

PROJECTE

**“BON TRACTE A LES PERSONES GRANS I PERSONES
EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT AMB PATIMENT
EMOCIONAL: CAP UN ENVELLIMENT SALUDABLE”**

CONSELL COMARCAL DEL BAIX LLOBREGAT

EUGÈNIA GARCIA

MARIA AMOR RODRÍGUEZ

ESTER FORNELLS

MONICA CHAVES

MANUEL DE ARMAS

MARCOS ANTONIO CATALÁN

JOSEP MOYA (director)

2016/2017

AGRAÏMENTS

Per la realització d'aquest projecte de **“Bon tracte a les persones grans i persones en situació de fragilitat amb patiment emocional: cap un envelliment saludable”** s'ha utilitzat una metodologia participativa de grups focals i entrevistes amb profunditat. Agraïm la participació de les següents persones i professionals:

- Alba Martínez. Regidora de l'Ajuntament de St. Boi i consellera del Consell Comarcal
- Agustí Vilar. ACIC
- Alícia Oliver. Col·legi de Periodistes
- Ana M. Aceituno. ABS Molins de Rei.
- Ana Moreno. Servei de Gent Gran de l'Ajuntament de St. Joan Despí.
- Anna Aymamí. Metge. ICS. Molins de Rei.
- Antònia Noguera. ABS de Can Bou. Castelldefels.
- Balbina Giron. Serveis Socials de l'Ajuntament de El Papiol.
- Benigno Martínez. CCOO. Botiga Solidària de Cornellà
- Cándida Nevado. Consell Consultiu de la Gent Gran.
- Carme Figueras. Consell de l'Audiovisual de Catalunya (CAC).
- Carme Llopart. ABS de St. Andreu
- Carme López. Consell Consultiu de la Gent Gran
- Carme Ruiz. Consell Consultiu de la Gent Gran

- Concha Marqués. Càritas Diocesana de St. Feliu de Llobregat
- Dolores Gardiel. Consell Consultiu de la Gent Gran
- Enric Tort. Consell Consultiu de la Gent Gran
- Ester Fornells. SEAIA del Consell Comarcal del Baix Llobregat
- Esther Macias. Servei de Gent Gran de l'Ajuntament de Cornellà.
- Esther Moreno. Institut Senfo.
- Eva Cabanillas. Servei de Gent Gran de l'Ajuntament de El Prat.
- Fernando Moya. Regidor de l'Ajuntament de Begues.
- Gemma Rocés. Creu Roja.
- Guillem Martin. Fundació USZheimer
- Imanol Crespo. Diari El Llobregat.
- Immaculada Clos. CSMA de Sant Feliu de Llobregat
- Isabel Lahoz. Infermera. ICS.
- Isabel Moriana. Sociosanitari. Hospital de dia.
- Isabel Ortuño. Fundació Caviga.
- Jaime Javier Egea. Creu Roja.
- Jaume Olivella. Conseller del Consell Comarcal
- Jesús Martin. Consell Consultiu de la Gent Gran.
- Jesús Vaquero. Gestió a la cronicitat. SAP Baix Llobregat Centre.
- Joan Montiel. Regidor de l'Ajuntament de St. Climent
- Joan Vilanova. Consell Consultiu de la Gent Gran.

- José Ángel Carceren. Tinent d'Alcalde de St. Boi i conseller del Consell Comarcal.
- Josefina Caro. SIAD del Baix Llobregat
- Josep Perpinyà. President del Consell Comarcal del Baix Llobregat
- Josep Ribes. Servei de Gent Gran de l'Ajuntament de Castelldefels.
- Josep Xarau. Associació de Discapacitats Físics de Sant Feliu de Llobregat.
- Juan Requena. CCOO
- Laura Canet. Serveis Socials de l'Ajuntament de St. Climent de Llobregat
- Laura Carrillo. ICS. Sant Boi de Llobregat
- Manuel Sánchez. Hospital Sagrat Cor de Martorell
- Maria Luisa Padilla. Altea
- Mari Carme Bertran. Gestió a la cronicitat. SAP Baix Llobregat Centre
- Mariví Foronda. SAD. Suara Cooperativa.
- Marta De Bolós. Farmàcies del Baix Llobregat.
- Marta Martínez. Mossos d'Esquadra. ABP.
- Mercè Solé. Discapacitat. Ajuntament de Sant Feliu de Llobregat.

- Meritxell Pérez. Mossos d'Esquadra. GRAV
- Mònica Chaves. Servei de Gent Gran del Consell Comarcal del Baix Llobregat.
- Mònica Murillo. Serveis Socials de l'Ajuntament de St. Boi de Llobregat
- Montse Parés. SAD Clece Serveis Socials
- Montserrat Martí. Consell Consultiu de la Gent Gran
- Montse Torroella. Cuidadora d'una persona amb discapacitat psíquica
- Natalia Aguilera. Tècnica de Dependència del Baix Llobregat.
- Nereida Garcia. Residència Municipal d'Esparreguera
- Núria Zanni. Servei de Gent Gran de l'Ajuntament d'Esplugues
- Pilar Cortadella. Serveis Socials de l'Ajuntament d'Abrera.
- Raquel Borrallo. Fundació La Caixa.
- Rosa Mela. SIAD de El Prat
- Sandra Bou. Serveis Socials de l'Ajuntament de Corbera
- Sandra Gutiérrez. Serveis Socials de l'Ajuntament de Vallirana
- Victòria López. AFA Baix Llobregat

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	10
2. OBJECTIUS.....	14
2.1. OBJECTIUS GENERALS.....	14
2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	14
3. JUSTIFICACIÓ.....	16
4. MARC TEÒRIC.....	20
4.1. ELS MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN I A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT PER PROBLEMES DE SALUT.....	24
4.1.1. QUÈ SÓN ELS MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN?	27
4.1.2. TIPOLOGIES DE MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN	28
5. MÈTODE.....	32
5.1. PARTICIPANTS	32
5.2. INSTRUMENTS.....	34
5.3. PROCEDIMENT	35
6. RESULTATS.....	39
6.1. MOSTRA.....	39
6.2. RESULTATS	44
6.2.1. RESULTATS DE LA PREGUNTA 1: Quina és la seva concepció del bon tracte a les persones en situació de fragilitat i persones de l'àmbit de la gent gran?	45
6.2.2. RESULTATS DE LA PREGUNTA 2: Quin paper pensen que cadascú de vostès ha desenvolupat en aquest àmbit del bon tracte?.....	51
6.2.3. RESULTATS DE LA PREGUNTA 3: Quin paper pensen que tenen els altres actors en aquest àmbit?.....	57
6.2.4. RESULTATS DE LA PREGUNTA 4: Quins creuen que són els punts positius del que ja s'està fent actualment?	63
6.2.5. RESULTATS DE LA PREGUNTA 5: Què pensem que cal millorar, quins canvis introduiríeu?	68

7. DISCUSSIÓ.....	75
7.1. PRIMERA PREGUNTA: Quina és la seva concepció del bon tracte a les persones en situació de fragilitat i persones de l'àmbit de la gent gran?	75
7.2. SEGONA PREGUNTA: Quin paper pensen que cadascú de vostès ha desenvolupat en aquest àmbit del bon tracte?	81
7.3. TERCERA PREGUNTA: Quin paper pensen que tenen els altres actors en aquest àmbit?.....	90
7.4. QUARTA PREGUNTA: Quins creuen que són els punts positius del que ja s'està fent actualment?.....	94
7.5. CINQUENA PREGUNTA: Què pensem que cal millorar, quins canvis introduiríeu?	96
8. CONCLUSIONS.....	100
9. RECOMANACIONS I PROPOSTES.....	104
9.1. SERVEI ESPECIALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS I PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT (SEAP).....	104
9.1.1. JUSTIFICACIÓ I ANTECEDENTS.....	104
9.1.2. OBJECTIUS	105
9.1.3. PROFESSIONALS QUE INTEGRAN EL SERVEI ESPECIALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS I PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT (SEAP)	106
9.1.4. ACCÉS AL SERVEI ESPECIALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS I PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT (SEAP) I METODOLOGIA	107
9.2 UN NOU SISTEMA D'INFORMACIÓ COMPARTIDA	108
9.3. LLEI DE GENT GRAN DE CATALUNYA.....	110
10. REFERÈNCIES	114

1. INTRODUCCIÓ

El projecte de “Bon tracte a les persones grans i persones en situació de fragilitat amb patiment emocional: cap a un envelliment saludable” s'emmarca a la comarca del Baix Llobregat. Aquest projecte és un encàrrec del Consell Comarcal del Baix Llobregat amb la col·laboració del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya i la Diputació de Barcelona.

Per la seva elaboració es compta amb la participació d'actors rellevants i implicats en l'atenció a les persones en situació de fragilitat tant a nivell de professionals de serveis socials, salut i salut mental, policia local i policia autonòmica, servei d'atenció a la dona, ONGs, treballadors/es familiars i cuidadors/es professionals, residències de gent gran, Consell Consultiu de la Gent Gran del Baix Llobregat, polítics, professionals de mitjans de comunicació, com també, de familiars i dels propis usuaris.

Des del Consell Comarcal hi ha establerta una dinàmica de treball a través de l'espai Xarxa Baix, amb la participació de professionals de diferents àmbits. Hi ha un debat ric i viu en el que es mostra clarament la preocupació en l'atenció cap a persones que estan en una situació d'especial fragilitat com són les situacions de violència filio-parental, el tracte no adequat cap a les persones grans, maltractament i violència domèstica i d'altres.

De forma transversal també es treballa amb el projecte de “lluita contra la pobresa i el risc d'exclusió social”; s'han creat en diferents municipis de la comarca grups de dinamització social per persones amb situació d'atur de llarga durada i el programa de “suport psicosocial per a la autonomia de les persones en situació de dependència” i s'han creat grups

psicoeducatius integrats per familiars de persones amb dependència i/o les pròpies persones que pateixen dolor crònic i trastorn mental.

Des de Serveis Socials Bàsics s'ha vist créixer la demanda en l'atenció de persones en situació de fragilitat amb un tracte no adequat, amb els quals han d'atendre multitud de problemàtiques que sovint van associades a indicadors de risc que estan relacionats amb situacions familiars complexes, situacions de pobresa i manca de feina, violència intrafamiliar i d'altres.

Les connexions entre els serveis professionals cada vegada es fan més necessàries, el que genera la necessitat d'un treball en xarxa d'equips que, des de visions diferents, aporten els seus coneixements i permeten connexions entre els dispositius per tal d'oferir una atenció més ajustada a les necessitats de les persones, tant a nivell individual com grupal i comunitari.

En referència al projecte de "Bon tracte a les persones grans i persones en situació de fragilitat amb patiment emocional: cap a un envelliment saludable", cal afegir, que durant els mesos de maig, juny i juliol s'han impartit dos cursos de 20 hores de durada, sobre "Programa d'atenció a les persones grans en situació de maltractament i/o tracte no adequat". Aquests cursos han contemplat tant aspectes jurídics, com socials i de salut. El primer curs anava dirigit a professionals de Serveis Socials Bàsics i el segon a professionals d'altres àmbits com són salut i salut mental, policia autonòmica i local, serveis d'atenció a la dona, curadors/es... L'objectiu principal va ser posar en comú un mateix saber en referència a les situacions de risc que es donen o es poden donar, en persones especialment vulnerables. Aquestes dues formacions van crear un espai

per compartir i debatre les preocupacions i malestars que es generen quan es detecten situacions de risc en persones adultes/ grans. També, es van posar en comú possibles respostes amb la idea de minvar el patiment i/o malestar i articular situacions de protecció.

A partir de la tasca realitzada en aquesta formació s'ha establert un mètode de treball que haurà de permetre aprofundir amb els objectius del Projecte.

La primera fase del Projecte ha tingut com objectiu portar a terme la diagnosi de la situació actual. Ho hem fet recollint i analitzant les opinions de professionals i tècnics experts, familiars i persones en situació de fragilitat, per tal de donar resposta a l'encàrrec rebut i obrir noves formes de relació entre els professionals i/o els serveis, tenint en compte a les persones i les seves famílies.

A partir de les conclusions extretes, en una segona fase, un equip constituït ad hoc ha elaborat un document marc que tindrà com objectiu ser la referència per a tota la comarca del Baix Llobregat i que contempli els aspectes de bon tracte a la gent gran i a les persones en situació de fragilitat. Aquest document serà presentat als actors implicats per tal d'assolir el necessari consens, com, per exemple, la Taula Comarcal de Serveis Socials del Baix Llobregat, Diputació de Barcelona, Departament de Treball, Afers Socials i Família, entre d'altres.

En una tercera fase, es procedirà a la implementació del Programa. Per això, en primer lloc, es portaran a terme accions de sensibilització i formació específiques adreçades als diversos col·lectius participants. L'esmentada implementació ha de comportar la necessària implicació dels professionals en les formes, tasques i objectius a assolir.

La quarta fase serà la d'avaluació i millora. Un cop hagi passat un temps prudencial i efectiu des de la implementació del programa s'avaluarà el grau d'assoliment dels objectius previstos i es proposaran accions de millora tant per part de l'equip de redacció del document marc com dels professionals participants així com dels beneficiaris (figura 1).

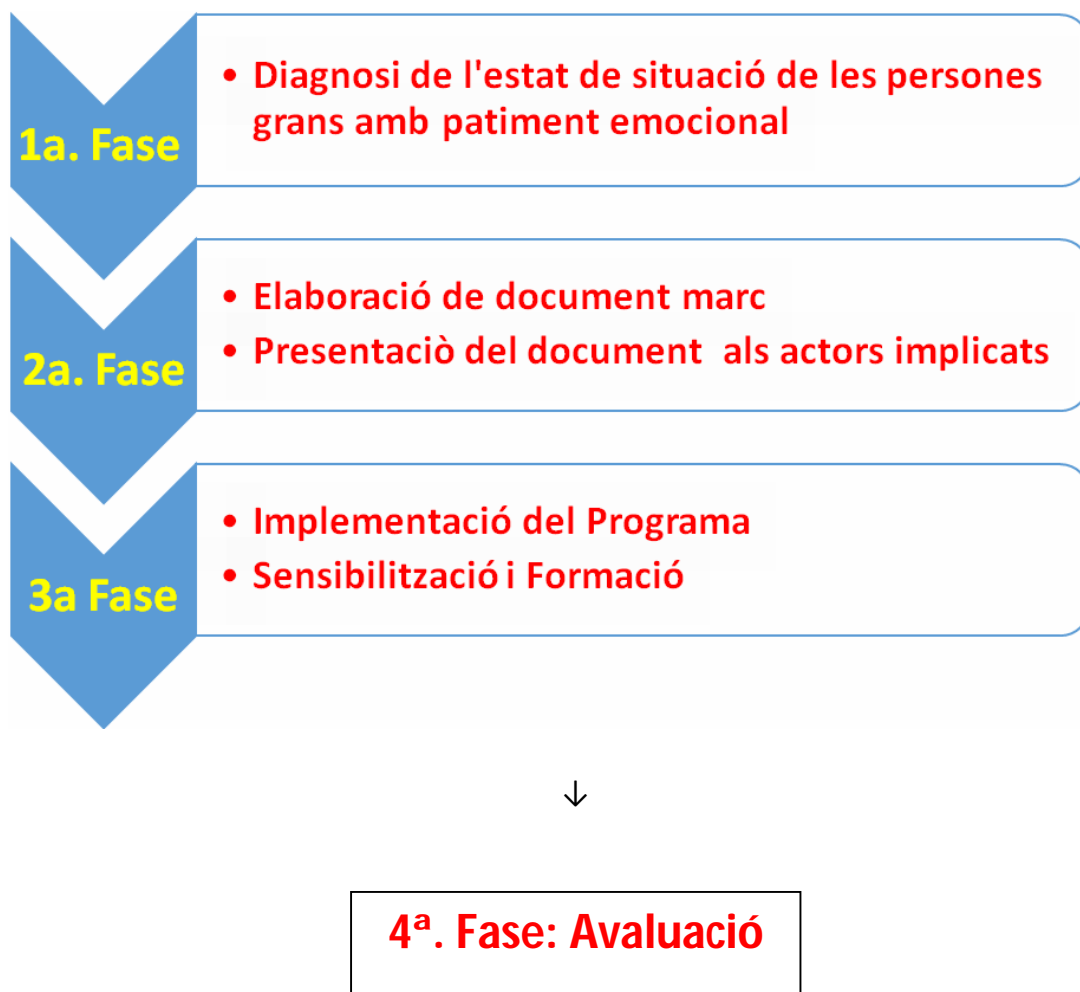


Figura 1. Fases del Projecte

Ahora, en tot el procés, es contemplaran punts d'entrada en qualsevol moment del desenvolupament del Projecte per a tots aquells professionals que vulguin afegir-se.

2. OBJECTIUS

2.1. OBJECTIUS GENERALS

- Definir el concepte de bon tracte a la gent gran i a les persones en situació de fragilitat per problemes de salut a partir dels actors que intervenen en la seva atenció.
- Definir el paper que juguen els diversos àmbits professionals implicats en l'atenció a la gent gran i/o en situació de fragilitat.
- Definir punts de millora en relació al bon tracte i recursos davant del maltractament a les persones grans i/o en situació de fragilitat.
- Elaborar una Guia de Bones Pràctiques en el tracte a la gent gran i les persones en situació de fragilitat per problemes de salut.
- Implementar la Guia de Bones Pràctiques en tots els àmbits professionals i portar a terme tasques de sensibilització i formació.

2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Recollir els relats i els malestars de les persones grans i/o en situació de fragilitat, els seus familiars o curadors i els diferents serveis a on acudeixen..
- Conèixer les estratègies que aquestes persones i els seus familiars o curadors desenvolupen per tal de fer front a la situació que viuen a causa de l'envelliment.

- Delimitar la funció que tenen els diferents actors que intervenen en l'àmbit de les persones grans i/o en situació de fragilitat
- Especificar els punts positius del bon tracte a les persones grans i/o en situació de fragilitat que s'està fent actualment.
- Conèixer les opinions dels professionals dels serveis que intervenen amb gent gran i/o persones en situació de fragilitat vers les problemàtiques derivades del tracte no adequat i de l'envelliment saludable.
- Redefinir les estratègies d'intervenció en els diferents serveis de la Comarca del Baix Llobregat, per tal d'adequar les polítiques de protecció social.
- Conèixer la visió que els diversos mitjans de comunicació tenen vers el bon tracte a les persones grans i/o en situació de fragilitat.

3. JUSTIFICACIÓ

Una de les característiques sociodemogràfiques de les societats del primer món és l'envelliment de la població. En efecte, l'esperança de vida de les esmentades societats va augmentant progressivament sent en el cas de Catalunya una de les més elevades del món, juntament amb el Japó. Segons les dades d'IDESCAT, l'esperança de vida per a la població catalana és de 80,3 anys pels homes i de 86 per les dones (taula 1).

Taula 1. Esperança de vida en néixer (2013). Font: IDESCAT

	Homes	Dones	Total
Catalunya	80,3	86	83,2
Espanya	80,2	86,1	83,2
Zona euro	78,9	84,3	81,7
Unió Europea	77,8	83,3	80,6

Ara bé, viure més anys no significa viure lliure de problemàtiques de salut potencialment invalidants ja que malalties com les demències són edat dependents i, per tant, a més edat més probabilitats de patir alguna forma de malaltia degenerativa (Malaltia d'Alzheimer, malaltia de cossos de Lewy, demència frontotemporal, entre d'altres).

Cal tenir present que alguns casos de processos demencials s'inicien a partir dels 50 anys; aquesta és la raó per la qual el Projecte té una acotació etària a partir justament d'aquesta edat (Honig, 2010).

Per tant, l'envelliment no és un procés que es desenvolupi sense conseqüències en el cos i en la ment. Però, no solament això, l'esmentat

procés es produeix en un entorn social i cultural molt concret: la postmodernitat, caracteritzada per una menor creença en la noció de progrés social i en una sensació de direcció social també decreixent. En aquest marc, les antigues estructures socials i institucionals es fragmenten i perden el control sobre l'experiència individual. A més, l'Estat-Nació està perdent la seva posició de lideratge, d'autoritat i de control (Askham, 2005).

A més, la pèrdua del control dels serveis del benestar social mentre que les expectatives d'una part important de la població augmenten condicionades per un discurs que enalteix la joventut i defuig desesperadament el dolor i la malaltia.

Fer-se vell implica, per aquesta raó, el risc d'encarnar allò que l'altre social no pot suportar i, en conseqüència, veure's avocat a l'exclusió social. La mateixa Fundació d'Amics de la Gent Gran utilitza aquest concepte en la seva campanya de comunicació (veure figura 2).



Figura 2. Campanya de la Fundació Amics de la Gent Gran 2016

Cal advertir que aquest fenomen no és específic ni exclusiu de la gent gran sinó que afecta tot aquell col·lectiu que pateix algun tipus d'exclusió per motius de salut.

D'altra banda, hi ha un col·lectiu transversal que per raons socials i/o de salut es troba en situació de fragilitat. Entenem per fragilitat com aquella situació, puntual o no, en que l'individu pateix manca d'autonomia, capacitat de decisió i control sobre la seva pròpia vida. És a dir, la fragilitat és una construcció social de la correcta interacció, o no, de factors tan individuals com comunitaris o de l'entorn.

Tanmateix, per tal de sistematitzar i regular l'atenció, hi ha organitzacions, com la Creu Roja, que opinen que les variables que s'han de tenir presents per determinar aquestes situacions de fragilitat són diverses i mesurables:

econòmiques, socials, ambientals i d'habitatge, familiars i personals (Wilkinson, 2009). Estudis anteriors demostren que aquests condicionants influeixen en l'estat de salut de les persones (Moya J., Catalán, M.A., De Armas, M., Anguera, M.T. et al, 2015). Així, s'entén com les dificultats a nivell social, econòmic, laboral, etc. que pot patir una persona la fan més susceptible a tenir un problema de salut, entenent problema de salut tant des de la vessant eminentment física com mental.

La crisi socioeconòmica i les noves necessitats que comporta el procés de fer-se gran ha anat en contra de les xarxes de suport familiar i comunitari que proporcionava ajuda a la gent gran.

La crisi econòmica actual està provocant que fins a 1 de cada 4 persones grans en situació de fragilitat estiguin acollint algun dels seus fills, néts o familiars a casa seva en tot el territori de Catalunya, segons dades de l'Observatori de Fragilitat de la Creu Roja (Creu Roja Catalunya, 2013)

La gent gran dins de la situació de crisi econòmica actual pren un paper actiu que es mostra amb la preocupació cap a la família i el seu entorn més proper i el suport que els dóna.

D'altra banda, el maltractament (en les seves diverses vessants), les reunificacions familiars forçades per la crisi econòmica actual i, segons explica la Dra. Daichman: "les desigualtats estructurals, tant als països desenvolupats com als països en desenvolupament, que han tingut com a resultat un elevat índex d'atur, salaris baixos, serveis sanitaris deficients, discriminació de gènere i una manca d'oportunitats per a l'educació han contribuït a augmentar la fragilitat de les persones grans" (Tabueña, 2009: 26). (Tabueña, 2009)

4. MARC TEÒRIC

Com hem assenyalat en l'apartat de la justificació, l'envelliment es produeix actualment en un entorn social i cultural concret: la postmodernitat, caracteritzada per la dissolució de les antigues estructures socials i institucionals i també per tot un conjunt de trets entre els que podem destacar els següents elements.

En primer lloc, la dissolució dels grans relats i dels lligams socials que determina el pas de les col·lectivitats socials a l'estat d'una massa composta d'àtoms individuals llençats a un absurd moviment brownià (Lyotard, 1993).

En segon lloc, el caràcter efímer de les trajectòries humanes, tema molt ben estudiat pel sociòleg Zygmunt Baumann en el seu llibre *La posmodernidad y sus descontentos* (Baumann, 2001) en el que es pregunta com pot una persona preparar-se per la carrera de la seva vida si les habilitats laboriosament aconseguides es converteixen en un lastre un dia després d'haver passat a ser un valor. És més, com pot una persona delimitar i cercar el propi lloc en el món quan tots els drets adquirits no es tenen més que fins-nou-avis?

El significat de la identitat remet tant a les persones com a les coses i ambdues han perdut la seva solidesa en la societat posmoderna, la seva definició i la seva continuïtat.

Finalment, en el joc de la vida de les dones i dels homes posmoderns, les regles del joc no deixen de canviar mentre es juga i això obliga els subjectes a adaptar-se constantment, però en un marc d'absoluta incertesa.

Ens trobem, per tant, amb un Jo orientat al curt plaç, centrat en la capacitat potencial, amb voluntat d'abandonar l'experiència del passat; però, com assenyala Richard Sennett, aquest tipus d'ésser humà és molt poc freqüent (Sennett, 2006). La major part de les persones no són així, sinó que necessiten un relat de vida que serveixi de sosteniment a la seva existència i que els faci sentir orgullosos de la seva habilitat per alguna cosa específica. Vet aquí una variable molt negativa per a les persones que han arribat a l'etapa de la maduresa: Que l'entorn social no valora el seu saber experiencial i, en conseqüència, els condemna a la marginació i/o l'exclusió social.

Un tercer element a destacar fa referència a que la totalitat de la vida està orientada a la producció de bens i el consum de plaers. Totes les persones viuen la vida amb la convicció de tenir dret a l'excel·lència i aspiren a viure millor en les millors condicions (Lipovetsky, 2007). No solament es tracta de posseir bens sinó de gaudir d'una salut excel·lent, la qual cosa implica el principi de sobirania personal sobre el cos però també poder elegir l'estat d'ànim, controlar les vivències quotidianes, ser amos de les eventualitats emocionals recurrent (Goldberg, 2015) a fàrmacs psicotròpics, que no són tan innocents com la propaganda de la indústria farmacèutica vol fer creure (Gotzsche, 2016).

En aquest context, "l'anomenada Cultura de l'Ancianitat (Fericgla, 2002) constitueix un sistema de valors que, alhora, conté elements particularitzadors i d'altres que estan en relació amb l'orientació global homogeneitzadora. No obstant, connecta amb tot això des de la seva situació específica, ja que les persones grans no poden plantejar-se la producció, però sí el consum, i aquesta particularitat, afegida a la proximitat, en alguns casos, de la mort, dóna origen al desarrelament i a

l'estigma que constitueixen la base de la relació de la Cultura de l'Ancianitat amb els demés grups d'edat" (Fericgla, 2002: 29).

El mateix autor afegeix que des de la seva posició, la vellesa conforma un important col·lectiu, amb valors culturals definidors i propis, que en els últims temps ha irrumpit i s'ha guanyat un espai en l'agregat de cultures o formes de vida que conformen la nostra societat. Aquest col·lectiu té la seva pròpia escala de valors i el seu ethos, així com una particular orientació econòmica, una manera específica d'organitzar les seves relacions socials i una visió del que ha de ser la família, entre d'altres característiques.

Però, envellir, i també el patir una malaltia invalidant, comporten unes expectatives vitals que venen marcades amb un signe menys al davant. Menys capacitats, menys facultats, menys quantitat d'hores de descans nocturn, menys activitats, menys poder adquisitiu, etc. I, enfront de tot això, alguns es plantegen omplir el buit evitant el tedi i la melangia. Es tracta de trobar activitats substitutives, d'adquirir noves competències amb la particularitat de què, d'entrada, aquesta cerca de noves curiositats no és una càrrega, sino tot el contrari (Rosnay, Servan-Schreiber, Closets i Simonnet, 2006).

I és en aquest marc com apareix un nou concepte: L'envelliment actiu. L'envelliment actiu és el paradigma que actualment orienta la majoria de les polítiques i intervencions en relació a l'envelliment de les persones a partir dels treballs preparatoris de l'Organització Mundial de la Salut en el marc de la II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment de Nacions Unides celebrada a Madrid a l'any 2002.

No obstant, si prenem com referència la definició que sobre l'envelliment actiu dona l'Organització Mundial de la Salut ens trobem amb aquesta definició: és el procés que implica envellir amb bona salut, òptim funcionament físic, cognitiu, emocional i motivacional, a més de amb una alta participació social (OMS, 2002). Això comporta que un bon envelliment es pot aconseguir a partir de gaudir d'una bona salut, un bon funcionament intel·lectual, afecte i compromís amb els altres. Envellir activament significa viure bé cada cicle de la vida, és a dir, mantenir hàbits saludables, optimitzar el funcionament físic i cognitiu, regular les emocions, controlar la vida i participar activament amb la família i en la societat.

Però, la definició de la OMS, al igual que passa amb la seva definició de salut i de salut mental, planteja seriosos problemes: s'orienta segons uns ideals quasi impossibles per a la major part de les persones. En efecte, és una definició centrada en l'ideal de l'optimització però el pas dels anys provoca inexorablement pèrdues, com ja ha estat assenyalat abans, que afecten diverses àrees de la salut (somàtica i psíquica) tot i que no sempre es consolidin com malalties.

Cal tenir present que la principal força energètica de l'envelliment és una deficiència gradual en la disponibilitat d'energia. El que això vol dir és que a mida que els organismes envelleixen, la demanda se situa en una reserva modificada d'energia lliure i augmenta a partir d'un rol principalment anabòlic per suplir els requeriments del continuat augment de les reparacions i de les funcions catabòliques, incloses aquelles lesions específiques relacionades amb la malaltia (Bittles, 2005).

En conseqüència, la noció d'envelliment actiu és encomiable i ha de constituir el centre de gravetat de qualsevol projecte d'atenció a les persones grans, però és precís considerar l'existència d'un Real del cos i de la ment que inexorablement provoca limitacions i patiments que han de tenir-se presents a l'hora de proposar actuacions i intervencions adreçades a aquesta població.

Aquest Projecte pren com eix vertebrador la concepció d'envelliment actiu en termes de compromís amb la vida, és a dir, de ser part activa de la societat i d'implicació en projectes amb objectius comuns (Fité, 2010).

4.1. ELS MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN I A LES PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT PER PROBLEMES DE SALUT

Els maltractaments a les persones grans i a aquelles que es troben en situació de fragilitat per problemes de salut poden emmarcar-se en un context més general: els maltractaments i/o el No bon tracte a aquelles persones que són víctimes de l'estigma social. El sociòleg Erving Goffman, en el seu llibre *Estigma*, publicat l'any 1963, va afirmar que la societat estableix els medis per categoritzar les persones i el complement d'atributs que es perceben com corrents i naturals en els membres de cadascuna d'aquelles categories. El medi social estableix les categories de persones que en ell es poden trobar. L'intercanvi social rutinari en medis preestablerts ens permet tractar amb els "altres" previstos sense necessitat de dedicar-los una atenció o reflexió especial. En conseqüència, és probable que al trobar-nos davant un estrany les primeres aparences

ens permetran preveure en quina categoria es troba i quins són els seus atributs, és a dir, la seva identitat social (Goffman, 2013).

Goffman parla de tres tipus d'estigmes: les deformacions físiques; els defectes del caràcter que es perceben com manca de voluntat, passions antinatural, deshonestedat, etc., que es refereixen a malalties mentals, addiccions, homosexualitat, atur; finalment, els estigmes tribals de raça, nació, religió, susceptibles de ser transmesos per herència i contaminar els membres d'una família. En tots els casos es troben els mateixos trets: un individu que podia haver estat fàcilment acceptat en un intercanvi social corrent posseeix un tret que pot imposar-se per la força a la nostra atenció i que ens porta a allunyar-nos d'ell quan ens el trobem. Posseeix un estigma, una indesitjable diferència que no havíem previst.

Doncs bé, en la nostra societat actual perseveren encara els mecanismes estigmatitzadors per a molts malalts, sobre tot si la malaltia comporta algun tipus de disminució, diversitat funcional o dependència. Així, per posar un exemple prou conegut, els malalts mentals greus, els afectats de psicosis esquizofrènica o paranoica, solen ser objecte de marginació, exclusió social o maltractament. En relació a aquests, els malalts psicòtics, cal assenyalar l'existència d'una paradoxa: El subjecte psicòtic, d'una o altra manera, pot trobar un lloc en la societat, no obstant, per ell, el vincle està desfet. La manera de ser que caracteritza la posició del subjecte psicòtic en relació a l'estructura del llenguatge consisteix en estar dins de la societat i alhora fora del vincle social. El problema que planteja la psicosis és justament el de l'absència del vincle social (Naveau, 2009). En efecte, el subjecte que pateix un procés psicòtic, sobre tot si és en la modalitat de l'esquizofrènia, és algú que viu sotmès insistentment als fenòmens intrusius de les al·lucinacions i dels deliris persecutoris. D'aquí

que no pugui establir vincles amb els altres ja que en qualsevol moment rebrà una injúria, una amenaça o una ordre, que indefectiblement, dissoldran el vincle que s'estava generant. I aquest fenomen té conseqüències molt desfavorables per al malalt mental greu ja que, al cap de poc temps es veurà absolutament sol i marginat, exclòs del camp social.

Però hi ha d'altres modalitats de no bon tracte com és el cas dels autistes. En ocasions, sota l'ideal de l'escola inclusiva, són escolaritzats en centres ordinaris i ben aviat pateixen els efectes del rebuig dels companys i es generen escenes de violència. En aquest marc, alguns psicoanalistes han assenyalat que per fer front precisament a les dificultats d'inscripció del subjecte autista la institució haurà d'estar a l'alçada del que el subjecte necessita. S'inverteix d'aquesta manera el que acostuma a ser un dels principals objectius de cada institució, a saber, que el subjecte s'adapti a ella. Veritablement, es tracta de l'adaptació del marc institucional a les condicions del subjecte, única manera de que aquest pugui assolir un esboç de vincle i trobi un lloc a la vida (Carbonell, 2013).

En un sentit general, podem afirmar que el No Bon Tracte a les persones grans i a les que es troben en situació de fragilitat per problemes de salut és una conseqüència dels ideals de salut i felicitat que marquen la nostra existència. Cal recordar que ja l'any 1978, a Atlanta, la OMS va definir la salut com "el benestar complet: físic, mental i social". I per arribar a aquest estat cal no escatimar esforços. D'aquí prové la demanda il·limitada de serveis mèdics, farmacèutics, estètics o místics, la transformació del medicament en una pròtesi destinada a augmentar la satisfacció, frenar el deteriorament dels sentits i disminuir l'angoixa (Bruckner, 2001)

Finalment, podem recordar Susan Sontag, que en el seu llibre *La enfermedad y sus metáforas*, centrada en la tuberculosi i el càncer, afirma el següent: “que es menteixi – encara ara – tant als pacients de càncer, i que aquests mateixos menteixin, dóna la pauta del difícil que resulta en les societats industrials avançades el conviure amb la mort. La mort és ara un fet ofensiu mancat de significat de tal manera que una malaltia comunament considerada con sinònim de mort és cosa que cal amagar” (Sontag, 2005, p.19).

4.1.1. QUÈ SÓN ELS MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN?

Com ha assenyalat Jordi Muñoz (Muñoz, 2016), president d'EIMA. Hi ha diverses definicions, de divers contingut i orientació, de les quals en cita tres: la declaració d'Almeria, de 1995, la Declaració de Toronto, del 2002 (OMS, 2002), i la de la Dra. Isabel Iborra, proposada en l'Informe “Maltrato de personas mayores en la familia en España”, publicat l'any 2008 (Iborra, 2010). Segons aquesta autora, els maltractaments a la gent gran es defineixen com:

“Qualsevol acció voluntàriament realitzada, és a dir, no accidental, que pugui causar o causi un dany a una persona gran; o qualsevol omissió que privi a un ancià de l'atenció necessària pel seu benestar, així com qualsevol violació dels seus drets. Perquè aquests fets es tipifiquin com maltractament han de succeir en el marc d'una relació interpersonal on existeixi una expectativa de confiança, cura, convivència o dependència, i que l'agressor pugui ser un familiar, personal institucional, un cuidador contractat, un veí o un amic”.

Com es pot comprovar, en aquesta definició es contempla no solament el dany que es pugui provocar per una acció violenta sinó també el perjudici que es derivi d'una acció per omissió com, per exemple, no tenir cura d'un ancià ja sigui en els aspectes físics (alimentació, habitatge, etc.) o psíquics (soledat, tracte vexatori, entre d'altres). Aquesta segona vessant és més freqüent del que es podria pensar en una primera lectura ja que, en efecte, es poden detectar múltiples casos de persones grans que no reben el tracte respectuós i afectiu que es mereixen, i això és especialment invisible.

4.1.2. TIPOLOGIES DE MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN

Els maltractaments a la gent gran poden revestir diverses formes, sovint no excloents, ja que en un mateix cas es pot donar una agressió física i, alhora, una agressió psíquica. Seguint les aportacions del grup EIMA (Tabueña M. i Muñoz, 2013) podem distingir les següents modalitats de maltractaments a la gent gran (taula 13)

Taula 13. Tipologies de maltractaments a les persones grans. Definicions i senyals d'alerta (adaptat de Tabueña y Muñoz, 2013)

DEFINICIONS	SENYALS D'ALERTA
<p>Maltractament físic: És l'ús de la força física que provoca ferides, dolors o lesions corporals. Aquesta violència pot consistir en bufetades,</p>	<p>Talls, cremades, punxades, blaus, marques de subjecció, caigudes reiterades difícils d'explicar.</p>

<p>sacsejades, cops, cremades o qualsevol agressió física amb objecte o sense.</p>	
<p>Maltractament psicològic: Consisteix en provocar estats emocionals desagradables o penosos mitjançant actes o paraules. Les amenaces, les intimidacions o les interaccions denigrants són alguns exemples.</p>	<p>Por, evitació del contacte visual, físic o verbal amb l'agressor. Reaccions d'ira o de negació. Estats de confusió mental, desorientació, ansietat, depressió o intents de suïcidi.</p>
<p>Maltractament econòmic: és l'ús il·legal o indegut de propietats o finances pertanyents a la persona gran; la modificació forçada o coercitiva del testament o d'altres documents jurídics; els fraus, robatoris o furts comesos per una persona de confiança.</p>	<p>Desaparició de joies, objectes d'art o de valor. Moviments bancaris sospitosos, deutes i despeses anormals. Pèrdua del patrimoni. Vendes fraudulentos i enganyoses.</p>
<p>Negligència: és no atendre les necessitats de la persona gran. Inclou les necessitats bàsiques de salut, roba, higiene, alimentació, habitatge, seguretat, confort i l'incompliment dels deures fiduciaris d'una persona</p>	<p>Condicions de vida perilloses; no disposar d'un habitatge en condicions d'habitabilitat o amb brutícia, acumulació de deixalles o males olors. Malnutrició, problemes de salut sense cura.</p>

<p>Abandò: és la deserció per part de la persona o institució cuidadora que té cura i custòdia de la persona gran i la desempara voluntàriament.</p>	<p>Abandonar la persona gran en una institució o bé al carrer, en una benzinera o en el domicili.</p>
<p>Vulneració de drets: Consisteix en l'agressió, la privació o el no reconeixement dels drets fonamentals de la persona (dignitat, respecte, intimitat, confidencialitat)</p>	<p>Manca de respecte a la intimitat i a la llibertat. No tenir en consideració els desitjos i les decisions de la persona gran sobre aspectes vitals.</p>
<p>Abús sexual: Consisteix en qualsevol tipus de contacte sexual sense el consentiment de la persona: violació, sodomia, atemptat contra el pudor, entre d'altres.</p>	<p>El testimoni de la pròpia persona gran. Lesions físiques i actituds que puguin indicar l'abús.</p>

Els mateixos autors esmentats afegixen en el seu informe que els abusos i els maltractaments i/o el no Bon Tracte poden ser el resultat d'actes conscients i deliberats, però també poden ser el resultat de la manca de capacitat de les persones o dels mateixos professionals que assoleixen la funció assistencial de la persona gran en situació de dependència. En aquest sentit, com s'insistirà més endavant, cal esmentar el cas, força freqüent, que es dona en el sí de la parella o de la família que atenen la persona. Així, en el cas dels processos demencials no és gens infreqüent la

situació de la parella o dels fills que mostren signes d'esgotament provocat per la permanent dependència de la persona amb demència així com pels freqüents comportaments pertorbadors o delirants que es presenten en diversos tipus de demència. Així, en la malaltia d'Alzheimer està descrit que el deliri i la conducta psicòtica augmenten amb el progrés de la malaltia i són permanents en el 20 per cent dels cassos (Small, 2011). En el cas de la demència fronto-temporal, els pacients poden presentar problemes per mantenir l'atenció i desenvolupen trastorns de la personalitat, entre els quals, manifestacions obsessiu-compulsives, incapacitat per valorar els costums socials, manca d'empatia, irritabilitat i labilitat emocional (Noble, 2011). Finalment, en la malaltia amb cossos de Lewy, es donen caigudes reiterades, pèrdua de la consciència, al·lucinacions, idees delirants sistematitzades i depressió (Steinerman, 2011).

Tenint en compte tots aquests símptomes no ha de sorprendre les dificultats amb les que s'enfronten els familiars i també els professionals que atenen les persones amb demències. Amb això no volem justificar, ni molt menys, les conductes de no Bon Tracte o maltractadores però sí volem destacar la necessitat de donar suport a aquestes persones i també als professionals.

5. MÈTODE

El mètode que s'ha seguit per al disseny del Projecte és el de la metodologia qualitativa ja que s'ha volgut conèixer la dimensió psicològica i psicosocial dels actors implicats. La metodologia qualitativa té per objectiu la captació i reconstrucció de significat, és a dir, pretén captar el significat de les coses (processos, comportaments, actes) més que descriure els fets socials. En segon lloc, és una metodologia que prefereix recollir la informació a través de l'observació detinguda o de les entrevistes en profunditat. En tercer lloc, el seu procediment és més inductiu que deductiu, és a dir, que enlloc de partir d'una teoria i unes hipòtesis perfectament elaborades i precises opta per partir de les dades per intentar reconstruir un món. Finalment, la seva orientació no és particularista i generalitzadora sinó holística i concreta (Ruiz, 2009).

En el cas que ens ocupa es tracta de conèixer la visió que els actors implicats tenen sobre el bon tracte a les persones grans i/o a les que es troben en situació de fragilitat. Per aconseguir-ho s'han realitzat grups de discussió també coneguts com grups focals.

5.1. PARTICIPANTS

Per decidir els participants en els grups de discussió s'ha elaborat un mapa dels agents implicats en l'atenció i assistència a la gent gran i a les persones en situació de fragilitat per motius de salut. A més, s'han inclòs membres del Consell Consultiu de la Gent Gran del Baix Llobregat,

professionals dels medis de comunicació de la comarca i, finalment, representants dels partits polítics del Baix Llobregat.

S'han constituït els següents grups:

- Dos grups de tècnics, constituïts principalment pels professionals participants en la formació realitzada en el Consell Comarcal del Baix Llobregat amb el suport de la Diputació de Barcelona. Recordem que els perfils dels professionals han estat diversos i representatius de la totalitat de la comarca: treballadors socials, infermeres, policia local, mossos d'esquadra, membres d'associacions d'Alzheimer, monitors de residències, entre d'altres.
- Dos grups de professionals dels àmbits de la salut i sociosanitari (metges, professionals d'infermeria, auxiliars de clínica, treballadors socials de les ABS)
- Grup de la Gent Gran, constituït per representants del Consell Consultiu de la Gent Gran i persones de més de 50 anys.
- Grup de les ONG, constituït per les principals ONG que intervenen i tenen un paper clau en l'atenció a les persones en situació de fragilitat (Creu Roja, Càritas, i d'altres).
- Grup de curadors i curadores, constituït per persones que tenen al seu càrrec familiars en situació de fragilitat.
- Grup de professionals dels medis de comunicació, constituït per periodistes dels diversos medis de comunicació que tenen un paper clau en la creació d'estats d'opinió en relació al bon tracte.
- Un grup de representants dels partits polítics de la comarca del Baix Llobregat

- Un grup constituït per representants de l'àmbit de la discapacitat.

5.2. INSTRUMENTS

Com ja s'ha assenyalat, els instruments emprats han estat els grups de discussió, també coneguts com grups focals. Seguirem la concepció de (Krueger, 1991) que defineix els grups de discussió com:

“Una conversa curiosament planejada. Dissenyada per obtenir informació d'una àrea definida d'interès, en un ambient permissiu, no directiu. Es porta a terme amb aproximadament set a deu persones, guiades per un moderador expert. La discussió és relaxada, confortable i sovint satisfactòria per als participants, ja que exposen les seves idees i comentaris en comú. Els membres del grup s'influeixen mútuament, ja que responen a les idees i comentaris que sorgeixen en la discussió” (Krueger, 1991:24).

Altres autors han assenyalat que el grup de discussió és un dispositiu que s'estableix sobre la base de la identitat social i de les seves representacions, sent aquestes representacions socials les formes de coneixement col·lectivament elaborades i compartides, amb una orientació pràctica i permanentment actualitzable, i que determinen la forma comú en la que els diferents grups humans constitueixen i interpreten la realitat i la d'altres col·lectius (Alonso, 1996).

Per tant, el grup de discussió és un artifici, un dispositiu que es crea i que es construeix, és a dir, que comença a existir amb una raó (Suárez, 2005).

La selecció dels participants s'ha fet tenint en compte els seus perfils com bons/bones informants així com la seva tipologia social. A més, s'han combinat els elements mínims d'heterogeneïtat i homogeneïtat requerits. En relació a la primera, és necessari que es produeixin diferències en el discurs que es genera en el grup. I respecte de la segona, l'homogeneïtat, ha estat assenyalada la importància que es donin certes característiques comuns per tal que el grup pugui construir uns senyals d'identitat, un referent grupal, i un sentit de comunitat.

Pel que fa al nombre de persones constituents dels grups s'han seguit les recomanacions habituals, segons les quals el nombre de persones pot oscil·lar entre 3 o 4 fins un màxim de 12 o 13. Cal assenyalar que ha hagut dos grups en els quals s'han trobat grans dificultats per a la seva constitució: el grup de representants dels medis de comunicació i el de persones en situació de fragilitat per problemes de salut. En aquest últim només han participat 3 persones; per aquesta raó hem realitzat entrevistes en profunditat a professionals molt coneixedors de l'àmbit de la discapacitat.

5.3. PROCEDIMENT

Les sessions dels grups focals s'han realitzat en les sales cedides pel Consell Comarcal del Baix Llobregat, situat al Parc Torreblanca de Sant Feliu de Llobregat. Les sales han reunit les condicions adients: confortabilitat, insonoritzat, ambient acollidor. Les sessions han tingut una

durada aproximada de 90 minuts i han estat conduïdes per un moderador/a.

La funció del moderador/a en els grups focals és formular les preguntes i guiar el grup en el transcurs de la discussió. A més, el control que exerceix el moderador/a té el propòsit d'articular el que passa dintre del grup amb el que passa fora, és a dir, en la investigació i la realitat social objecte d'estudi. El seu objectiu, per tant, és doble per l'interès que suposa articular dues tasques concretes:

- a) Crear una situació grupal artificial en la que els integrants es manifestin i parlin lliurement, i de la manera més natural i espontània.
- b) Mantenir el grup en una situació de treball i interès particular que es deriva del tema investigat i dels objectius de la investigació (Gutiérrez, 2008)

Pel que fa a les segones, les entrevistes en profunditat, s'han fet 3 entrevistes a persones que exerceixen la seva tasca professional en l'àmbit de la discapacitat, ja sigui física o psíquica.

Tant els continguts de les reunions dels grups de discussió com els de les entrevistes en profunditat s'han gravat per tal de no perdre informació i, alhora, possibilitar que els lectors o persones interessades en aquestes dades de conversa puguin accedir-hi i comprovar-les. La gravadora emprada ha estat la Olympus WS-321 M, dotada de micròfons omnidireccionals.

El material gravat s'ha transcrit i analitzat mitjançant l'elaboració de categories textuais.

Els resultats de les anàlisis han estat processats estadísticament per tal d'emprar-los com referents per l'elaboració de conclusions i propostes d'actuació per a la millora del bon tracte a la gent gran i a les persones en situació de fragilitat per problemes de salut.

Les preguntes clau que s'han plantejat tant en els grups de discussió com en les entrevistes en profunditat han estat les següents:

- Quina és la seva concepció del bon tracte a les persones grans i aquelles que es troben en situació de fragilitat?
- Quin paper pensen que ells mateixos tenen en aquest àmbit?
- Quin paper pensen que tenen els altres actors en aquest àmbit?
- Quins creuen que són els punts positius del que ja s'està fent actualment?
- Què pensen que cal millorar?

Com complement dels grups de discussió es proposa la creació d'un grup d'experts en aquelles matèries que estan implicades en l'àmbit del bon tracte. Les persones que es proposen són:

- Jordi Peña, neuropsicologia
- Nolas Acarín, neurologia
- Ramon Laporte, farmacologia
- Maria Teresa Anguera, metodologia de recerca

- Manuel de Armas, metodologia de recerca
- Marcos Catalàn, documentalista
- Jordi Muñoz, jurista
- Almudena Castro, notaria

6. RESULTATS

Es presenten els resultats obtinguts a partir de les anàlisis dels grups de discussió. També es presenten els resultats de les anàlisis de les entrevistes en profunditat realitzades a actors clau.

Cal recordar que l'objectiu proposat fou analitzar la realitat de les persones grans i de les persones en situació de fragilitat per causa de patiment de malalties. Des de la perspectiva dels professionals que atenen aquestes persones, dels medis de comunicació i dels representants polítics.

Aquest treball és un estudi qualitatiu, descriptiu, de caràcter exploratori i fenomenològic. S'ha fet una anàlisi de continguts, amb generació de categories i segmentació per temàtiques i informants.

6.1. MOSTRA

La mostra ha estat formada per deu grups de discussió amb un total de 70 persones. La constitució dels grups de discussió ha estat la següent:

P 1: Primer Grup Focal (n=7)

P 2: Segon Grup Focal (n=9)

P 3: Tercer Grup Focal (n=7)

P 4: Quart Grup Focal (n=11)

P 5: Cinquè Grup Focal (n=5)

P 6: Sisè Grup Focal (n=7)

P 7: Setè Grup Focal (n=11)

P 8: Vuitè Grup Focal (n=4)

P 9: Novè Grup Focal (n=6)

P 10: Desè Grup Focal (n=3)

En la següent taula s'exposen les categories codificades segons els diferents documents treballats:

Taula 2. Categories enregistrades.

CATEGORIES

- 1_1. Bon tracte és tenir en compte les necessitats de les persones ateses
- 1_2. Tenir en compte les necessitats de la família i dels curadors.
- 1_3. Bon tracte vinculat a la no infantilització
- 1_4. Bon tracte vinculat a tot el context de la persona (soledat, aïllament).
- 1_5. Bon tracte vinculat als temes de risc.
- 1_6. Bon tracte vinculat a un tracte digne.
- 1_7. Bon tracte vinculat a un tracte respectuós
- 1_8. Bon tracte implica no decidir per l'altra persona.

- 1_9. Bon tracte vinculat a la prevenció i la detecció precoç.
- 2_1_10. Detecció i prevenció
- 2_2_11. Connectar les persones amb els recursos i xarxes existents
- 2_3_12. Potenciar les habilitats de la persona
- 2_4_13. Ajudar els propis companys professionals en les seves tasques de suport
- 2_5_14. Fer visible el problema a les administracions
- 2_6_15. Fer un treball amb la família
- 2_7_16. Fer un treball d'enllaç amb altres professionals
- 2_8_17. Cuidar el curador
- 2_9_18. El professional no jutja ni la persona gran ni la família
- 2_10_19. El professional atén i dona protecció a la persona gran i o vulnerable
- 3_1_20. Els altres professionals miren cap un altre cantó
- 3_2_21. Els altres professionals retornen el cas
- 3_3_22. Manca de protocols d'intervenció multidisciplinari
- 3_4_23. Manca de coordinació interserveis
- 3_5_24. Desbordament dels professionals
- 3_6_25. Els altres professionals només visualitzen la vessant assistencial
- 3_7_26. Renunciar a que els altres professionals portin el lideratge
- 3_8_27. A vegades de col·laboració i de xarxa

- 3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió
- 4_1_27. L'estructura dels serveis
- 4_2_28. Els professionals són voluntaristes
- 4_3_29. El propi professional és el recurs
- 4_4_30. El professional fa ultimàtums per aconseguir recursos
- 4_5_31. La formació continuada forma part del que es fa bé
- 4_6_32. Capacitat d'inventar nous procediments (innovació)
- 4_7_33. Compartir les bones practiques
- 4_8_34. Evitar els eufemismes
- 4_9_35. La gent gran pren la iniciativa i si cal denuncia
- 4_10_36. La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran
- 4_11_37. L'atenció domiciliària
- 5_1_38. El marc legal
- 5_2_39. Tenir un referent (consultor) legal a nivell comarcal
- 5_3_40. Disposar d'una guia de bones practiques
- 5_4_41. Cases d'acollida i serveis d'urgència per a la gent gran maltractada
- 5_5_42. Reforçar els serveis socials
- 5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis
- 5_7_44. Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran
- 5_8_45. Agilització dels processos d'avaluació de la dependència

5_9_46. Millorar el paper dels medis de comunicació

5_10_47. Promoure el voluntariat

5_11_48. Augmentar la sensibilitat en els polítics

5_12_49. Comunicació con Justícia

5_13_50. Formació

La taula 3 recull les categories codificades en els diferents documents primaris en funció de les diferents preguntes realitzades en els grups de discussió (taula 3)

Taula B. Categories codificades en els diferents documents primaris en funció de les diferents preguntes realitzades als grups de discussió.

(10) DOCUMENTS PRIMARIS	
CATEGORIES	Totals
Totals Pregunta 1	170 (24,94%)
Totals Pregunta 2	152 (29,34%)
Totals Pregunta 3	86 (15,28%)
Totals Pregunta 4	113 (30,42%)
Totals Pregunta 5	210 (30,42%)
Totals de les preguntes	731 (100%)

De la taula anterior es desprèn que s'han codificat en els 10 documents treballats un total de 731 categories.

6.2. RESULTATS

Per a l'anàlisi de les dades s'ha realitzat una anàlisi narrativa del contingut manifest dels grups de discussió, amb l'ajut del programa Atlas-ti v7.0.

El programa permet l'organització del text en unitats de sentit, codificació en categories, selecció i relació entre textos, així com la seva segmentació. Les dades s'han segmentat per grup d'informants i categories, s'han llegit els continguts de la informació recollida dels diferents grups de discussió, identificant fragments significatius per determinar els fenòmens reflectits i el seu significat dintre del text; s'ha establert un codi descriptiu per a cada segment del text assenyalat. Les categories d'anàlisi s'han generat de forma mixta a partir de les guies preparades amb antelació i dels temes emergents dels grups de discussió.

6.2.1. RESULTATS DE LA PREGUNTA 1: Quina és la seva concepció del bon tracte a les persones en situació de fragilitat i persones de l'àmbit de la gent gran?

Taula 4. Pregunta 1.

DOCUMENTS PRIMARIS (10) PRIMARY DOCS	
CATEGORIES (CODES)	Totals
1_1. Bon tracte és tenir en compte les necessitats de les persones ateses.....	18... (10,59%)
1_2. Tenir en compte les necessitats de la família i dels curadors.....	7... (4,11%)
1_3. Bon tracte vinculat a la no infantilització.....	5... (2,94%)
1_4. Bon tracte vinculat a tot el context de la persona (soledat, aïllament).....	25... (14,70%)
1_5. Bon tracte vinculat als temes de risc.....	14... (8,23%)
1_6. Bon tracte vinculat a un tracte digne.....	29... (17,05%)
1_7. Bon tracte vinculat a un tracte respectuós.....	38... (22,35%)
1_8. Bon tracte implica no decidir per l'altra persona.....	11... (6,47%)
1_9. Bon tracte vinculat a la prevenció i la detecció precoç.....	23... (13,52%)

Totals	170 (100%)

De la Taula 4, es desprén la concepció del bon tracte amb els següents resultats:

- en primer lloc: El bon tracte sorgeix vinculat a un tracte respectuós amb una freqüència de 38 i equival al 22,35%.
- en segon lloc: El bon tracte vinculat a un tracte digne amb una freqüència de 29 i equival al 17,05%.
- en tercer lloc: El bon tracte vinculat a tot el context de la persona

amb una freqüència de 25 i equival al 17,05%

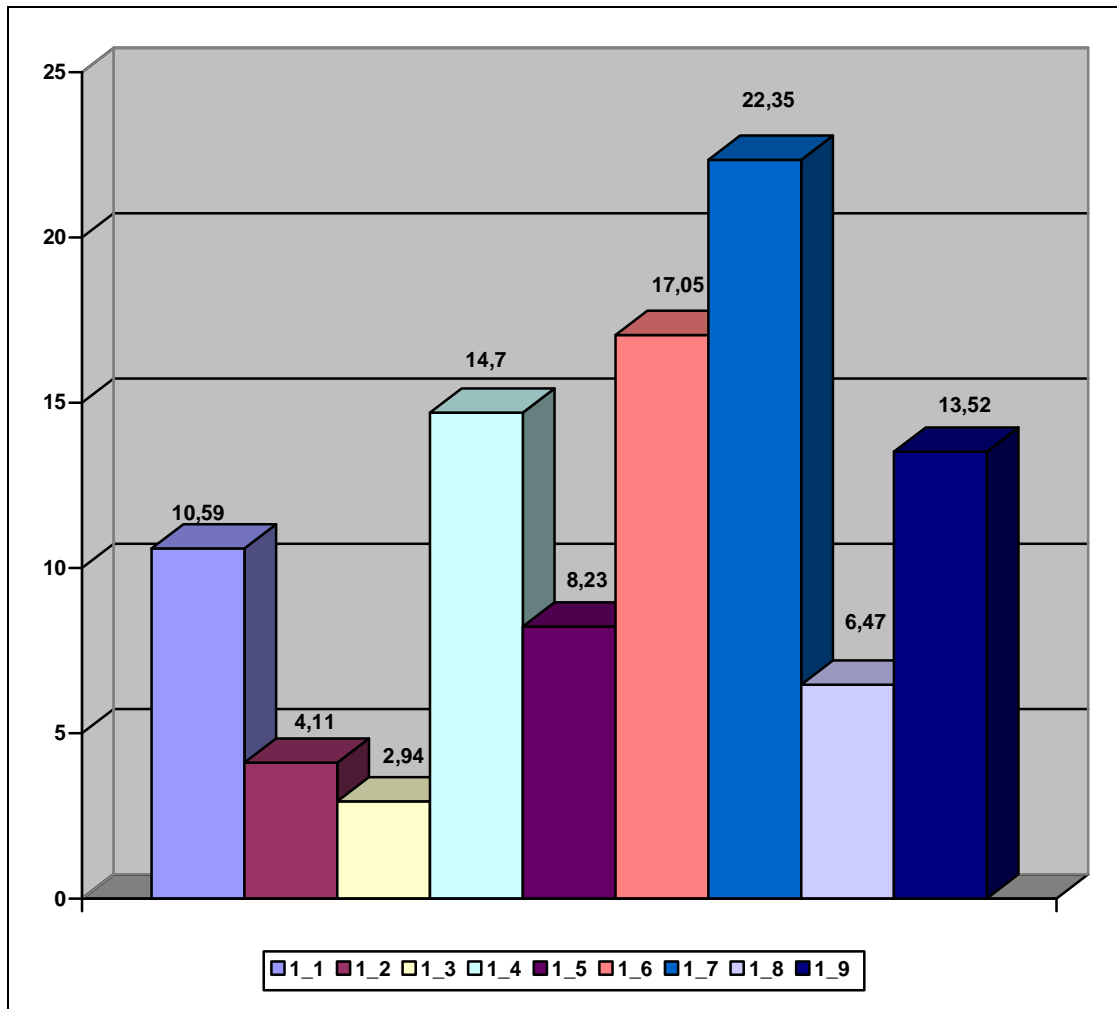


Figura 3. Representació gràfica de totes les Categories enregistrades en relació a la Pregunta 1

De la figura 3, es desprèn la concepció del bon tracte:

- en primer lloc: La Categoria 1_7 (Bon tracte vinculat a un tracte respectuós), segons opinió dels participants, amb 22,35%.
- en segon lloc: La Categoria 1_6 (Bon tracte vinculat a un tracte digne), segons opinió dels participants, amb 17,05%.
- en tercer lloc: La Categoria 1_4 (Bon tracte vinculat a tot el context de la persona), segons opinió dels participants, amb

14,70%.

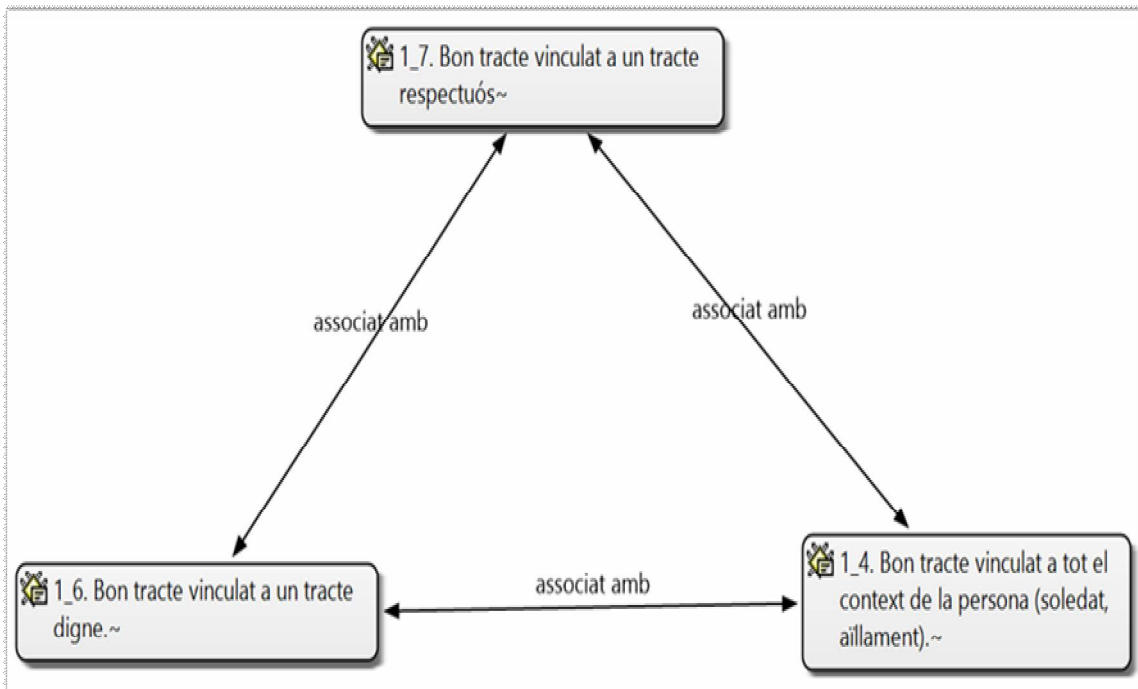


Figura 4. Representació gràfica de les categories de major percentatge en lo referit al bon tracte per la pregunta 1

La Categoria 1_7. Bon tracte vinculat a un tracte respectuós, 1_6- Bon tracte vinculat a un tracte digne i 1_4. Bon tracte vinculat a tot el context de la persona, son els conceptes identificats pels participants, que es troben associats al major percentatge de respostes en la pregunta 1, pels deu documents primaris.

Taula 5. Exemples de les categories segons els informants, per la pregunta 1

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 1_7. Bon tracte vinculat a un tracte respectuós:

- Passa pel concepte de respecte
- Per exemple els voluntaris hi van, ells ho sospesen molt, fins i tot ploren, t'agafen de la ma, et miren et demanen un petó i tot això és la necessitat que tenen ells. Si això ho aconsegueixen cinc minuts que hi va el voluntari, això és fer un bon tracte en aquesta persona sense ser cap vehicle de familiar seu
- El bon tracte és estimar a la persona, això és el primer, i sobretot els fills que es desprenen bastant de l'estimació de la mare o el pare o de les persones grans.
- Sobre tot el que és tracte respecte a les famílies el tracte que se'ls ha de donar a les persones grans
- S'ha de respectar a la persona

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 1_6. Bon tracte vinculat a un tracte digne:

- La base del bon tracte o del concepte de bon tracte és viure en dignitat, tothom té dret a viure en unes bones condicions, no aïllat.
- Passa pel concepte de viure amb dignitat.
- Ell mateix ho explicava m'he tornat a acostumar però quan he arribat aquí casa m'ho tornava a fer tot però allà a l'hospital pel mateix interfon li deien fes-t'ho, fes-t'ho.
- Tractar-los com a persones perquè encara que siguem persones grans la nostra dignitat no s'ha de desmillorar perquè continuem essent persones, no obstacles i que destorbin o i que molestin.
- L'estimació de la família estava bé, es comportava molt be.
- Alegria. Tots estan tristos, tots estan tristos i llavors si no se'ls hi dona alegria no cal que toquem les castanyoles eh? però el somriure, el que has dit tu, els petons, les abraçades,

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 1_4. Bon tracte vinculat a tot el context de la persona:

- És abordar no només les necessitats de la persona sinó tot el context com salut, el tema de l'oci
- Bon tracte ha d'englobar tot el que envolti a una persona
- Bon tracte hauria d'acaparar tots els aspectes d'una persona gran, ja

sigui des de que surt al carrer a buscar el pa, el tracte amb la fornera, el tracte fins i tot amb la treballadora social que moltes vegades els tractem com a nens petits i el bon tracte ha de ser una cosa molt més integral

- Bàsicament valorar les necessitats de la persona i fer un escenari d'aquestes necessitats
- Veure a la persona, veure la història de vida d'aquesta persona, del que l'envolta
- Cada vegada l'aproximació estaria més en tenir molt en compte la història de vida d'aquella persona i tot l'enfoc adreçat a que les actuacions siguin, primer, amb la decisió de la pròpia persona sempre que sigui possible, i si no és així amb el coneixement del que ha estat la seva història de vida per poder donar-li el que ell està acostumat o te com a bona practica dins la seva persona.

De la taula anterior tenim les diferents cites dels informants i la seva relació amb les categories, per la pregunta 1:

- a) La Categoria 1_7. Bon tracte vinculat a un tracte respectuós.
- b) La Categoria 1_6. Bon tracte vinculat a un tracte digne.
- c) La Categoria 1_4. Bon tracte vinculat a tot el context de la persona.

6.2.2. RESULTATS DE LA PREGUNTA 2: Quin paper pensen que cadascú de vostès ha desenvolupat en aquest àmbit del bon tracte?

Taula 6. Pregunta 2.

DOCUMENTS PRIMARIS (10) (PRIMARY DOCS)	
CATEGORIES (CODES)	Totals
2_1_10. Detecció i prevenció	37 (24,34%)
2_2_11. Connectar les persones amb els recursos i xarxes existents	27 (17,76%)
2_3_12. Potenciar les habilitats de la persona	6 (3,94%)
2_4_13. Ajudar els propis companys professionals en les seves tasques de suport	10 (6,57%)
2_5_14. Fer visible el problema a les administracions	26 (17,10%)
2_6_15. Fer un treball amb la família	11 (7,23%)
2_7_16. Fer un treball d'enllaç amb altres professionals	10 (6,57%)
2_8_17. Cuidar el curador	9 (5,92%)
2_9_18. El professional no jutja ni la persona gran ni la família	2 (1,31%)
2_10_19. El professional atén i dóna protecció la persona gran i o vulnerable	14 (9,21%)
Totals	152 (100%)

De la Taula 6, es desprén el paper que han desenvolupat els participants:

- En primer lloc: La categoria 2_1_10. Detecció i prevenció (24,34%)
- En segon lloc: La categoria 2_2_11. Connectar a les persones amb els recursos i xarxes existents (17,76%)

- En tercer lloc: La categoria 2_5_14. Fer visible el problema a les administracions (17,10%)

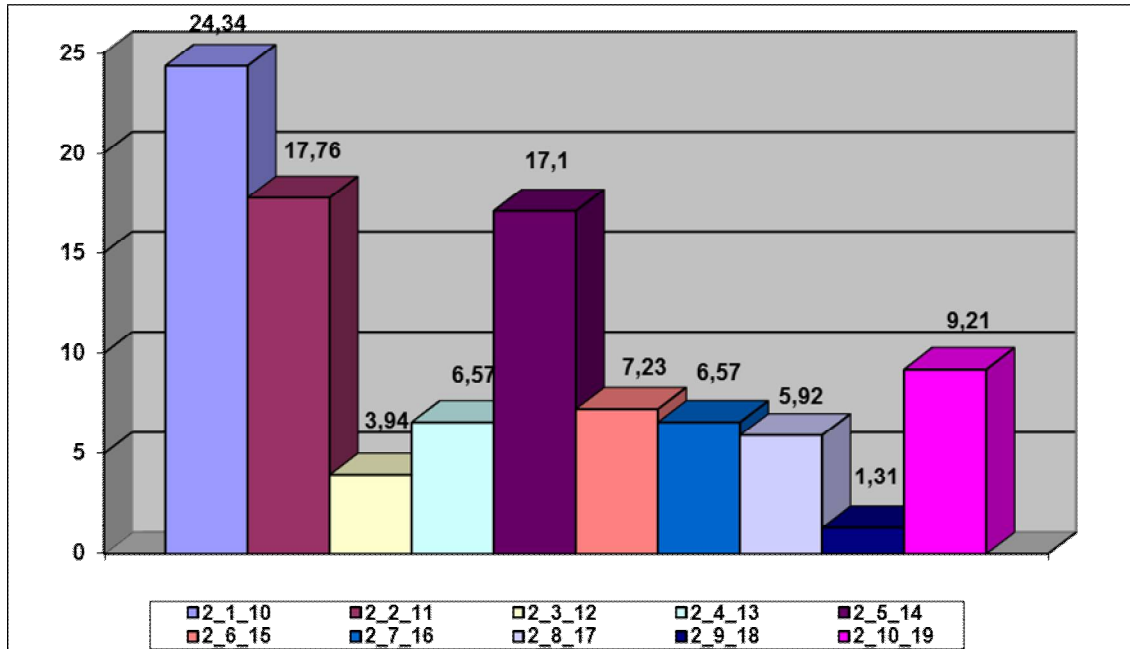


Figura 5. Representació de les diferents categories del paper que han desenvolupat els participants en el àmbit del bon tracte

De la figura anterior, es desprèn:

- En primer lloc: La Categoria 2_1_10. Detecció i prevenció (24,34%).
- En segon lloc: La Categoria 2_2_11. Connectar les persones amb els recursos i xarxes existents (17,76%).
- En tercer lloc: La Categoria 2_5_14. Fer visible el problema a les administracions (17,10%).

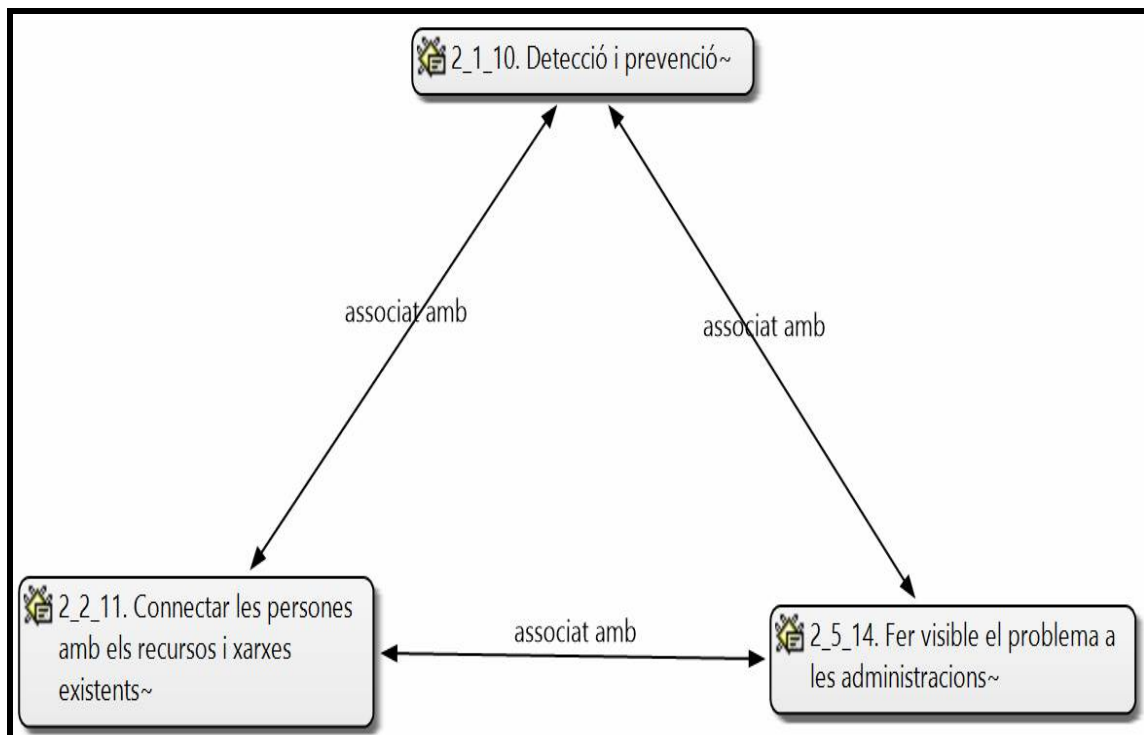


Figura 6. Representació gràfica de les categories de més percentatge en referència al paper que els participants porten a terme per la pregunta 2

De la figura anterior, observem la relació de les tres categories segons els grups de discussió sobre el paper que porten a terme en l'àmbit de la gent gran:

- a) La Categoria 2_1_10. Detecció i prevenció.
- b) La Categoria 2_2_11. Connectar les persones amb els recursos i xarxes existents.
- c) La Categoria 2_5_14. Fer visible el problema a les administracions.

Taula 7. Exemples de les categories segons els informants, per la pregunta 2

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 2_1_10. Detecció i prevenció:

- Des del meu lloc de treball el primer pas a vegades és la detecció, la detecció que a vegades està com molt encoberta
- Treballem o el que podem fer doncs tot allò que des de les primàries i els centres detecten
- Detecta alguna situació de risc real
- Prevenció i com ha comentat ella i detecció,
- La primera és la prevenció són els companys de la URC que fan xerrades a centres, a casals, a residències, a gent gran
- A la que es detecti una persona gran que té una certa dificultat, s'hauria d'encendre tot un dispositiu
- El nostre paper és detectar, a la vegada, fer una bona entrevista, no? és a dir, que si t'expliquen que puguis fer les preguntes oportunes per tu fer un bon diagnòstic i a partir d'aquí, doncs això, fer una devolutiva correcta del que penses que pot millorar aquesta situació.
- Hem de detectar, hem d'avaluar, hem de fer el seguiment, hem de prevenir
- És superimportant perquè sense un bon diagnòstic, descripció, etc. poca cosa farem.

CATEGORIES

CITES DELS INFORMANTS

Exemples

La categoria 2_2_11. Connectar les persones amb els recursos i xarxes existents:

- No només amb associacions també amb la infància,
- El tema de socioculturals o dinamització o reinserció o d'animació crea i potencia molt l'autonomia si estan amb activitats de salut, siguin esportives o al darrera d'organitzacions.
- Tenim varis tallers, el de memòria al que tenim unes 30 persones quasi tot són dones, excepte alguns homes que són excepció com sempre. Es troben, fan exercicis de memòria, xerrant, es comuniquen i tal.
- Tenim 2 grups de puntaires, grup de gimnàstica que es fan dimarts i dijous de fet encara que sigui un poble petit, estan molt socialitzats estem bastant a sobre de la gent gran no diré que no tinguem problemes puntuals, però crec que tenim un 80-90 % cobert o estudiat totes les necessitats que podem abastar amb el nostre poble.
- Una xarxa familiar dona un suport i també fa que la gent surti menys i llavors des del casal d'avis
- Per una banda hi ha tot el que és els amics, els amics i els veïns, penso que en processos de malaltia i de vellesa son fonamentals.

Exemples

La categoria 2_5_14. Fer visible el problema a les administracions:

- Hi ha molts casos de gent gran que estan en una situació fràgil que no li estem fent un seguiment adequat, necessitaríem més dedicació tant els cuidadors com les persones grans i en aquest cas pensem que nosaltres no els estem atenent del tot adequadament per falta de temps,.
- Com l'administració és tan lent, es tan ferragós, és tant...
- Potser podríem tenir un suport institucional que quan detectem maltractaments ens ajudin a poder-ho denunciar i a part d'això no ho sé
- Hem d'acostumar a que es visibilitzin més, no?
- Parlant amb mossos, de vegades et comenten, no? hi ha gent gran que s'està suïcidant per que està veient que degenera el seu estat de salut i no volen molestar i no veuen cap sortida, es veuen que s'estan ficant en un túnel sense sortida i s'acaben suïcidant.
- Donar visibilitat, diríem, donar difusió i donar visibilitat i moltes vegades trencar tabús

De la taula anterior tenim les diferents cites dels informants i la seva relació amb les categories, per la pregunta 1:

- La Categoria 2_1_10. Detecció i prevenció.
- La Categoria 2_2_11. Connectar les persones amb els recursos i xarxes existents.
- La Categoria 2_5_14. Fer visible el problema a les administracions.

6.2.3. RESULTATS DE LA PREGUNTA 3: Quin paper pensen que tenen els altres actors en aquest àmbit?

Taula 8. Pregunta 3.

DOCUMENTS PRIMARIS (10) PRIMARY DOCS	
CATEGORIES (CODES)	Totals
3_1_20. Els altres professionals miren cap un altre cantó	3 (3,48%)
3_2_21. Els altres professionals retornen el cas	1 (1,16%)
3_3_22. Manca de protocols d'intervenció multidisciplinari	6 (6,97%)
3_4_23. Manca de coordinació interserveis	17 (19,76%)
3_5_24. Desbordament dels professionals	1 (1,16%)
3_6_25. Els altres professionals només visualitzen la vessant assistencial	1 (1,16%)
3_7_26. Renunciar a que els altres professionals portin el lideratge	1 (1,16%)
3_8_27. A vegades de col.laboració i de xarxa	37 (43,02%)
3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió	19 (22,09%)
Totals	86 (100%)

De la taula 8, es desprèn el paper que han desenvolupat els altres actors

en aquest àmbit:

- En primer lloc: La Categoria 3_8_27. A vegades de col·laboració i de xarxa (43,02%)
- En segon lloc: La Categoria 3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió (22,09%)
- En tercer lloc: La Categoria 3_4_23. Manca de coordinació interserveis (19,76%)

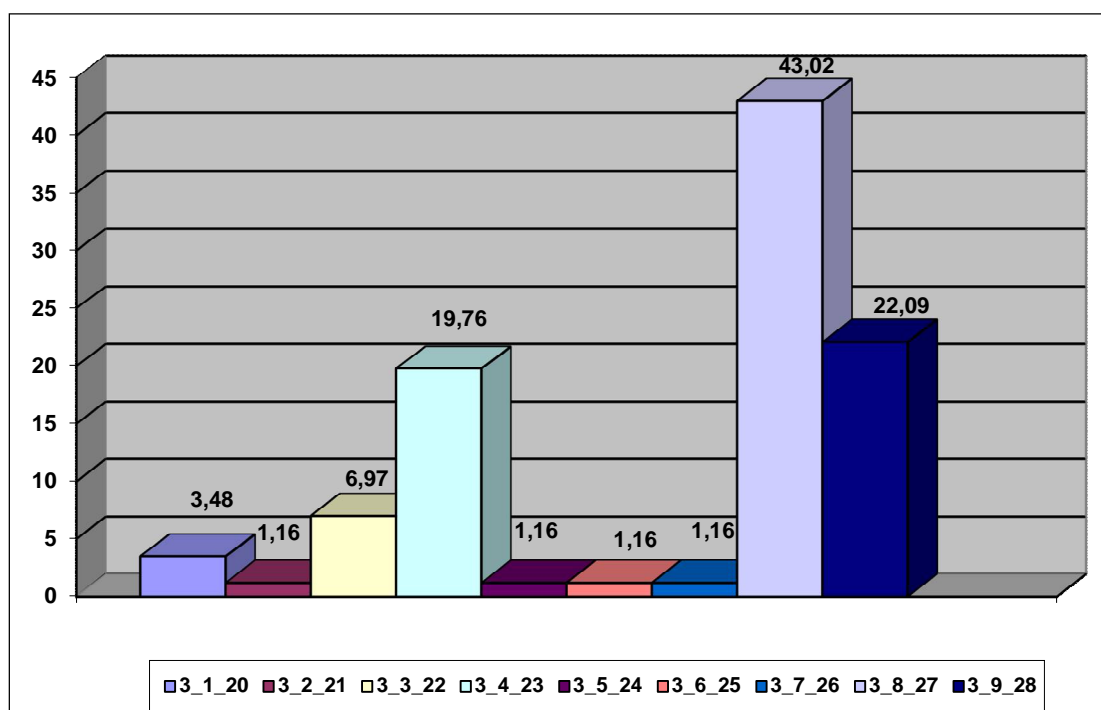


Figura 7. Representació de les diferents Categories del paper que han desenvolupat els altres actors en l'àmbit de les persones grans.

De la figura anterior, es desprèn el paper que han desenvolupat els altres actors en l'àmbit de las persones grans:

- En primer lloc: La Categoria 3_8_27. A vegades de col·laboració i de xarxa (43,02%).

- En segon lloc: La Categoria 3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió (22,09%).
- En tercer lloc: La Categoria 3_4_23. Manca de coordinació interserveis (19,76%).

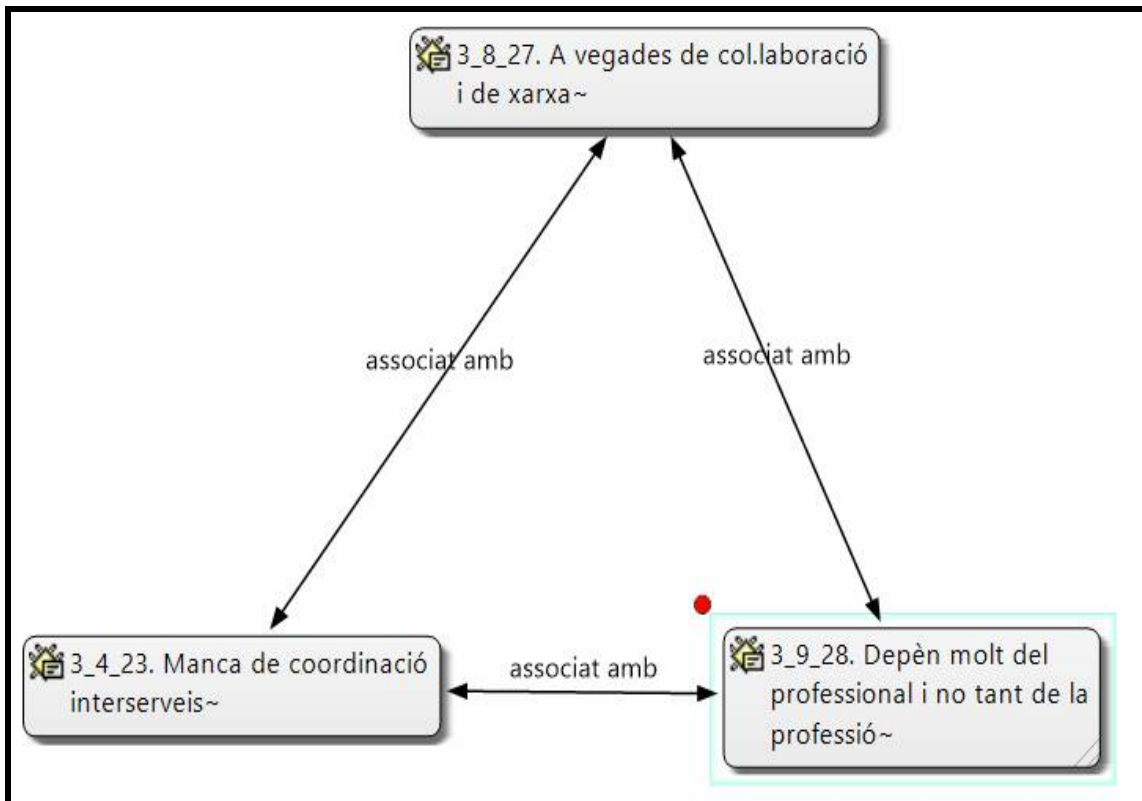


Figura 8. Representació gràfica de les categories de mes percentatge en referència al paper que han desenvolupat els altres actors en l'àmbit de les persones grans, pregunta 3

De la figura anterior, observem la relació de las tres categories segons els grups de discussió sobre el paper que han desenvolupat els altres actors en l'àmbit de les persones grans:

- La Categoria 3_8_27. A vegades de col.laboració i de xarxa.
- La Categoria 3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió.
- La Categoria 3_4_23. Manca de coordinació interserveis.

Taula 8. Exemples de les categories segons els informants, per a la pregunta 3

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La categoria 3_8_27. A vegades de col·laboració i de xarxa:

- Hem de mirar amb qui ens podem coordinar, ens podem coordinar amb salut mental, ens podem coordinar amb serveis socials, i justament això és el que crec que fa falta
- si no treballem en xarxa no fem res, vull dir, treballar en coordinació és el principal, si no hi ha coordinació el teu treball es queda en el teu raconet i no serveix per res.
- penso que el treball en xarxa és super important per potenciar el bon tracte del pacient
- si no hay trabajo en red y no hay puntos que coincidamos los profesionales
- crec que el treball en xarxa és bàsic
- treballar el bon veïnatge,

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió:

- Que hi hagi un gran grau de vocació. Aquestes feines la vocació és molt important, és molt important, eh?
- Els professionals si tenen vocació és fantàstic i si no en tenen, de seguida els cales i ja hi tens una relació més distant.
- És un tema més de cada professional, no ho sé, això s'hauria de mirar municipi per municipi
- Però n'hi ha que segons quina persona, la doctora o el qui sigui, diuen que la tracten malament i això és la única cosa...
- L'ambulatori d'Esparreguera des de que ens han canviat el director funciona bastant millor
- El problema és que depèn del professional

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 3_4_23. Manca de coordinació interserveis:

- Falta estos conocimientos que hay en los recursos y que recursos hay en el territorio que estamos trabajando, que seguro que hay muchos recursos, no?
- Penso que el treball en equip de metge, infermera i treballadora

social en el CAP és fonamental.

- Hi ha una treballador/a social nova o cada 6 mesos hi ha un director/a nova, llavors és impossible poder establir una bona vinculació a l'hora de treballar quan la professional no para de rotar.
 - Me dice el médico esto es un problema de herencia. Ya puede ser, puede ser que esto sea un problema de herencia. Tendremos que mirar si está desnutrido o no, yo esto no lo puedo decir yo, yo soy trabajadora social, no soy médico ni enfermera.
 - Clar hi ha una mica de descoordinació.
-

De la taula anterior tenim les diferents cites dels informants i la seva relació amb les categories, per la pregunta 1:

- La Categoria 3_8_27. A vegades de col·laboració i de xarxa.
- La Categoria 3_9_28. Depèn molt del professional i no tant de la professió.
- La Categoria 3_4_23. Manca de coordinació interserveis.

6.2.4. RESULTATS DE LA PREGUNTA 4: Quins creuen que són els punts positius del que ja s'està fent actualment?

Taula 9. Pregunta 4

DOCUMENTS PRIMARIS (10) PRIMARY DOCS	
CATEGORIES (CODES)	Totals
4_1_27. L'estructura dels serveis	30 (26,54%)
4_2_28. Els professionals són voluntaristes	4 (3,53%)
4_3_29. El propi professional és el recurs	30 (26,54%)
4_4_30. El professional fa ultimàtums per aconseguir recursos	1 (0,88%)
4_5_31. La formació continuada forma part del que es fa bé	6 (5,30%)
4_6_32. Capacitat d'inventar nous procediments (innovació)	2 (1,76%)
4_7_33. Compartir les bones pràctiques	4 (3,53%)
4_8_34. Evitar els eufemismes	3 (2,65%)
4_9_35. La gent gran pren la iniciativa i si cal denuncia	5 (4,42%)
4_10_36. La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran	25 (22,12%)
4_11_37. L'atenció domiciliària	3 (2,65%)
Totals	113 (100%)

De la taula 9, es desprenen els següents resultats:

- En primer lloc: La Categoria 4_1_27. L'estructura dels serveis i La Categoria 4_3_29. El propi professional és el recurs (26,54%).
- En segon lloc: La Categoria 4_10_36. La visibilitat de les

problemàtiques de la gent gran (22,12%).

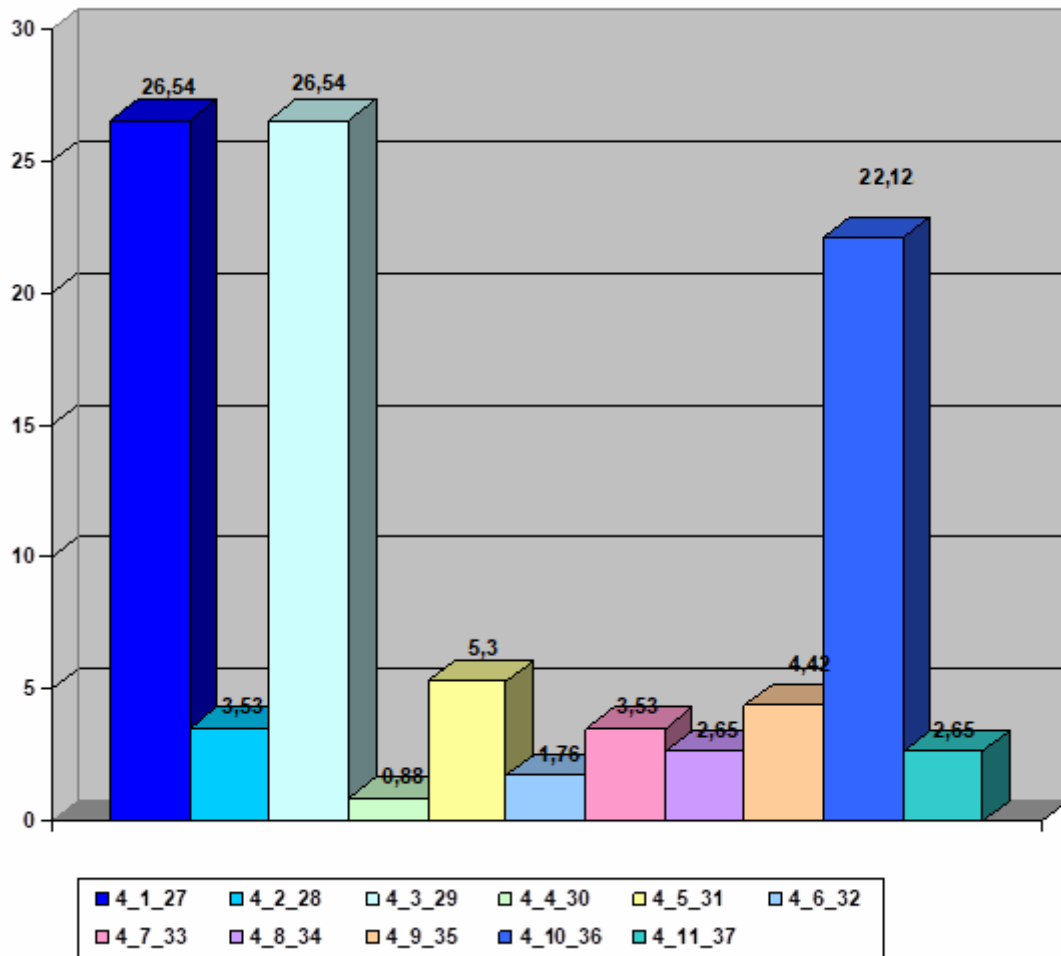


Figura 9. Representació gràfica de totes les Categories registrades en referència a la Pregunta 4

De la figura 9, es desprèn la concepció del bon tracte:

- En primer lloc: La Categoria 4_1_27. L'estructura dels serveis i la Categoria 4_3_29. El propi professional és el recurs, segons opinió dels participants, amb 26,54%.
- En segon lloc: La Categoria 4_10_36. La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran (22,12%).

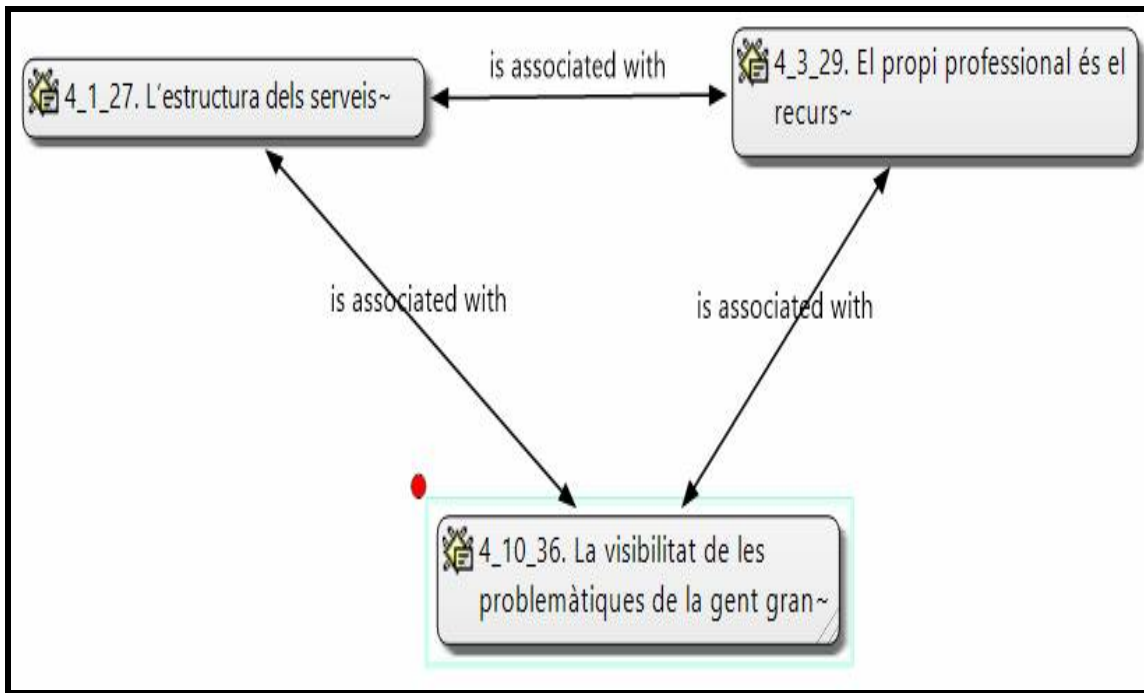


Figura 10. Representació gràfica de les categories de mes percentatge de respostes en referència amb lo positiu que s'està fent actualment (pregunta 4)

La Categoria 4_1_27. L'estructura dels serveis, la Categoria 4_3_29. El propi professional és el recurs i la Categoria 4_10_36. La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran, son els conceptes identificats pels participants, que es troben associats al major percentatge de respostes en la pregunta 4, pels deu documents primaris.

Taula 10. Exemples de les categories segons els informants, per la pregunta 4

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoria 4_1_27. L'estructura dels serveis:

- el consell, respon molt bé i fa tot el que pot
- l'estructura del servei SAD
- L'ambulatori funciona molt bé. Les visites a vegades son als 2 dies o 3 dies. La urgència és fabulós
- la posibilidad que tenemos de trabajar aquí en el Consell Consultiu,
- funciona bé serveis socials
- comissions mixtes sociosanitàries, que es fan, en el cas nostre, a la part nord del Baix Llobregat
- el tema de la teleassistència ha anat molt bé

CATEGORIES	CITES DELS INFORMANTS
Exemples	

La Categoría 4_3_29. El propi professional és el recurs:

- Ser el recurso de nosotros mismos
- Nosaltres mateixos, primer, aquest ha de ser el nombre one,
- El personal, jo que hi estat també les assistentes de casa tot, tot, tot funcionen bé
- jo entenc que si la meva feina pot ser molt important dintre de tot
- un punt positiu més és el nivell de sensibilització social dintre dels professionals que hi ha en aquest tema,
- Un es el contacte proper que tenim els tècnics de l'administració cap a la ciutadania

Exemples

La Categoria 4_10_36. La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran:

- la gent gran ja no és l'avi o una àvia sinó és un senyor amb una vida i amb uns valors que se li té aquest respecte i que se li escolta l'opinió,
 - del tema de maltracte totalment positiu que es parli d'això que es pugui parlar directament no només el maltracte domèstic o de la violència de gènere, sinó que es pugui parlar també, penso que és important, del maltracte institucional
 - bona sintonia que tenim, amb les entitats de gent gran
 - la participació i la dinamització del municipi a nivell de gent gran
 - atendre'ls amb respecte i ara és un dels moments que s'està veient que el respecte és molt important per aquestes persones.
 - ajuntaments mes grans amb els seus propis consells i el consell general comarcal i a nivell de Catalunya, penso que això ha donat espais de posar sobre la taula quines són les polítiques de reivindicació i al mateix temps de projecció i de concepció i de dir quines han de ser les polítiques, no?
-

De la taula anterior tenim les diferents cites dels informants i la seva relació amb les categories, per la pregunta 4:

- La Categoria 4_1_27. L'estructura dels serveis.
- La Categoria 4_3_29. El propi professional és el recurs.
- La Categoria 4_10_36. La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran.

6.2.5. RESULTATS DE LA PREGUNTA 5: Què pensem que cal millorar, quins canvis introduiríeu?

Taula 11. Pregunta 5

DOCUMENTS PRIMARIS (10) PRIMARY DOCS	
CATEGORIES (CODES)	Totals
5_1_38. El marc legal	24 (11,42%)
5_2_39. Tenir un referent (consultor) legal a nivell comarcal	6 (2,85%)
5_3_40. Disposar d'una guia de bones practiques	21 (10,00%)
5_4_41. Cases d'acollida i serveis d'urgència per a la gent gran maltractada	12 (5,71%)
5_5_42. Reforçar els serveis socials	12 (5,71%)
5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis	30 (14,28%)
5_7_44. Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran	33 (15,71%)
5_8_45. Agilització dels processos d'avaluació de la dependència	3 (1,42%)
5_9_46. Millorar el paper dels medis de comunicació	14 (6,66%)
5_10_47. Promoure el voluntariat	11 (5,23%)
5_11_48. Augmentar la sensibilitat en els polítics	18 (8,57%)
5_12_49. Comunicació con Justícia	5 (2,38%)
5_13_50. Formació	21 (10,00%)
Totals	210 (100%)

De la Taula 11, es desprèn la concepció del bon tracte amb els següents resultats:

- en primer lloc: La Categoria 5_7_44. Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran (15,71%).
- en segon lloc: La Categoria 5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis (14,28%).
- en tercer lloc: La Categoria 5_1_38. El marc legal (11,42%).

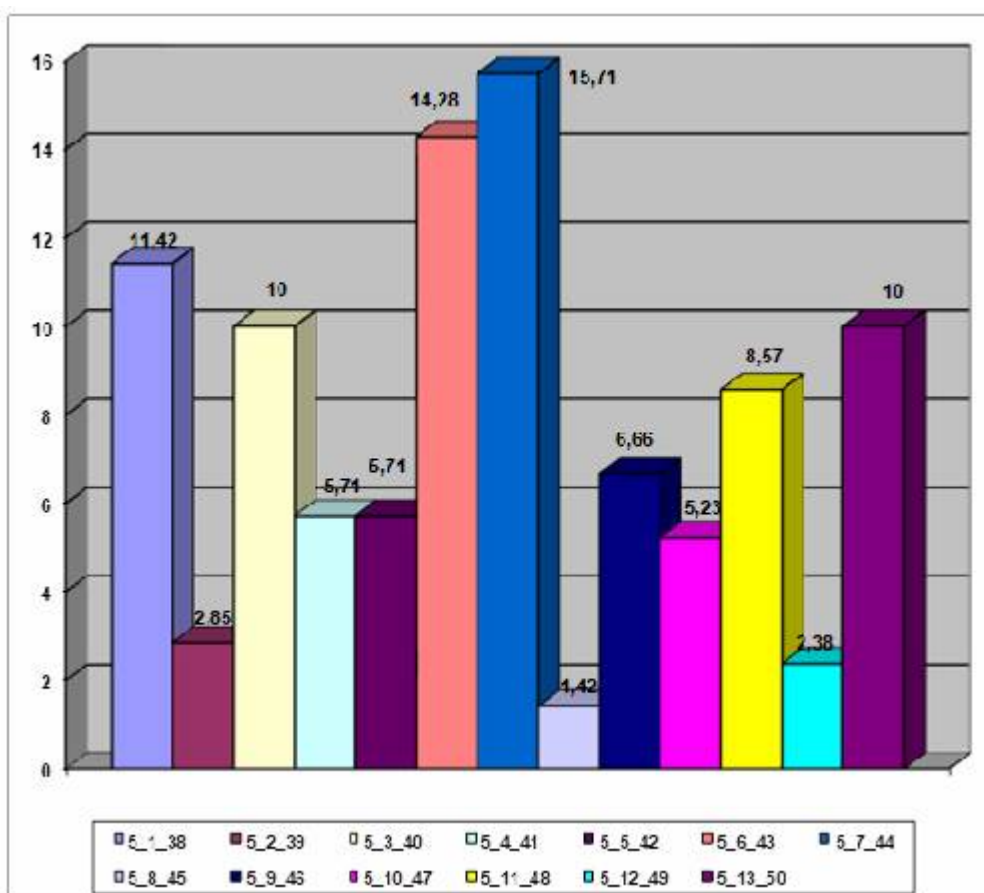


Figura 11. Representación gráfica de todas las Categorías registradas en lo referido a Pregunta 5

De la Figura 11, se desprèn la concepció del bon tracte:

- en primer lloc: La Categoria 5_7_44. Creació d'un dispositiu

específic d'atenció a la gent gran, según opinión de los participantes, con 15,71%.

- en segon lloc: La Categoria 5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis, con 14,28%.
- en tercer lloc: La Categoria 5_1_38. El marc legal, según opinión de los participantes, con 11,42%.

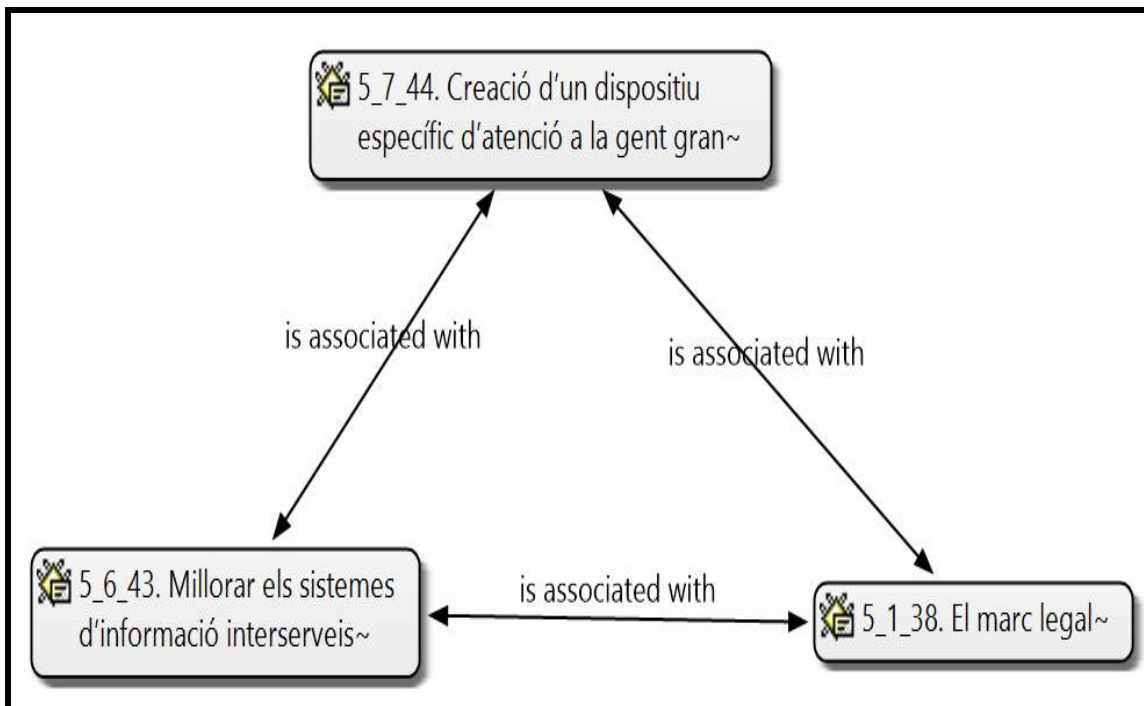


Figura 12. Representació gràfica de les categories de més percentatge de resposta en referència a el que fa falta millorar (pregunta 5).

La Categoría 5_7_44. Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran, la Categoría 5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis y la Categoría 5_1_38. El marc legal, son los conceptos identificados por los participantes con mayor prioridad, que se encuentran asociados al mayor porcentaje en la pregunta 5, para los diez documentos primarios.

Taula 12. Ejemplos de las categorías según los informantes, para la pregunta 5

Exemples

La Categoria 5_7_44. Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran:

- hem de detectar realment quines són les necessitats d'aquesta nova gent gran i vull recalcar molt el tema de nova gent gran
- una de les coses que estem treballant es poder oferir alguna activitat més intergeneracional per poder arribar a aquesta gent
- les alternatives, les alternatives a les residències, alternatives als centres de dia, bueno, no sé, buscar idees diferents i al final, que no sé que dir, és cert perquè és veritat, la gent als 70 anys no vol una residència, abans sí, però ara ja no, als 80 tampoc, a los 85 – 87
- El que dèiem abans que hi hagué un servei de mediació i d'orientació a les persones
- el cuidador necesita mucha atención, pero al cuidador no se le atiende, entonces esto es una de las partes importantes, 5 años cuidandola.
- més especialitzades i mes properes a qui rep el servei i sobretot també perquè arribin mes recursos finalistes.
- ja no t'agafen perquè a llavors ja es considera que has d'anar a una residència tradicional, potser no tens una edat per anar a una residència
- el recurs de l'EAIA, però amb la gent gran

Exemples

La Categoria 5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis:

- les coordinacions entre administracions
- millorar les coordinacions entre els diferents estaments
- el tema de la coordinació
- quina informació necessito, quina informació puc demanar i quina informació quan la demano, quina informació és la que arriba i per tant ha d'estar molt ajustada a les necessitats de cada servei, de cada servei que es el que necessita al voltant d'aquella família
- caldria millorar i bé, la comunicació amb l'equip, poder explicar coses del pacient
- caldria reforçar i millorar seria el seguiment de la detecció dels serveis para la gent gran i para familia
- aquesta no coordinació és negativa per la persona i a nosaltres ens posa nerviosos.
- ens caldria millorar una mica la coordinació entre els diferents ens que treballem amb la gent gran, diferents àmbits

Exemples

La Categoria 5_1_38. El marc legal:

- La llei de la dependència, per exemple, és veritat el que ha dit el Josep, ha quedat a mig camí
- jo crec que és garantir les necessitats bàsiques i jo crec que la llei de la dependència que està mal anomenada la llei de la dependència i hauria de ser llei de l'autonomia personal,
- necessitem un marc normatiu òbviament, que ens ajudi a visibilitzar
- s'hauria de fer la llei de la gent gran
- la institució no tenim una protecció de la institució, això nostre, no estem protegits.
- Aquí en el Consell nosotros hemos propuesto y nos lo han aceptado el hacer una ley para la gent gran,
- Jo penso com ella, la legislació
- però tens les mans molt lligades perquè en el pitjor dels casos ho pots qualificar de negligència que és una cosa i a partir d'aquí no tens ni una eina, ni un instrument, ni una entitat o una institució que puguis posar en coneixement i que aquesta gent, qui sigui més organitzada pugui ser més resolutiva
- llei de la gent gran y desarrollo de la ley de la dependència

De la taula anterior tenim les diferents cites dels informants i la seva relació amb les categories, per la pregunta 1:

- La Categoria 5_7_44. Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran.
- La Categoria 5_6_43. Millorar els sistemes d'informació interserveis.
- La Categoria 5_1_38. El marc legal.

7. DISCUSSIÓ

7.1. PRIMERA PREGUNTA: Quina és la seva concepció del bon tracte a les persones en situació de fragilitat i persones de l'àmbit de la gent gran?

Aquí apareixen dues categories relacionades semànticament: el respecte i la dignitat. Malgrat que en alguns casos ambdós conceptes són considerats sinònims nosaltres hem optat per diferenciar-les.

El Diccionari de la Llengua Catalana, en la seva edició de 1993, defineix el vocable respecte com “deferència, sentiment de reverència envers algú per raó dels seus mèrits, del seu rang, del seu saber, de la seva edat, etc. I també com: manifestació concreta d'aquest sentiment amb accions o paraules. D'altra banda, el diccionari digital Viquipèdia defineix el respecte més àmpliament: El **respecte** és un valor ètic o moral que reconeix que una persona o quelcom té vàlua. Va més enllà de la tolerància perquè implica un sentiment positiu cap a l'altre.

Per a alguns, el respecte en les relacions interpersonals comença pel reconeixement de l'individu com a entitat única i que necessita ser comprès per l'altre. Consisteix a saber valorar els interessos i necessitats dels altres.

El respecte es pot agrupar segons la persona o entitat a què va dirigit. En primer lloc hi ha el respecte universal, que mereix qualsevol ésser humà i que és la base de les relacions socials o drets humans. Suposa admetre que totes les persones neixen en situació d'igualtat, per merèixer consideració (dignitat humana), malgrat que després es produeixen

diferències d'estatus o vivències. És un dels valors bàsics de la religió monoteista, que considera que l'ésser humà ocupa una posició central en la creació perquè té ànima, i per tant mereix un respecte especial.

Finalment, per no allargar-nos excessivament, el conegut sociòleg nordamericà, Richard Sennett, en el seu llibre *El respeto* considera que la sociologia disposa de molts sinònims per nombrar diferents aspectes del "respecte". Així, tindríem vocables com "estatus", "prestigi", "reconeixement", "honor" i "dignitat" (Sennett, 2003). Aquest autor defensa un tipus d'igualtat basat en la psicologia de l'autonomia, entesa com la capacitat d'acceptar en els altres allò que no podem entendre d'ells. Al fer-ho, tractem el fet de la seva autonomia en igualtat de condicions amb la nostra.

Pel que fa al concepte de "dignitat", el mateix Diccionari de la Llengua Catalana ens diu el següent: "qualitat de digne, respectabilitat, correcció". I també: "qualitat moral per la qual hom no vol rebaixar-se, no tolera d'ésser ofès.

El filòsof alemany Immanuel Kant va distingir clarament entre "valor" i "dignitat". Per a Kant, la dignitat és un valor intrínsec de la persona moral i no admet equivalents. La dignitat no s'ha de confondre amb res, amb cap mercaderia, ja que no es tracta de res útil ni intercanviable o profitós. Tot allò que es pot substituir no posseeix dignitat, sinó preu. Quan a una persona se li posa preu se la tracta com una mercaderia. Persona és el subjecte les accions del qual són imputables. Una cosa és allò que no és susceptible d'imputació, en canvi, allò que es troba per sobre de tot preu i no es presta a cap equivalència, això posseeix una dignitat (Kant, 2012). El valor de la persona no remet al mercat ni a apreciacions merament

subjectives (de conveniència, d'utilitat, etc), sinó que prové de la dignitat que és inherent als éssers racionals lliures i autònoms. Cal remarcar aquestes dites kantianes: "el valor de la persona no remet al mercat ni a apreciacions merament subjectives de conveniència o d'utilitat", i, per tant, la dignitat de la persona no pot ser qüestionada ni menyspreada a partir dels dèficits i/o limitacions inherents a processos com el deteriorament cognitiu de les demències, els accidents vasculars cerebrals o situacions vitals derivades de la pèrdua del poder adquisitiu. I és precisament en aquests contextos quan es produeixen molts casos de tractes no respectuosos, indignes o, fins i tot, de maltractaments. Punts als que dedicarem un apartat específic.

Fent un gran salt en el temps, la filòsofa Blanca Castilla defensa que cada persona té un valor per sí mateixa, del que es deriva que ningú té dret sobre una altra persona. Per això s'adverteix que la dignitat, encara que ha de ser respectada per un mateix i pels altres, no obstant, no és atorgada ni per un ni pels altres. La dignitat de cadascú és rebuda juntament amb l'ésser i la vida, per la qual cosa no depèn dels ulls d'un altre home o dona, ni del que els altres coetanis li puguin donar (Castilla, 2015). Cada persona és única, de tal manera que amb cada naixement algun element singularment nou entra en el món. I, respecte a aquest algú que és únic es pot dir verdaderament que ningú va ésser allí abans que ell (Arendt, 2005).

No podem estar menys d'acord amb les autores esmentades quan afirmen que la dignitat és rebuda juntament amb l'ésser i la vida i no depèn dels altres, del seu reconeixement. Ara bé, cal advertir-ho, si bé la dignitat és inherent a la naturalesa humana, al fet de ser humans, el factor

reconeixement constitueix un element clau en el marc de les relacions humanes. En efecte, en les últimes dècades han sorgit tot un conjunt de debats polítics i socials que han perseguit espontàniament una major consideració de la idea de reconeixement fins el punt d'afirmar-se com ideal comú la visió normativa de que els individus o els grups socials necessiten obtenir reconeixement o respecte per las seva diferència (Honneth, 2010). Quan un individu és objecte de reconeixement pot assolir l'autoestima ja que se sent valorat pels seus companys d'interacció en les seves capacitats especifices i això li permet identificar-se amb les seves qualitats i aportacions especifices d'una manera absoluta. Les aportacions de Honneth ens són útils per enllaçar amb la tercera categoria més citada: el bon tracte vinculat al context global de la persona gran o en situació de fragilitat. En efecte, és a partir del reconeixement de les capacitats especifices de l'individu com aquest podrà assolir un grau adient d'autoestima; és a partir del reconeixement de la seva historia, de tot el que la persona ha aportat i pot encara aportar que li serà possible assolir un nivell de qualitat de vida adient i articulat amb els seus potencials.

Fins aquí hem destacat tres paraules: respecte, tracte digne i reconeixement, com elements crítics que haurien de configurar el bon tracte a la gent gran i, en general, a tot el conjunt de persones que per presentar i patir diversos tipus de problemes de salut es troben en una situació de dependència vers els altres. Tanmateix, i pel que fa al cas específic de la gent gran, el marc social i cultural actual es caracteritza, entre d'altres elements, pel fet que els avis no disposen de cap mecanisme de poder per imposar els seus criteris o per defensar-los. Ni tan sols per fer-se respectar, especialment en els grans centres urbans en els que

reben un tracte quotidià molt pròxim al que es dona als col·lectius estigmatitzats (Fericgla, 2002). Aquest autor, ja esmentat en un apartat anterior, assenyala que la societat anuncia que les persones grans mereixen tot el respecte dels altres, que gràcies a elles el món funciona a l'actualitat, que la saviesa acumulada a través els anys és insubstituïble i que la gent gran ha de ser el primer objectiu de qualsevol intent social de benestar. Però la realitat és molt diferent ja que els valors es decanten cap a la joventut, els programes publicitaris preconitzen la guerra a les arrugues i a les canes, les innovacions han ofegat les tradicions, els fills aparten els pares vells de la seva llar i els visiten molt irregularment, etc.

Però, no solament això, també cal afegir els efectes d'un discurs que preconitza un concepte de felicitat basat en un hiperconsum i en la negació de les conseqüències, inexorables, del pas del temps. Gilles Lipovetsky ha escrit que moltes persones grans cerquen en el consum conservar-se en forma i amb bona salut i que l'hiperconsum sénior funciona, més que en d'altres segments d'edat, com una espècie de teràpia quotidiana, com una forma d'exorcitzar el sentiment de no ser útils, l'angoixa de la soledat i del temps que passa (Lipovetsky, 2007).

Aquestes reflexions, extretes del camp de la filosofia i de la sociologia ens serveixen per construir arguments en la defensa del bon tracte, un bon tracte que inclou, com he assenyalat, tres elements: el respecte, la dignitat i el reconeixement del seu context global.

El Govern de Catalunya, a través del Departament de Benestar Social i Família, va publicar una resolució el dia 3 de novembre de l'any 2003, que recollia tot un conjunt de drets i deures de la gent gran. Exposem de

manera resumida l'apartat dels drets (Departament de Benestar i Família, 2003):

1. A no ser discriminades per raons d'edat, gènere, ètnia, discapacitat, situació econòmica o qualsevol altra condició.. .
2. A ser tractades amb dignitat, punt que incloïa aspectes com el respecte a la identitat personal, el dret a l'honor i a la pròpia imatge i el dret a denunciar possibles situacions de maltractament propi o aliè.
3. Que sigui respectada la nostra capacitat de prendre decisions lliures i informades en els propis assumptes personals, la qual cosa implica, entre d'altres, el dret a tenir una informació suficient, a nomenar un tutor/a o representant legal en cas d'incapacitat i a que es respectin les voluntats anticipades.
4. A viure en entorns que dignifiquin, ja sigui en el propi domicili com en les institucions d'assistència mèdica i/o psicosocial.
5. A exigir que les administracions esmercin recursos i accions encaminats a atendre totes les situacions de necessitat, a eradicar la pobresa, a la formació sobre la dignitat humana, a la cultura i a la solidaritat intergeneracional. .
6. A obtenir els recursos econòmics i socials que ens permetin viure amb suficiència i dignitat.
7. Que es treballi per una cultura d'igualtat de gènere, d'oportunitats de participació, de decisió i de suport en la suficiència i que es tingui especial cura pel que fa a les situacions dels drets de la dona gran.

8. Que els mitjans de comunicació promoguin una imatge positiva de la gent gran, fent evident l'heterogeneïtat i diversitat de situacions que es donen en aquestes edats.

Aquell decret va traçar les línies polítiques per afavorir un Bon tracte a les persones grans però, actualment, en l'any 2017, podem comprovar que si bé s'han fet avenços importants en aquest camp queda encara molt de camí per recórrer ja que, massa sovint, les persones grans i també aquelles que es troben en situació de fragilitat per problemes de salut no gaudeixen del tracte merescut i, a més, en ocasions són víctimes de maltractaments en les seves diverses modalitats. A aquest punt hi hem dedicat un apartat específic en el marc teòric.

7.2. SEGONA PREGUNTA: Quin paper pensen que cadascú de vostès ha desenvolupat en aquest àmbit del bon tracte?

Les tres categories més citades han estat, en primer lloc, "la detecció i la prevenció de les situacions de no bon tracte", amb un percentatge del 24,35 %. En segon lloc, la categoria "connectar a les persones amb els recursos i xarxes existents", amb un percentatge del 17,76%. Finalment, en tercer lloc, "fer visible el problema a les administracions", amb un percentatge del 17,10%.

En relació a la primera, la detecció i prevenció de les situacions de no bon tracte/maltractament, és clara la posició dels participants en els grups focals en tant consideren la rellevància de detectar i prevenir, cosa que,

sovint, esdevé difícil atesa la escassa visibilitat del problema. Podem citar alguns exemples de no bon tracte. Una primera situació és la que es dona en diversos dispositius institucionals. Una senyora de 85 anys estava ingressada en un centre hospitalari arran d'haver presentat un procés respiratori agut. A més, la senyora patia des de feia anys un greu problema de mobilitat que li provocava una situació de greu dependència dels altres. Un matí, mentre la filla esperava fora de l'habitació, seguint les indicacions del personal d'infermeria, va sentir com la seva mare proferia uns crits terribles de dolor. Al entrar a l'habitació va comprovar que la seva mare estava penjada per les extremitats amb la finalitat de poder pesar-la. Aquesta posició li va provocar un augment insuportable del dolor que ja venia patint. La filla va reaccionar demanant a les infermeres que deixessin en pau la seva mare. A partir d'aquell incident, la relació amb el personal assistencial es va deteriorar fins arribar a un nivell que va accentuar encara més la situació de no bon tracte/maltractament institucional. Al cap d'uns dies, la dona va morir en condicions gens dignes. La filla va presentar una queixa a la unitat d'atenció al client, però no va rebre cap resposta satisfactòria, ni tan sols una nota de disculpa. Podríem citar molts més exemples dels que hem estat testimonis, com el d'una dona de 82 anys, malalta de Parkinson, ingressada en un centre sociosanitari, que en repetides ocasions va requerir l'atenció del personal d'infermeria però no el va poder cridar ... perquè no arribava a poder accedir al timbre ja que tenia la mà paràlitzada per un procés vascular cerebral.

Aquestes situacions, massa freqüents encara en dispositius assistencials, són constitutives d'un No Bon Tracte i, fins i tot, d'un Maltractament i no es poden justificar apel·lant als arguments habituals centrats en la manca

de recursos o la manca de personal, entre d'altres. Si bé és cert que aquests dèficits no contribueixen a generar condicions per un tracte digne no poden ser mai emprats com arguments justificadors. I és en aquestes situacions quan cal ser més curosos per prevenir i/o detectar tot tracte indigno. La persona gran, sovint afectada per diversos patiments i malalties, així com per situacions familiars degradants, es troba particularment indefensa enfront d'uns entorns que haurien de ser especialment curosos, flexibles i respectuosos.

Reprenent les dues paraules clau, detecció i prevenció, ens cal abordar ara aquestes dues qüestions. En primer lloc, la detecció, és a dir, la identificació de totes aquelles situacions constitutives d'un No Bon Tracte i/o de Maltractaments a les persones grans i /o que es troben en condicions de fragilitat per problemes de salut. Cal advertir que no es tracta d'un procés fàcil ja que, sovint, el No Bon Tracte i/o els Maltractaments esdevenen invisibles o simplement no són detectats. Diversos són els factors que generen dificultats per a la detecció. En citarem alguns. Pel que fa a la víctima, l'aparició d'un sentiment de culpa o de vergonya, o bé la necessitat de protegir el causant del maltractament o, també, la por a possibles represàlies, són elements que juguen un paper clau per a la no detecció del problema (Tabueña, Muñoz i Fabà, 2016).

I pel que fa als professionals, ja sigui de l'àmbit sanitari o del social, són també diversos els factors que poden contribuir a que les esmentades situacions de No Bon Tracte i/o de Maltractament passin desapercbudes. Així, l'atribuir el comportament de la persona gran al mateix estat físic o mental; el patir la manca de protocols estandaritzats per saber què cal fer i on cal anar; finalment, la dificultat per documentar i obtenir proves.

Pel que fa a la prevenció, dos autors ja esmentats, Tabueña i Muñoz, varen establir tres nivells per a la prevenció. El Nivell Primari pretén evitar que les situacions de No Bon Tracte o Maltractament arribin a produir-se; és a dir, es tracta d'actuar abans que una persona es converteixi en la víctima de qualsevol forma de maltractament i per això és crucial incidir en els principals factors de risc. Tabueña i Muñoz varen proposar les següents mesures:

- a) Sensibilització sobre el fenomen dels maltractaments, tant dels professionals com de les persones grans i la societat en general
- b) Educació en valors de respecte, dignitat i tolerància vers les persones d'edat avançada, mitjançant conferències, tallers, programes, assignatures i altres, tant en les escoles com en les universitats.
- c) Potenciar la formació sobre els maltractaments als professionals implicats afavorint els cursos d'especialització, jornades, màsters i altres (Tabueña i Muñoz, 2012)

El Nivell Secundari pretén incidir en la detecció precoç dels casos en els quals es donen ja factors de risc, ja sigui en la pròpia persona gran o bé en el seu entorn immediat. Cal establir dos supòsits: a) quan la persona gran té la capacitat de decidir; b) quan la persona gran no té la capacitat de decidir per causes que afecten greument la seva salut.

A) En el supòsit que la persona gran víctima de maltractament tingui la capacitat per decidir, pot dur a terme les següents mesures:

- Document d'autotutela
- Les voluntats anticipades

- Previsions patrimonials
- Mesures cautelars

B) Persona gran víctima de maltractament que no tingui capacitat per decidir. Es poden dur a terme les següents mesures:

- Proposta d'incapacitació i posterior designació de la figura tutelar
- Ingress involuntari en un centre residencial
- Intervenir perquè les situacions detectades puguin ser ateses per personal especialitzat i amb estructures de suport específiques per aquesta finalitat
- Accions de suport i assessorament dirigides als cuidadors que en tenen cura

Finalment, el Nivell Terciari té per objectiu detectar les situacions en les quals la persona gran és víctima d'una o més formes de maltractament i aturar-les per evitar-ne les conseqüències actuals i el seu agreujament. En aquest context, els autors esmentats posen l'èmfasi en els senyals d'alerta que es poden detectar ja sigui a partir del testimoni de la persona afectada o d'altres indicadors com són la presència de lesions, marques de subjecció, caigudes reiterades, senyals de desnutrició o de deshidratació.

Quant a les mesures que proposen són les següents:

- A) Seguiment i avaluació dels programes i altres tasques com la del diagnòstic i la intervenció en situacions de maltractaments.
- B) Que les persones d'edat avançada afectades per aquesta situació de maltractament, disposin de tota l'atenció integral a fi de

minimitzar o recuperar-se de les conseqüències tant físiques com psíquiques patides i puguin gaudir d'una bona qualitat de vida.

- C) Emfatitzar la coordinació entre els diferents sistemes que estan implicats en les situacions de maltractaments.

Un punt que, segons la nostra experiència, requereix una atenció especial és el que fa referència a un tipus de situació especialment greu i més freqüent del que es podria considerar. Es tracta d'aquella situació en la que s'articulen, per una banda, l'existència d'un procés de deteriorament cognitiu incipient en la persona gran i, de l'altra, l'existència d'un trastorn mental en un familiar molt pròxim, generalment un fill/a. Alguns dels casos en els que hem intervingut presentaven aquestes característiques. La persona gran patia un deteriorament cognitiu incipient, no ben detectat per l'àmbit sanitari mentre que el fill presentava un trastorn per consum de substàncies tòxiques (cànnabis i cocaïna). En aquest cas, el problema plantejava riscos importants en tant el fill, que era la persona maltractadora, tenia un trastorn per abús de substàncies tòxiques, predominantment estimulants, i no seguia un tractament regular en el CAS. D'altra banda, el pare, en tant víctima, estava diagnosticat d'un procés demencial de tipus vascular però feia una vida pràcticament normal i mostrava un bon nivell d'autonomia. Això el col·locava en una situació peculiar: no estava incapacitat per prendre determinades decisions però, alhora, no tenia la total plenitud de facultats mentals per prendre-les de manera responsable, és a dir, coneixent l'abast de les conseqüències. Aquest punt requereix que hi dediquem unes línies.

És un fet obvi que les persones que presenten algun tipus de demència, entesa com una síndrome progressiva de deteriorament global de les

funcions intel·lectuals (de la memòria, del llenguatge, les gnòsies, les pràxies o les funcions executives) (Fernández i Zarranz, 2013) presenten diverses alteracions cognitives que provoquen tot un conjunt de limitacions en el desenvolupament de la vida quotidiana; així, perden la capacitat de recordar esdeveniments recents, disminueix la seva capacitat d'atenció, perden habilitats manuals, cometen errors en la identificació dels seus familiars més pròxims, etc. És força clar que una persona que es troba en aquestes condicions no està capacitada per prendre decisions que impliquin un nivell important de responsabilitat com, per exemple, fer testament, però el que ja no és tan conegut és el fet que molts processos demencials tenen uns inicis molt discrets que comporten, entre d'altres, actituds d'indecisions, dubtes o delegacions creixents en els altres (Goldberg, 2015). En aquests casos, el procés de demència no ha estat encara diagnosticat o pot haver rebut un diagnòstic erroni o, pitjor encara, ser atribuït a "les relliscades pròpies de l'edat" quan en realitat, el que està en joc és un deteriorament de les funcions executives. Aquestes han estat definides com els processos que associen idees, moviments i accions simples i els orienten a la resolució de conductes complexes (Tirapu i Luna, 2011) o també com les capacitats mentals essencials per portar a terme una conducta eficaç, creativa i acceptada socialment (Lezak, 1982). El que això significa és que les persones tenim la capacitat d'anticipar, elegir objectius, planificar, seleccionar la conducta, autorregular-nos i fer ús del feed-back. Potser un exemple ajudarà a comprendre aquest concepte: Suposem que volem fer un viatge a un país africà. Abans de fer-lo haurem d'elegir el país i conèixer la seva situació política actual; però també haurem d'elegir les dates i el recorregut. A més, haurem d'elaborar el pressupost que inclourà les despeses del transport, dels hotels, i de tots

aquells imprevistos que es puguin presentar. Finalment, haurem de decidir les persones amb les quals farem el viatge, si és que no preferim anar sols. Totes aquestes decisions són altament complexes i requereixen d'unes funcions executives adients.

Doncs bé, són precisament aquestes funcions les que s'alteren més inicialment en molts dels processos demencials tot i que poden passar desapercebudes.

És necessari advertir que el cercar els senyals cognitius altament sensibles de demència incipient és un repte fonamental pels clínics, els investigadors de les demències i, en general, per tots aquells professionals que atenen persones grans ja que suposa el poder encetar un conjunt de mesures de rehabilitació, tractament i protecció de la persona afectada.

La segona categoria més citada en relació a la segona pregunta és la que es refereix a la necessitat de connectar les persones grans amb els recursos existents. Això implica la necessitat de què les persones grans sàpiguen on han d'acudir per tal de resoldre ja sigui els dubtes que tinguin per qüestions legals, ja sigui per consultar per problemes de salut o per temes socials. Per posar un exemple que es dóna amb certa freqüència: Una persona gran és atesa en un dispositiu de salut i considera que no rep el tracte adient. La pregunta que es planteja és on pot acudir i quines són les mesures correctores que se li poden oferir. Un altre exemple és el que es dóna en casos d'espoliació patrimonial per part d'un familiar i /o de la persona que la cuida. A més, la persona gran no disposa de medis econòmics solvents per acudir a un advocat o també que tot i disposar dels esmentats medis no sàpiga on adreçar-se.

Una altra situació es pot donar quan la persona gran i/o en situació de discapacitat acut a un recurs financer i li ofereixen productes de dubtosa legalitat o que són clarament una estafa. De tots és coneguda l'existència recent de productes financers que han provocat enormes pèrdues econòmiques a persones grans. Dos cassos, entre tot un ampli conjunt: les hipoteques inverses i les accions preferents.

Però, sense necessitat d'entrar en l'àmbit del delicte, ens trobem també en aquells cassos en els quals certes entitats financeres ofereixen productes de maneig complex i de preus elevats a persones que mai s'han entrenat en el món digital.

Finalment, la tercera categoria es refereix a la necessitat de fer visible el problema del Bon Tracte versus Maltractaments a les persones grans i en situació de fragilitat. Ha estat repetit en diverses ocasions que els maltractaments i les situacions de No Bon Tracte a les persones grans solen passar desapercibudes o bé no se'ls dóna la rellevància deguda. A què respon aquesta invisibilitat? En primer lloc, cal tenir en compte els aspectes socials de la vellesa. En un model cultural en el qual imperen els valors de bellesa i triomf, tot allò que té a veure amb la decadència física i social que comporta, sovint, la vellesa, s'aparta i fins i tot, s'amaga. Les persones grans i els seus problemes es tornen invisibles o són maltractades. Però hi ha d'altres factors com són les situacions de dependència, l'aïllament social i el gènere femení. Una cosa similar es dóna en els casos de persones en situació de fragilitat per problemes de salut. En efecte, no és infreqüent que persones amb algun tipus de malaltia neurològica com el Parkinson, els accidents vasculars cerebrals o malalties degeneratives poden ser tractades de manera no digna o maltractades i aquestes situacions solen passar desapercibudes.

Però, també es pot donar el cas de què tot i ser detectades, els professionals no trobin el recurs adient o s'inhibeixin.

De tot això es deriva la necessitat de què les administracions (locals, autonòmiques, estatals) prenguin consciència del problema i s'impliquin en donar sortida a aquestes problemàtiques.

7.3. TERCERA PREGUNTA: Quin paper pensen que tenen els altres actors en aquest àmbit?

La categoria més citada ha estat la 3_8_27: "A vegades de col·laboració i de xarxa (43,02%)". Una gran part de les intervencions dels membres dels grups focals s'ha centrat en la necessitat de què els altres actors professionals col·laborin i treballin en xarxa. Ara bé, col·laborar i treballar en xarxa no són conceptes sinònims ja que el primer implica només una interrelació ocasional, episòdica, mentre que el segon, el treball en xarxa, té un abast molt més ampli i profund (prendre com referència els diversos documents de l'Osamcat i de Xarxa Baix).

La segona categoria més citada ha estat la 3-9-28: "Depèn molt del professional i no tant de la professió (22,09%)". Es tracta d'una qüestió ètica i de compromís del professional implicat, que va molt més enllà de les guies, protocols i normatives que condicionen la seva intervenció. Dit amb d'altres paraules: Les guies, els protocols i les normatives indiquen als professionals com han d'actuar i intervenir però en el cas a cas sempre està i estarà present la seva posició ètica. Així, com assenyala Begoña Roman, no n'hi ha prou amb que cada professional assoleixi la seva responsabilitat. Una ètica dels serveis assistencials ha d'explicitar uns

valors rectors i el paper que desenvolupen les persones ateses. Més enllà del assistencialisme cal proposar un model de participació i empoderament centrat en les persones que, a més a més, sigui capaç d'anticipar les possibles circumstàncies de fragilitat (Roman, 2016)

La tercera categoria ha estat la 3_4_23: "Manca de coordinació interserveis (19,76%)". En aquest cas, els participants en els grups focals han considerat que en diverses ocasions es produeix una lamentable manca de coordinació entre els diversos serveis que intervenen en un cas. Una situació paradigmàtica, i que no és específica de l'atenció a la gent gran sinó que es dona en totes les franges etàries i en tots els àmbits, és la que es refereix als dèficits en la transferència d'informació. Així, és força freqüent que quan des d'un servei es sol·licita informació a un altre dispositiu sobre un determinat cas rebí una resposta negativa basant-se en la confidencialitat i la protecció de dades. Es tracta d'un problema complex que deriva de les contradiccions i incompatibilitats entre la transmissió de la informació i la confidencialitat de les dades. Això col·loca sovint els professionals davant de situacions molt complicades ja que, en efecte, com transmetre determinades informacions en contextos en els quals hi participen moltes persones i, alhora, preservar la confidencialitat de les dades referents a la persona atesa? (Moya, 2012).

Sobre aquest particular, cal advertir que, si bé és cert que el marc legal vigent a l'actualitat obliga als professionals a preservar la confidencialitat també és cert que el mateix marc permet i recomana transferir informació rellevant per tal de protegir la persona i assegurar-li el seu benestar. Per a la seva rellevància hi dedicarem unes línies.

El marc legal actual ve configurat per tres lleis. La primera, la més antiga, és la Ley de Enjuiciamiento Criminal, promulgada l'any 1882 i modificada per la Ley Orgánica 13/2015 i la Ley Orgánica 41/2015; la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de desembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) i, per últim la Llei 12/2007, de Serveis Socials.

La primera, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, estableix en el seu article 262 el següent: "Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente". (Ministerio de Gracia y Justicia, 1882)

La segona, la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, estableix, en el seu article 6 el següent:

"1. El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa. 2. No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias; cuando se refieran a las partes de un contrato o precontrato de una relación comercial, laboral o administrativa y sean necesarios para su mantenimiento o cumplimiento; cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado en los términos del artículo 7, apartado 6, de la presente Ley (el subratllat és nostre), o cuando los datos figuren en fuentes accesibles al público y su tratamiento

sea necesario para la satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del fichero o por el del tercero a quien se comuniquen los datos, siempre que no se vulneren los derechos y libertades fundamentales del interesado. 3. El consentimiento a que se refiere el artículo podrá ser revocado cuando exista causa justificada para ello y no se le atribuyan efectos retroactivos. 4. En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado”.

l l'article 7 en l'apartat sisè diu: “No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de Servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto. También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento” (Jefatura del Estado, 1999).

Finalment, la Llei de Serveis Socials, promulgada l'any 2007, diu en el seu article 39:

“1. El Govern i el departament competent en matèria de serveis socials han de vetllar per **garantir la coordinació i la integració** adequades del sistema de serveis socials **amb els altres sistemes** que contribueixen al benestar de les persones.

2. Les mesures de coordinació s'han de dirigir especialment als àmbits de **salut, educació, ocupació, justícia, habitatge i cultura** i han de **garantir l'intercanvi de la informació necessària** per a detectar situacions d'alt risc social i intervenir-hi” (Generalitat de Catalunya, 2007).

De tot això es desprèn que l'actual marc legal no solament permet als professionals la transferència de dades personals en aquells cassos en els quals sigui necessària per la cura i el bon tracte de la persona atesa sinó que, a més, en ocasions obliga a transferir l'esmentada informació a la resta de professionals implicats en el cas.

I per acabar aquest punt direm que l'experiència del dia a dia ens mostra les adverses conseqüències que es deriven de la no transferència d'informació rellevant. Un exemple podria ser el cas d'una persona gran que té prevista una alta mèdica en un servei sociosanitari i no s'avisava amb suficient antelació als serveis socials per tal d'activar una actuació d'atenció domiciliària quan aquella persona es troba en situació de dependència.

7.4. QUARTA PREGUNTA: Quins creuen que són els punts positius del que ja s'està fent actualment?

Les categories més citades, amb un empat, han estat la 4_1_27: “L'estructura dels serveis” i la categoria 4_3_29: “El propi professional és el recurs” (26,54%).

En relació a la primera, l'estructura dels serveis és molt ben valorada per un percentatge considerable dels participants. Així, alguns han destacat l'atenció que reben en els ambulatoris de salut tot i el temps d'espera per les visites. També han assenyalat la bondat de la teleassistència i dels serveis d'atenció domiciliària. Cal destacar que per a moltes persones que viuen soles i, en ocasions en llocs apartats dels nuclis urbans, el fet de disposar d'un servei al que poden comunicar les seves incidències els proporciona seguretat i benestar. En aquest sentit, la teleassistència ha salvat vides humanes.

Un altre punt molt ben valorat ha estat el propi Consell Consultiu de la Gent Gran, en tant és un espai en el que es debat sobre problemàtiques que afecten la gent gran i, alhora, es plantegen reivindicacions adreçades a les administracions.

En relació a l'altra categoria, la que es refereix al propi professional, ens indica el valor que l'usuari li atorga no únicament des de la perspectiva de l'eficàcia de la seva intervenció sinó també des de la vessant ètica-relacional (la transferència en la relació entre l'usuari i el professional).

La tercera categoria més citada ha estat la 4_10_36: "La visibilitat de les problemàtiques de la gent gran" (22,12%). Si bé en un punt anterior es feia referència a la invisibilitat del No Bon Tracte o del Maltractament ara es posa l'èmfasi en què progressivament aquests problemes són més visibles, és a dir, es detecten més i es fan més intervencions. (fer cova a EIMA i a Igualada).

L'existència de grups com EIMA o les accions liderades pels Consells Comarcals de l'Anoia, el Maresme, el Garraf i el Baix Llobregat amb el suport de la Diputació de Barcelona són manifestacions clares de voluntats polítiques i de compromisos professionals. En aquest marc cal

assenyalar el benefici que es derivaria d'una generalització a tot el territori de Catalunya amb el lideratge del Govern de la Generalitat. Alhora, esdevindria inestimable que tot aquest procés tingués el suport de les entitats financeres mitjançant les seves obres socials així com els col·legis professionals (notaris, treballadors socials, educadors socials, metges, advocats, psicòlegs, pedagogs, infermeria. etc).

Es tractaria d'anar més enllà de les iniciatives locals i construir un projecte de país.

7.5. CINQUENA PREGUNTA: Què pensem que cal millorar, quins canvis introduiríeu?

La categoria més citada ha estat la 5_7_44: "Creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran" (15,71%). Aquest dispositiu sorgeix arran de la necessitat, moltes vegades detectada, de tenir un referent al qual acudir per a la resolució de casos de No Bon Tracte o de Maltractament. És necessari advertir que aquesta necessitat es situa en dues bandes: el professional i l'usuari. Pel primer suposa un estrès i una angoixa per no poder satisfer la demanda de la víctima, i per aquesta, el no saber quin circuit i a quin professional acudir. En aquest marc cal assenyalar l'existència a Catalunya d'iniciatives que tenen l'objectiu de detectar, prevenir i intervenir en casos de maltractaments de la gent gran. La primera iniciativa és EIMA (Associació per a la investigació del maltractament a les persones grans), equip creat per la Dra. Mercè Tabueña i que actualment presideix el lletrat Jordi Muñoz. Aquest equip va iniciar la seva trajectòria l'any 2003 i compta amb el suport de la

Diputació de Barcelona. Els seus objectius són:

- Realitzar accions de sensibilització sobre el fenomen dels maltractaments a les persones grans mitjançant intervencions en els diferents medis de comunicació, producció audiovisual, així com organitzant jornades i produint articles d'opinió en diferents publicacions.
- Oferir espais de formació als professionals, personal d'institucions i associacions mitjançant cursos de diferent durada, conferències, col·loquis, taules rodones i jornades.
- La realització d'investigacions sobre els maltractaments de les persones grans en col·laboració amb institucions universitàries i altres organismes científics.
- La producció i publicació de documents relacionats amb els maltractaments a les persones grans.

La segona iniciativa és la creació de L'Equip d'Atenció a la Vellesa de l'Anoia (EAVA), coordinat pel Departament de Benestar Social i Atenció a la Ciutadania del Consell Comarcal de l'Anoia, l'Ajuntament d'Igualada i l'Institut Català de la Salut.

Altres iniciatives comarcals són les que han encetat els consells comarcals del Garraf, el Maresme, l'Osona i el Baix Llobregat, entre d'altres.

Tots aquests moviments són la clara manifestació d'un procés de conscienciació de professionals i representants polítics de Catalunya i dels quals es deriva la proposta que presentem en aquest informe de creació d'equips especialitzats en el Bon Tracte a les persones grans i a aquelles que es troben en situació de fragilitat.

La segona categoria més citada ha estat la 5_6_43: "Millorar els sistemes

d'informació interserveis" (14,28%). Aquesta categoria ha centrat l'interès predominantment dels professionals de la salut i de serveis socials. Els sanitaris es varen queixar de no disposar de la informació social dels seus pacients i, a la inversa, els professionals de serveis socials demanaven tenir accés a informació sanitària rellevant de les persones que atenen. La qüestió no radica en un tema de coordinació o comunicació entre dispositius sinó en la necessitat de disposar d'uns sistemes d'informació compartida. Alhora, per tal d'optimitzar l'eficàcia dels esmentats sistemes, fora adient que aquests incorporessin una base de dades que inclogui aspectes com la legislació vigent, la jurisprudència, protocols, guies d'actuació, així com un recull de coneixements construïts a partir de les experiències assistencials.

Actualment, és bastant general que els dispositius de salut comparteixin entre ells informació dels pacients que atenen tot i que hi ha aspectes que es perden, per exemple, una intervenció urgent en un ambulatori no és accessible al conjunt d'hospitals de Catalunya. I pel que fa a l'accessibilitat d'informació rellevant entre dispositius d'àmbits diferents (socials, sanitaris, judicials, etc.) cal assenyalar que aquesta no es dona. Es perd així un quantum considerable de dades d'absoluta importància. Un exemple fora el d'una persona que és atesa a serveis socials bàsics d'una determinada població i acut, a més, a un centre de salut mental; alhora, també acut a un dispositiu d'urgències hospitalàries d'un centre concertat. Doncs bé, aquests dispositius no tenen compartits els sistemes d'informació i, per tant, aquesta només es podrà obtenir a partir del testimoni de la persona atesa o d'algun familiar.

D'aquí es deriva la necessitat de crear un sistema d'informació compartida interserveis i dispositius (SICID).

Finalment, la tercera categoria és la 5_1_38. El marc legal (11,42%). En diverses ocasions, en els grups focals s'ha plantejat la necessitat d'elaborar una llei específica per a la gent gran, de manera paral·lela a la ja existent per a la població infantil i adolescent: la Llei de Drets i Oportunitats de la Infància i l'Adolescència. (Generalitat de Catalunya, 2010).

La proposta, nascuda en el sí del Consell Consultiu de la Gent Gran del Baix Llobregat, va ser presentada en el Parlament de Catalunya en el mes de juny del 2016.

8. CONCLUSIONS

Les principals conclusions de l'estudi realitzat es poden resumir en els següents punts:

- Els participants dels grups focals consideren que el Bon Tracte a les persones grans i aquelles que es troben en situació de fragilitat per problemes de salut consisteix en un tracte respectuós, digne i vinculat a tot el context de la persona. Aquests respecte i tracte digne comença pel reconeixement de l'individu com entitat única i necessita ser comprés per l'altre. La dignitat de la persona no pot ser qüestionada ni menyspreada a partir dels dèficits i/o limitacions inherents a processos com el deteriorament cognitiu de les demències, els accidents vasculars cerebrals o situacions vitals derivades de la pèrdua del poder adquisitiu. Cada persona és única, de tal manera que en cada naixement algun element singularment nou entra en el món. A més, cal considerar que per alguns malalts, com els mentals, especialment si pateixen una malaltia greu, com la psicosi o l'autisme, el món pot esdevenir particularment invasiu i amenaçador i això dificulta enormement l'establiment de vincles socials. En conseqüència, l'atenció i el tracte d'aquestes persones ha de tenir una cura especial per a la seva individualitat.
- En relació al paper que tenen els diferents actors, els grups focals han assenyalat la detecció i la prevenció de les situacions de no bon tracte; connectar les persones amb els recursos i xarxes existents i fer visible el problema a les administracions. Es

tracta, doncs, d'unes responsabilitats directes dels professionals dels diversos àmbits assistencials (salut, sociosanitaris, treball social, policia, etc.) en virtut de les quals han d'estar atents a l'existència d'indicis de no bon tracte o de maltractament i actuar èticament en els casos en els quals es produeixin. Les pràctiques inadequades no es poden justificar per l'escassetat de recursos o per la fatiga dels professionals o curadors. Alhora, aquests han de poder ser cuidats i rebre la formació adient.

- Pel que fa a la tercera pregunta, referent al paper que tenen els altres actors, els participants en els grups focals han destacat la col·laboració i el treball en Xarxa. També han indicat que sovint, depèn del professional i no tant de la professió. Finalment, la manca de coordinació entre els serveis. D'una manera resumida, podem dir que es tracta de realitzar un Treball en Xarxa, seguint models ja existents: Interxarxes, en els districtes d'Horta, Guinardò i Carmel, de Barcelona; Xarxa-Baix, impulsat pel Consell Comarcal del Baix Llobregat; i la Taula de Salut Mental de EL Prat de Llobregat. Però un bon treball en Xarxa requereix, indefectiblement, del compromís del professional i de la seva posició ètica.
- Un obstacle per a una bona coordinació entre serveis és la col·lisió existent entre transferència d'informació rellevant i la confidencialitat de les dades personals. No obstant, cal recordar que la Llei de Protecció de Dades Personals contempla tot un conjunt de situacions excepcionals com, per exemple, quan el tractament de les dades tingui per finalitat protegir un interès

vital de la persona interessada o bé quan està en joc la salut de terceres persones. D'altra banda, altres lleis com la Llei d'Enjudiciament Criminal i la Llei de Serveis Socials permeten l'intercanvi d'informació necessària entre serveis quan es detecten situacions d'alt risc.

- Respecte de la quarta pregunta, sobre quins són els punts positius del que ja s'està fent actualment, les categories més citades han estat: a) l'estructura dels serveis, b) el propi professional i c) la visibilitat de les problemàtiques de la gent gran. Això implica que molts usuaris estan satisfets de l'organització dels serveis (salut, treball social) i, en general, dels professionals que els atenen. No obstant, cal remarcar tres punts: la teleassistència, el Servei d'Atenció Domiciliària i el Consell Consultiu de la Gent Gran. És important assenyalar-ho en tant la soledat és el símptoma i el fenomen social que més estralls provoca.
- Finalment, pel que fa als canvis que cal introduir, els tres punts més assenyalats han estat: a) la creació d'un dispositiu específic d'atenció a la gent gran i persones en situació de fragilitat per problemes de salut; b) millorar els sistemes d'informació entre els serveis i, c) l'elaboració i aprovació d'un Marc Legal Específic per a la Gent Gran.
- El servei que es proposa és el Servei Especialitzat d'Atenció a les Persones Grans i Persones en situació de fragilitat (SEAP). La seva funció serà millorar la qualitat de vida de les persones grans i de les persones en situació de fragilitat, millorar la prevenció,

detecció i atenció del No Bon Tracte i del Maltractament; garantir el treball interdisciplinari i en Xarxa; adequar la transmissió de la informació social, jurídica i mèdica; donar resposta a les situacions de No Bon Tracte i/o Maltractament; realitzar estudis i projectes de sensibilització, detecció i prevenció a la comunitat; respondre a les necessitats dels professionals que atenen les persones grans i a les persones en situació de fragilitat; coordinar-se amb els diferents serveis dels àmbits de salut, serveis socials, justícia, habitatge, cossos de seguretat i d'altres; i orientar i assessorar per establir el tipus d'atenció necessària i adient a cada situació.

- Els grups focals han indicat la necessitat d'implementar uns sistemes d'informació compartida entre els diversos serveis implicats. Aquest sistema ha de permetre, dins del marc legal actual, la transferència d'informació crucial pel benestar i la salut de les persones ateses. A més, l'esmentat sistema ha de poder generar coneixement a partir del que pot aportar l'atenció dels casos que vagi incorporant.
- Finalment, es destaca la necessitat de tenir un marc legal específic per a la gent gran i les persones en situació de fragilitat per problemes de salut.

9. RECOMANACIONS I PROPOSTES

9.1. SERVEI ESPECIALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS I PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT (SEAP)

9.1.1. JUSTIFICACIÓ I ANTECEDENTS

La definició i la posada en marxa d'un dispositiu que permeti atendre a les persones grans i a les persones en situació de fragilitat ha estat el criteri més repetit entre els participants dels grups focals del projecte, essent una necessitat clara de donar-li resposta.

El bon tracte a les persones grans i persones en situació de fragilitat és el que emmarca aquest dispositiu que es basa amb els valors del respecte, la dignitat i l'escolta en tota l'actuació i intervenció dels i les professionals. La finalitat és oferir orientació i suport des de l'especialització dels professionals d'aquest servei, tant a professionals d'altres serveis com a les pròpies persones que ho requereixin per tal de respondre de la manera més adequada a les necessitats detectades.

De fet estem parlant d'un recurs dirigit a un col·lectiu de persones amb molta heterogeneïtat i una gran diversitat de necessitats, el que fa que la realitat sigui especialment complexa i, per tant, no a l'abast d'un únic professional (Gutiérrez, Jiménez i Corregidor, 2006) .

Per altra banda, els professionals que treballen amb aquests col·lectius, molt sovint estan exposats a un nivell gran d'exigència a l'hora de donar resposta quan es tenen en compte les necessitats reals de les persones, comptant amb pocs recursos humans i materials.

Malgrat que com s'ha reflectit en diferents entrevistes en profunditat i grups focals, la gent gran i les persones en situació de fragilitat es fan

invisibles a la nostra societat i això fa que aquest col·lectiu tendeixi clarament cap a l'exclusió social i amb poques perspectives de participació social i de potenciar-se com a persona, des del propi projecte i des del dispositiu volem donar tota l'escolta per tal de detectar, prevenir i resoldre les dificultats que es troben.

El coneixement i gestió adequada des diferents recursos socials i sanitaris de la comunitat son imprescindibles per garantir una continuïtat assistencial, necessitant del treball multidisciplinari que faciliti i s'adapti a les necessitats de les persones vulnerables, adequant els canvis necessaris entre recursos.

9.1.2. OBJECTIUS

Aquest servei d'atenció a les persones grans i persones en situació de fragilitat te com a objectius generals:

- Millorar la qualitat de vida de les persones grans i les persones en situació de fragilitat.
- Millorar la prevenció, detecció i atenció del no bon tracte i del maltractament a través d'un treball interdisciplinari i en xarxa amb els dispositius del territori.
- Garantir el treball interdisciplinari i en xarxa amb altres professionals del territori i serveis relacionats amb l'atenció a les persones grans i a les persones en situació de fragilitat per establir mecanismes de prevenció i intervenció comunitària.
- Adequar la transmissió de la informació social, jurídica i mèdica essencial a la resta dels professionals per dissenyar un pla conjunt.

- Donar resposta a les situacions reals de no bon tracte i/o maltractament de les persones d'aquests col·lectius.
- Realitzar i/o participar en estudis i projectes de sensibilització, detecció i prevenció a la comunitat des dels diferents àmbits dels professionals que integren el servei.
- Respondre a les necessitats reals dels professionals que atenen a les persones grans i a les persones en situació de fragilitat quan es detecten situacions de no bon tracte i/o maltractament.
- Coordinar-se amb els diferents serveis públics i/o privats dels àmbits de salut, de serveis socials, justícia, habitatge, cossos de seguretat i altres.
- Orientar i assessorar per establir el tipus d'atenció necessària i adequada a cada situació i coordinar els recursos públics i privats per facilitar l'atenció que es necessita.

9.1.3. PROFESSIONALS QUE INTEGRAN EL SERVEI ESPECIALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS I PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT (SEAP)

Aquest model d'intervenció que parteix de les necessitats detectades a partir de les aportacions fetes pels grups focals es realitzarà des d'un equip interdisciplinari integrat per tres perfils professionals:

- Treballador/a social,
- Jurista
- Metge/sa especialista en psicogeriatria o neurologia o geriatra.

El professionals que integren el servei d'atenció a les persones grans i persones en situació de fragilitat seran especialment coneixedors dels

recursos i institucions del territori relacionats amb aquest col·lectiu, així com de les característiques sociològiques de la població atesa.

9.1.4. ACCÉS I AL SERVEI ESPECIALITZAT D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS I PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT (SEAP) I METODOLOGIA

La demanda del dispositiu es farà de forma directa a través de la persona que està patint una situació de no bon tracte i de forma indirecta a través de la persona, professional, servei o entitat que identifica una possible situació de no bon tracte i/o maltractament.

Qualsevol agent implicat dels serveis i recursos del municipi podrà derivar la informació sobre la situació a serveis socials bàsics. Per altra banda, cal tenir en compte que qualsevol persona que pateixi o que conegui d'una possible situació de maltractament l'ha de posar en coneixement dels i les professionals del serveis socials bàsics.

Serveis socials demanarà assessorament al SEAP i es realitzarà la primera valoració per determinar el tipus d'intervenció a realitzar i la prioritat, o no, del cas.

La fase de valoració s'inicia un cop realitzada la recollida d'informació i dels fets concrets. Això, implica un coneixement integral de la situació de la persona gran o persona en situació de fragilitat, a nivell físic, cognitiu, emocional, social, de salut i familiar. Es farà l'anàlisi multidisciplinari, activant-se els tres perfils professionals del SEAP, si s'escau. Es tindran en

compte els recursos de la zona perquè es pugui donar la millor sortida a la situació plantejada.

Posteriorment passarà a la fase d'intervenció que tindrà com a finalitat la de protegir, atendre i resoldre la situació detectada de no bon tracte i/o maltractament cap a la persona gran o persona amb situació de fragilitat.

9.2 UN NOU SISTEMA D'INFORMACIÓ COMPARTIDA

Els seminaris interprofessionals ens han portat a la necessitat de parlar sobre la confidencialitat de dades i el **traspàs d'informació**, basant-nos en tres preguntes clau:

- Quina informació necessito
- Què passa quan la demano
- Què passa quan l'he de donar

Això va obrir un intens debat que ens va dur a elaborar una **guia sobre el traspàs d'informació** amb la col·laboració d'una jurista de la DGAIA.

Aquesta guia, junt amb el model de les Unitats d'Informació Clínica (UIC) va ser el punt de partença pel disseny de les **Unitats d'Informació Social**, les **UIS**.

Les **UIS** són un programa d'innovació social, basat en un software informàtic que parteix de totes aquelles aportacions fetes pels professionals que han intervingut a Xarxa Baix i que ens permet:

1. Compartir una base de dades amb la informació més rellevant del cas: història social de la persona o de la família, entre serveis d'un mateix territori, essent sempre l'eix d'aquesta informació els serveis socials bàsics del municipi.
2. Compartir una base de dades de documentació "just-in-case, just-in-time" com legislació, articles, bibliografia, guies d'actuació,...
3. Compartir un espai de consulta entre professionals.
4. Quantificar les consultes realitzades, les tipologies de casos compartits.

Considerem que els beneficis que aporten les UIS són el punt de vista de la persona com a centre del sistema, la predisposició dels serveis a compartir informació i recursos i el treball en equip com a forma de generar confiança comportant una millor assistència.

Les UIS promouen que els professionals i serveis que hi tenen accés parteixen de que la **informació** que gestionem és **sensible**, ha de ser precisa i només la que és necessària i no tothom ha de tenir accés a "tot". El compartir informació crea una subjectivitat col·lectiva, en la que no es jerarquitzen els sabers i es redueixen els riscos i problemes d'actuar sols. Així, el **valor** (habilitats, competències, etc.) i els **valors** (comuns i transversals) dels professionals prevalen.

Per altra banda, sabem que la legislació no tracta d'entrebancar als professionals o als equips a l'hora de demanar, generar i compartir informació, sinó que ho possibilita i fins i tot obliga a fer-ho.

9.3. LLEI DE GENT GRAN DE CATALUNYA

La tercera proposta més assenyalada des dels grups focals ha estat la necessitat de disposar d'una llei específica per la gent gran.

Des de fa temps que Consell Consultiu de la Gent Gran del Baix Llobregat reivindica aquesta necessitat a partir de documents i actes públics, demanant que es clarifiqui i ordeni normativament els drets de les persones grans.

Segons el "Dictamen del Consell Consultiu Comarcal de la Gent Gran del Baix Llobregat. La nova Llei de Gent Gran de Catalunya" es demana aquesta llei pels següents motius:

1. Com a just i necessari reconeixement a la importància i contribució a la societat del col·lectiu de persones grans. Aquesta importància és encara més significativa i valuosa en èpoques de crisi econòmica, on esdevenen encara més si cap, els pilars que "aguanten" l'estructura social del país.
2. Per acabar amb la invisibilització institucional i normativa de les persones grans.
3. Per avançar cap a una visió no assistencial. No pot ser que encara es continui projectant una imatge de la gent gran absolutament lligada als serveis socials, a les residències o als centres sanitaris, i el que és més important, no pot ser que els poders públics dissenyin les polítiques adreçades a les persones grans exclusivament sota aquests criteris.
4. Malgrat això, certs aspectes de l'àmbit assistencial que afecten majoritàriament a les persones grans, també s'haurien d'incloure en aquesta llei. Per exemple l'establiment d'un sistema més àgil i

transparent per a la tramitació dels expedients de dependència, o fer públiques les llistes d'espera per accedir a places públiques o concertades de residències o centres de dia.

5. Per a que els drets i deures recollits a la "Carta de Drets i Deures de les Persones Grans", aprovada l'any 2003 per acord del govern de la Generalitat, es trobin en una única llei que els reculli i garanteixi en la seva totalitat.

La dispersió normativa que existeix actualment, afavoreix enormement la pèrdua de drets, ja que aquests queden diluïts i poc definits. Fins i tot es troben algunes contradiccions entre unes i altres normatives.

6. Molt poques normatives recullen les necessitats específiques de les persones grans, encara que el seu contingut les afecti majoritàriament.
7. Per què el Parlament de Catalunya ha aprovat amb gran consens en els darrers anys, lleis adreçades a d'altres col·lectius, com per exemple la Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, o la Llei de polítiques de joventut.
8. Per la necessitat de garantir la planificació, disseny, implementació, coordinació, difusió i informació de recursos i serveis especialitzats en els diferents àmbits que afecten a les persones grans, com per exemple l'atenció específica als casos de maltractament. La coordinació entre els diferents serveis i professionals requerirà de la creació de protocols d'actuació, circuits i altres instruments similars, que actualment no existeixen. La invisibilitat de la gent gran es dona també en aquest àmbit.
9. Per actualitzar i adequar a la realitat de la gent gran, antigues estructures que no donen resposta a les seves necessitats.

10. Per l'oportunitat d'introduir la perspectiva de les persones grans en el disseny i planificació d'infraestructures, transports, espais urbans, espais naturals, o altres àmbits on històricament no han tingut presència, tot i ser en molts casos els principals usuaris/es.

El Ple del Parlament de Catalunya va aprovar per unanimitat el juny-2016, instar al Govern de la Generalitat a presentar un projecte de Llei de la gent gran de Catalunya abans del primer semestre de 2017.

Disposar d'una legislació específica es una forma de garantir els drets i deures de la gent gran i vetllar per la seva qualitat de vida i pel seu benestar. Per altra banda també aporta un ordenament jurídic més clar, facilitant una localització més ràpida del dret aplicable, ja que es reuniria en un sol instrument jurídic.

El fet de que visquem en una societat ràpidament canviant fa que ens calgui adaptar, actualitzar i modificar els marcs legals, tenint en compte noves demandes i circumstàncies socials.

Es tracta d'assumir que tenim una responsabilitat socials envers a les persones grans i les persones en situació de fragilitat de Catalunya perquè aspirem a una societat millor. És per això que cal facilitar instruments legislatius a fi de potenciar actuacions que garanteixin un augment del benestar social de tota la població.

Com assenyala la Llei 14/2010 dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència, el concepte de "benestar es tracta des de dos vessants al llarg d'aquesta llei: el benestar personal i el benestar social. El primer es refereix a situacions i circumstàncies personalitzades i el segon refereix a les que afecten conjunts i subconjunts de la població. Ambdós casos es poden subdividir alhora en dos més: el benestar material i el benestar

psicològic". Aquest concepte sobre el benestar i les dues vessants en la que s'emmarca en la llei d'Infància i l'Adolescència és igualment vàlida per la gent gran, tenint en compte que quan el benestar de la persona es veu limitat o perjudicat per qualsevol circumstància personal, familiar o social és quan es dona una situació de no bon tracte. Per tant, també cal regular i obrir la lluita contra el maltractament de la gent gran i les persones en situació de fragilitat, al mateix nivell que la violència de gènere o masclista i el maltractament a la infància i l'adolescència.

10. REFERÈNCIES

- Ajuntament de Barcelona. (2016). *Informe de seguiment 2015: Seguiment i avaluació del Pla Municipal per a les persones grans 2013-2016*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. [Internet]. Disponible en: <http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/informe-seguiment-pla-persones-grans-2015.pdf>, consultat el 26/09/2017.
- Ajuntament de Barcelona. ([2017]). *Drets socials*. [Internet]. Disponible en: http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/documents-tematics?field_tem_tica_del_document_tid=25&field_tipus_de_documento_espec_fi_tid=51&field_versi_format_del_document_tid=All&=Aplica+els+filtres, consultat el 26/09/2017.
- Alaba, J. (2014). La importancia del médico geriatra en la atención a personas mayores. [Internet]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/02/05/la-importancia-del-medico-geriatra-en-la-atencion-a-personas-mayores/>, consultat el 26/09/2017.
- Alonso, L. (1996). El grupo de discusión en su práctica: memoria social, intertextualidad y acción comunitaria. *Rev Int Sociol*, 13, 5-36.
- Arendt, H. (2005). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- Askham, J. (2005). Sociología de la vejez. En R. I. Jacoby, *Psiquiatría en el anciano* (págs. 23-38). Barcelona: Masson.
- Associació Catalana de Recursos Assistencials. ([2006]). *Programa d'intervenció comunitària. Un nou repte pels Centres de Gent Gran*

[Internet]. Disponible en: http://www.acra.cat/premi-acra-programa-d-intervenció-comunitària_70441.pdf, consultat el 26/09/2017.

Baumann, Z. (2001). *La posmodernidad y sus descontentos*. Madrid: Akal.

Bittles, A. (2005). Aspectos biológicos del envejecimiento humano. En R. I. Jacoby, *Psiquiatría en el anciano* (págs. 3-21). Barcelona: Masson.

Bruckner, P. (2001). *La euforia perpetua*. Barcelona: Tusquets.

Carbonell, N. i Ruiz, I. (2013). *No todo sobre el autismo*. Madrid: Gredos.

Castilla, B. (2015). En torno a la fundamentación de la dignidad personal. *Foro (Nueva época)*, 18, 61-80.

Consell Comarcal del Baix Llobregat i Consell Comarcal Consultiu de la Gent Gran del Baix Llobregat. (2016). *Dictàmen del Consell Comarcal Consultiu de la Gent Gran del Baix Llobregat: La nova llei de Gent Gran de Catalunya* [Internet]. Disponible en: http://elbaixllobregat.cat/sites/default/files/arxius/dictamen%20lle_1.pdf, consultat el 26/09/2017.

Creu Roja Catalunya. (2013). *1 de cada 4 persones grans en situació vulnerable acull algun fill o familiar a casa seva* [Internet]. Disponible en: <http://www.creuroja.org/AP/cm/3888P199L8/1-de-%20cada-4-persones-%20grans-en-%20situacio-vulnerable-%20acull-algun-%20fill-o-%20familiar-a-casa-seva.aspx>, consultat el 26/09/2017.

De Rosnay, J., Servan-Schreiber, J. L., De Closets, F. et al. (2006). *Una vida extra. La longevidad: un privilegio individual, una bomba colectiva*. Barcelona: Anagrama.

- Gobierno de España. (1999). Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Madrid, España: BOE.
- Generalitat de Catalunya. (2007). Llei 12/2007, 11 d'octubre, de Serveis Socials. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.
- Generalitat de Catalunya. (2010). Llei 14/2010, 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.
- Fericgla, J. M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la Ancianidad*. Barcelona: Herder.
- Fernández, M. i Zarranz, J. (2013). Demencias. En J. Zarranz, *Neurología* (págs. 609-635). Barcelona: Elsevier.
- Fité, G. (2010). *La vellesa, una etapa per viure intensament*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Goffman, E. (2013). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldberg, E. (2015). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica.
- Gotzsche, P. (2016). *Psicofármacos que matan. Denegación organizada*. Barcelona: Libros del Lince.
- Gutiérrez, C. (2006). El equipo interdisciplinar. En *Tratado de Geriátria para Residentes* (págs. 89-93). Madrid: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.
- Honig, L. (2010). Demencia: consideraciones generales. En L. I. Rowland, *Neurología de Merritt* (págs. 710-712). Barcelona: Wolters Kluwer Health España.
- Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio*. Madrid: Katz.

- Iborra, I. (2010). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia. Centro Reina Sofía.
- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *Int J. Psychol*, 17, 281-297.
- Lyotard, J. F. (1993). *La condición posmoderna: informe sobre el saber*. Barcelona: Planeta DeAgostini.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama.
- Ministerio de Gracia y Justicia (España). (1882). Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid, España: BOE.
- Moya, J. (2012). *Elements bàsics de salut mental per a professionals de l'àmbit social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Red - Ediciones.
- Moya, J., Catalán, M. A., De Armas, M., et al. (2015). El impacto de la crisis económica en la salud mental de la población. *Enfermería y salud mental*, 1, 5-15.
- Muñoz, J. (2016). *Maltractaments a les persones grans. Una realitat oculta que xisgeix respostes*. Barcelona: Taula d'entitats del Tercer Sector.
- Naveau, P. (2009). *Las psicosis y el vínculo social*. Madrid: Gredos
- Noble, J. I. (2011). Demencia frontotemporal. En L. I. Rowland, *Neurología de Merritt* (págs. 718-720). Barcelona: Wolters Kluwer Health España.
- Roman, B. (2016). *Ética de los servicios sociales*. Barcelona: Herder.

- Organización Mundial de la Salud (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Toronto.
- Sennett, R. (2003). *El respeto*. Barcelona: Anagrama.
- Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Small, S. A. (2011). Enfermedad de Alzheimer. En L. I. Rowland, *Neurología de Merritt* (págs. 713-717). Barcelona: Wolters Kluwer Health España.
- Sontag, S. (2005). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Santillana.
- Steinerman, J. i. (2011). Demencias con cuerpos de Lewy. En L. I. Rowland, *Neurología de Merritt* (págs. 721-722). Barcelona: Wolters Kluwer Health España.
- Suárez, M. (2005). *El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa*. Barcelona: Laertes.
- Tabueña, M. (2009). *Els maltractaments les persones grans. Una realitat oculta*. Barcelona: Obra Social Caixa Catalunya.
- Tabueña, M. (2012). *Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Tabueña, M. i Muñoz, J. (2013). *Els maltractaments a les persones grans. Guia per a la detecció i per a l'acció*. Barcelona: Obra Social La Caixa.
- Tabueña, M. i Muñoz, J. (2016). *La sensibilització i la prevenció dels maltractaments a les persones grans*. Barcelona: Fundació Bancària "La Caixa"; EIMA.

Tirapu, J. I. (2011). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. En J. Tirapu, *Manual de neuropsicología* (págs. 221-259). Barcelona: Viguera.

Wilkinson, R. I. (2009). *Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner.