

**ESTUDI SOBRE EL PERFIL DE PERSONES GRANS AMB
DEPENDÈNCIA DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI DEL
CONSELL COMARCAL D'OSONA I EL TIPUS DE SUPORT
FORMAL I INFORMAL**

Autora: Núria Viñas Segalés

Directors: Agustí Comella Cayuela i Salut Carbonell Suriñach

Màster: Envel·liment Actiu. Prevenció i Bases per a una atenció integrada.

Modalitat de recerca

Curs acadèmic 2011

ÍNDIX

1. RESUM/ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓ.....	5
3. MARC TEÒRIC.....	6
3.1. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.....	9
3.2. Cures de llarga durada	14
3.3. Servei d'atenció domiciliària	15
3.3.1. SAD abans i després de la LAPAD.....	18
3.3.2. Servei d'ajuda a domicili del Consell Comarcal d'Osona.....	19
3.4. Suport informal	21
3.5. Suport formal	23
3.6. La valoració social	23
4. METODOLOGIA.....	25
4.1. Disseny de l'estudi.....	25
4.2. Àmbit d'estudi	25
4.3. Població objecte d'estudi.....	25
4.4. Treball de camp	25
4.5. Participants	26
4.6. Variables d'estudi i instruments d'avaluació	26
4.6.1. Qüestionari de variables sociodemogràfiques	27
4.6.2. Barem de valoració de dependència	28
4.6.3. Procediment d'accés al SAD	28
4.6.4. Qüestionari de les característiques de la situació.....	29
4.6.5. Qüestionari de les tasques que es fan al domicili de la persona a través del SAD dependència.....	32
5. RESULTATS.....	34
5.1. Resultats referents a les característiques sociodemogràfiques.....	34
5.1.1. Edat i sexe	34
5.1.2. Estat civil.....	35
5.2. Grau i nivell de dependència	35
5.3. Resultats de les variables de les característiques de l'estructura de suport informal (social i familiar).....	36
5.3.1. Convivència	36
5.3.2. Fills	37
5.3.3. Cuidador	37
5.3.3.1. Tipus de cuidador	37
5.3.3.2. Temps de dedicació del cuidador en l'atenció de la cura de la persona amb dependència	38
5.4. Resultats de les variables de les característiques de l'estructura de suport formal.....	40
5.4.1. SAD	40
5.4.1.2. Intensitat de prestació de SAD en hores setmanals	40
5.4.1.3. Distribució horària del SAD	41
5.4.1.4. Baixes del SAD en el moment de l'anàlisi de dades.....	41
5.4.2. Utilització de serveis i prestacions de salut i socials.....	41
5.4.2.1. Utilització de serveis de salut.....	41
5.4.2.2. Utilització de serveis i prestacions socials	42
5.4.3. Tasques que el SAD fa al domicili de la persona	43
6. DISCUSSIÓ.....	45
6.1. Característiques sociodemogràfiques de les persones ateses pel servei d'ajuda a domicili del consell comarcal d'osona.....	45

6.2. Dependència.....	46
6.3. Característiques de l'estructura de suport social i familiar	47
6.3.1. Situacions de convivència.....	47
6.3.2. Tipus de cuidador	47
6.3.3. Dedicació del cuidador atenció a la dependència.....	47
6.4. Característiques de l'estructura de suport formal	49
6.4.1. Intensitat de prestació de SAD públic en hores setmanals.....	49
6.4.2. Utilització de serveis de salut i socials.....	50
6.4.2.1. Utilització de serveis de salut.....	51
6.4.2.2. Utilització de serveis i prestacions socials	51
7. CONCLUSIONS	54
8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	56
9. ANNEXOS	60

1. RESUM

L'*objectiu* de l'estudi és conèixer el perfil de persones grans dependents que utilitzen el servei d'ajuda a domicili (SAD) del consell comarcal d'Osona i les característiques del tipus de suport formal i informal que utilitzen.

Metodologia. S'ha realitzat un estudi observacional de disseny transversal i retrospectiu amb una finalitat descriptiva. La població d'estudi són les persones amb un grau de dependència reconegut a partir de la valoració que reconeix la llei 39/2006, 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, beneficiàries del programa del SAD comarcal, amb una mostra de 63 persones (26 homes i 37 dones). Les dades de l'estudi s'han recollit pels treballadors socials dels serveis socials bàsics a través d'una visita a domicili, i mitjançant una entrevista s'han passat els qüestionaris dissenyats pel treball per obtenir la informació referent a les característiques sociodemogràfiques, al tipus de suport formal i informal.

Els *resultats* obtinguts sobre les persones que utilitzen el SAD, han estat d'un 58,7% dones i el 47,3% homes. L'edat mitjana de les persones estudiades és de 85,2. El 84% tenen 80 anys i més. El 45% són casats, 41% viudos i el 14% solters. El 54% valorats amb una dependència severa (Grau II), el 42,8% amb gran dependència (Grau III). El 86% viuen acompanyats. El 100% disposen de cuidador informal. El 95% el cuidador és un familiar. La dedicació del cuidador en el 73% dels casos és permanent. La cobertura del SAD té una mitjana de 4,27 hores setmanals per usuari. Els serveis formals més utilitzats són les ajudes tècniques (62%), la valoració a domicili del terapeuta ocupacional (57%), el servei de teleassistència (56%).

Conclusions. El SAD és utilitzat majoritàriament per dones amb edat molt avançada i amb dependència severa. Les estructures de suport informal disposen totes d'un cuidador informal, majoritàriament un familiar que conviu amb la persona dependent, i principalment amb una dedicació permanent. El SAD té una intensitat molt variada en cada cas. Els serveis de suport formals complementaris al SAD, són molt utilitzats, sobretot les ajudes tècniques, el servei de valoració del terapeuta ocupacional i el servei de teleassistència.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the profile of dependent elderly people users of the home care services (SAD) of the regional council in Osona (Consell Comarcal d'Osona) , and the characteristics of formal and informal types of support they use.

Methodology. An observational study of a transversal format has been carried out, with retrospective and descriptive purposes. The target population is 63 people (26 men and 37 women) included in the program of the regional SAD. They have a recognized dependence grade approved by the law 39 /2006, December 14th, promoting the individual autonomy and care of elderly people in a dependent situation. The data were collected by social workers of basic social services, first with a home visit and followed by handed out questionnaires, specifically designed for this study, in order to obtain information on socio-demographic characteristics, and the type of support formal and informal.

The obtained results on the SAD users are women in a 58.7% and a 41.3 % are men. The 84% of the total sampling are 80 years old and more, being the average age of 85.2 years old.

45% of them are married, 41% are widows and widowers and 14% are single.

54% are rated with severe dependence (grade II), 42.8% with high dependence (grade III).

86% live accompanied. 100% have an informal caregiver and a 95% of the times, the caregiver is a relative who in 73% of the cases the dedication time is permanent.

The coverage of the SAD has an average of 4.27 hours per week and per user.

The formal services most used are the technical (62%), also the assessment of an occupational therapist at home (57%) and the telecare service in a (56%).

Conclusions. The SAD is used primarily for women in an advanced age and severe dependence. The informal assistance structures have an informal caregiver, being a member of the family mostly, living with the dependent, and mainly in a permanent dedication basis.

The SAD has a varied intensity in each case. The formal support services complementary to the SAD, are largely used in all cases.

2. INTRODUCCIÓ

L'envelliment de la població i la dependència constitueixen un autèntic repte per a les famílies i la política social del país. L'envelliment s'associa a l'aparició de múltiples patologies i situacions de vulnerabilitat, que es relaciona amb la discapacitat que amb l'edat pot agreujar-se i en molts casos, es tradueix en dependència.

Pel que fa a l'atenció a la dependència, la Unió Europea marca l'objectiu d'aconseguir que les persones grans puguin viure als seus domicilis el màxim de temps possible evitant la institucionalització. Seguint aquestes indicacions, des de les Administracions públiques s'intenta potenciar els serveis d'atenció domiciliària, i fer-los accessibles a tothom qui ho necessiti. A l'Estat espanyol, el nou marc legal amb el desplegament de la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència i la Llei 12/2007 d'11 d'octubre de serveis socials a Catalunya, presenten l'oportunitat per donar sortida a aquestes necessitats d'atenció al domicili. S'estableix que el Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) forma part de la cartera de serveis socials, i correspon a l'Administració local la seva competència.

Al llarg d'aquests anys, l'ajuda a domicili s'ha consolidat com un servei de dret per a les persones amb dependència i amb manca d'autonomia que volen viure al domicili habitual. Des de l'àrea de serveis socials del Consell Comarcal d'Osona, responsable de la gestió i organització del servei, s'ha observat una evolució i desenvolupament del Programa del SAD, amb un increment important tant en les hores de servei com en el nombre de persones ateses. Aquest motiu, ha estat un factor clau per plantejar-se quina és la situació actual del SAD comarcal.

L'objectiu d'aquest treball és conèixer el perfil de persones grans amb dependència que utilitzen aquest servei, analitzar quines són les característiques del suport informal i formal que disposen, amb la finalitat que ens pugui oferir dades i informació rellevant que permetin prendre decisions per millorar l'organització del servei, la qualitat i la seva eficiència.

La nova situació actual ens ha de fer reflexionar sobre com han d'evolucionar aquests serveis d'ajuda a domicili a partir d'aquest augment de la demanda i de la dependència de la població atesa, sabent que els recursos públics són limitats.

3. MARC TEÒRIC

L'envelliment demogràfic i els canvis socioeconòmics produïts en els darrers anys en tots els països avançats, fan que considerin la dependència com un risc social que cal atendre dins l'àmbit de la protecció social. Segons les estadístiques nacionals, el nombre estimat de persones majors de 65 anys representa una xifra de 7.782.904 persones, un 16,65% de la població espanyola. Un 57,5% dones i un 42,5% homes. El 28,3% de les persones grans són majors de 80 anys.

Si comparem la població de 65 anys i més en diferents Comunitats Autònomes amb un total de població similar a la de Catalunya, veiem que el percentatge de persones majors de 65 anys és similar, als voltants del 20%. (taula 1)

Taula 1. Població Espanyola 1 de gener del 2010.

Àmbit Territorial	Total població	65 anys i més	% de 65 anys en relació a la població total
Andalusia	8.206.076	1.602.144	19,52%
Catalunya	7.301.132	1.628.810	22,31%
Madrid	6.335.780	1.286.093	20,30%
Total Espanya	45.989,02	10.157.032	22,09%

Font: INE 2010

La població espanyola segueix la mateixa tendència que a nivell europeu. D'acord amb les projeccions fetes per l'EUROSTAT, el nombre de persones majors de 65 anys a la Unió Europea s'incrementarà en 135 milions l'any 2.050, creixement que serà més elevat pel que fa al grup de persones majors de 85 anys. Les situacions de dependència estan molt relacionades amb l'envelliment de la població. Es preveu que a la majoria de països de la UE la ràtio de dependència s'incrementi en els propers anys. (taula 2)

Taula 2. Ràtio(1) de dependència a diversos països de la UE.

PAÏSOS	1995	2000	2005	2020	2050
Finlàndia	21,1	22,2	23,7	37	46,7
Suècia	27,4	26,9	26,4	34,4	40,9
Dinamarca	22,7	22,2	22,6	31,2	40
Alemanya	22,5	23,9	27,8	35,1	55,8
Luxemburg	20,6	21,4	21,2	24,7	36,1
Àustria	22,5	22,9	23,6	30,3	53,2
França	23	24,6	25,3	33,2	47,9
Espanya	22,3	22,5	24,5	30	67,5
Itàlia	24	26,8	29,4	36,6	66
Regne Unit	24,3	23,9	24,4	30,3	45,3

Font: Eurostat 2010

(1) Ràtio de dependència: mesura la proporció de persones majors de 65 anys sobre la població en edat de treballar (de 15 a 64 anys)

A la Comarca d'Osona la població major de 65 anys presenten una taxa d'envelliment del 16,15% i una taxa de sobreenvelliment (població major de 80 anys) del 47,12%.

El 1998 es publica un primer estudi comparatiu europeu sobre com els diferents governs atenen les situacions de dependència, compara els 15 Estats Membres de la UE i Noruega, els resultats mostren que entre el 3% i el 5% de les persones majors de 65 anys eren grans dependents i fins un 15% parcialment dependents(1).

Des dels anys 90, són molts els països europeus que tenen programes específics per atendre la dependència que han anat desenvolupant segons les pròpies necessitats i sense consensuar un únic model, podem observar a la taula 3 alguns dels principals models d'atenció a la dependència en els darrers 10 anys.

Taula 3 . Models d'atenció a la dependència a la UE.

Anys 2000 - 2010	Model Anglosaxó (Regne Unit, Irlanda)	Model Continental (Alemanya, França, Àustria, Holanda, Luxemburg, Bèlgica)	Model Nòrdic (Suècia, Finlàndia, Dinamarca)	Model Mediterrani (Espanya, Itàlia, Portugal)
Finançament	Mixt: Públic i copagament	Mixt: Impostos, cotitzacions i copagament	Públic i copagament	Mixt: Impostos, cotitzacions i copagament
Prestacions socials	Prestacions econòmiques i copagament	Prestacions econòmiques i programes de conciliació	Serveis, creixement de les prestacions econòmiques i copagament	Prestacions econòmiques i copagament
Provisió de serveis	Privada mercantil	Privada mercantil, disminució del Tercer Sector	Pública amb un augment del sector mercantil	Mixt: Provisió del Tercer Sector i augment del sector mercantil
Accés al sistema	Prioritzen les persones amb gran dependència i amb pocs recursos econòmics	Universal	Universal	Universal

Font: (2)(3)(4)

L'Estat espanyol, com en la resta de països europeus, presenta un augment de la demanda de serveis i prestacions de suport social per part de les persones en situació de dependència.

La Constitució Espanyola en els articles 49 i el 50, ja fa referència a l'atenció de les persones amb discapacitat i persones grans, i a un sistema de Serveis Socials potenciat des de l'Administració pública per garantir el benestar dels ciutadans. El 1978 l'Estat del Benestar es centrava en la protecció sanitària i de la Seguretat Social, amb la Pensió de Gran Invalidesa que estableix un complement per l'ajuda d'una tercera persona. Les diferents Comunitats Autònomes (CCAA a partir d'ara) se'ls atorga les competències exclusives en matèria de Serveis Socials i comencen a legislar per donar atenció a aquestes situacions, inicialment molt orientades a un sistema molt assistencial.

Algunes iniciatives proposades per les diferents Administracions pel que fa a la dependència des del 1986 i fins l'actualitat són la Llei General de Sanitat (1986), la Llei 16/2003 de cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut, regulant la prestació sociosanitària, de gran importància pel que fa a l'atenció de llarga durada. Pla Gerontològic Nacional (1992-97). Criteris d'Ordenació de Serveis per l'Atenció Sanitària de les Persones Grans (INSALUD,1995). Pla Estratègic de l' INSALUD (1999). Programa d'Atenció a les Persones Grans (INSALUD 1999) El 1999 l'Institut Nacional d'Estadística (INE) realitza l'Enquesta sobre Discapacitats, Deficiències i Estat de Salut (EDDES-99)(5), on queda definida i quantificada la població amb dependència. El 2005 la publicació de el "Libro Blanco de la dependencia(2). El 2006 l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD a partir d'ara).

A nivell autonòmic una de les primeres iniciatives en l'àmbit de la dependència va ser la creació del programa sociosanitari "Vida als Anys" (1986). Posteriorment, des del Departament de Benestar Social el 2002 es publica el Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència(6), que va generar la creació de l'Observatori Català de l'Envel·liment amb Dependència (OCEND) (2003). L'Estatut d'Autonomia del 2006 es refereix en l'article 24.2, "les persones amb necessitats especials per mantenir l'autonomia personal en les activitats de la vida diària, tenen dret a rebre l'atenció adequada a la seva situació, d'acord amb les condicions que legalment s'estableixen".

3.1. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

Amb l'aprovació de la LAPAD (2006), s'implementa un sistema nacional de protecció a la dependència representant un gran pas endavant amb el reconeixent d'un nou dret subjectiu dels ciutadans, que es fonamenta en els principis d'universalitat, equitat i accessibilitat, garantint un marc estable de recursos i serveis per l'atenció a la dependència, i que configuraran una nova modalitat de protecció social.

L'Administració General de l'Estat assumeix un cost mínim de protecció garantit per cada un dels beneficiaris del sistema, i a través de convenis interadministratius, les Comunitats Autònomes (CCAA) determinaran quines obligacions assumeixen en quan als serveis i les prestacions de la cartera de la dependència. La gestió és compartida entre l'Estat i les CCAA. Les CCAA tenen llibertat per actuar en matèria de dependència.

Es crea el Sistema per l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD), amb la col·laboració i participació de totes les Administracions Públiques i amb la finalitat de garantir les condicions bàsiques previstes a la llei.

A Catalunya, la LAPAD es recolza en els sistemes de serveis socials existents que integraran les prestacions i serveis per a l'atenció a les persones amb dependència que contempla aquesta llei.

DEPENDÈNCIA

El concepte de dependència està relacionat amb diversos factors com són la pèrdua d'autonomia, les característiques personals pròpies, l'entorn on es desenvolupa la persona, i la relació que s'estableix entre aquests diferents elements. El grau de dependència d'una persona vindrà determinat tant per la presència d'una malaltia, com per la dificultat per adaptar-se a una situació difícil, pel seu benestar emocional, el tipus d'ajuda que necessita per realitzar una o varies activitats de la vida diària, com també per les característiques de l'entorn on viu. Les condicions de l'entorn físic de la persona, el tipus de suport que rebí de la família, la freqüència i la forma, són factors que fan que la persona tingui la necessitat de més o menys ajuda.

Trobem diferents maneres de definir la dependència, la LAPAD, relaciona la dependència amb la necessitat de cures personals per part d'una altra persona per a

realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. Es valorarà la necessitat d'una altra persona com a condició necessària per considerar la persona dependent, no només presentar una discapacitat.

AUTONOMIA	Capacitat de controlar, afrontar i prendre, per iniciativa pròpia, decisions personals sobre com viure d'acord amb les pròpies normes i preferències, així com desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària.
DEPENDÈNCIA	Estat de caràcter permanent en el que es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, precisen de l'atenció d'una altre o altres persones o ajudes importants per a realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, o en cas de persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres suports per a la seva autonomia personal.
ACTIVITAT BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA (ABVD)	Tasques més elementals de la persona que li permeten desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, com són: cura personal, activitats domèstiques bàsiques, mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres senzilles.
ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA (AIVD)	Són activitats més complexes que les ABVD i la seva realització requereix de més autonomia personal. S'associen a les tasques que impliquen la capacitat de la presa de decisions i implica interaccions més difícils amb el medi. S'inclouen les tasques domèstiques, de mobilitat, d'administració de la llar i de la propietat, utilització del telèfon, presa de la medicació, agafar transport públic, preparació d'àpats, fer la compra, passejar, anar al metge, fer gestions, administració econòmica,...

Font: LAPAD

En el marc de la LAPAD, la situació de dependència es classifica en 3 graus:

- **Grau I. Dependència moderada.** La persona necessita ajuda per a la realització de diverses activitats de la vida diària (AVD), com a mínim una vegada al dia. Té necessitats de suport intermitent.
- **Grau II. Dependència severa.** La persona necessita ajuda per a les AVD 2 o 3 vegades al dia, però no necessita el suport permanent d'una altra persona.
- **Grau III. Gran Dependència.** La persona necessita ajuda per a les AVD diverses vegades al dia i necessita el suport indispensable i continuat d'una altra persona.

Cada grau es divideix en dos nivells en funció de l'autonomia de la persona i del tipus de suport que necessiti. El nivell 2 necessitarà més suport que el nivell 1.

Aquests graus de dependència venen donats a partir de l'aplicació del barem aprovat pel Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, que determina els criteris objectius per a la valoració del grau d'autonomia de les persones, en raó a la capacitat per realitzar les tasques bàsiques de la vida diària. La valoració es basa en l'aplicació d'un qüestionari i en l'observació directa de la persona, que fa un professional acreditat. Aquest barem no fa una valoració global de la persona però sí que dóna una classificació de la necessitat de suport que necessitarà, que vindrà determinat pel grau que se li reconeix. Aquest barem és únic i comú a tot l'Estat espanyol.

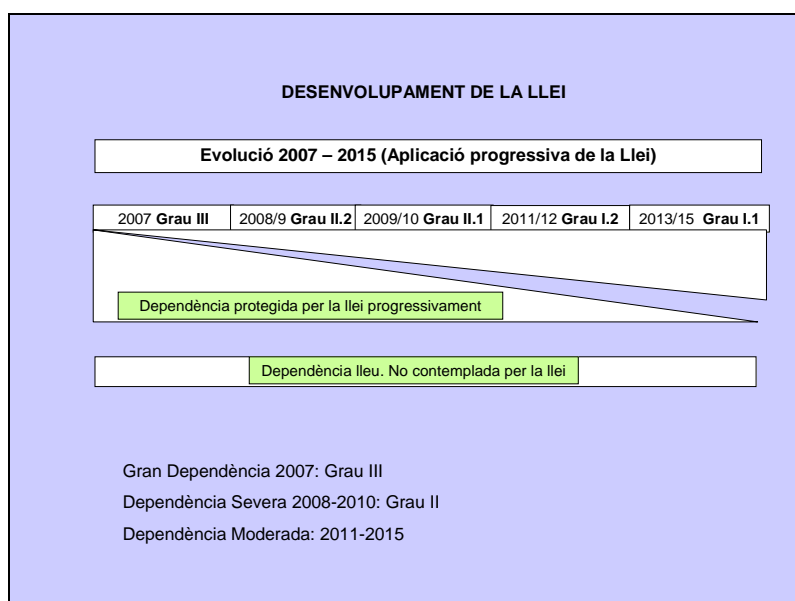
Taula 4. Graus de dependència segons puntuació Barem dependència LAPAD.

Graus de dependència	Puntuació del Barem	Nivells de dependència	Puntuació del Barem
Grau III. Gran Dependència	75 - 100	Nivell 2 Nivell 1	90 - 100 75 - 89
Grau II. Dependència Severa	50 - 74	Nivell 2 Nivell 1	65 - 74 50 - 64
Grau I. Dependència Moderada	25 - 49	Nivell 2 Nivell 1	40 - 49 25 - 39

Font: LAPAD

Junt amb aquesta classificació, el govern va elaborar una previsió d'implementació del SAAD de manera progressiva que atorgarà a cada grau un termini d'aplicació (figura 1)

Figura 1. Desenvolupament de la llei.



Font: LAPAD

El grau de dependència determinarà l'accés a les prestacions de la cartera de serveis del SAAD, amb la finalitat d'atendre les necessitats de les persones en situació de dependència, i recull tot el conjunt d'actuacions professionals, tècniques o de prestacions econòmiques que tenen per objectiu promocionar, complementar o substituir aquelles capacitats de les persones a qui va dirigit. La llei preveu tant en les prestacions de serveis com en les prestacions econòmiques, que la persona pagui una part del cost del servei en funció de la seva renda. (7, 8, 9, 10)

CARTERA DE SERVEIS I PRESTACIONS DE LA LAPAD: (art.14)

<i>Serveis</i>	<i>Prestacions econòmiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Serveis de prevenció a la dependència i promoció autonomia • Teleassistència • Servei d'ajuda domiciliària • Centres de dia i de nit • Serveis residencials 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculada a un servei • De suport en l'entorn familiar a cuidadors no professionals • D'assistència personal

DEFINICIÓ DELS SERVEIS:

Les prestacions en forma de servei tindran caràcter prioritari i es prestaran a través de l'oferta pública de la Xarxa de Serveis Socials de les respectives CCAA mitjançant centres i serveis públics o privats concertats degudament acreditats (art. 14)

- *Serveis de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal.* Tenen com a finalitat prevenir l'aparició o empitjorament de malalties o discapacitats i de les seves seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat entre els sistemes de serveis socials i el de salut.
- *Servei de Teleassistència.* S'articula a través de components tecnològics i personals, que proporcionen als usuaris la seguretat d'una resposta immediata davant una situació d'urgència.
- *Servei d'ajuda domiciliària (s'explicarà més endavant).* Inclou:
 - Atenció de les necessitats de la llar.
 - Cura personal.
- *Serveis de Centres de dia i de nit.* Ofereixen suport a les persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les AVD i complementen

l'atenció pròpia de l'entorn familiar. Tenen una finalitat de cobrir les necessitats familiars de prevenció, rehabilitació i atenció assistencial i personal.

Els centre de nit no existeixen a Catalunya.

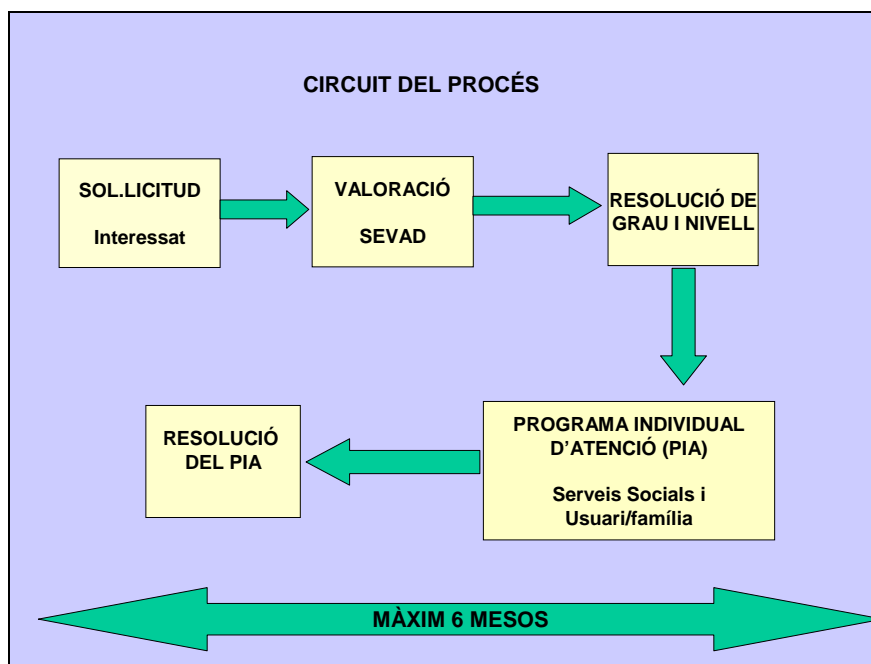
- *Serveis residencials.* L'estada pot ser de caràcter temporal o permanent, ofereix allotjament i suport a persones grans per fer les activitats diàries.

DEFINICIÓ DE LES PRESTACIONS ECONÒMIQUES:

- *Prestació Vinculada a un servei.* Quan no es pot oferir un servei públic, es donarà aquesta prestació econòmica al beneficiari perquè pugui comprar el servei més adequat a les seves necessitats. El servei haurà d'estar acreditat segons la normativa vigent.
- *Prestació econòmica per les cures en l'entorn familiar i de suport als cuidadors no professionals.* De manera excepcional, quan el beneficiari és atès al seu entorn familiar per un cuidador que compleixi els requisits establerts a l'article 14.4. es podrà atorgar aquesta prestació econòmica per cuidador no professional.
- *Prestació econòmica d'assistència personal.* Aquesta prestació té la finalitat de facilitar la promoció de l'autonomia de les persones amb gran dependència. L'objectiu és contractar una persona per l'assistència personal durant un nombre d'hores, que faciliti al beneficiari una vida més autònoma, tant per l'accés a l'educació, al treball com per la realització de les AVD.

Quan la persona té el grau de dependència reconegut, s'inicia un nou procés per elaborar el Pla Individualitzat d'Atenció (PIA), a partir del qual la persona es podrà beneficiar dels serveis i prestacions més adequats a les seves necessitats, el treballador social és el professional responsable d'elaborar aquest PIA. Per a la seva tramitació es tindran en compte els aspectes socials i de l'entorn de la persona, la seva capacitat econòmica, les seves preferències i necessitats, i la disponibilitat de recursos.

Figura 2. Circuit del procés per accedir al SAAD.



Font: LAPAD

3.2. Cures de llarga durada

Una de les característiques per atendre la dependència, són les cures de llarga durada (CLLD), conegudes també com “long term care¹”(3), són aquelles que es produeixen de forma perllongada o indefinida en el temps, que donen assistència a les persones grans que necessiten suport per a la realització de les ABVD, les pot donar la família al domicili o ser compartides per la família i pels serveis formals, amb la provisió de serveis privats, públics, mercantils o no lucratius. Les CLLD es diferencien de les cures agudes o puntuals.

La família ha estat i és qui principalment s'ocupa de l'atenció i de les CLLD de les persones que es troben en alguna de les situacions de dependència. Els canvis en els models tradicionals de família o la incorporació de la dona al món laboral són factors que fan difícil mantenir la solidaritat familiar per atendre aquesta problemàtica, cada vegada és més freqüent trobar persones grans que viuen soles o allunyades dels fills. Un dels serveis més efectius per aquestes situacions són els serveis d'ajuda domiciliària. Les recomanacions (98) 9 del Comitè de Ministres dels Estats Membres(11), consideren que l'Administració pública és qui té la responsabilitat d'organitzar l'atenció al domicili i incloure-la com a prioritària en les polítiques d'atenció

¹ Care entès com a cura, atenció. Expressió internacional.

a les persones amb dependència. Partint d'aquesta premissa, des de les administracions locals s'intenta potenciar els serveis d'atenció domiciliària, perquè puguin ser accessibles al màxim de persones que ho requereixin.

3.3. Servei d'atenció domiciliària

L'origen del Servei d'Atenció Domiciliària a Espanya es situa als anys 70, i serà als 80 quan s'organitza en la majoria de municipis de l'Estat Espanyol, passant a ser gestionat pels ajuntaments. El seu naixement va lligat als primers ajuntaments democràtics i al desenvolupament de les polítiques socials de proximitat. Aquest servei es considera una de les prestacions bàsiques dels serveis socials d'atenció primària municipals.

La normativa reguladora dels serveis d'atenció domiciliària:

- Decret 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de la Llei 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre, i la 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials.
- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials, entès com el conjunt coordinat de serveis socials, establiments, prestacions econòmiques i activitats generals de prevenció, atenció i promoció social que es duen a terme a Catalunya, d'acord amb el que estableix la normativa vigent en aquesta matèria.
- Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996.
- Decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària. Elaboració del reglament marc d'atenció social primària.

L'àrea de Benestar Social de la Diputació de Barcelona, en el marc de les seves competències de suport municipal, crea al 2002 la Xarxa Local de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària, amb la finalitat de desenvolupar quantitativa i qualitativament aquest servei actuant com a plataforma de cooperació política i tècnica als ajuntaments adherits.

En el context del nou marc legal (Llei de SS i LAPAD), el *Servei d'Atenció a Domicili* es presenta com una de les solucions més efectives com a servei de proximitat que donarà suport tant a la cura de la persona amb una pèrdua d'autonomia que viu al

domicili, com a la seva família, per garantir el seu benestar en el seu domicili habitual; aquestes persones amb dependència volen ser ateses a casa seva pels seus familiars, i si és necessari, amb suport extern de serveis formals.

La Llei de SS, fa referència al Servei d'Atenció Domiciliària en els seus articles:

Art. 17. Prestar serveis d'ajuda a domicili, teleassistència i suport a la unitat familiar o de convivència, sense perjudici de les funcions dels serveis sanitaris a domicili.

Disp. Add. 2a.c. Aquests serveis han d'arribar a atendre el 4% de les persones de 65 anys o més.

Disp. Add. 5a. Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència es vincula a la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública de Catalunya.

Segons el Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials actual vigent a Catalunya defineix el *Servei d'Atenció Domiciliària* com un conjunt organitzat i coordinat d'accions que es realitzen bàsicament dins la llar de la persona i/o família, dirigides a proporcionar atencions personals, ajuda a la llar i suport social a persones o famílies amb situació de manca d'autonomia personal, dificultats de desenvolupament o problemàtiques familiars especials. Amb l'*objectiu* de millorar la qualitat de vida de la persona al domicili i mantenir la seva autonomia en la mesura que sigui possible amb un suport adequat.

Els serveis que s'inclouen dins el Programa d'Atenció Domiciliària són un conjunt de serveis municipals destinats al manteniment al domicili:

- *Servei d'ajuda a domicili (SAD a partir d'ara).* Són serveis públics o privats que es donen al domicili, amb les funcions d'atenció personal, atenció a la llar, suport social i familiar, relació amb l'entorn, entre d'altres.

- *Servei de les tecnologies de suport i cura.* Telealarma i teleassistència.

Aquests serveis poden oferir una atenció més complerta mitjançant els serveis de bugaderia, podologia, ajudes tècniques, etc.

Existeixen dos tipus de SAD, el *SAD social* i el *SAD dependència*, els circuits d'accés seran els que determinaran si el beneficiari necessita un *SAD de dependència*, vinculat a la LAPAD, i que haurà de tenir el reconeixement legal de dependència, o bé un *SAD*

social, l'instrument d'accés serà el propi dels serveis socials bàsics qui marcaran què inclou i quines intervencions ha de portar a terme.

Serà de competència municipal, o dels consells comarcals determinar l'organització, l'accés i la provisió del SAD.

La llei de dependència, en el seu article 23 defineix el SAD com "El conjunt d'actuacions que es porten a terme al domicili de les persones en situació de dependència amb la finalitat d'atendre les seves necessitats de la vida diària, prestades per entitats o empreses, acreditades per aquesta funció". Diferencia el SAD de cura personal (serveis relacionats amb la realització de les AVD) i el d'atenció de les necessitats de la llar. (neteja de la llar, cuinar,...).

El *Ordre ASC/433/2007*, de 23 de novembre, aprova els criteris per determinar la intensitat de protecció de cada un dels serveis establerts en la cartera de la LAPAD i regula les compatibilitats i incompatibilitats entre aquestes, com també la quantia de les prestacions econòmiques.

Taula 5. Hores de servei d'ajuda a domicili segons grau i nivell de dependència

GRAU III	nivell 2	70 - 90 hores/mes
	nivell 1	55 - 70 hores/mes
GRAU II	nivell 2	40 - 55 hores/mes
	nivell 1	30 - 40 hores/mes
GRAU I	nivell 2	21 - 30 hores/mes
	nivell 1	12 - 20 hores/mes

Font: *Ordre ASC/433/2007*, de 23 de novembre

Taula 6. Compatibilitats Serveis i prestacions de la LAPAD segons graus i nivells de dependència.

PRESTACIÓ PRINCIPAL	PRESTACIÓ SECUNDÀRIA	Grau III Nivell 2	Grau III Nivell 1	Grau II Nivell 2	Grau II Nivell 1
Servei de Centre de Dia	Servei de SAD	30 h/mes	25 h/mes	20 h/mes	15 h/mes
Prestació econòmica vinculada a Centre de Dia	Servei de SAD	30 h/mes	25 h/mes	20 h/mes	15 h/mes
Prestació econòmica cuidador no professional	Servei de SAD	30 h/mes	25 h/mes	20 h/mes	15 h/mes
Prestació econòmica Assistent Personal (acompanyament)	Servei de SAD	30 h/mes	25 h/mes	20 h/mes	15 h/mes

Font: Ordre ASC/433/2007, de 23 de novembre

3.3.1. SAD abans i després de la LAPAD

Es diferencien dos períodes en relació a la provisió i cobertura del SAD, un de previ a la implementació de la llei, amb uns nivells baixos de cobertura de SAD a nivell nacional, del 4,69% de les persones majors de 65 anys(12). El punt de partida presenta una baixa intensitat del servei amb diferències entre les CCAA, no hi ha un model definit a tot el territori, tant en l'accés com en la cobertura(13,14).

I un segon període a partir de l'aprovació de la LAPAD, on queden regulades les intensitats en hores de SAD segons el grau de dependència, però segueix sent l'Ens local qui té la competència sobre aquest servei aplicant la seva pròpia regulació.

Els nivells de cobertura del SAD durant el primer any d'aplicació de la LAPAD segueixen sent escassos, tot i les previsions fetes pel Libro Blanco de la dependencia(2). Si es comparen els *índex de cobertura del SAD*² es veuen diferències importants entre CCAA en relació a la mitja espanyola. Catalunya es situa per sobre d'aquesta mitja i per sobre d'Andalusia, però encara lluny de la cobertura que ofereix Madrid en SAD. (taula 7).

² usuaris del servei majors de 65 anys i més sobre el total d'habitants de 65 anys i més

Taula 7. Índex cobertura del Servei d'Ajuda a Domicili Gener 2008.

Àmbit Territorial	Total població	65 anys i més	% de 65 anys en relació a la població total
Andalusia	8.206.076	1.602.144	19,52%
Catalunya	7.301.132	1.628.810	22,31%
Madrid	6.335.780	1.286.093	20,30%
Total Espanya	45.989,02	10.157.032	22,09%

Font: (15)Antares Consulting (2009)

Les dades recollides per la Xarxa Local SAD de la Diputació de Barcelona corresponents a l'activitat de 2007, presenten un increment significatiu pel que fa als usuaris que utilitzen SAD, el 3% de les persones majors de 64 anys utilitzen aquest servei(16).

Segons la informació estadística que recull el SAAD (2010) del total de PIAS realitzats durant el 2010, el 12% eren de SAD (taula 9)

Taula 8 .Servei d'Ajuda a Domicili SAAD 1 de gener 2011.

Comunitats Autònomes	SAD	% SAD	Total prestacions i serveis tramitats (PIAS)
Andalusia	46.434	19,40%	239.407
Catalunya	12.545	9,60%	130.869
Madrid	9.978	16,67%	59.855
Total Espanya	95.632	12%	800.009

Font: SAAD 1 de gener 2011

3.3.2. Servei d'ajuda a domicili del Consell Comarcal d'Osona

La nova normativa catalana a nivell territorial organitza els serveis socials bàsics en àrees bàsiques de serveis socials. Una àrea bàsica de serveis socials la formen els municipis superiors a 20.000 habitants o bé els Consells Comarcals (agrupant els municipis inferiors a 20.000 habitants de la comarca). El Consell Comarcal d'Osona (CC d'Osona a partir d'ara) té la titularitat d'àrea bàsica de serveis socials i aglutina els 49 municipis de la comarca, excepte Vic i Manlleu que tenen les seves àrees bàsiques pròpies.

El Consell Comarcal té competència en matèria de Serveis Socials segons el que es recull a l'article 66.3 de la Llei 2/2003, de 28 d'abril, pel qual s'aprova el text refós de la

Llei municipal i de règim local de Catalunya i la Llei de SS, que ordena el Sistema Català de Serveis Socials i on s'estableix que en té encomanada la prestació i la gestió.

Els serveis d'ajuda a domicili formen part del conjunt de servei d'assistència continuada que presta el CC d'Osona.

En el Reglament marc on es regula el SAD del Consell Comarcal d'Osona, s'especifica quines són les persones destinatàries i les característiques bàsiques del SAD:

Troblem 2 modalitats d'ajuda a domicili:

- 1- Modalitat de suport a persones en situació de *dependència* (SAD Assistencial o SAD dependència). Persones que per manca o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i ajut per realitzar les AVD sense capacitat de recuperació de l'autonomia perduda.
- 2- Modalitat de suport a persones en situació de *dependència transitòria*. Adreçat a persones que necessiten suport personal temporal per mantenir-se en el seu domicili habitual i poder recuperar l'autonomia necessària per mantenir-se en el seu domicili. És un SAD de caràcter preventiu i temporal.

Les característiques del SAD del CC d'Osona comprenen un conjunt de serveis que s'han de prestar de forma coordinada per tal de garantir una atenció global a les necessitats dels usuaris, donant una resposta adequada a cada situació. Els Serveis que es donen dins l'ajuda a domicili són de suport i ajuda a l'usuari i a les persones cuidadores, es realitzen principalment en el domicili de l'usuari i els professionals que intervenen tenen una formació específica qualificada per atendre les necessitats bàsiques de la persona.

Les tasques que es realitzen en el servei es poden diferenciar en les següents funcions:

- *Funció Assistencial*. Cura personal (suport en la higiene personal), cura i control de l'alimentació, cura de la salut i control de la medicació, mobilitzacions dins la llar, utilització d'aparells tècnics i de mobilització (grues, cadires de rodes,..) i/o acompanyaments fora de la llar.

- *Funció preventiva.* Observació , detecció i prevenció de possibles situacions de risc a l'entorn immediat de les persones usuàries del servei.

Els requisits per accedir al *SAD dependència* són el reconeixement del grau de dependència segons LAPAD i la valoració de la necessitat del servei per part del professional de treball social. A partir d'aquesta valoració es determinarà quin és el contingut, la intensitat i la cobertura del servei en temps d'ajudes i atencions, que quedarà recollit en un Pla d'atenció individual.

El CC d'Osona gestiona el servei però la seva provisió està externalitat a través d'empreses privades de serveis. S'utilitza un sistema de copagament.

3.4. Suport informal

El concepte de suport informal s'adapta al context de cada país, d'aquí la dificultat i complexitat per definir-lo. S'ha de diferenciar el que és l'activitat social, de les xarxes socials i el suport social, dins d'aquest també s'haurà de matisar els diferents tipus(2, 17)(18):

- *L'activitat social* fa referència a la freqüència de contactes socials.
- *Les xarxes socials* indiquen les característiques estructurals de les relacions que una persona manté (nombre de relacions,freqüència de contactes, proximitat física,...)
- *El suport social* és la forma d'ajuda que una persona pot rebre provinent de les seves xarxes socials.

El suport social s'ha classificat en tres categories:

- La provisió de *l'ajuda emocional*, sentir-se estimat per les persones properes, relacionar-s'hi, expressar-los les opinions, sentiments, mostrar-se afecte. Aquest tipus de suport reforça l'autoestima.
- Suport de tipus *informatiu i estratègic*, consisteix en l'ajuda rebuda per resoldre problemes concrets o afrontar situacions difícils. Saber que pot comptar amb altres persones per resoldre situacions complicades.

- El suport *material o instrumental*, consisteix en la prestació d'ajuda i/o serveis en situacions problemàtiques que un mateix no pot resoldre. Fa referència a les ajudes tangibles, que poden incloure ajuda en el maneig. És un exemple d'aquest tipus de suport les persones amb dependència.

També es coneix internacionalment com *el suport informal*.

Al llarg del document quan parlem del suport informal només ens referirem al tipus de suport material o instrumental que inclou el suport social i familiar.

Una altra definició sobre el suport informal és el suport que dóna la parella, altres membres del domicili i/o altres familiars, amics, veïns, persones que tenen una relació social amb la persona a la que atenen, també es pot donar a través de voluntaris.

Perquè es consideri suport informal no hauria de tenir una retribució econòmica, però no exclou la possibilitat que el cuidador informal rebi pagaments informals de la persona a la que atén(19). Majoritàriament és la família la que presta aquest tipus de suport.

En els darrers 20 anys, el suport informal s'ha convertit en un tema d'especial rellevància, tant des del punt de vista social com clínic, degut essencialment a l'envelliment de la població i a la dependència. Cada vegada trobem que hi ha més cuidadors que ocupen aquesta posició durant més temps(20).

La família s'ha configurat en el nostre país com el principal i tradicional instrument de suport en l'atenció a les persones amb dependència, bàsicament assumit per la dona de mitjana edat(21, 22, 17). Aquest suport informal no està professionalitzat, i no suposa cap cost pel sistema públic, alguns autors el defineixen com "cost invisible".

Si revisem el sistema d'atenció a la dependència d'altres països, en el cas dels Estats Units, responsabilitzen a la família d'aquesta atenció i només en casos de persones sense recursos intervenen els serveis públics. A Alemanya no existeix l'obligació familiar d'atendre als dependents però si que la família hi té un pes important; i el Japó, es diferencia de la resta per considerar que la responsabilitat és de l'Estat i fomenta els serveis públics(3, 23).

Hi ha alguns països com Alemanya, Estats Units, Finlàndia, Regne Unit, i recentment Espanya, que incentiven el cuidador informal amb més o menys intensitat mitjançant algun tipus de prestació econòmica.

3.5. Suport formal

Es diferenciaria per ser el suport a través d'un professional especialitzat. Existeixen dos tipus bàsics de suport formal, el que es dóna des de les institucions públiques i el que les famílies contracten privadament(22).

El suport formal inclou la prestació de serveis comunitaris que supleixen temporalment les funcions dels cuidadors informals: inclou els serveis d'ajuda a domicili, els serveis respir, els centres de dia, estades temporals en residències, serveis de salut,... Aquests serveis especialitats atenen les necessitats de les persones que ho necessiten i donen suport als cuidadors familiars.

Els models teòrics sobre la relació entre el suport formal i informal es poden resumir en tres, segons Rogero (22):

- Model de *Suport suplementari*. Els cuidadors familiars són els que presten l'atenció, i utilitzen el suport formal com a suport substitutori de forma temporal o puntual.
- Model *compensador o jeràrquic*. La gent gran prefereix ser cuidada seguint l'ordre de prioritats següent: primer per la parella, després pels fills, en tercer lloc per altres membres familiars, i per últim per cuidadors formals.
- Model de *suport complementari o d'especificitat de tasques*. Es dóna suport formal quan les tasques que es demanen sobrepassen les capacitats dels cuidadors informals.

3.6. La valoració social

La valoració social, segons proposa la Conferència Internacional sobre Geriatric Assessement Technology (Florència 1994), hauria de tenir en compte sis grans dimensions: les xarxes socials, el suport social, la sobrecàrrega del cuidador, els recursos socials, el benestar subjectiu i la satisfacció, i els valors i preferències individuals(24). Revisem breument les àrees que no s'han definit anteriorment:

- *Sobrecàrrega del cuidador*. Es refereix al conjunt de repercussions físiques, psicològiques, emocionals i socials que presenta el cuidador en la cura

continuada d'una persona. La percepció que té el cuidador en el cuidar i com impacte en diferents aspectes de la seva vida.

- *Recursos socials.* Es refereix als recursos que disposa la persona, inclou els recursos econòmics, les característiques de l'habitatge, la seva localització i accés, recursos de salut i de serveis socials que utilitza o pot accedir.
- *Benestar subjectiu i satisfacció.* Satisfacció vital en quan a la qualitat de vida.
- *Valors i preferències.* S'hauran de tenir en compte en la presa de decisions.

El treballador social és el responsable d'aquesta valoració social, que majoritàriament fa a través d'entrevistes semiestructurades en les que recull la informació dels diferents aspectes socials de la persona, del seu cuidador i/o de la família. No existeix un instrument únic i sistematitzat per la valoració social, d'aquí la seva complexitat i dificultat. Si que s'utilitzen puntualment escales o instruments de valoració complementaris que donaran suport en la recollida d'informació i valoració d'alguna dimensió social concreta.

La finalitat d'aquesta valoració permet prendre decisions en el tipus d'intervencions per assegurar la cobertura de necessitats de cada situació individual, que ajudaran a concretar quin és el recurs formal més adequat. Per determinar quin és el tipus d'atenció que la persona necessita, es tindran en compte tant els seus aspectes de salut, el grau d'autonomia i els sistemes de suport informal i de serveis formals que disposa; l'articulació de tots aquests elements permeten concretar quin és el pla d'intervenció més adequat per cada situació.

4. METODOLOGIA

4.1. Disseny de l'estudi

Es realitza un estudi observacional de disseny transversal i retrospectiu amb una finalitat descriptiva.

4.2. Àmbit d'estudi

Comarca d'Osona (excepte Vic i Manlleu)

4.3. Població objecte d'estudi

La població objecte d'estudi són les persones amb un grau de dependència reconegut i beneficiàries del programa del servei d'ajuda a domicili (SAD) del Consell Comarcal. (inclosos els 49 municipis d'Osona excepte Vic i Manlleu).

4.4. Treball de camp

Es dissenya un qüestionari inicial específic per la recollida d'informació amb l'objectiu de conèixer les característiques sociodemogràfiques de la població objecte d'estudi, i les dimensions de la funció social que s'inclouen en una valoració social.

Prèviament a la construcció del qüestionari es fa una revisió dels diferents informes socials utilitzats en els programes d'ajuda a domicili del Consell Comarcal d'Osona (CC d'Osona) i del que s'utilitza en el Programa d'Atenció Individual (PIA) de la LAPAD.

La recollida de dades es fa a través dels treballadors socials dels equips de serveis socials bàsics, mitjançant una visita al domicili dels participants. S'utilitza el mètode d'entrevista social clàssica i es passa el qüestionari dissenyat per l'estudi.

La finalitat de la recollida d'informació és conèixer el perfil dels usuaris que es presta ajuda domiciliària, i conèixer quins suport formal i informal disposen per cobrir les seves necessitats.

El qüestionari no contempla el consentiment informat per participar en l'estudi ja que quan una persona accepta rebre el SAD Comarcal dóna l'autorització en la sol·licitud inicial perquè s'incloguin les seves dades a la base de dades dels arxius del Consell Comarcal i puguin ser utilitzades per estudis de recerca.

Una vegada recollida la informació es fa arribar el qüestionari a l'àrea de benestar social del CC d'Osona.

4.5. Participants

Els criteris d'inclusió dels subjectes de la mostra són les persones amb un grau de dependència reconegut segons la LAPAD atesos des dels serveis socials bàsics i que inicien el programa del SAD Comarcal entre 1 de gener del 2010 i 31 de desembre del 2010.

Queden excloses aquelles persones que estan utilitzant el SAD iniciat anterior a l'1 de gener del 2010 o posterior al 31 de desembre del 2010.

La mostra està formada per 63 persones d'ambdós sexes, 26 homes (41,3%) i 37 dones (58,7%), amb edats compreses entre els 65 i 97 anys.

4.6. Variables d'estudi i instruments d'avaluació

S'avaluen les característiques sociodemogràfiques, les d'estructura de suport social i familiar (suport informal), que fan referència al tipus d'entorn i la dedicació del cuidador i les de suport formal (la intensitat del SAD, utilització de serveis i prestacions socials i de salut).

Variables i instruments d'avaluació

	VARIABLES	INSTRUMENTS
Variables contextuais	Característiques sociodemogràfiques (edat, sexe, estat civil)	Disseny propi
Criteris d'inclusió	Grau de dependència	Barem de valoració de dependència segons LAPAD
Característiques de la situació	Característiques de l'estructura de suport social i familiar (suport informal): <ul style="list-style-type: none">- Convivència- Cuidador Característiques de l'estructura de suport formal: <ul style="list-style-type: none">- SAD- Serveis i prestacions de salut i socials	Disseny propi
Característiques de les tasques del SAD Dependència	Taques desenvolupades pel SAD	Disseny propi

Els instruments d'avaluació utilitzats es descriuen a continuació:

4.6.1. Qüestionari de variables sociodemogràfiques

Es realitza un qüestionari de disseny propi per recollir les variables sociodemogràfiques, tenint en compte aquelles variables que es voldrien analitzar. En el qüestionari es recullen dades sobre:

- Edat.
- Sexe.
- Estat civil.

4.6.2. Barem de valoració de dependència

El grau de dependència de les persones incloses en l'estudi, ve donat per l'aplicació del barem de dependència que s'utilitza a partir del desplegament de la LAPAD. Perquè la persona pugui ser valorada, prèviament ha d'haver tramitat la sol·licitud del reconeixement de la seva situació de dependència. L'equip que realitza la valoració està format per diplomats en infermeria, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, treballadors socials i psicòlegs, amb un equip consultor format per metge, psicòleg i treballador social.

Els equips de valoració aplicaran el barem establert aprovat pel Reial decret 504/2007, de 20 d'abril. Es valora la capacitat de la persona per realitzar les tasques bàsiques de la vida diària: Menjar i beure, micció/defecació, higiene i altres cures corporals, vestir-se, manteniment de la salut, transferències i mobilitat dins i fora de la llar, activitats instrumentals i la capacitat per prendre decisions.

La valoració es basa en l'aplicació d'un qüestionari (barem de dependència) i en l'observació directa de la persona, que es valora per un professional acreditat.

Es valora la necessitat d'ajuda que la persona necessita per a realitzar una tasca, i quina és la capacitat de la persona d'efectuar per si mateixa les activitats bàsiques de la vida diària, així com la necessitat d'ajuda o supervisió. També es té en compte la capacitat física, la mental i/o d'iniciativa. Si la persona està diagnosticada d'algun tipus de trastorn mental o afectació cognitiva, s'aplica un barem específic.

Cada una de les àrees valorades tenen uns coeficients i uns pesos específics que donaran la puntuació que classificarà a les persones en els graus i nivells de dependència que determina la llei. La persona rebrà la resolució emesa pel Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, on li reconeixen el grau de dependència.

4.6.3. Procediment d'accés al SAD

Per accedir al Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) del Consell Comarcal d'Osona cal tenir reconegut el grau de dependència segons LAPAD.

Els treballadors socials dels serveis socials bàsics, determinen la idoneïtat de la prestació del SAD a través d'una valoració social que es fa al domicili de la persona beneficiària on s'avalua quines són les necessitats de la persona, i a partir d'aquí

s'elabora un Pla d'atenció individual que inclou les intervencions, la freqüència i la intensitat del servei.

La persona usuària signa una sol·licitud davant els Serveis socials bàsics d'atenció social per l'acceptació del SAD.

(Aquest treball estudia únicament les persones que utilitzen el SAD dependència).

4.6.4. Qüestionari de les característiques de la situació

- **Variables de les característiques de l'estructura de suport social i familiar (suport informal)**

L'instrument de recollida de dades és a partir d'un qüestionari de disseny propi, que inclou les variables sobre les característiques de l'estructura de suport social i familiar; com ja s'ha explicat en el marc teòric, ens referim al suport social i familiar com el suport informal:

Amb qui conviu. Aquesta àrea inclou el nucli de convivència de la persona entrevistada tenint en compte:

- Viu sol.
- Viu amb parella.
- Viu amb fills.
- Viu amb familiars de segon grau.
- Viu amb parella i amb fills.
- Viu amb parella i familiars de 2n grau.
- Altres situacions de convivència.

Si té fills o no.

Si hi ha cuidador o no.

En relació al cuidador, es considera la persona que assumeix la cura de la persona que presenta una situació de dependència, es recullen diferents aspectes:

Tipus de cuidador:

- Cuidador familiar convivent. El cuidador és un membre de la família i conviu amb la persona que es troba en situació de dependència.
- Cuidador familiar no convivent. El cuidador és una persona de la família però no conviu al mateix domicili familiar.
- Cuidador remunerat convivent (no familiar). El cuidador és una persona que se li remunera la seva feina i no és un membre de la família.
- Cuidador remunerat no convivent (no familiar). El cuidador està remunerat, no conviu al mateix domicili familiar de la persona en situació de dependència i no és un familiar.
- Cuidador familiar convivent + cuidador familiar no convivent. El cuidador és un membre de la família que viu al mateix domicili i també hi ha el suport d'un altre cuidador, també familiar que no hi conviu.
- Cuidador familiar convivent + cuidador remunerat no familiar i no convivent. Hi ha 2 cuidadors, un és un familiar que conviu al mateix domicili i hi ha un segon cuidador que és remunerat per fer aquesta tasca, no és familiar i no conviu al mateix domicili.

Temps de dedicació del cuidador en l'atenció de la cura de la persona amb dependència:

- Dedicació permanent. Considerada de 24 h diàries.
- Dedicació diària inferior a 3 hores.
- Dedicació diària superior a 3 hores.
- Dedicació d'una vegada per setmana.
- Ocasionalment.

Dedicació del cuidador en l'atenció de la cura de la persona amb dependència en hores setmanals. (Es diferencia del punt 4.2. perquè aquí cal especificar el nombre d'hores setmanals)

- **Variables de les característiques de l'estructura de suport formal**

Intensitat de prestació de SAD dependència en hores setmanals. Es recullen quantes hores setmanals reben la prestació del SAD per part de l'empresa proveïdora.

Baixa del SAD en el moment de l'anàlisi de dades. Si la persona ja no té el servei actiu es considera baixa. Es revisa a partir de la base de dades del Consell Comarcal d'Osona.

Tipus d'utilització de serveis i prestacions de salut i socials. A continuació es descriuen les que es van tenir en compte:

Serveis de Salut:

Es té en compte si la persona està o no inclosa en el Programa d'Atenció domiciliària (ATDOM) de la seva Àrea Bàsica de Salut.

Aquest programa es desenvolupa des de l'Àrea Bàsica de Salut, és un programa que es porta a terme en el domicili de la persona i es desenvolupa per un equip multidisciplinari, adreçat a aquelles persones majors de 65 anys amb dificultats d'autonomia important o amb mancances per desplaçar-se al seu Centre d'Atenció Primària de Salut, i a persones menors de 65 anys afectades d'alguna malaltia crònica o terminal que disminueixi la seva autonomia. En aquests usuaris, serà l'equip d'atenció primària de salut qui es desplaçarà al domicili per fer les cures de salut i el seguiment que requereixi.

Serveis i prestacions socials:

Servei d'atenció a la llar. Servei d'ajuda a domicili que inclou la neteja de la llar. Es paga privadament o s'ofereix a través del propi servei socials municipals.

Treballadora familiar. Professional de l'equip de serveis socials bàsics que dona suport en les atencions personals, en l'organització de la llar i suport social al domicili de les persones amb dificultats de desenvolupament o d'integració social o manca d'autonomia.

Àpats a domicili. Servei que s'ofereix dins el servei d'atenció a domicili com a complementari, no està inclòs en el SAD públic, és un servei privat.

Servei de Teleassistència. S'articula a través de components tecnològics i personals, que proporcionen als usuaris la seguretat d'una resposta immediata davant una situació d'urgència.

Servei de valoració del professional de teràpia ocupacional comarcal.

Dirigit a aquelles persones amb situació de dependència temporal o permanent, i amb unes necessitats d'atenció preventives en relació a l'entorn físic (prevenció de caigudes, accidents domèstics,...)

Utilització d'ajudes tècniques al domicili. Ajudes de suport per la promoció i el manteniment de l'autonomia personal.

Centre de dia per a gent gran. És un servei d'acolliment diürn que dona suport a les persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les AVD i complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar.

Tenen la finalitat de cobrir les necessitats familiars de prevenció, rehabilitació i atenció assistencial i personal durant un determinat nombre d'hores, amb la filosofia de poder mantenir la persona al seu domicili habitual, sempre que sigui possible.

Prestació econòmica de suport al cuidador no professional. De manera excepcional, quan el beneficiari és atès al seu entorn familiar per un cuidador que compleixi els requisits establerts a l'article 14.4. es podrà atorgar aquesta prestació econòmica per cuidador no professional. Seguint el procediment i els requisits que marca la LAPAD.

4.6.5. Qüestionari de les tasques que es fan al domicili de la persona a través del SAD dependència

El qüestionari especifica les tasques que pot prestar el SAD al domicili de les persones, que s' inclouen en la funció assistencial que ofereix aquest servei.

El treballador social marca les tasques que el SAD fa al domicili:

- higiene personal
- suport en l'alimentació
- vestir/desvestir
- control micció/ deposició
- suport per anar a WC
- transferències dins de casa (trasllats llit/cadira)

- deambulació
- pujar i baixar escales
- acompanyament a centre de dia
- passeig
- acompanyament visites mèdiques
- acompanyament per fer gestions
- rentar la roba
- suport per la preparació i prendre la medicació
- preparació d'àpats
- fer la compra

ANÀLISI ESTADÍSTIC DE LES DADES

Una vegada obtingudes les dades, són introduïdes en una base de dades i s'analitzen estadísticament mitjançant el sistema SPSS versió 17.00.

Es realitza l'anàlisi descriptiu per les variables quantitatives, s'utilitzen els índexs de mitjana i desviació estàndard, les variables categòriques a través de percentatges.

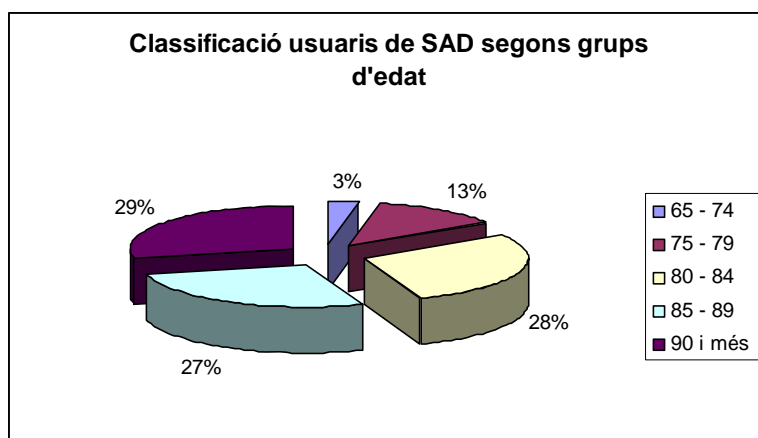
5. RESULTATS

5.1. Resultats referents a les característiques sociodemogràfiques

5.1.1. Edat i sexe

En l'estudi van ser incloses 63 persones, la mitjana d'edat de la mostra és de 85,32 anys amb un mínim de 65 i un màxim de 97 anys (mín = 65, màx = 97) amb una desviació estàndard del 6,3 (DS± 6,3). A la figura 1, es descriuen els percentatges totals per grups d'edat, es pot observar que les persones de 80 anys i més representen el 84%. A la taula 9 s'observa els percentatges corresponents per grups d'edat i sexe.

Figura 3.



Taula 9. Percentatges per grups d'edat i sexe

Edat	% Home	% Dona	% total grup edat
65 - 74	0	100	3,1
75 - 79	12,5	87,5	12,7
80 - 84	72	28	28,6
85 - 89	29,4	70,6	27
90 i més	39	61	28,6

A la taula 10 s'observa un major percentatge de dones (58,7%) que d'homes (41,3%).

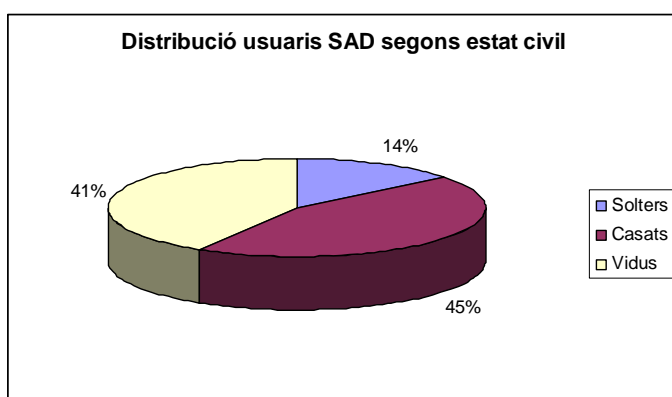
Taula 10. Sexe dels usuaris de SAD

Sexe	Freqüència	%
Homes	26	41,3
Dones	37	58,7

5.1.2. Estat civil

Com s'observa a la figura 4, el 45% (28) de les persones són casades, el 41%(26) vídues i un 14% solteres (9).

Figura 4.



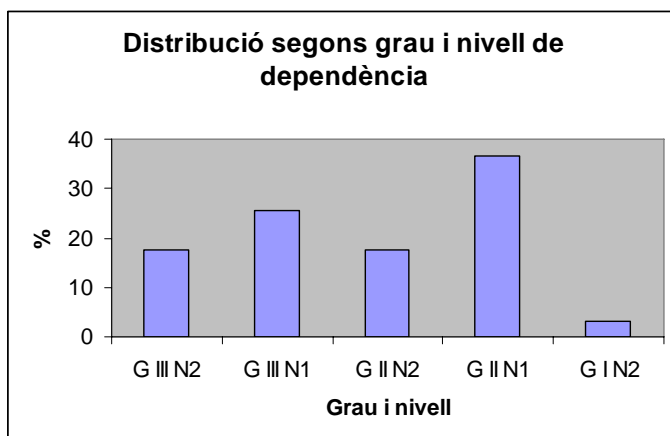
5.2. Grau i nivell de dependència

Com s'observa a la taula 11, les persones amb gran dependència (Grau III) representen el 42,8% de la mostra, el 54% estan valorats amb una dependència severa (Grau II) de les persones amb una dependència moderada (Grau I) representen el 3,2%. A la figura 5 es pot observar la distribució per grau i nivell de dependència.

Taula 11. Distribució segons Graus de dependència.

	Freqüència	% vàlid
Grau III. Gran Dependència	27	42,8
Grau II. Dependència severa	34	54
Grau I. Dependència moderada	2	3,2

Figura 5.

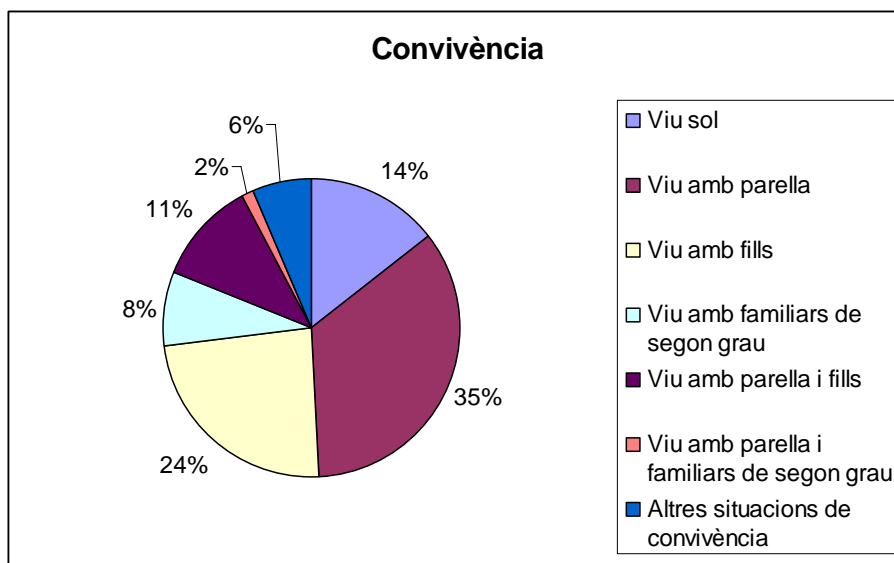


5.3. Resultats de les variables de les característiques de l'estructura de suport informal (social i familiar)

5.3.1. Convivència

En relació a la convivència, podem observar el 14,3% viuen sols, el 35% de les persones que reben SAD viu en parella, el 24% viuen amb fills, els que viuen amb familiars de segon grau representen el 8%, els que viuen amb la parella i fills l' 11%, un 2% viu amb parella i familiars de segon grau i altres situacions de convivència representen el 6%. (figura 6, taula 12)

Figura 6.



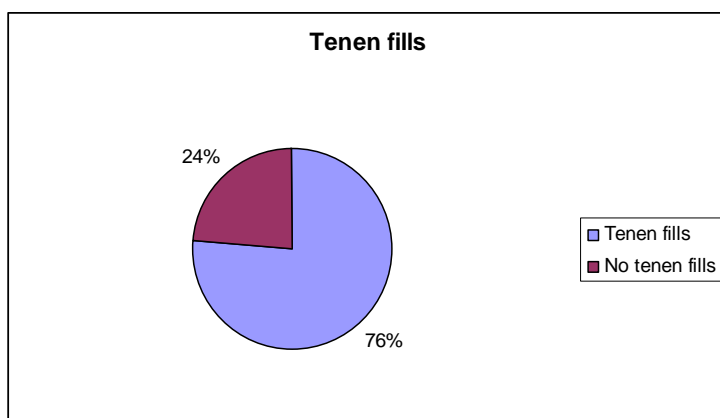
Taula 12. Distribució de percentatges i freqüència de les situacions de convivència

Situacions de convivència	Freqüència	%
Viu sol	9	14,3
Viu amb parella	22	34,9
Viu amb fills	15	23,8
Viu amb familiars de segon grau	5	7,9
Viu amb parella i fills	7	11,1
Viu amb parella i familiars de segon grau	1	1,6
Altres situacions de convivència	4	6,3

5.3.2. Fills

Com es pot apreciar a la figura 7, hi ha 48 persones que tenen fills (76,2%) mentre que el 23,8% no en tenen.

Figura 7.



5.3.3. Cuidador

5.3.3.1. Tipus de cuidador

Es pot apreciar que no hi ha cap persona que no tingui cuidador.

S'observa a la taula 13, que el 66,7% (42) tenen un cuidador familiar convivent, el 15,9% (10) tenen un cuidador familiar que no conviu amb la persona dependent, el 3,2% (2) tenen un cuidador remunerat que conviu al mateix domicili i que no és un familiar, l'1,6% (1) té un cuidador remunerat que no conviu al domicili i que no és familiar, i el 7,9% (5) té el suport d'un cuidador familiar que conviu al mateix domicili i també rep el suport d'un altre cuidador familiar que no hi conviu, el 4,8% conviu amb

un cuidador familiar i tenen un altre cuidador remunerat que no hi conviu. El 95% de les persones del SAD tenen un familiar com a cuidador.

Taula 13. Tipus de cuidador

Tipus de cuidador	Freqüència	%
Cuidador familiar convivent	42	66,7
Cuidador familiar no convivent	10	15,9
cuidador remunerat convivent (no familiar)	2	3,2
cuidador remunerat no convivent (no familiar)	1	1,6
cuidador familiar convivent + cuidador familiar no convivent	5	7,9
cuidador familiar convivent + cuidador remunerat no familiar i no convivent	3	4,8

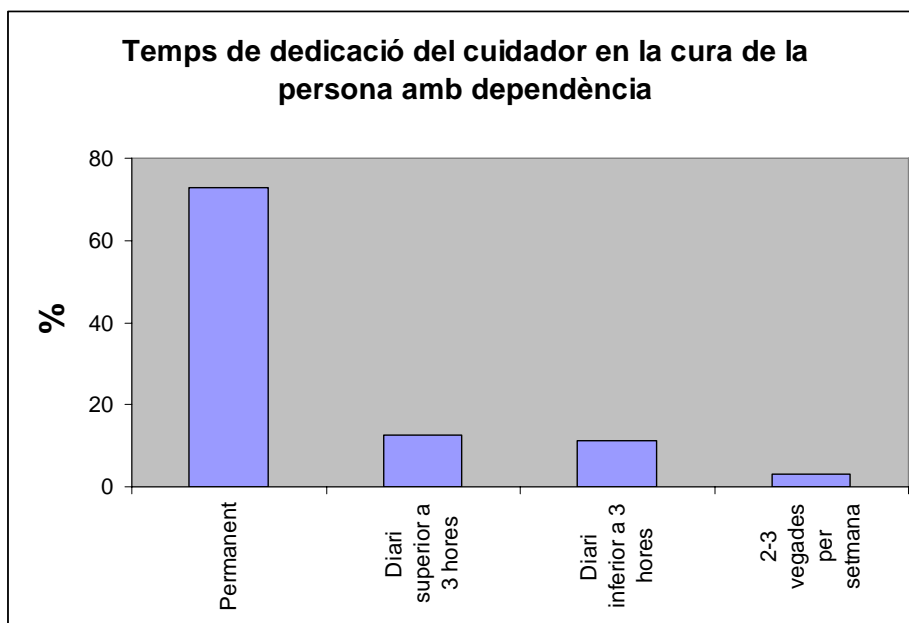
5.3.3.2. Temps de dedicació del cuidador en l'atenció de la cura de la persona amb dependència

Quan s'analitza el temps de dedicació del cuidador, es pot observar (taula 14, figura 8) que el 73% dels cuidadors tenen una dedicació permanent, el 12,7% hi dediquen diàriament un temps superior a 3 hores, l'11,1% tenen una dedicació diària inferior a 3 hores i el 3,2% de cuidadors tenen una dedicació ocasional de 2 a 3 vegades per setmana.

Taula 14. Temps de Dedicació del cuidador en l'atenció de la cura de la persona amb dependència

Dedicació diària	Freqüència	%
Permanent	46	73,00%
Diari superior a 3 hores	8	12,70%
Diari inferior a 3 hores	7	11,10%
2-3 vegades per setmana	2	3,20%

Figura 8



A la taula 15, es pot observar que el 73%(46) dels cuidadors es dediquen les 24h del dia a l'atenció de la persona dependent, que correspon a 168 hores setmanals.

Un 7,9% dediquen 21hores a la setmana en la cura de la persona amb dependència, el 4,8% dediquen de 4,5 a 17 hores a la setmana, el 4,8% hi dedica 28 hores a la setmana i el 9,6% restant hi dediquen entre 31 i 84 hores a la setmana. Amb un (mín=5, màx=168) d'hores setmana, una (DS± 62,55), i una mitja de 130,78 hores/setmana

Taula 15. Hores de dedicació del cuidador en l'atenció de la cura de la persona amb dependència al domicili en hores setmanals.

Hores setmanals dedicació del cuidador	Freqüència	%
4,5	1	1,6
5	1	1,6
17,5	1	1,6
21	5	7,9
28	3	4,8
31	1	1,6
34	1	1,6
36	1	1,6
42	1	1,6
68	1	1,6
84	1	1,6
168	46	73

5.4. Resultats de les variables de les característiques de l'estructura de suport formal

5.4.1. SAD

5.4.1.2. Intensitat de prestació de SAD en hores setmanals

A la taula 16, s'observen els percentatges i la freqüència en la distribució d'hores setmanals que reben de SAD les persones ateses, el 20,6% reben 5 hores de SAD a la setmana(h/set) . L'11,6% tenen 7h/set, el 3,2% tenen 1,5h/set, el 15,9% 2h/set, el 6,3% 2,5h/set, el 7,9% 3h/set, en els mateixos percentatges (1,6%) reben 3,5h/set, 4,5h/set, 5,75h/set, 6,25h/set, 6,5h/set, 7h/set, 8,75h/set, 19,5h/set i 22,5h/set.

El 6,3% tenen 4h/set, el 3,2% 7,5% i el 3,2% 12h/set.

La mitja és de 4,27 hores/setmana/usuari, amb (mín=1, màxim= 22,5), la (DS± 3,41).

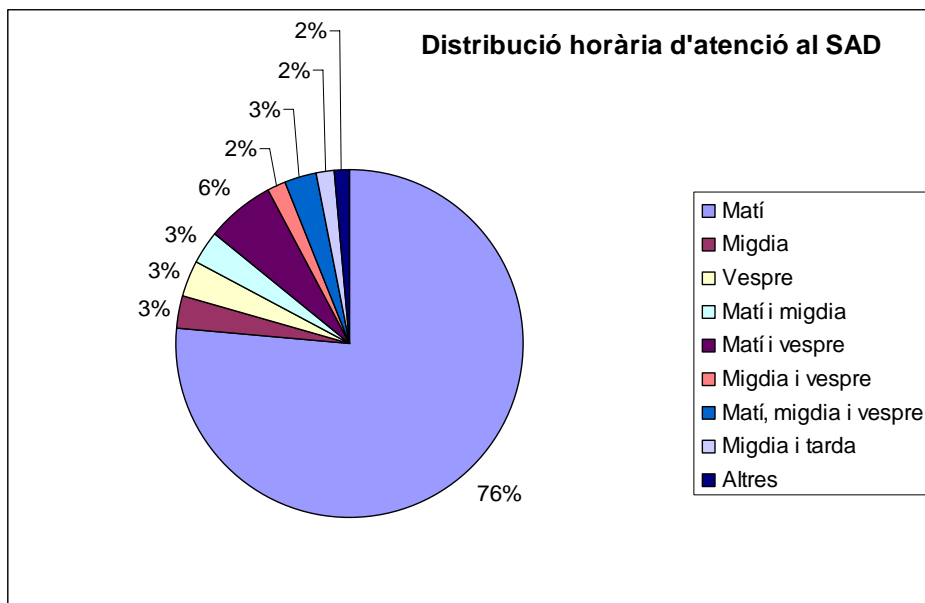
Taula 16. Intensitat de prestació de SAD en hores setmanals.

Hores setmanals SAD públic	Freqüència	%
1	7	11,6
1,5	2	3,2
2	10	15,9
2,5	4	6,3
3	5	7,9
3,5	1	1,6
3,75	5	7,9
4	4	6,3
4,5	1	1,6
5	13	20,6
5,75	1	1,6
6,25	1	1,6
6,5	1	1,6
7	1	1,6
7,5	2	3,2
8,75	1	1,6
19,5	1	1,6
12	2	3,2
22,5	1	1,6

5.4.1.3. Distribució horària del SAD

S'observa a la Figura 9 la distribució horària d'atenció del SAD, on el 76% de les persones utilitzen el SAD al matí.

Figura 9.



5.4.1.4. Baixes del SAD en el moment de l'anàlisi de dades

Es pot observar a la taula 17, que un 22,2% dels casos, són baixa en el moment d'analitzar les dades, mentre que el 77,8% continuen d'alta del servei.

Taula 17. Baixa SAD.

BAIXA SAD	Freqüència	%
SI	14	22,2
NO	49	77,8

5.4.2. Utilització de serveis i prestacions de salut i socials

5.4.2.1. Utilització de serveis de salut

Les dades observades a la taula 18 en relació al Programa d'ATDOM, ens diuen que el 31,7% dels casos estan inclosos en aquest programa, mentre que el 68,3% no.

Taula 18. Inclòs en el programa ATDOM.

Inclòs en el Programa ATDOM	Freqüència	%
SI	20	31,7
NO	43	68,3

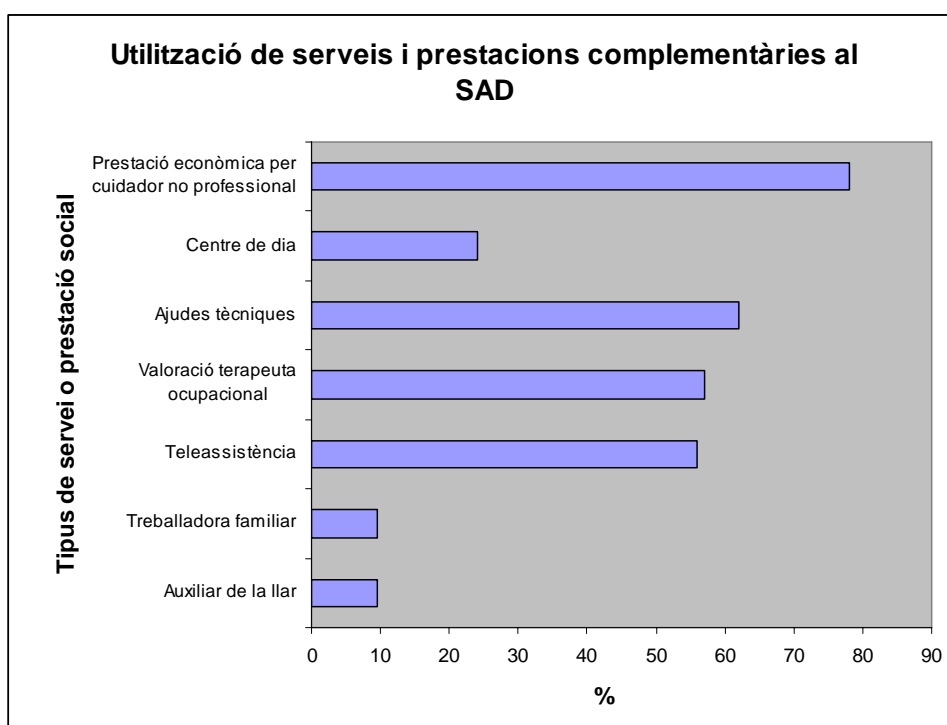
5.4.2.2. Utilització de serveis i prestacions socials

S'observa que el 78% de les persones del SAD cobren la prestació econòmica per cuidador no professional, el 62% utilitza ajudes tècniques, el 56% utilitza el servei de teleassistència, el 57% ha utilitzat la valoració del terapeuta ocupacional, el 24% van a centre de dia i en la mateixa proporció (9,5%) tenen servei d'atenció a la llar i treballadora familiar. (Taules 19, Figura 10)

Taula 19. Utilització de serveis i prestacions socials

TIPUS DE SERVEI O PRESTACIÓ	Freqüència	%
Auxiliar de la llar	6	9,5
Treballadora familiar	6	9,5
Teleassistència	35	56,0
Valoració terapeuta ocupacional	36	57,0
Ajudes tècniques	39	62,0
Centre de dia	15	24,0
Prestació econòmica per cuidador no professional	49	78,0

Figura 10.



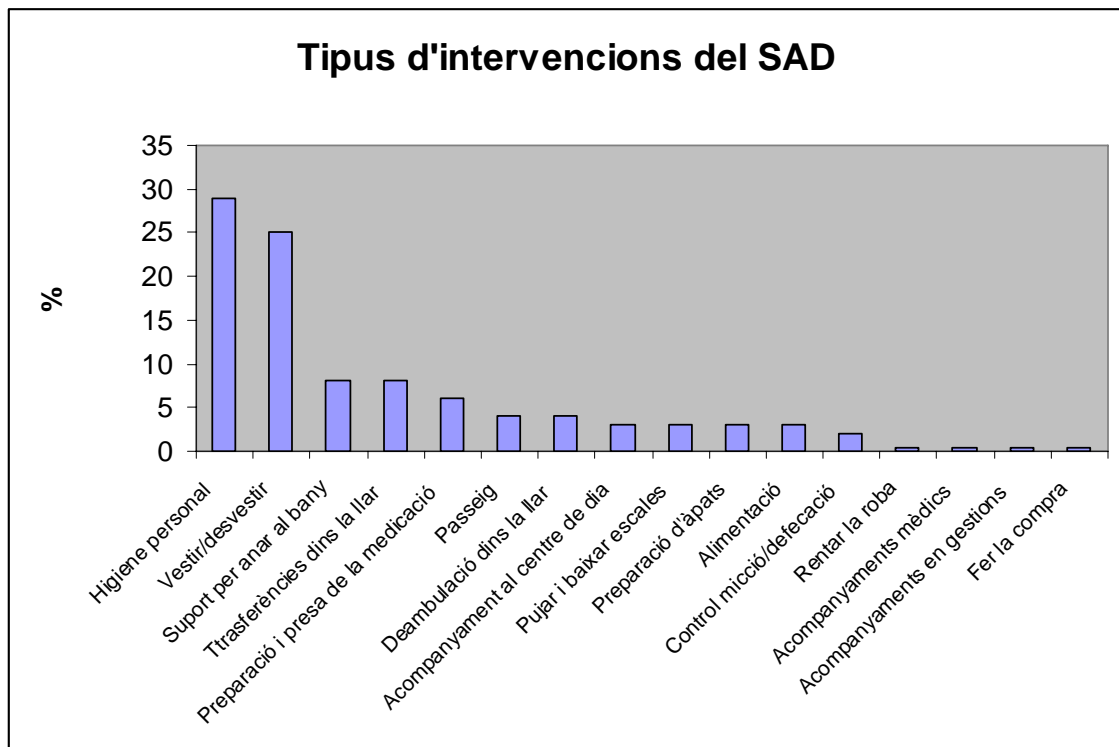
5.4.3. Tasques que el SAD fa al domicili de la persona

Es pot observar a la taula 20 i a la figura 11, els percentatges de la distribució de tasques que fa el SAD públic al domicili.

Taula 20. Tipus d'intervencions del SAD

TIPUS D'INTERVENCIONS DEL SAD	Freqüència	%
Higiene personal	61	29,0
Vestir/desvestir	52	25,0
Suport per anar al bany	17	8,0
Ttrasferències dins la llar	16	8,0
Preparació i presa de la medicació	13	6,0
Passeig	9	4,0
Deambulació dins la llar	8	4,0
Acompanyament al centre de dia	7	3,0
Pujar i baixar escales	6	3,0
Preparació d'àpats	6	3,0
Alimentació	6	3,0
Control micció/defecació	5	2,0
Rentar la roba	2	0,5
Acompanyaments mèdics	1	0,5
Acompanyaments en gestions	1	0,5
Fer la compra	1	0,5

Figura 11



6. DISCUSSIÓ

La Llei de SS i la LAPAD, han suposat un canvi important en el sistema de protecció social a la dependència, i un gran avenç amb el reconeixement del dret de ciutadania, universal i subjectiu, que garanteix una sèrie de prestacions i serveis, i que estableix el servei d'ajuda a domicili com una prestació bàsica garantida.

6.1. Característiques sociodemogràfiques de les persones ateses pel servei d'ajuda a domicili del consell comarcal d'Osona

El perfil de les persones beneficiàries del SAD del Consell Comarcal d'Osona presenten unes característiques molt similars a la resta de persones amb dependència de l'Estat espanyol. Segons els resultats obtinguts, el SAD és utilitzat per una població molt envellida, el 84% dels casos tenen 80 anys i més, amb una mitjana *d'edat* de 85,2 anys, podríem dir que segueixen la tendència que a més edat, més dificultats i més necessitat de suport i de serveis.

Pel que fa al *gènere*, les dones són el col·lectiu més atès pel SAD (58,7%), es podria relacionar amb que l'esperança de vida de les dones és superior a la dels homes, de 84,3 i 78,3 respectivament (12).

Aquests resultats estarien en concordança amb els perfils de persones amb dependència a Catalunya i que reben SAD, representant el 75% dones, 71% majors de 80 anys i l'edat mitjana és de 84 anys(15).

Segons l'informe de l'Observatori de Serveis d'Atenció Domiciliària de la Diputació de Barcelona(16), també són les dones el grup de població que més utilitza el SAD, sobretot a mesura que avança l'edat, en la població major de 84 anys el percentatge de dones arriba gairebé al 70% dels casos.

Altres estudis confirmen que les característiques de les persones que utilitzen SAD a Espanya, són majoritàriament dones i majors de 80 anys(12).

Dels resultats obtinguts pel que fa a l'*estat civil*, podem observar que els percentatges de les persones que utilitzen SAD són similars en persones casades (45%) i viudes (41%), mentre que les persones solteres són el col·lectiu que menys s'atén des

d'aquest servei (14%). L'estudi queda limitat en aquest aspecte, no permet interpretar quin és la relació amb el fet de ser solter i utilitzar menys el SAD.

Altres estudis han trobat resultats semblants, on el grup majoritari són el de persones casades 63%, seguit de les viudes 29% i en tercer lloc les solteres 5%, tampoc s'analitza si hi ha relació entre la utilització de serveis i l'estat civil(19).

6.2. Dependència

Referent a la dependència, s'aprecia que les persones que reben SAD presenten uns nivells de dependència molt elevats, gran dependència o dependència severa (96,8%), mentre que les persones amb una dependència moderada són un grup minoritari (3,2%).

S'observa que el grup més nombrós és el de les persones que tenen reconegut el Grau II (54%), el Grau II nivell 1 representa el 37% del total de la mostra. Pel que hem vist, no són les persones amb gran dependència les que més utilitzen el SAD, es podria justificar pel fet que les persones reconegudes amb Grau III van entrar al Sistema durant el 2007 i el 2008 (amb uns volums d'entrada importants), aquestes persones actualment es podrien estar beneficiant del servei però no s'han contemplat en el treball perquè no han iniciat el SAD en el període que s'ha estudiat, aquest supòsit es confirma analitzant el total de casos del programa de SAD de CC d'Osona.

Respecte a les valoracions de la dependència fetes a Osona per l'equip especialitzat (SEVAD) durant el 2010, mostren que un 23,72% tenen Grau III i un 39,25% tenen Grau II, aquests resultats indiquen que durant el 2010 les persones amb dependència severa són el grup més nombrós que ha entrat al Sistema i que més han utilitzat serveis i prestacions de la cartera de dependència, podem confirmar amb les dades facilitades pel Consell Comarcal i la Generalitat(25), que estarien en concordança en relació als serveis que consten als PIAS, han iniciat el SAD durant el 2010 més persones amb Grau II que persones de Grau III.

6.3. Característiques de l'estructura de suport social i familiar

6.3.1. Situacions de convivència

Pel que fa a les situacions de convivència, els resultats ens diuen que gairebé el 86% dels casos que reben SAD viuen acompanyats per alguna altra persona, mentre que el 14% viuen sols. Quan parlem de persones amb gran dependència difícilment poden viure soles, en molts casos el cuidador conviu amb la persona que ha d'atendre com es confirma a l'estudi. Seria una situació insostenible a curt termini que un gran dependent visqués sol.

Resultats similars són els que es van obtenir en l'enquesta de persones grans(26), les persones grans a Espanya viuen acompanyades en un 84% dels casos, també passa el mateix a països com Canadà, Estats Units i Regne Unit, on la majoria de cuidadors conviu amb la persona dependent(27).

Els resultats del Libro Blanco també estan en línia amb els obtinguts, les persones dependents conviuen amb el cuidador 60,4%(2).

6.3.2. Tipus de cuidador

Quan analitzem el tipus de cuidador de les persones ateses pel SAD, s'observa que tots tenen alguna persona que assumeix el rol de cuidador informal. En el 95% dels casos, el cuidador és un familiar. Segons les dades observades, podem dir que es segueix la tradició del model d'atenció familiar, la família és qui s'ocupa de les persones amb dependència. Altres autors, també afirmen que sobretot en els estats del sud europeu, la família és la màxima proveïdora de les cures al domicili(21, 28-31). Els cuidadors no convivents representen el 17,5% dels casos, amb les dades analitzades veiem que només el 14% viuen sols, per tant, el 3,5% restant viu acompanyat d'una altra persona que no assumeix el rol de cuidador.

6.3.3. Dedicació del cuidador atenció a la dependència

Respecte a les hores que els cuidadors informals dediquen en les cures de la persona dependent, el 73 % tenen una dedicació permanent de 24h diàries durant tots els dies de la setmana.

Els cuidadors que tenen una dedicació diària superior a 3 hores representen el 12,7%, percentatge molt similar als que hi dediquen menys de 3 hores diàries. Els resultats indiquen que dels cuidadors que no tenen una dedicació permanent, presenten una varietat important en les hores de dedicació, trobem que s'hi dediquen des de 4,5 hores a la setmana fins a 84.

S'hauria de poder analitzar quin és el motiu d'aquestes diferències, persones amb una dependència similar tenen cuidadors amb unes intensitats de dedicació molt diferents, i quina relació hi ha amb la intensitat de dedicació del cuidador informal i la qualitat d'atenció prestada.

Aquest apartat queda pendent d'ampliar l'anàlisi per poder dir si hi ha alguna relació amb el fet de que el cuidador hi dediqui més o menys hores en funció de si la persona té més o menys dependència, o si hi ha relació amb la intensitat d'hores de SAD, caldria estudiar-ho en una segona fase.

Altres estudis, obtenen resultats similars pel que fa a la intensa dedicació del cuidador, el 85% dels cuidadors presta la seva ajuda tots els dies de la setmana, el 53% hi dedica més de 5 hores, i entre 3 i 5 hores el 20% dels casos(28).

Segons el Libro Blanco de la dependencia (2) el 42% dels cuidadors dediquen més de 5 hores diàries a aquesta activitat amb la qualitat i l'esforç que aquestes atencions requereixen.

Diferents treballs mostren que la mitjana d'hores de dedicació del cuidador a la persona amb dependència és de 10 hores diàries. També afirmen que el 73 % dels cuidadors tenen una dedicació permanent en la cura de la persona amb dependència, i especifiquen que és superior a 10 hores diàries, tenint en compte que estant les 24 hores del dia a la seva disposició()

EDAD 2008 fa una estimació de les hores de dedicació del cuidador en l'atenció a la persona depenent, a partir de les dades de l'enquesta (EDDES 1999)(32), consideren una intensitat mitja de 10,6 hores/dia de suport per cuidador familiar. En quan a la freqüència, dies setmana, indica que el 84,6% dels cuidadors tenen una dedicació diària.

Segons l'informe de Personas Mayores en España 2007(21) la intensitat mitja de dedicació per part del cuidador informal en les cures de la persona gran és de 15,4 hores/mes per usuari.

Tots els estudis a què es fa referència, indiquen que el cuidador té una dedicació molt intensa en l'atenció a la persona amb dependència durant tots els dies de la setmana, però cap dels treballs no concreta a què es dediquen aquestes hores d'atenció des del suport informal, això fa difícil poder avaluar i comparar la qualitat de vida amb les persones que disposen d'un suport informal menys intens.

6.4. Característiques de l'estructura de suport formal

6.4.1. Intensitat de prestació de SAD públic en hores setmanals

És interessant ressaltar que la cobertura de SAD públic en hores setmanals és en el 89% dels casos d'entre 1 i 7 hores de servei a la setmana, el 8% reben més de 7 hores i fins a 12 a la setmana, i una minoria disposa de 19,5 a 22 hores setmanals (3%). Aquests resultats indiquen que les intensitats que dona el SAD públic són molt variades en cada cas en concret i no són molt altes, per altra banda, des del CC d'Osona es confirma que hi hagut un augment d'hores totals en els darrers 4 anys. Semblaria raonable dir que es donen poques hores setmanals però que poden beneficiar-se del servei moltes més persones. El fet que el SAD principalment doni suport a la cura personal, justifica que les hores de servei que es donen per usuari siguin més ajustades que si es cobrissin més atencions de suport a la llar.

Segons la literatura revisada són els països nòrdics els més avançats en temes de protecció social i els que l'Estat dona més suport formal al domicili, la cobertura que donen de SAD en la població major de 65 anys a Europa en països com Alemanya França, Holanda, Dinamarca és molt superior a les que ofereix l'Estat Espanyol. Altres estudis confirmen que Dinamarca, Suècia i Finlàndia, disposen d'una provisió de serveis a la comunitat molt més àmplia que la dels països del sud d'Europa(30, 33).

Segons un estudi de l'IMSERSO(12), el nombre de persones grans ateses pel SAD, creix durant el període 2002 – 2008 amb un increment de la cobertura que gairebé es duplica, passant del 2,75 (2002) al 4,69% (2008).

Aquest augment de la cobertura del SAD també es confirma en l'informe Xarxa Local SAD 2008 passant de l' 1,8% (2004) al 3% (2007)(16).

Les dades més recents a les que s'ha tingut accés indiquen que la taxa de cobertura de SAD de la població major de 65 anys és del 3,52% a la província de Barcelona, amb un promig de 10,6hores mensuals d'atenció efectiva del SAD per usuari amb dependència(34). Si comparem aquestes dades amb les que s'han analitzat a l'estudi, s'observa que les persones que utilitzen el SAD reben una mitja de 4,27 hores per setmana i usuari, podríem dir que és superior a la mitjana dels municipis de la província de Barcelona.

Pel que fa al total de la població d'Osona major de 65 anys, la taxa de cobertura és del 4,07%, percentatge que assoleix el que marca la Llei de SS (4%), amb una intensitat de SAD dependència de 12,37hores mensuals per usuari.

Si revisem els serveis de SAD a partir dels PIAS fets, s'observa que la demanda de SAD a nivell estatal ha disminuït en aquests darrers anys, passant de ser un servei utilitzat pel 13,7% (2009) a l' 11,6% el 2010(35).

Els diferents estudis descriuen percentatges sobre les cobertures i intensitats en hores de servei per usuari, però en cap cas s'especifica quines són les intervencions fetes al domicili, la heterogeneïtat d'aquest servei en els models existents en el territori, fan que no resulti fàcil obtenir dades fiables sobre el SAD, l'escassa bibliografia i el buit de publicacions en aquest camp dificulta la comparació de resultats.

Existeixen també deficiències en els sistemes de recollida de dades i d'informació oficials, bàsiques per seguir avançant. És un repte per les administracions la utilització i aprofitament de noves tecnologies sobretot en aquest camp.

6.4.2. Utilització de serveis de salut i socials

Alguns autors ja al 2000 reconeixen que els ancians constitueixen un grup de població que genera moltes necessitats i que consumeix molts recursos tant sanitaris com socials (37,38)

6.4.2.1. Utilització de serveis de salut

En la recollida de dades només s'ha tingut en compte si la persona que utilitzava SAD estava inclosa en el Programa ATDOM de l'Àrea Bàsica de salut de referència. Els resultats sorprenen perquè només el 31,7% dels casos estan en el programa, les persones del SAD tenen nivells de dependència elevats, el que faria pensar que els percentatges dels que estan en el programa de salut haurien de ser més elevats.

6.4.2.2. Utilització de serveis i prestacions socials

L'estudi ha volgut analitzar quins d'aquests serveis socials s'utilitzaven com complementaris al SAD, els resultats obtinguts mostren que en el darrer any, el 57% dels usuaris van ser valorats pel servei de teràpia ocupacional Comarcal. La valoració i orientació prèvia del terapeuta ocupacional a domicili podria justificar que el 62% de persones utilitzen ajudes tècniques, suport que s'ha convertit en un recurs essencial per garantir i promocionar l'autonomia personal al domicili(19).

El servei de teleassistència l'utilitzen més de la meitat dels usuaris del SAD (56%). A part de la tranquil·litat i seguretat que dona aquest servei a les famílies que l'utilitzen, el fet que sigui un servei que presten els ajuntaments amb un cost molt baix podria ser també un motiu l'alta demanda.

Un altre servei que dona suport a l'atenció al domicili és el centre de dia per a gent gran, servei poc utilitzat pels usuaris del SAD. Si ho comparem amb els PIAS fets a Osona, s'observa que el servei de centre de dia representa el 6% del total de serveis i prestacions tramitades per la població amb dependència(25).

El recurs més utilitzat per gairebé tots els usuaris del SAD (78%) és la prestació econòmica de cuidador no professional, es combinen les compatibilitats entre serveis i prestacions que ofereix la LAPAD.

Els resultats actuals del SAAD indiquen que s'ha prioritzat la prestació econòmica per cuidador no professional (55%) mentre que el 12% tenen prescrit el SAD. Les previsions que s'havien fet en relació a la prestació econòmica per cuidador no professional era del 16% i la realitat demostra que ha estat més del doble (55%). Entre novembre del 2008 i febrer del 2010 a l'Estat espanyol han passat del 45% al 50% les prestacions econòmiques de la LAPAD, mentre que les prestacions en serveis, com el SAD, han disminuït del 14% a 11%(4, 7, 36, 37).

Si contrastem la població dependent d'Osona (2010) amb la resta de Catalunya, s'observen uns percentatges molt similars a l'hora de prioritzar la prestació econòmica per cuidador no professional (53%). Respecte a la compatibilitat entre el SAD i la prestació econòmica per cuidador no professional ha estat del 13%.

Les dades d'Osona, pel que fa al SAD, demostren que no és el servei més utilitzat, les famílies prefereixen com a primera opció les prestacions econòmiques, tot i que la llei diu que les prestacions han de ser de caràcter excepcional i s'han de prioritzar els serveis, no s'està complint aquest objectiu. Com tampoc s'han complert les previsions que feia el llibre blanc en relació a l'augment del SAD amb l'aplicació de la LAPAD(2).

Segons els resultats de l'estudi s'intueix que el SAD com a única prestació de servei l'utilitzen pocs usuaris, possiblement no seria sostenible aquest servei quan es requereix un suport continuat amb una alta intensitat, fa pensar que només pot funcionar com a complement o suport a les atencions que la persona ja rep per part dels seus cuidadors informals(38). El SAD suposa una despesa important per les famílies que utilitzen moltes hores de servei, tot i l'existència del copagament, potser caldria reflexionar sobre si les prestacions econòmiques que l'Administració destina a les famílies garanteixen la qualitat d'atenció de la persona, i estudiar què suposaria invertir aquests diners en prestacions de servei d'ajuda a domicili professionals.

Els serveis d'atenció a la dependència s'han de plantejar com un complement a les atencions que proporciona la família, els resultats ens diuen que el SAD es complementa principalment amb altres serveis i prestacions socials. Un estudi que fa Rogero(23), considera que la complementarietat entre el suport formal i els serveis formals, faciliten a la família o al cuidador informal que es puguin fer càrrec de l'atenció de les persones al domicili durant més temps. En aquest mateix estudi, l'11,9% dels casos combinen el suport informal amb el suport formal, segons l'autor, el fet que s'utilitzi aquesta combinació dependrà de les possibilitats d'atenció del cuidador informal, quan aquestes estan sobrepassades per un augment de dependència o per la mateixa complexitat de la situació, es buscaran altres suports.

Cada família s'organitza d'una manera particular i individual, alguns autors consideren la família com un procés dinàmic interactiu al llarg de la vida. L'evolució i els canvis que afecten a un membre de la família provoquen canvis i evolució en la resta dels seus membres. Existeixen models de família molt diversos, d'aquí que la utilització dels serveis per atendre la dependència siguin variats. Les famílies demanen el model

de cures que els sembla més adequat per cobrir les seves necessitats. Els treballadors socials són una peça clau per orientar, valorar i determinar quins són els recursos formals més adequats, en relació a la demanda que fan les famílies.

El resultat de la valoració social afectarà en la presa de decisions i en les intervencions que calen en cada cas; la valoració de l'entorn i la seva capacitat per afrontar la situació marcaran el tipus de SAD que s'haurà d'adjudicar, el treballador social hauria de tenir instruments objectius per poder-hi donar resposta. Seria interessant poder seguir aquesta línia de treball, si s'aconseguís objectivar i sistematitzar la valoració de l'entorn, es podrien centrar les intervencions del SAD en funció del que analitzem d'una manera més objectiva.

Tot i que la LAPAD regula unes hores de SAD en funció del grau de dependència, cal remarcar que la freqüència que ve determinada per la llei, moltes vegades no concorda amb la intensitat de suport necessari, ja que una persona amb una gran dependència que ha d'estar enllitada, potser no necessitarà totes les hores de SAD que preveu la llei, en canvi, una persona amb una demència, potser a efectes de la llei serà menys dependent, però necessitarà una supervisió constant. D'aquí la necessitat d'instruments fiables, objectius i sistemàtics que ens facilitin el treball.

No es pot oblidar que la població que utilitza el SAD, tenen necessitats sanitàries i socials, per tant, és imprescindible i necessari avançar en un model de treball conjunt des d'aquests dos sistemes, sovint poc coordinats, per millorar l'atenció a la persona.

En aquests darrers anys els serveis d'atenció domiciliària estan en procés de canvi constant, amb certes dificultats en el seu desenvolupament, l'Administració és responsable d'articular la provisió del SAD perquè arribi a tothom qui ho necessiti, tot i la complexitat de gestió, planificació i organització del servei, l'objectiu és garantir l'equitat en la seva distribució i en l' utilització, per donar un servei de qualitat i atendre a una població que requereix de moltes atencions al domicili. S'ha de reflexionar sobre què vol cobrir aquest servei i com es vol desenvolupar.

7. CONCLUSIONS

1. El servei d'ajuda domiciliària comarcal, és un servei que utilitzen principalment dones majors de 80 anys, amb grans dependències i dependències severes, el percentatge més elevat el representen les persones valorades amb Grau II nivell 1.
2. Les estructures de suport social i familiar de les persones estudiades en relació a la convivència, confirmen que principalment les persones que utilitzen el SAD viuen en parella i/o amb altres familiars. El cuidador informal majoritàriament conviu amb la persona dependent.
3. Tots els casos de SAD disposen d'algun tipus de cuidador informal, que majoritàriament és un familiar.
4. El model d'atenció que utilitzen els usuaris del SAD comarcal es dona principalment a través del suport informal, i es complementa amb la provisió d'altres serveis públics.
5. La dedicació del cuidador informal, és molt intensa, més de la meitat de les persones estudiades tenen un cuidador que està les 24hores del dia a la seva disposició.
6. El SAD es presta bàsicament al matí, amb una cobertura mitja de 4,27 hores setmanals per usuari. Les intervencions del SAD donen suport en la cura personal.
7. Els serveis i prestacions socials més utilitzats que complementen el SAD són en primer lloc les ajudes tècniques, seguit de la valoració del terapeuta ocupacional a domicili i en tercer lloc el servei de teleassistència.

Aquest treball ha estat un primer pas per conèixer quin és el perfil de les persones que utilitzen SAD a la comarca d'Osona. La idea és continuar treballant amb l'estudi, i ampliar en una segona fase l'anàlisi dels aspectes relacionats amb el tipus de suport social i familiar per conèixer si l'entorn influeix en la intensitat del SAD en persones amb un mateix grau de dependència, i trobar els instruments que permetin avaluar quina és la relació entre dedicació del suport informal i el tipus d'atenció.

Veient els resultats, el SAD no és viable sense suport informal, la majoria de persones que utilitzen el servei tenen un cuidador permanent, si volem que aquests cuidadors es segueixin ocupant de les persones amb dependència mentre la situació ho requereixi,

cal trobar l'equilibri entre el suport informal i el SAD amb altres serveis formals complementaris, aquests serveis s'han de veure com un suport a les famílies per prendre cura de les persones dependents.

L'evolució és veure l'ajuda formal qualitativament com a suport del cuidador. Una de les millores perquè el SAD cobreixi les necessitats reals de la persona i en garanteixi la seva qualitat de vida, passa per fer una bona valoració social, que avaluï de manera continuada quina és la complexitat de la situació, quina capacitat té l'entorn per assumir les atencions i en què i com l'ha de suplir o acompanyar el SAD.

8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pacolet J. Social protection for dependency in old age in the 15 UE member states and Norway. Bruselas Comision Europea. 1998.
2. IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: ; 2005.
3. Rodríguez Cabrero G. Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la unión europea. Cuadernos de Relaciones Laborales. Revista Ucm.es. 2011;29(1):13-42.
4. Marbán Gallego V. Los actores sociales en el sistema de dependencia español. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2011;29(1):69-91.
5. INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid: ; 1999.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Llibre blanc de la gent gran amb dependència. ; 2002.
7. Rimbau C. L'impacte de la llei de dependència en el model d'atenció social tradicional i en els serveis socials. RTS: Revista de treball social, 192, 79-93. 2011.
8. Vilà A. La llei de la promoció de l'autonomia personal en situació de dependència i el nou estatut de Catalunya. RTS: Revista de treball social. 2007 desembre 2007;184:24.
9. Casado D. Lectura selectiva y asistida de la LAAD. RTS: Revista de treball social. 2008 Abril 2008;183:9.
10. Casado D. Lectura selectiva y asistida de la ley de atención a las personas en situación de dependencia (LAAD). RTS: Revista de treball social. 2007 desembre 2007;182:9.
11. Consejo de Europa (1998). Recomendación N(9) 1998. del comité de ministros relativa a la dependencia. R.(98). 1998.
12. IMSERSO. Las personas mayores en España, informe 2008. Madrid: 2009.
13. Edad & Vida. Las personas mayores dependientes en España: análisis de la evolución futura de los costes asistenciales. 2000.
14. Consulting A. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Madrid: 2007.
15. Jornadas sobre la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas con dependencia. Fundación Democracia y Gobierno Local. 2009.
16. Diputació de Barcelona. IV informe de l'observatori de serveis d'atenció domiciliària. Barcelona: ; 2008.

17. Rodríguez-Rodríguez P. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2005;40:5-15.
18. Rodríguez Rodríguez P, Puyol R, Abellán A. El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales. *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance. 2006;353.
19. IMSERSO. *Dependencia y familia: Una perspectiva socio-económica*. Madrid: 2010.
20. Casado Marín D, López i Casanovas G. *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada: Situació actual i perspectives de futur*. Fundació la Caixa; 2001.
21. IMSERSO. *Las personas mayores en España: Informe 2006*. Madrid: ; 2007.
22. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*. 2009;83(3):393-405.
23. Marbán Gallego V. Los actores sociales en el sistema de dependencia español. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2011;29(1):69-91.
24. Rubinstein RL, Lubben JE, Mintzer JE. Social isolation and social support: An applied perspective. *Journal of Applied Gerontology*. 1994;13(1):58.
25. Consell Comarcal d'Osona. *Base de dades arxiu consell comarcal d'osona*. In press 2010.
26. IMSERSO. *Encuesta de personas mayores en España 2010*. Madrid: 2011.
27. López MC, Martínez JL. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: Imserso; 2007.
28. Puyol R, Abellán A. *Envejecimiento y dependencia, una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mundial Assistance. 2006.
29. Bazo MT, Ancizu I. El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: Una perspectiva internacional comparada. *Revista española de investigaciones sociológicas*. 2004;105(-1):43-77.
30. Bettio F, Plantenga J. Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*. 2004;10(1):85-113.
31. Flaquer L. «La articulación entre familia y el estado de bienestar en los países de la Europa del Sur». *Papers: revista de sociologia*. 2004;73:27-58.
32. Institut Nacional d'Estadística (INE). *Encuesta de discapacitat, autonomia personal y situaciones de dependencia (EDAD) 2008*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Nacional de Estadística. 2008.

33. Pacolet J. Protección social de personas mayores dependientes: Sostenibilidad del estado de bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración. Revista española del tercer sector. 2006(3):111-60.
34. Diputació de Barcelona. Informe d'anàlisi de polítiques públiques locals de gent gran. In press 2011.
35. Portal Mayores. El mercado español de prestación de servicios asistenciales para la atención a la dependencia: Realidades y tendencias. MADrid: 2011.
36. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en servicios sociales. VII dictamen del observatorio de la dependencia; 2011.
37. Barriga Martin, LA. (et al). Dictamen del observatorio estatal para la dependencia. . 2010.
38. García Herrero G. El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Madrid; 2010.

LEGISLACIÓ CONSULTADA

Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE número 102.

La Llei 16/2003 de cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE número 29.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. BOE número 299.

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE número 96.

Decret 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de la Llei 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre, i la 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials. DOGC número 2290.

Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. DOGC número 2237.

Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. DOGC número 3148.

Decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària. Elaboració del reglament marc d'atenció social primària. DOGC número 3815.

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. 2007. DOGC número 4990.

Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials. DOGC número 5738.

ASC/433/2007, 23 de novembre, per la qual s'estableixen els criteris per determinar l'import de les prestacions econòmiques del sistema per l'Autonomia i l'atenció a la Dependència en l'àmbit territorial de Catalunya. DOGC número 5017.

Decret Legislatiu 2/2003, de 28 d'abril, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya. DOGC número 3887.

FONTS ESTADÍSTIQUES CONSULTADES

Estadística UE. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/>

Institut d'Estadística de Catalunya. <http://www.idescat.cat/es/>

Servicio de Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>

9. ANNEXOS

QÜESTIONARI RECOLLIDA DE DADES SAD

UBASP de referència	
Professional de referència	
Empresa escollida pel beneficiari/a	
Data alta SAD	

Dades de la persona beneficiària	
Nom i cognoms	
Població	
Codi Postal	Població
NIF	
Edat	
Estat civil: _____	
Sexe	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Grau i nivell de dependència	

ESTRUCTURA DE SUPORT SOCIAL I FAMILIAR

CONVIVÈNCIA

- viu sol
- viu en parella
- viu amb fills
- viu amb familiars de segon grau
- viu amb familiars de llunyans
- viu amb amics
- altres situacions de convivència (concretar quines):

FILLS

- si té fills
- no té fills

PERSONA/ES QUE ASSUMEIXEN LA CURA I LA INTENSITAT HORÀRIA

- absència de cuidador informal
- hi ha cuidador informal

TIPUS DE CUIDADOR:

- cuidador familiar convivent
- cuidador familiar no convivent
- cuidador remunerat convivent (no familiar)
- cuidador remunerat no convivent (no familiar)
- cuidador familiar convivent + cuidador familiar no convivent
- cuidador familiar convivent + cuidador remunerat no convivent (no familiar)

TEMPS DEDICACIÓ CUIDADOR:

- permanent
- diari inferior 3 hores
- diari superior 3 hores
- 1 cop per setmana
- ocasionalment

Temps dedicació cuidador en hores setmanals:

ESTRUCTURA DE SUPORT FORMAL:

L'AJUDA DISPENSADA PEL SAD:

Intensitat total hores/setmana

DISTRIBUCIÓ HORÀRIA DEL SAD

- Matí
- Migdia
- Vespre
- Altres (especificar):

SERVEIS I PRESTACIONS SOCIALS I DE SALUT

(marca si utilitza algun d'aquests serveis o més d'un)

SALUT:

ATDOM si no

SOCIALS:

- TF
- SALL (suport a l'autonomia de la llar)
- Àpats a domicili
- Teleassistència
- valoració a domicili del terapeuta ocupacional comarcal si no
- Ajudes tècniques: si no
- Centre de dia gent gran. Dies/setmana:
- Prestació econòmica cuidador no professional
- Altres (especificar):

TASQUES QUE DESENVOLUPA EL SAD (es pot seleccionar més d'una casella):

- Higiene personal
- Suport en l'alimentació
- Vestir / Desvestir
- Control Micció / Control deposició
- Suport per anar WC
- Transferències dins de casa (trasllats llit/cadira)
- Deambulació
- Pujar i baixar escales
- Acompanyament a centre de dia
- Passeig
- Acompanyament visites mèdiques
- Acompanyament per fer gestions
- Rentar la roba
- Medicació (Preparar-la, Fer-la prendre, Supervisió)
- Preparació d'àpats
- Fer la compra

DATA: