</p> <p>Residents with sufficient cognitive capacity will respond to a person-centered attention questionnaire (ACP-G).</p> <p><b>Professionals and management staff Variables:</b> Professionals' and managers' questionnaires will be the same with the following variables: sociodemographic (sex, age, professional category, charge, time shift, working hours/week, and contract type), emotional status (DME-caregiver), a person-centered attention questionnaire (ACP), a quality-of-care questionnaire, impact of Covid on health and quality of life and a work capacity index (NTP 1147 Workability).</p> <p><b>Relatives Variables:</b> Relatives will complete a shorter version of the professionals' questionnaire, removing the quality-of-care questionnaire and the work capacity index.</p>

<b>EXPECTED RESULTS</b>	The expected results will be the analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the LTCF.	Expected results will be the description of the residents' characteristics, relatives' and professionals' data, and the impact of the COVID-19 pandemic on each group.
-------------------------	---	--

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility; ACP-G, Person-centered Care-Gerontology; MNA, Mini nutritional assessment; GDS, Geriatric Depression Scale of Yesavage; DME, Emotional Distress detection Questionnaire; EDSOL, Existential Loneliness Detection Scale; PCC, Complex chronic patient; MACA, Advance Chronicity Care Model; NECPAL, Palliative Care Needs Questionnaire Instrument.

**TAULA 7. A QUALITATIVE STUDY OF WP3. FIELDWORK IN A MULTI-CENTER SAMPLE OF LTCF.**

<p><b>O1. DESCRIPTION OF THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC IN LTCF</b>                  WP3. Fieldwork in a multi-center sample of representative individuals and LTCF</p>	
<b>METHODOLOGY</b>	<p>The qualitative study will focus on the impacts and responses on two levels: in specific sub-group of LTCF (residents, relatives, care workers, and managers) and the health and social care system (planners and decision-makers)</p> <p><b>Regarding the former, we will conduct:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A study of five LTCFs, which will imply two weeks of participant observation; in-depth individual interviews with at least the manager, six care-workers, six family members, and six residents; and group photovoice discussions with those interviewed residents, relatives, and care workers willing to delve deeper and share their pandemic experiences. Photovoice will be implemented and adapted to each case to convey their experiences graphically through photographs and elicit group discussion.</li> <li>• To complement the former approach, five interviews with relatives of residents who died during the first waves of the pandemic and 5 with care-workers who quit or were physically or psychologically harmed. These interviews will complement the study of the 5 LTCFs to grasp those impacts that happened in the past and might not be visible through the former approach.</li> </ul> <p><b>Regarding the systemic level:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At a minimum, eight detailed interviews will be conducted with planners with some responsibility in the LTCF setting.</li> <li>• A documentary analysis of news, legal documents approved during the pandemic, protocols, procedures, action recommendations, technical documents, and political positioning notices will be performed.</li> </ul>

SAMPLING	<p><b>For the study of long-term facilities:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• We will select a sub-group of five LTCFs of the representative sample of facilities in Catalonia chosen to conduct the WP3 based on territory, size, type (geriatric, mental health, and disability), and ownership. Facilities with varying degrees of impact of COVID-19 will be selected, with different models of care, giving priority to facilities where the incidence of COVID-19 has been higher and seeking to ensure heterogeneous effects and responses by the facilities to the pandemic during its different waves.</li> <li>• Participants will be selected according to the interest sparked during the observation period, their availability, their presence in the LTCF during most of the pandemic, and diversity of backgrounds (gender, ethnicity, profession...) and experiences, as well as frailty and disability (for residents). We seek to include the broadest range of profiles possible.</li> </ul> <p><b>Regarding the systemic level:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Participants</b> will be sought from different decision-making levels and spheres, provisions of LTCF and health services, such as ACRA and ICS, funding entities such as CATSALUT, and managers associated with the Health Department. We will also include grassroots organizations (family associations) and unions. The maximum number of participants will be established based on the saturation of the information obtained.</li> </ul>
POPULATION	<p><b>Residents</b> from the facilities will be selected during the study, their relatives, the professionals involved (healthcare, social, and support staff), management teams, planners, and other relevant stakeholders.</p>

**Abbreviations:** LTCF, long-term care facility; PC, Palliative care; ACRA, Associació Catalana de Recursos Assistencials; ICS, Institut Català de la Salut; CATSALUT, Servei Català de la Salut.



## 8.2

# MODEL DE LIDERATGE

L'objectiu d'aquest document consisteix en fer evident la rellevància del lideratge dels centres en la resposta a la crisi de la pandèmia i per a avançar en les millores, i del global del sector i entitats per a tenir capacitat de conduir una gran transformació necessària del sector.

### Principis

- El lideratge és un dels factors crítics d'èxit més rellevants, decisius i necessaris, especialment en moments de crisi com els de la pandèmia, però també amb reptes d'innovació.
- La situació del sector requereix uns lideratges potents, renovats i innovadors globalment al sector i en els centres.
- El lideratge dels centres i el seu comportament ha estat un factor determinant per a l'adaptació dels centres a la pandèmia i reeixir en la post-pandèmia.
- Entre les competències dels/les líders del sector i centres cal incloure els comportaments dependents dels valors, saber construir i compartir, visió, valors, missió, la visió centrada en l'atenció de qualitat a les persones, la capacitat organitzativa, la competència assistencial, el tracte de persones, la innovació, l'avaluació i millora de qualitat, la relació amb stakeholders, la relació amb la comunitat i la capacitat de formació i transmissió de coneixement.
- A les competències clàssiques es poden afegir capacitats de generar motivació, d'induir millores, de generar un ambient de respecte

i cooperació, d'influir en comportaments positius, etc.

- Les persones líders han de ser les grans protagonistes de la transformació del sector, de la seva innovació i dels comportaments que superin la queixa i reivindicació (justificades i raonables) per a avançar en el posicionament del sector com a paradigma necessari de l'atenció a persones amb vulnerabilitat i exemple per a una societat compassiva.
- Les persones líders necessiten formació específica, suport, coaching i benchmark com a processos clau per al seu benestar i el de les persones professionals i organitzacions que lideren.

### Algunes definicions del lideratge

- Capacitat d'adreçar efectivament equips de persones, organitzacions, serveis o projectes.
- Una persona líder és capaç de contagiar il·lusió als seus col·laboradors, de fer-los créixer professionalment, de propiciar un clima favorable i positiu i de conduir les emocions del grup cap a un resultat positiu.
- El lideratge és el conjunt de capacitats que una persona té per influir en la ment de les persones o en un grup de persones determinat, fent que aquest equip treballi amb entusiasme, en l'assoliment de metes i objectius.



## Components

Generals conceptuals

**TAULA 1. ELS 5 COMPONENTS DEL LIDERATGE:**

Els cinc components del lideratge		
	Definició	Trets distintius
<b>Autoconsciència</b>	Habilitat de reconèixer i entendre les pròpies emocions, estats d'ànim i impulsos, així com el seu efecte en la resta de persones.	Capacitat de confiar en un/a mateix/a Autoavaluació realista Sentit de l'humor autocrític
<b>Autocontrol</b>	Habilitat per controlar o redirigir impulsos i estats d'ànim.  Propensió a eliminar judicis i pensar abans d'actuar.	Fiabilitat i integritat  Conformitat amb l'ambigüitat Obertura al canvi
<b>Motivació per l'èxit</b>	Passió per treballar per raons que van més enllà dels diners i l'estatus.  Propensió a assolir metes amb energia i persistència.	Impuls fort cap als assoliments  Optimisme fins i tot davant del fracàs Compromís organitzacional
<b>Empatia</b>	Habilitat per entendre les reaccions emocionals dels altres.  Habilitat per tractar les persones segons les seves reaccions emocionals.	Capacitat per fomentar i retenir el talent  Sensibilitat intercultural Servei a clients i consumidors
<b>Habilitats socials</b>	Perícia en la gestió i construcció de xarxes relacionals.  Habilitat per trobar un espai comú i construir simpatia.	Efectivitat per liderar el canvi  Habilitat per persuadir Perícia per liderar i construir equips

**TAULA 2. COMPARACIÓ ENTRE "CAP VS. LÍDER":**

CAP AMB POTESTAS	LÍDER AMB AUCTORITAS
Dirigeix	Inspira
Mana	Lidera
Poder	Influència
Formal	Informal
Jerarquia	Xarxa
Rigidesa	Flexibilitat
Autoritat	Legitimitat
Força	Veritat
<i>Top Down</i>	<i>Bottom Up</i>
Representa	Referent
Vell	Nou

## Competències personals (De Daniel Goleman)

**TAULA 3. COMPETÈNCIES PERSONALS DEL LIDERATGE:**

Dimensió	Criteri	Capacitats/comportaments
Autolideratge personal	Efectivitat personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maduresa</li> <li>• Convicció</li> <li>• Tenacitat</li> <li>• Proactivitat</li> <li>• Risc</li> <li>• Presa de decisions</li> </ul>
	Efectivitat professional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-organització</li> <li>• Orientació a objectius i resultats</li> <li>• Aprenentatge</li> <li>• Desenvolupament</li> <li>• Anàlisi i resolució de problemes</li> </ul>
Lideratge extern (cap als altres)	Competències genèriques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assertivitat</li> <li>• Networking</li> <li>• Empatia</li> <li>• Comunicació</li> <li>• Receptivitat a feedback</li> <li>• Resolució de conflictes</li> </ul>
	Competències específiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegació</li> <li>• Treball en equip</li> <li>• Coaching</li> <li>• Rol directiu</li> </ul>
Lideratge organitzacional	Projecte i servei	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visió</li> <li>• Gestió del canvi</li> <li>• Identificació</li> <li>• Gestió de recursos</li> </ul>
	Altres serveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperació</li> <li>• Negociació</li> <li>• Intercanvi</li> </ul>
Altres capacitats	Lideratge ressonant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmet seguretat</li> <li>• Genera connexió i pertinença</li> <li>• Afronta canvis i fomenta noves idees</li> </ul>
	Empatia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia</li> <li>• Cognitiva</li> <li>• Emocional</li> <li>• Cura dels altres</li> </ul>

## Per àrees de competències

**FIGURA 1. DIMENSIONS COMPETENCIALS DEL LIDERATGE:**

- Visió, valors, missió
- Centrada en l'atenció de qualitat a les persones
- Capacitat organitzativa
- Competència assistencial
- Tracte persones
- Compromís innovació, avaluació i millora de la qualitat
- Relació stakeholders
- Relació comunitat
- Formació
- Pertinença



Dimensions i capacitats del lideratge efectiu

**TAULA 4. DIMENSIONS COMPETENCIALS DEL LIDERATGE:**

ÀREA	CONTINGUT
Visió, valors, missió	Capacitat d'elaborar missió i visió amb compromís, respecte, humanisme, generositat, honestat, transparència, integritat...
Centrada en l'atenció de qualitat a les persones	Garant i responsable de la qualitat d'atenció a les persones
Capacitat organitzativa	Entendre i liderar l'organització: organització interna, gestió, definició de funcions, horaris, models, documentació, registres pressupostos...
Competència assistencial en l'atenció a gent gran, o d'altres col·lectius residencials	Sobre el tòpic que defineix la funció de l'organització: en els seus diferents components assistencials, de qualitat, docents...
Tracte amb persones	Capacitat de liderar persones amb respecte, empatia, empoderament, comunicació, prevenció i resolució de crisis i conflictes, contenció, motivació...
Innovació, avaluació i millora de qualitat	Tenint com a responsabilitat, objectiu i compromís la qualitat de l'atenció i de l'organització, com avaluar-la i millorar-la. Com adaptar el servei als reptes de la innovació metodològica, de context. Orientació a resultats.
Relació amb els stakeholders	Capacitat de relacionar-se efectivament amb stakeholders, clients interns i externs, com el product manager del servei, establint relacions efectives per al desenvolupament
Relació amb la comunitat	Capacitat d'interacció amb la societat en el seu conjunt, de comprensió del context, consciència social...
Formació	Competència i metodologia per avaluar necessitats formatives, docents i d'investigació. Dissenyar propostes, implementar-les i avaluar-ne els resultats.

## Nivells de MAXWELL de l'acceptació i influència dels líders (1 bàsic a 6 màxim)

TAULA 5. NIVELLS DE MAXWELL DE L'ACCEPTACIÓ DEL/LA LÍDER:

NIVELL	IMPACTE EN PERSONES (PER QUÈ EL SEGUEIXEN)	IMPACTE EN EL TEMPS I EFECTIVITAT
<b>6. Personalitat (nivell de respecte)</b>	<b>La gent el/la segueix pel que és i el que representa.</b>	Capacitat d'elaborar missió i visió amb compromís, respecte, humanisme, generositat, honestedat, transparència, integritat...
<b>5. Desenvolupament de persones (nivell de reproducció)</b>	<b>La gent el/la segueix pel que ha fet per ells/es, ajuda a desplegar el seu potencial perquè també arribin a ser líders.</b>	Garant i responsable de la qualitat d'atenció a les persones
<b>4. Producció (nivell dels resultats)</b>	<b>La gent el/la segueix pel que ha fet per l'equip o per l'organització.</b>	Entendre i liderar l'organització: organització interna, gestió, definició de funcions, horaris, models, documentació, registres pressupostos...
<b>3. Aportació de valor</b>	<b>Perquè aporta coneixement i suport.</b>	Sobre el tòpic que defineix la funció de l'organització: en els seus diferents components assistencials, de qualitat, docents...
<b>2. Permís (nivell de les relacions)</b>	<b>La gent el/la segueix perquè volen. Es basa en la relació del/la líder amb els/les seus/seves seguidors/es. El/la respecten.</b>	Capacitat de liderar persones amb respecte, empatia, empoderament, comunicació, prevenció i resolució de crisis i conflictes, contenció, motivació...
<b>1. Posició (nivell de drets)</b>	<b>La gent el/la segueix perquè sent que ho ha de fer. Es basa en un títol o una descripció de feina.</b>	Tenint com a responsabilitat, objectiu i compromís la qualitat de l'atenció i de l'organització, com avaluar-la i millorar-la. Com adaptar el servei als reptes de la innovació metodològica, de context. Orientació a resultats.

## Bibliografía recomendada

- Xavier Gómez-Batiste, Juan P. Leiva. Modelos organizativos asistenciales, académicos y liderazgo del sXXI: de la rigidez vertical a la colaboración flexible líquida. *EDITORIAL Med Paliat.* 2021;28(3):147-148. DOI: 10.20986/medpal.2021.1292/2021.
- Bauman Z. *Tiempos líquidos.* Barcelona: Tusquets; 2007.
- Maxwell JC. *Las 21 leyes del liderazgo.* Barcelona: Ed RBA; 2008. 3. Goleman D. *Liderazgo, el poder de la inteligencia emocional.* Barcelona: Ed B de bolsillo; 2021.
- Compton-Phillips A. *Spreading at Scale: A practical leadership model for change.* *NEJM Catalyst.* 2020;1. DOI: 10.1056/CAT.19.1083.
- Stewart J, Widmer R, Young L, Jenkins T, Huang X, Oliver R, et al. *The Clinician Role in Healthcare Delivery and Innovation. A powerful voice for transforming care.* *NEJM Catalyst.* 2020. Disponible en: [https://store.nejm.org/signup/ebook2020?promo=OCFD20M-R&query=mr&utm\\_source=catsite&utm\\_medium=banner&utm\\_campaign=ebook2020](https://store.nejm.org/signup/ebook2020?promo=OCFD20M-R&query=mr&utm_source=catsite&utm_medium=banner&utm_campaign=ebook2020)
- Harrison M. *Future of Clinical Leadership: Saving our greatest intensity for human beings.* *BMJ Leader.* 2017;1:13-5. 7.
- Moen C, Brown J, Kaehne A. *Exploration of “perception of self” as medical leader: does perception of self requires a paradigm shift from clinical to clinical leader?* *BMJ Leader.* 2018;2:103-9.
- Montgomery A. *Physicians as leaders: are we trying to fit square pegs into round holes?* *BMJ Leader.* 2018;2:128-31.
- Barclay S. *Going digital in health: implications for leadership.* *BMJ Leader.* 2018;2:124-5

## 8.3

# MODEL DE COMPETÈNCIES

### Propostes de model d'atenció a persones i model de competències de l'excel·lència professional

#### Principis

- Les competències professionals han de raure en valors i comportaments personals com l'humanisme, el respecte, i el compromís en l'ajuda a persones vulnerables.
- Els components han d'incloure valors, actituds, coneixements, habilitats, i comportaments.
- Els continguts han de incloure les àrees de coneixement descrites (instrumentals generals, instrumentals específiques per tipologia, comunicació, ètica, treball en equip, gestió de cas) i estar basades en valors personals i comportaments de l'excel·lència.
- Els professionals han de rebre formació sòlida comprensiva inicial i continuada.
- Han de poder créixer personalment i professional.
- La formació exclusivament centrada en habilitats i procediments no resol la qüestió de la competència dels professionals.
- Cal estandarditzar i acreditar els processos formatius, les organitzacions i els proveïdors.

Aquestes propostes tenen com a objectiu el de basar les propostes de millora essencials en un

model conceptual sòlid del que neixin els aspectes més específics, combinant models per a assolir una visió integral i integrada.

### Model d'atenció a persones: des de l'ACP a Model de necessitats multidimensional, aspectes específics, plans de cures, i indicadors i estàndards

El model d'atenció persones al sector residencial està bàsicament emmarcat en el model Atenció Centrat en les Persones (ACP), en el qual es descriuen alguns dels aspectes bàsics. Amb tot, es descriu de manera genèrica, no específica, i com a proposta, sense entrar en més detalls ni proposar indicadors i estàndards (FIGURA 1). Aquest model validat recull les percepcions de residents, professionals, familiars, i directius, però, en canvi, de vegades no descriu o proposa mesures específiques/concretes, si no han estat explicitades.

Per posar un exemple, les persones residents poden tenir la percepció de que els seus valors i preferències son respectats generalment, però la millor manera d'explorar-ho i aplicar-ho, construint també indicadors, és la pràctica de la Planificació compartida/anticipada de cures, o la Directiva anticipada, en la qual es poden mesurar i avaluar.

FIGURA 1: MODEL ACP (1)

1. Quienes me atienden me reconocen como persona y no solo se fijan en mis enfermedades o discapacidades.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
2. El personal que me atiende me conoce bien, sabe de mis costumbres, lo que me gusta y también lo que me disgusta.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
3. En este centro tengo libertad para decidir sobre la atención que recibo (por ejemplo, a qué hora levantarme y acostarme, cuándo bañarme, qué ropa ponerme o si seguir o no una dieta).	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
4. Soy yo quien decide cómo pasar el día y quien elige en qué actividades participar.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
5. Siento que se me trata con respeto.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
6. El personal escucha y comprende mis problemas y preocupaciones, siempre procura ponerse en mi lugar.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
7. El personal es flexible, según como me encuentro cada día, puede adaptar los horarios y normas a mis necesidades.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
8. Siento que aquí no soy un número más, se me trata de forma personalizada.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
9. Mis asuntos privados (problemas de salud, relaciones afectivas, preferencias personales, etc.) se tratan con la máxima discreción y respeto.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo

FIGURA 1: MODEL ACP (2)

10. En los cuidados corporales (baño, ir al servicio, vestido, etc.) el personal protege mi intimidad.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
11. Las actividades que se organizan en el centro son realmente interesantes (no son "cosas tontas" o infantiles).	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
12. Durante el día puedo hacer las cosas que me gustan y seguir practicando mis aficiones.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
13. El centro parece una casa, tiene un aspecto hogareño (no recuerda a un hospital).	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
14. Tengo libertad para arreglar y decorar mi habitación como quiero.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
15. Mi familia es bien recibida por el personal y se siente a gusto cuando viene a verme.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
16. El centro permite y fomenta que las familias participen en la vida cotidiana de aquí.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
17. El centro anima a las personas del barrio, voluntarios y asociaciones a venir y a participar en actividades.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
18. Si no puedes salir solo del centro, buscan que alguien habitualmente te acompañe (de paseo, a parques, tiendas, cafeterías, iglesia, etc.)	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
19. Hay personal suficiente para dar una buena atención.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
20. El personal tienen una adecuada formación para atendernos de forma personalizada.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
21. El centro dispone de profesionales diversos (equipo técnico) para ofrecer una atención de calidad.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo
22. La atención de este centro es flexible y procura adaptarse a las preferencias y necesidades de cada persona.	Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy de acuerdo

La nostra proposta incorpora el model de necessitats multidimensional ideat per C Saunders, perfeccionat per Frank Ferris, i adaptat per nosaltres, complementant el descrit més genèricament a l'ACP. (FIGURES 2-5) i que, encara que va ser dissenyat per a l'atenció de persones amb malalties avançades, ha demostrat utilitat per a l'atenció integral, combinat amb la perspectiva de l'Atenció Centrada en la Persona, que incorpora més dimensions de la vida, llegat, història, etc.

FIGURA 2: REFERÈNCIA DE FRANK FERRIS: FERRIS FD, BALFOUR HM, BOWEN K, FARLEY J, HARDWICK M, LAMONTAGNE C, ET AL. A MODEL TO GUIDE PATIENT AND FAMILY CARE: BASED ON NATIONALLY ACCEPTED PRINCIPLES AND NORMS OF PRACTICE. J PAIN SYMPTOM MANAGE 2002;24:106-23.

A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice

Frank D. Ferris, MD, Heather M. Balfour, BA (Adv), Karen Bowen, MD, Justine Farley, MD, Marsha Hardwick, RN, BScN, CON(C), Claude Lamontagne, MD, Marilyn Lundy, RN, PHN, Ann Syme, RN, MSN, and Pamela J. West, RN, MSc, AGNP, CON(C)  
 San Diego Hospice (F.D.F., K.B.), San Diego, California, USA; Stobhill Health District Management Services (H.M.B.), Region, Saskatchewan, Canada; St. Mary's Hospital Center (J.F.), Montreal, Quebec, Canada; Convidant (M.H.), Tottenham, Ontario, Canada; Maison Michel Suresis (C.L.), Sillery, Quebec, Canada; St. Elizabeth Health Care (M.L.), Markham, Ontario, Canada; British Columbia Cancer Agency (A.S.), Victoria, British Columbia, Canada; and Lakeside Health Corporation (P.J.W.), Oshawa, Ontario, Canada

### FIGURA 3: COMPONENTS DE NECESSITATS MULTIDIMENSIONALS (DE C SAUNDERS, F FERRIS, X GOMEZ-BATISTE)

X. Gómez-Batiste et al / Med Clin (Barc). 2010;135(2):83-89

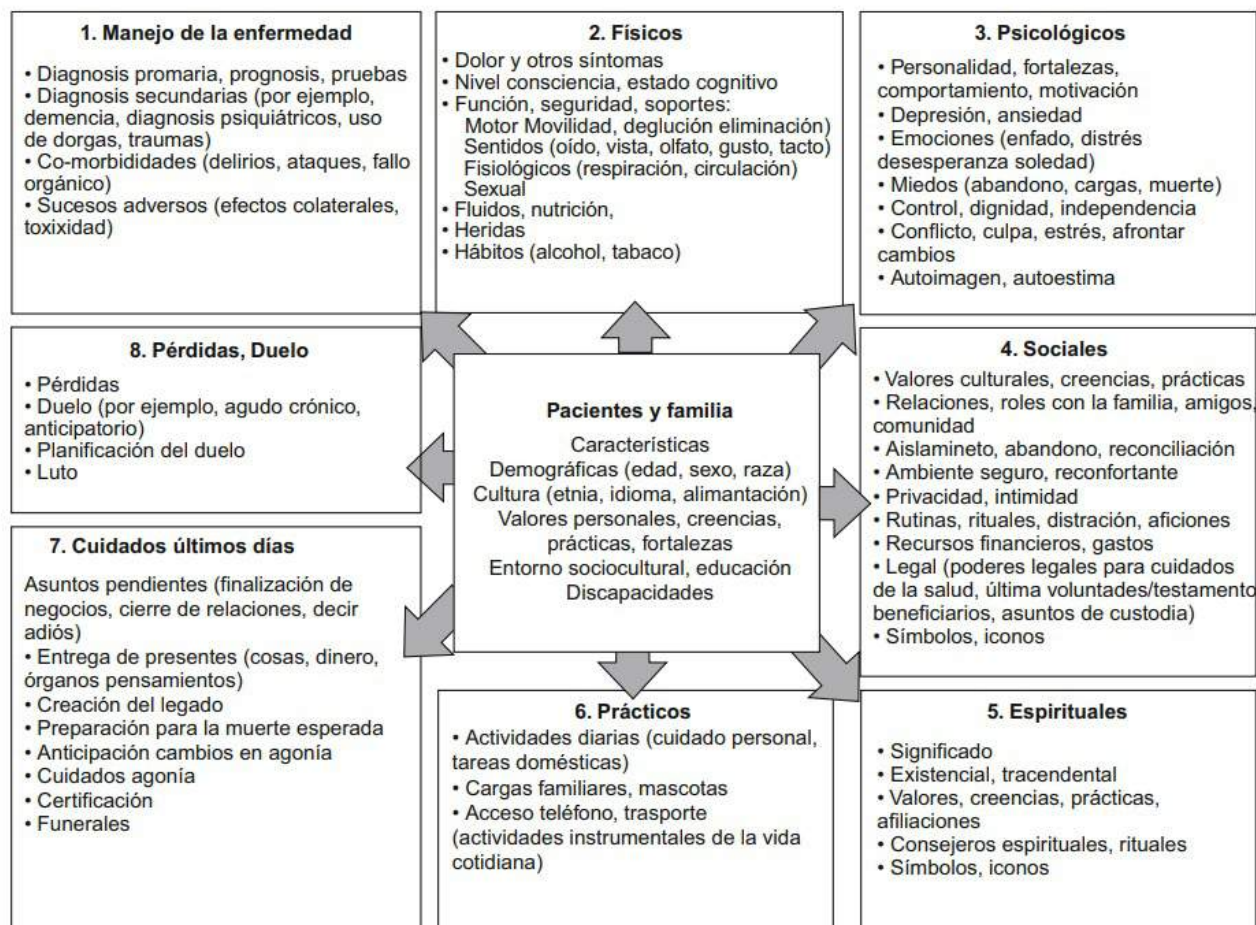


Figura 1. Modelo multidimensional de necesidades (modificado de Ferris et al<sup>29</sup>).

X Gómez-Batiste et al. Modelos de atención, organización, y mejora de calidad de la atención de los enfermos en fase terminal y sus familias: aportación de los cuidados paliativos. Med Clin (BARC. 2010; 135 (2): 83-89.

Med Clin (Barc). 2010;135(2):83-89



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Cuidados Paliativos

Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos

Models of care, organization and quality improvement for the care of advanced and terminal patients and their families: The contribution of palliative care

Xavier Gómez-Batiste<sup>a,\*</sup>, Jose Espinosa<sup>a</sup>, Josep Porta-Sales<sup>b</sup> y Enric Benito<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos, Institut Català d'Oncologia, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital Durán I Reynals, Institut Català d'Oncologia, Barcelona, España

<sup>c</sup> Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Joan March, Palma de Mallorca, España



**FIGURA 4: ELS PROCESSOS DE CURES EL QUADRE DE CURES O ABORDATGE SISTEMÀTIC LONGITUDINAL DE CURES PER DIMENSIONS**

	Guías de Prácticas y tratamiento (Pasos del proceso de atención)						Resultados	Estándares
	1. Consejo	2. Compartir información	3. Decisiones	4. Plan	5. Cuidados	6. Revisión		
Manejo de la enfermedad								
Aspectos del paciente/familia	Físicos							
	Psicológicos							
	Sociales							
	Espirituales							
	Prácticos							
	Últimos días							
	Tratamiento de la muerte							
	Pérdidas							

**Figura 2.** Cuadro de cuidados (*square of care*, modificado de Ferris et al<sup>29</sup>).

A partir d'aquestes dues referències, una vegada seleccionats els aspectes més rellevants o paradigmàtics (per exemple, respecte per valors i preferències), i completat el llistat d'aspectes concrets (Planificació compartida de decisions i de cures), es poden elaborar indicadors (d'estructura, procés, i/o resultats), i també estàndards (TAULA 1) (Presència d'un protocol d'ACP, proporció de residents que en tenen fet, proporció d'accions basades en les decisions, per exemple).

## Exemple de construcció d'indicadors:

FIGURA 1: ASPECTES ÈTICS:

Àrea	Dimensió	Criteri	Definició de termes	Indicadors d'estructura	Indicadors de procés	Indicadors de resultat
ÈTICS	Valors i preferències	Els centres coneixeran els valors i preferències dels/ de les residents adaptats a les fases evolutives	No s'especifica què i com	Disposaran de formació i protocols de DVA i PDCA	El 80 % dels/ de les residents amb PDCA feta	El 80 % de les decisions adoptades s'apliquen
	Decisions sobre complicacions	Els centres tindran elaborades propostes d'intervenció sobre complicacions que especifiquin el nivell d'intervenció (trasllats, etc.)	No s'especifica	Protocol de nivells d'intervenció	El 80 % dels/ les residents tenen decisió sobre els criteris d'intervenció	El 80 % de les decisions adoptades s'apliquen
	Decisions sobre la vida quotidiana	Els/les residents decidiran els objectius i activitats de la seva vida quotidiana	És un criteri explícit de l'ACP	Criteris formals flexibles de vida quotidiana	80 % aplicables	80 % dels residents fan activitats decidides per ells/ es mateixos

El conjunt d'aquestes combinacions ens permet d'elaborar un model comprensiu/integral, que estigui basat en models conceptuals però que sigui possible aplicar en mesures concretes, proposar estàndards, i mesurar el seu compliment .

***Proposem una transició des d'un model més general a un combinat que aborda aspectes específics aplicats a situacions concretes de necessitats.***

## El model de competències de l'excel·lència professional (Taula 2)

El model de competències de l'excel·lència elaborat per professionals de l'ICO al 2013 inclou els condicionants culturals, els organitzatius, els valors personals, i afegeix 5 competències bàsiques (les "tècniques" (cures, intervencions, ava-

luacions, etc.), comunicació, ètica, gestió de cas, i treball en equip. Addicionalment, s'afegeixen les competències i comportaments de l'excel·lència (empatia, compassió, presència, hospitalitat, compromís, etc.), que depenen dels valors i requereixen una reflexió individual i formació específica, compromís i vocació.

### TAULA 2. COMPONENTS DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS:

Dimensió	Competència/ Comportament/ Exemples
Valors personals	Les de les intervencions específiques de cada professional (mobilitzacions, traspassos, higiene, avaluació, cures, diagnòstic, tractament farmacològic) lliurament medicació, o generals (comunicació, ètica, treball en equip...).
Tècniques	Les del coneixement dels processos, necessitats, i característiques de les persones residents.
Comunicació	La capacitat de comunicar-se efectivament amb residents, familiars, i professionals, especialment en situacions complexes (trastorns cognitius, patiment, final de vida, complicacions, decisions ètiques, etc.).
Ètica	Capacitat per prendre i implementar decisions compartides i basades en el respecte per valors i preferències de residents, familiars, i equip.
Gestió de cas	Capacitat per a organitzar l'atenció, inicial, continuada, i la prevenció i resposta a situacions urgents, especialment quan cal involucrar d'altres recursos.
Treball en equip	Capacitat de compartir, dialogar i respectar als/les companys/es de l'equip.
Comportaments de l'excel·lència	Basats en valors: empatia, compassió, presència, honestedat, hospitalitat, congruència...

El conjunt d'aquestes competències és essencial per a una atenció integral de persones, especialment per a aquelles més vulnerables, i són un requisit per a assegurar la qualitat d'atenció.



***Proposem una transició des d'una concepció de coneixements i habilitats envers una de competències que parteix dels valors, i inclou coneixements, habilitats i comportaments específicament essencials per a atendre persones vulnerables.***

**FIGURA 6.** EL MODEL DE COMPETÈNCIES PROPOSAT: MODIFICAT DE MATÉ-MÉNDEZ J, GONZÁLEZ-BARBOTEÓ J, CALSINA-BERNA A, MATEO-ORTEGA D, CODORNIU-ZAMORA N, LIMONERO-GARCÍA JT, GÓMEZ-BATISTE,X ET AL. THE INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA MODEL OF PALLIATIVE CARE: AN INTEGRATED AND COMPREHENSIVE FRAMEWORK TO ADDRESS THE ESSENTIAL NEEDS OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER. J PALLIAT CARE 2013;29:237-43



## LES 5 "Cs"

Resumeixen les competències de l'excel·lència personal i professional i, de fet, són vàlides per a qualsevol persona o professional, molt especialment si atenem persones vulnerables.

- Competent
- Conscient
- Compromesa
- Compassiva
- Cooperativa

## MATERIAL ADDICIONAL

Hi ha material audiovisual accessible a: Competències per a l'excel·lència professional: Xavier Gómez-Batiste (18 min 12s) [https://youtu.be/eEf\\_oDpEEPO](https://youtu.be/eEf_oDpEEPO)

Curs per a l'atenció integral en centres residencials: activitat formativa que han realitzat més de 400 centres per a l'atenció integral a residències:



Programa i continguts del curs +



Programa i continguts del curs +

## BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica. *Med Pal* 1996; 3:114-21

Breitbart W. Reframing hope: meaning-centered care for patients near the end of life. Interview

Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982;306:639-45.

Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the

terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54:433-43.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:18-23.

Maté-Méndez J, González-Barboteo J, CalsinaBerna A, Mateo-Ortega D, Codorniu-Zamora N, Limonero-García JT, Gómez-Batiste X et al. The Institut Català d'Oncologia model of palliative care: an integrated and comprehensive framework to address the essential needs of patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 2013;29:237-43.

Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009;12:885-904. .

Von Roenn JH, von Gunten CF. Setting goals to maintain hope. *J Clin Oncol* 2003;21:570-4.

Broggi Trias MA. El clínico y la esperanza del enfermo. *Med Clin (Barc)* 2010;134:218-21.

Cassel E. La persona como sujeto de la medicina.

Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:106-23.

Benito E, Barbero J, Payás A, editors. *Spiritual care in palliative care. Working group of spirituality of the Spanish Association for Palliative Care . (SECPAL). 1st ed. Madrid: Arán ediciones; 2008.*

## 8.4

# ELEMENTS QUE PROPORCIONEN RESILIÈNCIA

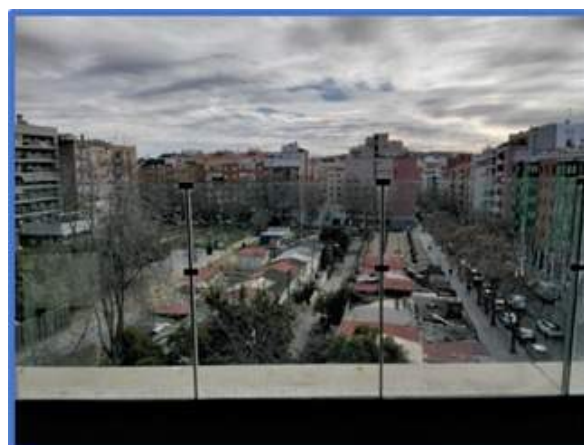
### Elements que proporcionen resiliència o "coping mechanisms"

Aquest és un recull de fotografies del photovoice amb explicacions que poden il·lustrar sobre elements que proporcionen resiliència o "coping mechanisms". És important anotar que són impressions prèvies a l'anàlisi i que podrem complementar i matisar un cop fet aquest. En algunes fotografies hem posat un marc groc per indicar que provenen de residències geriàtriques i un marc blau per les que provenen de salut mental. No en tenim de discapacitat, ja que no va ser possible realitzar el photovoice.

## RESIDENTS

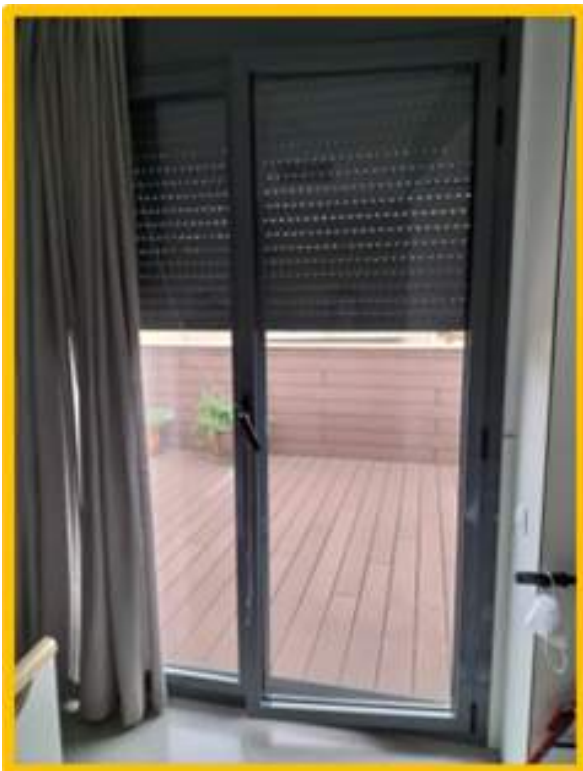
### *Els espais oberts importen:*

Un espai crucial pels residents va ser l'espai obert (les finestres o terrasses) o fins i tot l'espai obert que es podia observar a través de la finestra (encara que no hi poguessin accedir). Veiem que, en blau, hi ha la imatge de salut mental on els deixaven accedir a la terrassa i va ser un símbol de comunitat i d'aire lliure. Aquest aire lliure va mancar a les residències geriàtriques on era quelcom que es reclamava en veu alta o es mirava des de la llunyania amb desig.



***Els espais privats importen:***

Quan es viu en comunitat la privacitat és un bé escàs i s'aprecia molt. Per exemple a les fotografies de salut mental (blau) veiem com hi ha “el racó de fumar” o una sala que s'aprofita per fer exercici quan està buida. En aquesta residència de salut mental no es podia accedir a les habitacions durant el dia i trobar privacitat era difícil. En canvi, a les residències de geriatria no es podia sortir de l'habitació durant la primera onada i això implicava, en alguns casos, compartir l'habitació tota l'estona i no tenir prou privacitat. Hi ha residents que no tenien ganes de sortir a fora i per les quals mirar per la finestra era quelcom que les mantenia entretingudes.



**Entreteniment:**

Hi ha hagut diverses formes d'entreteniment: artístic (dibuix, pintura, manualitats, escriure poesia, llegir llibres...), tecnològic (Alexa, tablet, ordinador, televisió i ràdio), entre d'altres. Aquestes activitats ajudaven que passés el temps.



Algunes persones residents van afrontar el confinament escrivint poemes per enviar a la família, o realitzant detalls artesanals per als companys, com els cors de la foto. Seria interessant poder fer tallers artesanals a partir de les competències dels residents, facilitant l'autogestió i acompanyant els processos de creació, donant la màxima autonomia.





### **Informació de la COVID-19:**

Per alguns residents, poder llegir les recomanacions per a evitar el contagi de la COVID-19 era una font de seguretat, de sentir que hi havia una solució o un pla a seguir, sentir que hi ha alguna mena de control entre totes les dificultats.



### **Jardineria i contacte amb la natura:**

En els moments que les persones de residències geriàtriques han pogut sortir a la terrassa han gaudit molt d'estar en contacte amb la natura i de tenir cura d'un ésser viu al qual veuen evolucionar cada dia. Això passa sobretot en persones molt actives, que tenien una vida activa abans de la pandèmia. En la residència de salut mental la natura i la jardineria eren absents i el treballador social volia implementar un programa on s'afegia verd a la residència. A la residència de discapacitat sí que hi ha un hort. No estava tan autogestionat com a les residències geriàtriques sinó que era una activitat guiada per educadors.



**Sentit de comunitat:**

De vegades les amistats, les parelles i el sentiment de comunitat i grup ha estat el que més ha aportat al seu benestar durant aquest temps. En alguns casos la separació d'aquesta comunitat i d'algunes amistats ha produït molt dolor. Fer projectes, jocs o activitats en comunitat també aporta significat i entreteniment. Per tant, la comunitat i les relacions són un element clau per la resiliència en aquest àmbit.

**Celebracions:**

Les celebracions que s'han pogut recuperar en aquest temps esdevenen un trencament amb la rutina. I aporten un moment d'alegria i bons records que perduren.

**Records de les famílies:**

Tenir a prop imatges de les famílies proporcionava a alguns residents una manera de seguir connectats amb la família.



## TREBALLADORES

### *Telèfons i les videoconferències:*

Les treballadores han estat les persones encarregades de fer possible les videotrucades i trucades entre els residents i els familiars. Per elles ha estat una manera de poder compartir les demandes emocionals amb les famílies i no haver-se d'encarregar elles soles, a més de fer la resta de la feina. Per les familiars era l'única manera de mantenir-se connectades i de vegades informades sobre el seu familiar. Per molts residents era molt important mantenir-se en comunicació amb la família, però de vegades no era prou, o bé no comprenien del tot el funcionament de la videotrucada. En alguns casos ha servit perquè els familiars s'acomiadessin dels residents. Tothom hauria preferit una visita presencial. En alguns casos, les treballadores es negaven o se sentien malament per fer una videotrucada amb un resident amb demència severa que implicava una absència de consentiment per la seva part i simplement se sentien com que estaven gravant al resident per donar prova de vida als familiars.



### *Informació sobre COVID-19, protecció, tests i vacunes:*

Per moltes treballadores, tot i ser enutjós, la protecció tant dels EPIs i com d'altres elements els proporcionava un sentiment de seguretat i els feia sentir que gràcies a aquesta protecció no es contagiarien. Les vacunes van tenir molt bona rebuda i els proporcionaven esperança.



***Campanyes de feina, amistats:***

En les companyes i amigues de feina van trobar el gran suport que necessitaven. En una de les fotografies es veu com feien una videotrucada amb una infermera que estava contagiada de COVID-19 a casa i mantenien el contacte per preocupació tant d'un costat com de l'altre.



“Going the extra mile”, donant tot de si mateixes

En certs moments, la motivació era poder fer la vida una mica millor a les persones que atendien (fent de perruqueres, portant-les a un hotel, decorant una taula per les visites o fent alguna campanya d'ànims per xarxes social)..

***Recuperar tradicions i celebracions (encara amb restriccions):***

Poder recuperar tradicions i sortir de la rutina era vist com una via d'escapada. Encara que recorden molt tristament no poder celebrar en condicions (un pastís de plàstic perquè no es podia compartir, celebracions en petits grups en comptes de grups grans...etc.).



**Sentir que se'ls feia costat des de casa:**

Les seves famílies eren molt importants i un gran suport. Per les persones que tenien fills petits, va ser molt dur, especialment a l'inici, i en alguns casos va implicar la separació durant mesos. La imatge és un dibuix fet per la filla d'una gerocultora que diu "28/04/2020 La mama treballant".

**Missatges d'esperança:**

Més que decoració, algunes imatges o missatges per celebrar el dia de la dona, arriben a algunes treballadores com a record de la seva motivació i de per què fan aquesta feina.

**Diaris personals per processar**

Moltes van optar per portar un diari personal per no carregar a la família emocionalment i, alhora, poder comprendre una mica el que passa.

## FAMILIARS

### ***Menjar i "special treats":***

Pels familiars una manera de relacionar-se amb els residents és fent una festa, una ocasió especial (sovint amb un menjar que els agrada molt i casolà), de les seves visites. Senten que els treuen de la rutina i que així fan que la seva vida valgui la pena.



### ***Recuperar tradicions i activitats:***

Saben que fer activitats és molt important pels residents, per tant, s'intenta poder recuperar algunes de les activitats que feien pre-pandèmia. Aporta entreteniment i motivació als residents i tranquil·litat als familiars que saben que els residents fan quelcom en el seu dia a dia que els omple.

### ***Mantenir algunes tradicions encara que amb moltes restriccions:***

Aquestes fotografies són d'abans de la pandèmia i durant la primera onada. Es veu la diferència d'un aniversari amb les filles i un aniversari a la residència sola amb el pastís que li havien fet arribar les filles. Per elles era important que el seu aniversari no passés per alt i fer-li saber que elles es recordaven d'ella encara que hi havia una situació tan delicada i no podien visitar-la.

### ***Rebre fotografies del seu familiar per part de les treballadores:***

Moltes familiars estaven molt pendents de notícies dels residents i, rebre fotografies, especialment si se les veia felices (aquest era el primer cop que sortia al passadís) era molt tranquil·litzador.

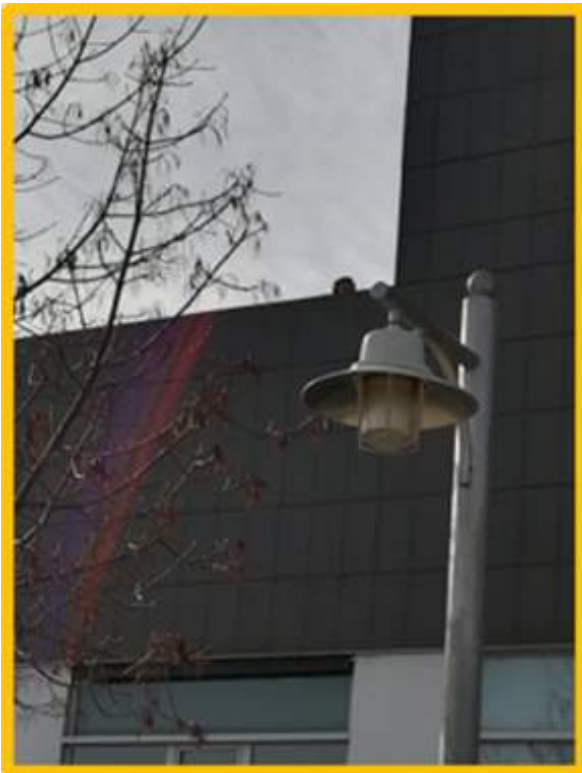
### ***Importància de l'estètica:***

Moltes familiars i algunes treballadores destaquen la importància de l'estètica i com aquesta dignifica la persona. Veiem en una fotografia com una treballadora social que sabia tenyir el cabell es va reconvertir en perruquera els dies abans de les primeres visites després de la primera onada.



**Visites a familiars:**

Les visites eren molt importants abans de la pandèmia. De vegades eren a la residència on els familiars podien anar sense restriccions o bé a fora. Amb la pandèmia van ser severament restringides i després poc a poc es va anar donant més possibilitats. Aquests moments de recuperar llibertat van ser molt ben rebuts pels familiars i per alguns residents. D'altres ho van viure pitjor, dient que preferien no veure la família que veure-la en aquestes condicions. A les fotografies veiem: les visites des de el balcó, les visites a residència i algunes innovacions per poder donar abraçades segures.

**Recuperar espais de visita:**

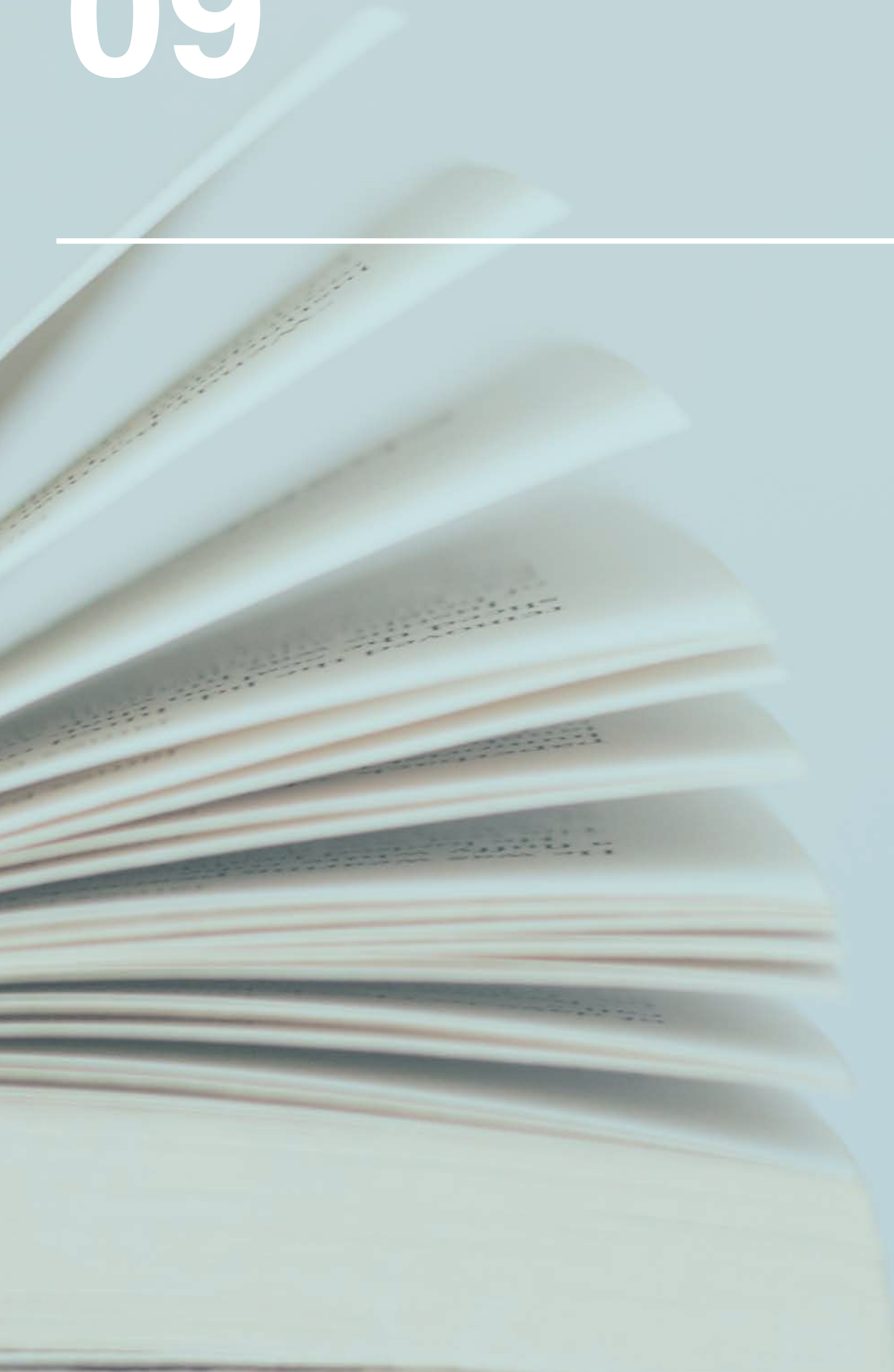
El mobiliari va canviar totalment durant la pandèmia per reduir superfícies on es podia propagar el virus. Pels familiars, el retorn a la decoració antiga indica un retorn a la normalitat desitjada.

**Animals de companyia:**

Alguns familiars valoren poder portar els animals de companyia a la residència, sobretot si tenen jardí... S'observa el benestar i la felicitat de la majoria. Poder fer activitats amb animals (associació de gossos llebrers).

# 09

---





# 9. Bibliografia

---

9

**ARTICLES | POSTS**

---

---

Fulmer, T., Reuben, D. B., Auerbach, J., Fick, D. M., Galambos, C., and Johnson, K. S. (2021). "Actualizing Better Health And Health Care For Older Adults". HEALTH AFFAIRS. Vol. 40, No. 2. Web: Actualizing Better Health And Health Care For Older Adults | Health Affairs

Goitia, F. (2021). LAS RESIDENCIAS MILAGRO QUE VENCIERON AL COVID-19. ABC. Web: Las residencias milagro que vencieron al COVID-19 (abc.es)

Institute of Medicine (US) Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008. 3, "New Models of Care". Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215407/>

Martín, J. (2022). "El nuevo modelo de residencias que plantea el Gobierno: un punto de partida con "margen de mejora". RTVE. Web: El modelo de residencias del Gobierno: una base "mejorable" (rtve.es)

Prieto, J. Mº. (2020). "Less confinement and more community: towards a new model of care for the elderly". Matia Fundazioa. Web: Less confinement and more community: towards a new model of care for the elderly | Matia Fundazioa

Sinai Health (CA). A NEW CULTURE OF CARE. Web: Sinai Health | A New Culture of Care (sinai-geriatrics.ca)

Sosa, M. (2021). "Hacia un nuevo modelo de residencias: Gobierno y comunidades pactan establecer un sistema de evaluaciones que se hagan públicas". EL PAÍS. Web: <https://elpais.com/sociedad/2021-07-28/hacia-un-nuevo-modelo-de-residencias-gobierno-y-comunidades-pactan-establecer-un-sistema-de-evaluaciones-que-se-hagan-publicas.html>

Nord Architects. Healthcare Good design is based on a deep understanding of the users' need and

the context. Web: Architecture | NORD Architects Copenhagen | København | Architecture

Recio, P. (2022). "El nuevo modelo de residencias de mayores se hará esperar: sólo 4 CCAA cuentan con proyectos piloto". 65 y Más. Web: Nuevo modelo de residencias por comunidades (65ymas.com)

Sánchez, E. (2021). "Más parecidas a hogares y menos a hospitales: cómo mejorar las residencias de mayores en España". EL PAÍS. Web: <https://elpais.com/sociedad/2021-06-21/mas-parecidas-a-hogares-y-menos-a-hospitales-como-mejorar-las-residencias-de-mayores-en-espana.html>

Sancho, M. y Martínez, T. (2021). "El futuro de los cuidados de larga duración". Informe España 2021 Capítulo 5. (pag: 337-397). Informe\_España\_2021\_Capitulo\_5.pdf (comillas.edu)

Tranum, S. (2022). "Co-housing and dementia villages: Social innovations offer alternatives for long-term care". The Conversation. Web: Co-housing and dementia villages: Social innovations offer alternatives for long-term care (theconversation.com)

Dyer SM, van den Berg MEL, Barnett K, Brown A, Johnstone G, Laver K, Lowthian J, Maeder AJ, Meyer C, Moores C, Ogrin R, Parrella A, Ross T, Shulver W, Winsall M, Crotty . (2019). Review of Innovative Models of Aged Care. Flinders University, Adelaide, Australia. Web: Review of innovative models of aged care (royalcommission.gov.au)

"Decàleg d'eixos i propostes de les persones grans davant les crisis de la COVID-19". Consell Assessor de la Gent Gran de Barcelona. (2021). Web: <https://ajuntament.barcelona.cat/drets-socials/sites/default/files/arxiu-documents/decaleg-eixos-propostes-persones-grans-crisis-COVID-19.pdf>

European Commission. (2022). COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EURO-

PEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS on the European care strategy. Web: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=26014&langId=en>

García, G., Ramírez, J. M., Aranda, A. M<sup>a</sup>., y Ruedaldea, A. (2021) "Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial de personas en situación de dependencia". Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España. Web: <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Presentacion-modelo-residencial1-1.pdf>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2022). *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality: Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26526>.

Informe final Comissió de Residències de Barcelona. (2021). Taula d'Atenció Integrada Social i Sanitària. Web: [https://www.cssbcn.cat/images/pdf/dependencia/ComissioResidenciesBarcelona\\_informefinal\\_2021.pdf](https://www.cssbcn.cat/images/pdf/dependencia/ComissioResidenciesBarcelona_informefinal_2021.pdf)

Informe de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG), la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) i la Fundació iSocial. "PER A L'IMPULS URGENT D'UN NOU MODEL D'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA I RESIDENCIAL PER A PERSONES GRANS A CATALUNYA". [http://scgig.cat/docs/debat\\_nou\\_model\\_atencio\\_llarga\\_durada.pdf](http://scgig.cat/docs/debat_nou_model_atencio_llarga_durada.pdf)

Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19. (Dictamen de iniciativa). SOC/687. Comité Económico y Social Europeo. Ponente: Miguel Ángel Cabra. Web: *Towards a New Care Model for the Elderly: learning from the Covid-19 pandemic (own-initiative opinion - Gr III) | European Economic and Social Committee (europa.eu)*

BOE. <https://boe.es/boe/dias/2022/08/11/pdfs/BOE-A-2022-13580.pdf>

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of health services research & policy*, 10(1\_suppl), 21-34.

Byrd, W, et al. 2021. What Long-Term Care Interventions and Policy Measures Have Been Studied During the Covid-19 Pandemic? Findings from a Rapid Mapping Review of the Scientific Evidence Published During 2020. *Journal of Long-Term Care*, (2021), pp. 423–437. DOI: <https://doi.org/10.31389/jltc.97>

Coll-Planas, L. (2017). Solitud, suport social i participació de les persones grans des d'una perspectiva de la salut.

McArthur, C., Saari, M., Heckman, G. A., Wellens, N., Weir, J., Hebert, P., ... & Hirdes, J. P. (2021). Evaluating the effect of COVID-19 pandemic lockdown on long-term care residents' mental health: A data-driven approach in New Brunswick. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 187-192.

Ickert, C., Rozak, H., Masek, J., Eigner, K., & Schaefer, S. (2020). Maintaining Resident Social Connections During COVID-19: Considerations for Long-Term Care. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 2333721420962669.

Hado, E., & Friss Feinberg, L. (2020). Amid the COVID-19 pandemic, meaningful communication between family caregivers and residents of long-term care facilities is imperative. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 410-415.

Monin, J. K., Ali, T., Syed, S., Piechota, A., Lepore, M., Mourgues, C., ... & David, D. (2020). Family communication in long-term care during a pandemic: Lessons for enhancing emotional experiences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1299-1307.

- Shanmuganathan, S., & Richardson, R. E. (2021). Love in the Time of Covid: An Approach to Isolation in a Longterm Care Facility During a Pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, S18-S18.
- Veiga-Seijo, R., Miranda-Duro, M. D. C., & Veiga-Seijo, S. (2022). Strategies and actions to enable meaningful family connections in nursing homes during the COVID-19: A Scoping Review. *Clinical Gerontologist*, 45(1), 20-30.
- Office, E. E., Rodenstein, M. S., Merchant, T. S., Pendergrast, T. R., & Lindquist, L. A. (2020). Reducing social isolation of seniors during COVID-19 through medical student telephone contact. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 948-950.
- Van Dyck, L. I., Wilkins, K. M., Ouellet, J., Ouellet, G. M., & Conroy, M. L. (2020). Combating heightened social isolation of nursing home elders: the telephone outreach in the COVID-19 outbreak program. *The American journal of geriatric psychiatry*, 28(9), 989-992.
- Abbott, K., Abbott, K., Heppner, A., Corpora, M., Kelley, M., Kasler, K., ... & VanHaitsma, K. (2021). "It's Worth the Time and Energy": Nursing Home Provider Perspectives on Implementing a Person-Centered Communication Intervention During a Global Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), B14-B15.
- Corpora, M., Kelley, M., Kasler, K., Heppner, A., Van Haitsma, K., & Abbott, K. M. (2021). "It's Been a Whole New World": Staff Perceptions of Implementing a Person-Centered Communication Intervention During the COVID-19 Pandemic. *Journal of gerontological nursing*, 47(5), 9-13.
- Archbald-Pannone, L. R., Harris, D. A., Albero, K., Steele, R. L., Pannone, A. F., & Mutter, J. B. (2020). COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 939-942.
- Renzi, A., Verrusio, W., Messina, M., & Gaj, F. (2020). Psychological intervention with elderly people during the COVID-19 pandemic: the experience of a nursing home in Italy. *Psychogeriatrics*.
- Theurer, K. A., Stone, R. I., Suto, M. J., Timonen, V., Brown, S. G., & Mortenson, W. B. (2021). 'It makes life worthwhile!' Peer mentoring in long-term care—a feasibility study. *Aging & Mental Health*, 25(10), 1887-1896.
- Fearn, M., Harper, R., Major, G., Bhar, S., Bryant, C., Dow, B., ... & Doyle, C. (2021). Befriending older adults in nursing homes: Volunteer perceptions of switching to remote befriending in the COVID-19 era. *Clinical Gerontologist*, 44(4), 430-438.
18. Jung, C., Jung, C., Jongyotha, K., De, I., Brennan, M., & Naumovski, J. (2021). Using Virtual Pet to Replace Pet Therapy Visits in Our Nursing Facility During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), B18.
- Hoel, V., Seibert, K., Domhoff, D., Preuß, B., Heinze, F., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2022). Social Health among German Nursing Home Residents with Dementia during the COVID-19 Pandemic, and the Role of Technology to Promote Social Participation. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 1956.
- Ho, K. H., Mak, A. K., Chung, R. W., Leung, D. Y., Chiang, V. C., & Cheung, D. S. (2022). Implications of COVID-19 on the Loneliness of Older Adults in Residential Care Homes. *Qualitative health research*, 32(2), 279-290.
- Hockley, J., Hafford-Letchfield, T., Noone, S., Mason, B., Jamieson, L., Iversholt, R., ... & Tolson, D. (2021). COVID, communication and care homes: a staffs' perspective of supporting the emotional needs of families. *Journal of Long-Term Care*, 167-176.

- Follmann, A., Schollemann, F., Arnolds, A., Weismann, P., Laurentius, T., Rossaint, R., & Czaplik, M. (2021). Reducing loneliness in stationary geriatric care with robots and virtual encounters—A contribution to the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4846.
- Van Orden, K. A., Bower, E., Beckler, T., Rowe, J., & Gillespie, S. (2022). The use of robotic pets with older adults during the COVID-19 pandemic. *Clinical Gerontologist*, 45(1), 189-194.
- Fogelson, D. M., Rutledge, C., & Zimbro, K. S. (2021). The Impact of Robotic Companion Pets on Depression and Loneliness for Older Adults with Dementia During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Holistic Nursing*, 08980101211064605.
- Thunberg, S., & Ziemke, T. (2021, August). Pandemic Effects on Social Companion Robot Use in Care Homes. In 2021 30th IEEE International Conference on Robot & Human Interactive Communication (RO-MAN) (pp. 983-988). IEEE.
- Liao, Y. H., Lin, T. Y., Wu, C. C., & Shih, Y. N. (2021). Can occupational therapy manpower be replaced with social robots in a singing group during COVID-19?. *Work*, 68(1), 21-26.
- Kempf-Leonard, K. (2005). *Encyclopedia of social measurement*. Amsterdam: Elsevier/Academic Press.
- Mou, Y.; Lin, C. A. The Impact of Online Social Capital on Social Trust and Risk Perception. *Asian Journal of Communication*. 2017, 27(6), 563-581.
- Perko T. Radiation Risk Perception: A Discrepancy between the Experts and the General Population. *Journal of Environmental Radioactivity*. 2014, 133,
- Van Klinger, M., Boomgaarden, H. G., Vliegenthart, R., & de Vreese, C. H. (2015). Real world is not enough: The media as an additional source of negative attitudes toward immigration, comparing Denmark and the Netherlands. *European Sociological Review*, 31(3) 268–283.
- Wang, H.; Li, Y.; Hutch, M.; Naidech, A.; Luo, Y. Using Tweets to Understand How COVID-19-Related Health Beliefs are Affected in the Age of Social Media: Twitter Data Analysis Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2021, 23(2), e26302. <https://doi.org/10.2196/26302>
- Monterde, D.; Vela, E.; Clèries, M. Adjusted morbidity groups: A new multiple morbidity measurement of use in Primary Care. *Aten. Primaria* 2016, 48, 674–682.
- Ambiàs-Novellas, J.; Santauegènia, S.J.; Vela, E.; Clèries, M.; Contel, J.C. What lies beneath: A retrospective, population-based cohort study investigating clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people in Catalonia. *BMC Geriatr.*2020, 20, 187.
- Santauegènia, S.J.; Contel, J.C.; Vela, E.; Clèries, M.; Amil, P.; Melendo-Azuola, E.M.; Gil Sánchez, E.; Mir, V.; Ambiàs-Novellas, J. Characteristics and Service Utilization by Complex Chronic and Advanced Chronic Patients in Catalonia: A Retrospective Seven Year Cohort-Based Study of an Implemented Chronic Care Program. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18,9473.
- Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increasefatal-cases-of-COVID-19->
- Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ* [Internet]. 2020;368:m1198. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32217618>
- Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. Vol. 2020, *BioMed Research International*. Hindawi Limited; 2020.

- Strausbaugh LJ, Sukumar SR, Joseph CL. Infectious disease outbreaks in nursing homes: an unappreciated hazard for frail elderly persons. *Clin Infect Dis*. 2003 Apr 1;36(7):870-6.
- Sheng J, Amankwah-Amoah J, Khan Z, Wang X. COVID-19 Pandemic in the New Era of Big Data Analytics: Methodological Innovations and Future Research Directions. *British Journal of Management*. 10.1111/1467-8551.1244, 0, (1-20), (2020).
- Afzal, M., Siddiqi, N., Ahmad, B., Afsheen, N., Aslam, F., Ali, A., Ayesha, R., Bryant, M., Holt, R., Khalid, H., Ishaq, K., Koly, K. N., Rajan, S., Saba, J., Tirbhowan, N., & Zavala, G. A. (2021). Prevalence of Overweight and Obesity in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in endocrinology*, 12, 769309. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.769309>
- Blasco López, Gabriela, Romero Valdés, Luz del Carmen, Bolado García, Victoria Eugenia, Ramírez González, Issa María, & Rivera Barragán, María del Rosario. (2020). Alimentación en estudiantes con discapacidad. *Horizonte sanitario*, 19(3), 311-323. Epub 19 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n3.3653>
- Camina-Martín, M.A., De Mateo-Silleras, B., Malafarina, Lopez-Mongil, R., Niño-Martín, V., López-Trigo, J.A., Redondo-del-Río, M.P., & Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2016). Valoración del estado nutricional en Geriátría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51,1, 52-57. DOI: 10.1016/j.regg.2015.07.007
- Fond, G., Young, A., Godin, O., Messiaen, M., Lançon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2020). Improving diet for psychiatric patients: High potential benefits and evidence for safety. *Journal of Affective Disorders*, 265, 567-569. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.092>
- Govantes Bacallao, Y., Ortíz Rios, R., & Lantigua Martell, M. (2018). Evaluación nutricional en adultos mayores discapacitados.. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 10(1). Recuperado de <http://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/270>
- Iglesias, L., Bermejo, J.C., Vivas, Á., León, R & Villacieros, M. (2020). Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos*, 31,2, 76-80
- Mudge, A. M., Ross, L. J., Young, A. M., Isenring, E. A., & Banks, M. D. (2011). Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): a prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 30(3), 320–325. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.12.007>
- Salvà, A. (2012). El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47,6, 245-246. DOI: 10.1016/j.regg.2012.10.001
- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Samaras, K., Firth, J., Stubbs, B., Tripodi, E., & Burrows, T. L. (2019). Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 214(5), 251-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.20>
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Yarborough, M. T., Young, T. J., & Green, C. A. (2016). Improving lifestyle interventions for people with serious mental illnesses: Qualitative results from the STRIDE study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1), 33-41. <https://doi.org/10.1037/prj0000151>
- Benet, M., P. Celi-Medina, M. Fernández, and S. Ezquerro. 2022. "The COVID-19 Pandemic in Care Homes: An Exploration of Its Impact Across Regions in Spain." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159617>.

- Comas D'Argemir, Dolors, and Sílvia Bofill Poch. 2021. "El Cuidado Importa. Impacto de Género En Las Cuidadoras/Es de Mayores y Dependientes En Tiempos de La Covid-19." Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas. [www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/](http://www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/).
- Gallego, V.M., J.M. Codorniu, and G.R. Cabrero. 2021. "The Impact of COVID-19 on the Elderly Dependent Population in Spain with Special Reference to the Residential Care Sector." *Ciencia e Saude Coletiva* 26 (1): 159–68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33872020>.
- Law, John. 2016. "Actor Network Theory and Material Semiotics." In *The New Blackwell Companion to Social Theory*, edited by Bryan S. Turner, 141–57. John Wiley & Sons.
- Manen, Max van. 2017. "But Is It Phenomenology?" *Qualitative Health Research* 27 (6): 775–79. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>.
- Palacios-Ceña, D., R. Fernández-Peña, A. Ortega-López, A. Fernández-Feito, O. Bautista-Villaécija, O. Rodrigo-Pedrosa, J. Arnau-Sánchez, and Á. Lizcano-álvarez. 2021. "Long-Term Care Facilities and Nursing Homes During the First Wave of the Covid-19 Pandemic: A Scoping Review of the Perspectives of Professionals, Families and Residents." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910099>.
- Sarabia-Cobo, Carmen, Victoria Pérez, Pablo de Lorena, Carmen Hermosilla-Grijalbo, María Sáenz-Jalón, Angela Fernández-Rodríguez, and Ana Rosa Alconero-Camarero. 2021. "Experiences of Geriatric Nurses in Nursing Home Settings Across Four Countries in the Face of the COVID-19 Pandemic." *Journal of Advanced Nursing* 77 (2): 869–78. <https://doi.org/10.1111/jan.14626>.
- Yates-Doerr, Emily. 2020. "Reworking the Social Determinants of Health: Responding to Material-Semiotic Indeterminacy in Public Health Interventions." *Medical Anthropology Quarterly* 34 (3): 378–97. <https://doi.org/10.1111/maq.12586>.
- Avramov, D. (2011). Initiating and sustaining Structural Change. Reflection on the outcomes of the workshop on Structural Change in order to improve Gender Equality in Research organisations in Europe. Available at: [http://ec.europa.eu/research/science-society/document\\_library/pdf\\_06/structural-changes-workshop-report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_06/structural-changes-workshop-report_en.pdf)
- Caprile, M. (coord.) Guia pràctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación. CIREM Fundació. (2012).
- Direcció General de Recerca, AGAUR. [http://universitatsirecerca.gencat.cat/ca/03\\_ambits\\_dactuacio/ciencia\\_i\\_societat/dones\\_i\\_ciencia/actuacions\\_en\\_materia\\_de\\_genere](http://universitatsirecerca.gencat.cat/ca/03_ambits_dactuacio/ciencia_i_societat/dones_i_ciencia/actuacions_en_materia_de_genere).
- Estratègia Espanyola de Ciència i Tecnologia (Ministeri d'Economia i Competitivitat, 2013, p. 5).
- European Commission (2013). Factsheet Gender Equality in Horizon 2020. Available at: [https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/FactSheet\\_Gender\\_2.pdf](https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/FactSheet_Gender_2.pdf).
- European Commission. Available at: [http://ec.europa.eu/research/science-society/genderedinnovations/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/research/science-society/genderedinnovations/index_en.cfm)
- European Commission (2009) Toolkit Gender in EU-funded Research. Available at: [http://www.yellowwindow.be/genderinresearch/downloads/YW2009\\_GenderToolKit\\_Module1.pdf](http://www.yellowwindow.be/genderinresearch/downloads/YW2009_GenderToolKit_Module1.pdf)
- European Commission (2014). Gender research Toolkit in EU-funded and innovation, Directorate-General for Research and Innovation. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c17a4eba-49ab-40f1-bb7b-bb6faaf-8dec8>
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, (1999).

Guía para la evaluación del impacto en función del género, Publications Office.

Jovana Mihajlovic Trbovc i Anna Hofman, Toolkit for Integrating Gender Sensitive Approach into Research and Teaching, GARCIA WORKING PAPERS, num. 6 (2016).

Leduc, B. (2009). Guidelines for Gender Sensitive Research. Nepal: Icimod (International Centre for Integrated Mountain Development).

Llei espanyola 14/2011, d'1 de juny, de la Ciència, la Tecnologia i la Innovació. [http://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2011/06/02/pdfs/BOE-A-2011-9617-C.pdf](http://www.boe.es/boe_catalan/dias/2011/06/02/pdfs/BOE-A-2011-9617-C.pdf)

Mestre, T. V., & Ubach, T. C. (2017). La perspectiva de gènere en docència i recerca a les universitats de la Xarxa Vives. Castelló de la Plana: Xarxa Vives d'Universitats.

Ponferrada Arteaga, M. (2017). Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la docència.

Schiebinger, L. & Klinge, I. (2013). Gendered Innovations. How Gender analysis Contributes to Research. Directorate General for Research & Innovation.

Schiebinger, L. and Schraudner, M. (2011). "Interdisciplinary Approaches to Achieving Gendered Innovations in Science, Medicine, and Engineering". *Interdisciplinary Science Reviews*, vol.36. No 2. June, 2011, 154-67. Available at: [https://genderedinnovations.stanford.edu/ISR\\_07\\_Schiebinger.pdf](https://genderedinnovations.stanford.edu/ISR_07_Schiebinger.pdf)

United Nations-INSTRAW. (2007). Gender research: A how-to guide United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of women. Available at: [http://www.iiav.nl/epublications/2007/gender\\_research\\_a\\_how\\_to\\_guide.pdf](http://www.iiav.nl/epublications/2007/gender_research_a_how_to_guide.pdf)

UVic-UCC. (2021). Guia per a introduir la pers-

pectiva de gènere en els projectes de recerca de la UVic-UCC.

Yellow Window Management Consultants, Toolkit Gender in EU-Funded research. Comisión Europea

Xavier Gómez-Batiste, Juan P. Leiva, Albert Tuca et al. Organización paliativa durante la pandemia de la COVID-19 y propuestas para la adaptación de los servicios y programas de cuidados paliativos y de atención psicosocial ante la posibilidad de reactivación de la pandemia y época pos-COVID-19, *Med Paliat.* 2020;27(3):242-254

Ambllàs-Novellas j and Gómez-Batiste X. Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2020;155:356–359. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.06.015>.







**Projecte  
RESICOVID-19**