

SERVEIS DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA A CATALUNYA

Juliol de 2020

**Consell Assessor de
Salut Mental i Addiccions**



Direcció: Pla director de salut mental i addiccions

Alguns drets reservats

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la [pàgina web de Creative Commons](#).

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut

1a edició:

Barcelona, juliol de 2020

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Disseny de plantilla accessible 1.03:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa



Sumari

- 1. INTRODUCCIÓ**
- 2. MODEL D'ATENCIÓ EN REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA. L'EVOLUCIÓ DE CENTRE DE DIA A SERVEI DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA**
 - 2.1 Rehabilitació i recuperació
 - 2.2 Objectius dels serveis de rehabilitació comunitària
 - 2.3 Persones beneficiàries
 - 2.4 Procés de reconversió del model de centre de dia a servei de rehabilitació comunitària
 - 2.5 Paràmetres de la reconversió del centre de dia en servei de rehabilitació comunitària
 - 2.6 Requeriments per a la reconversió
- 3. ESTRUCTURA I ORGANITZACIÓ FUNCIONAL**
 - 3.1 Procés assistencial
 - 3.2 Pla individual de rehabilitació
 - 3.3 Equip professional
 - 3.4 Formació en rehabilitació psicosocial
 - 3.5 Mesura d'activitat i finançament
- 4. CARTERA DE SERVEIS**
 - 4.1 Àrees de la cartera de serveis
 - 4.2 Accions transversals
- 5. PROGRAMA D'ATENCIÓ A POBLACIÓ JOVE (16-25 anys)**
 - 5.1 Rehabilitació en la població jove (16-25 anys)
 - 5.2 Metodologia específica de la intervenció rehabilitadora en joves
 - 5.3 Cartera de serveis
- 6. INDICADORS D'AVALUACIÓ**
- 7. CONCLUSIONS**
- 8. DOCUMENTS DE REFERÈNCIA**
- 9. COMPOSICIÓ DEL GRUP DE TREBALL**



1. Introducció

En el marc del desplegament de les **Estratègies de salut mental i addiccions per al període 2017-2020**, es presenta aquest document com a proposta operativa d'implantació del model d'SRC i de reconversió dels centres de dia en serveis de rehabilitació comunitària.

Es fonamenta en el document *El servei de rehabilitació comunitària (SRC) en el marc de l'atenció integral a la salut mental*, elaborat pel grup de treball de rehabilitació comunitària del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions, que va quedar pendent d'aprovació el 2012, adaptat als canvis esdevinguts els darrers anys en l'àmbit de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions i dels models assistencials.

Pretén dotar d'un model de referència per concloure el procés, iniciat l'any 2001, de desplegament dels SRC. A la vegada, vol fer una aportació a la transformació del model d'atenció a la salut mental orientant-lo cap a una concepció integral. Aquesta reconversió ha d'incorporar l'encaix amb altres elements del sistema assistencial als quals s'ha d'incorporar de manera més decidida la rehabilitació comunitària, com el Programa de trastorn psicòtic incipient (TPI) o l'atenció a les addiccions.

La definició tècnica dels SRC com a dispositiu sanitari, estructurat al voltant dels plans individualitzats i la cartera de serveis, és un punt de partida d'un model que s'ha de continuar definint amb més profunditat: l'avaluació psicosocial, l'atenció a poblacions diverses per cicle de vida (població jove, gent gran, etc.), per diagnòstics (trastorns de la personalitat, psicosi, etc.) i per diferents nivells de funcionalitat, la transversalitat amb altres programes i serveis, la formació especialitzada, l'adaptació territorial, etc. Amb aquest objectiu es proposa que es constitueixi una **comissió pedagògica de rehabilitació comunitària** que ofereixi continuïtat a les tasques del grup:

Objectiu principal

Promoure, definir, donar suport al procés de desenvolupament dels SRC, dins del marc del model d'atenció a la salut mental integral i transversal, així com a la seva avaluació.

Objectius específics

- Donar suport al seguiment del **procés d'implementació** del model d'SRC a Catalunya.
- Elaborar **documentació tècnica** relacionada.
- Promoure des dels SRC el desenvolupament dels **programes transversals** i del Pla integral.
- Establir línies i accions de **formació continuada**.
- Promoure línies de **recerca** multicèntrica.



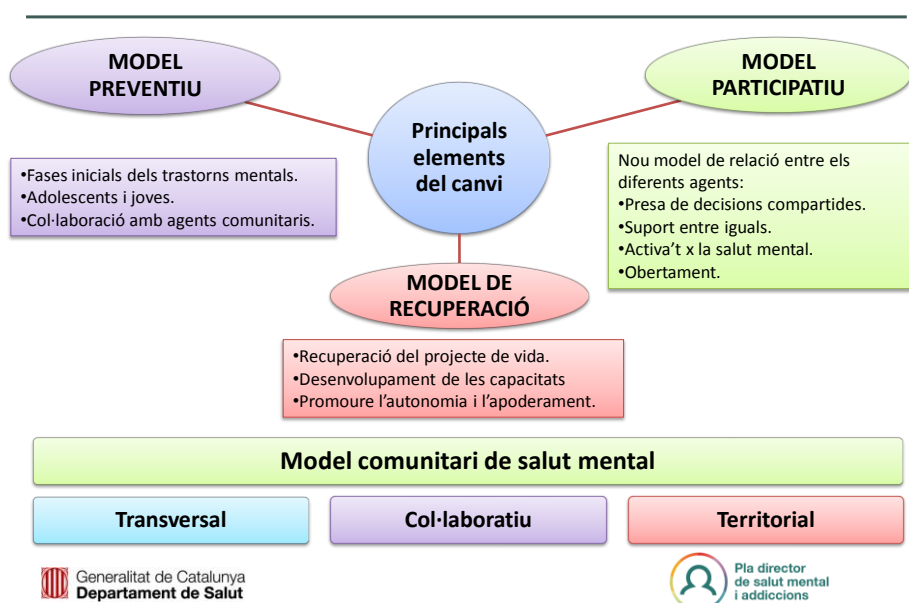
**2. Model d'atenció en
rehabilitació comunitària.
L'evolució de centre de dia
a servei de rehabilitació
comunitària**

2.1 REHABILITACIÓ I RECUPERACIÓ

La transformació dels SRC té com a model de referència el paradigma de **recuperació**. Aquest enfocament posa en valor les capacitats i el desenvolupament de noves habilitats de la persona afectada per un trastorn mental, i no només la disfuncionalitat generada pel trastorn. La recuperació promou el projecte vital de la persona i emfasitza la possibilitat de viure una vida satisfactòria malgrat els graus variables de disfuncionalitat i patiment presents. La implicació de la persona i la seva responsabilització activa en les decisions relacionades amb el seu tractament i la seva vida (apoderament) són aspectes clau del procés de recuperació.

El paradigma de recuperació és, juntament amb el model preventiu i el model participatiu, un dels elements que sustenten l'evolució del model de salut mental comunitària assumit per l'Estratègia de salut mental i addiccions per al període 2017-2020.

Canvi de paradigma i desenvolupament del model comunitari de salut mental



La **rehabilitació comunitària** és el conjunt de tècniques i recursos professionals que tenen com a objectiu millorar la capacitat (de la persona) i generar oportunitats (en l'entorn) per donar suport al procés de recuperació.

L'SRC és un dispositiu assistencial sanitari especialitzat que ofereix diferents accions i tècniques de rehabilitació psicosocial a persones amb problemes de funcionalitat derivats d'un trastorn mental i/o d'addiccions. Es duu a terme mitjançant l'avaluació psicosocial de les necessitats i expectatives de la persona, així com la planificació i l'aplicació de plans individualitzats de rehabilitació, que integren els nivells d'atenció individual, grupal, familiar i comunitari, desenvolupat per professionals especialitzats, integrats en equips interdisciplinaris.

Des d'una perspectiva de model d'atenció a la salut, la rehabilitació comunitària s'ha d'integrar en un model que ha de ser transversal, territorial, participatiu, integral i comunitari.

2.2 OBJECTIUS DELS SERVEIS DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA

- Articular, conjuntament amb la persona usuària, itineraris de recuperació, des d'un marc terapèutic estructurat que combina l'àmbit individual, familiar, social i comunitari i que es manté durant el temps que sigui necessari, adaptat al ritme de cada persona.
- Avaluar l'estat psicosocial, les necessitats i les expectatives de cada persona usuària en les diferents àrees: cognitiva, activitats de la vida diària, psicopatològica, salut i benestar, psicològica, familiar, comunitària i ocupacional.
- Oferir una cartera de serveis articulada en plans individualitzats i flexibles per afavorir l'adquisició d'habilitats i competències personals que redueixin els dèficits i millorin la funcionalitat, la qualitat de vida, l'autonomia, el benestar emocional i la integració a la comunitat de la persona atesa.
- Promoure la integració comunitària i social de les persones ateses en el seu entorn, reforçant el desenvolupament de rols socials significatius.
- Donar suport i assessorament a l'entorn familiar i proper de la persona atesa i fomentar-ne la participació activa en el procés rehabilitador.
- Participar en el procés de continuïtat assistencial conjuntament amb la resta de dispositius, col·laborant amb els serveis de salut mental de referència, serveis socials i altres recursos sociocomunitaris per articular una atenció integral.

- Generar estratègies de promoció d'entorns comunitaris saludables i inclusius.

2.3 PERSONES BENEFICIÀRIES

L'SRC atindrà aquelles persones:

- Amb diagnòstic de trastorn mental i addicció (patologia dual). Com a trastorn base no hi ha una demència o discapacitat intel·lectual primària.
- A partir de 18 anys d'edat
- Amb dificultats, en graus diversos, en el seu funcionament psicosocial i la seva funcionalitat (autonomia personal, relacions interpersonals, integració social o laboral/formativa), que condicionen el desenvolupament del projecte de vida i incrementen el risc de deteriorament, aïllament o dependència.
- Amb un grau suficient d'autonomia personal i estabilitat clínica que faci possible la vinculació al servei.
- Derivades des de dispositius de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (CSMA, CSMIJ, CAS, hospitals de dia i unitats d'hospitalització).

Inicialment, la població de referència dels SRC eren les persones amb trastorn mental greu (TMG). A la pràctica, qualsevol persona amb un trastorn mental i amb dificultats de funcionalitat que es pugui beneficiar d'intervenció rehabilitadora pot ser atesa en un SRC.

L'evolució assistencial ha portat a fer necessària la intervenció rehabilitadora en altres poblacions que amplien la definició de TMG, com ara primers episodis psicòtics, persones amb trastorn mental i problemes d'addicció, trastorns de la personalitat, etc. A banda d'aquestes poblacions, cada SRC pot dissenyar per al seu territori altres accions d'acord amb les necessitats poblacionals definides, per aprofitar recursos de l'entorn comunitari o sinergies amb altres dispositius.

2.4 PROCÉS DE RECONVERSIÓ DEL MODEL DE CENTRE DIA A SERVEI DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA

Per tal de dur a terme la transformació dels centres de dia en serveis de rehabilitació comunitària de manera efectiva, cal tenir presents les característiques de la Xarxa de

Salut Mental i Addiccions actual i els factors que poden afavorir o dificultar els canvis cap al nou model.

La reconversió ha arribat al 100% dels serveis el 2017. Aquest procés de transformació s'ha fet de manera lenta i sense unes directrius clares sobre el que representa la reconversió ni sobre els criteris del desplegament territorial del nou model. De fet, al llarg dels anys, molts centres de dia ja han fet una evolució progressiva des del model inicial. Hi ha hagut una sèrie de factors sobre els quals s'ha recolzat aquest canvi de model que no han estat, però, exempts de controvèrsia:

- Increment de finançament atorgat sense tenir en compte ràtios poblacionals, ni d'activitat, ni de personal.
- Ampliació de la dotació i composició dels equips professionals sense homogeneïtat ni en el nombre de professionals ni en els perfils.
- Consens en la metodologia de treball del PIR (Pla individual de rehabilitació) i en els procediments d'avaluació inicials i periòdics, però amb una cartera de serveis no homogènia.
- Desenvolupament de programes transversals: El Programa d'atenció específica de trastorn mental greu (PAE-TMG), reconvertit en Programa d'atenció al pacient crònic complex (PCC), continua definit només com a un programa dels centres de salut mental d'adults. Els PAE-TPI no tenen incorporats, en molts casos, professionals dels SRC.
- Desenvolupament del Pla Interdepartamental: la implantació desigual dels recursos de salut i socials responsables de la continuïtat assistencial i les dificultats per treballar de forma coordinada dificulten el treball transversal per atendre de manera integrada les necessitats sanitàries, d'habitatge, lleure, treball, formació, etc.
- Increment del nombre i de la tipologia de persones usuàries ateses: La majoria d'SRC superen la seva capacitat d'ocupació des del punt de vista de places concertades. La variabilitat en funció de les franges d'edat i dels diferents nivells de funcionalitat dificulten la capacitat per individualitzar l'atenció. Malgrat

l'increment, les persones usuàries solen arribar als SRC després d'un llarg curs de cronificació, com si es tractés d'un recurs pal·liatiu.

2.5 PARÀMETRES DE LA RECONVERSIÓ DEL CENTRE DE DIA EN SERVEI DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA

1. Millora de l'accessibilitat	<ul style="list-style-type: none"> • No establir llista d'espera. • Incrementar el nombre i la tipologia de persones ateses.
2. Desenvolupament de la cartera de serveis i diversificació	<ul style="list-style-type: none"> • Fer una progressió de les activitats segons la complexitat. • Augmentar el tipus d'activitats. • Adaptar la cartera de serveis en funció de les necessitats i els recursos del territori.
3. Equip interprofessional	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensionar-lo en funció de la població que cal atendre. • Interdisciplinari. • Amb preparació tècnica per desenvolupar programes de rehabilitació.
4. Intervenció més individualitzada	<ul style="list-style-type: none"> • Definir acuradament les necessitats i la intensitat de suport que la persona necessita en cada moment. • Incrementar l'assistència individual als usuaris i a la família. • Establir un professional de referència per a cada usuari.
5. Potenciació de l'orientació comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentar la utilització dels recursos comunitaris en els processos de rehabilitació. • Desenvolupar accions conjuntes amb els recursos comunitaris. • Treballar en l'entorn natural, no només en el servei.
6. Articulació amb els programes transversals i treball en xarxa	<ul style="list-style-type: none"> • Programa d'abordatge integral dels casos de salut mental d'elevada complexitat i ITP. • Xarxa de Salut Mental i Addiccions sanitària i social del territori. • Pla integral.

2.6 REQUERIMENTS PER A LA RECONVERSIÓ

REQUERIMENT	ACCIÓ
Sistema de pagament	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el pagament per estada/plaça, establir la ràtio poblacional i recollir les ampliacions de la nova cartera de serveis.
Canvi cultural	<p>En la Xarxa de Salut Mental i Addiccions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incloure els paràmetres de l'RPS en l'avaluació de les persones ateses. • Implementar la rehabilitació com a tractament d'elecció des del començament de l'assistència. • Incorporar el treball transversal des del model d'atenció centrada en la persona i el seu context.
	<p>En els professionals de la rehabilitació</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fer participar la persona atesa en el disseny de programes terapèutics. • Potenciar l'avaluació i la pràctica assistencial basada en l'evidència científica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Equip interdisciplinari especialitzat en rehabilitació psicosocial. • Treball de proximitat: els professionals poden atendre a la llar, a altres serveis o intervenir en el territori.
Definició de dotació de recursos humans	<ul style="list-style-type: none"> • Establir aliances amb els recursos comunitaris.
Desenvolupament del treball comunitari	<ul style="list-style-type: none"> • Organitzar l'atenció per donar suport en els espais de vida de les persones ateses. • Col·laborar en actuacions d'inclusió social.
Organització transversal de l'assistència	<ul style="list-style-type: none"> • Incloure els SRC en els PAE PCC i PAE-TPI. • Desplegar territorialment els recursos definits al Pla integral i la Cartera de serveis de socials, i procediments de coordinació.
Formació	<ul style="list-style-type: none"> • Dur a terme formació especialitzada per desenvolupar la cartera de serveis: patologia dual, adolescents, trastorns de la personalitat, avaluació i rehabilitació cognitiva, tècniques psicoterapèutiques, etc. •

**Promoció de
l'avaluació i la
recerca**

- Integrar l'avaluació en la tasca assistencial.
- Incentivar la recerca multicèntrica en RPS.

**Sistema
d'informació**

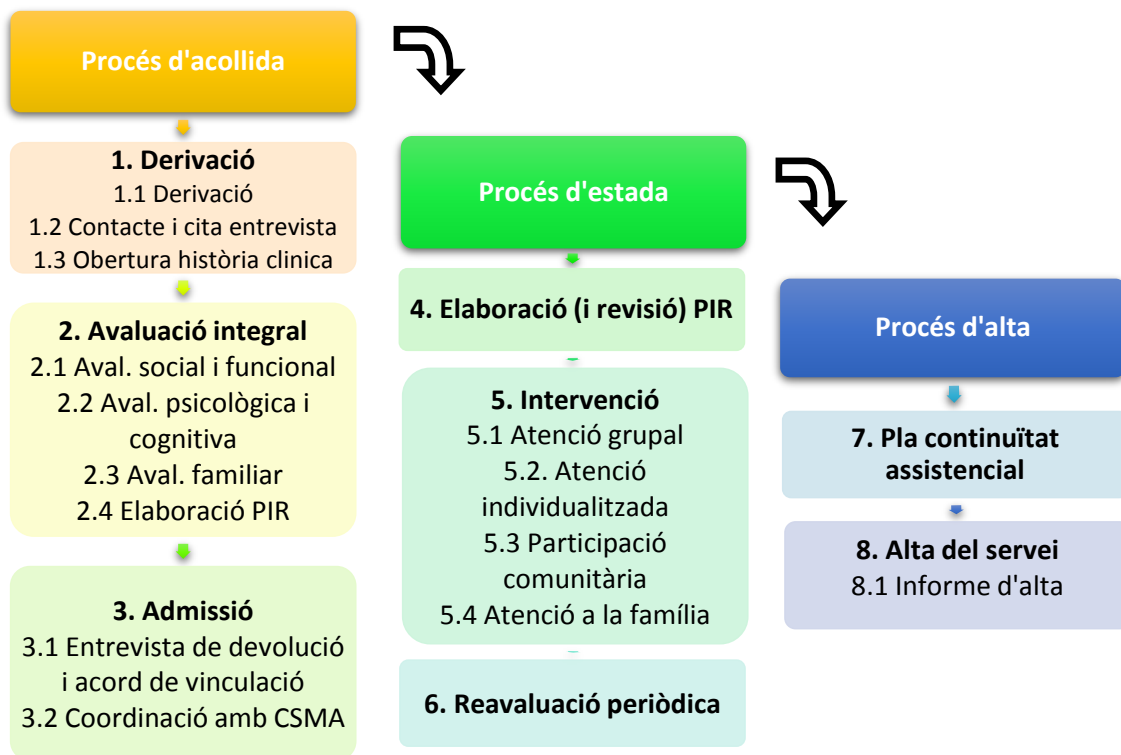
- Registre de l'activitat basat en el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD).
- Història clínica compartida.



3. Estructura i organització funcional

L'SRC és un servei diürn que presta assistència tots els dies laborables de l'any en horari de matí i tarda.

3.1 PROCÉS ASSISTENCIAL



S'accedeix al servei a través de derivació des de qualsevol servei de la Xarxa Sanitària d'Atenció a la Salut Mental, de manera coordinada amb el CSMA. La intervenció parteix de l'avaluació integral de l'estat psicosocial de la persona i s'estructura en programes individualitzats (PIR) acordats amb cada usuari.

3.2 PLA INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓ

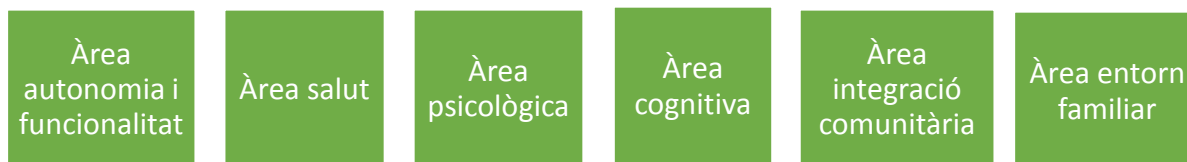
El Pla individual de rehabilitació (PIR) és l'eina, dissenyada per l'equip interdisciplinari amb la participació de la persona, que vertebrà l'atenció per fer efectiva la intervenció individualitzada en cada persona.

Per tal d'adaptar-se als diferents moments evolutius de la persona, s'han de construir formats dinàmics i flexibles que permetin diversitat en la intensitat de vinculació, en les modalitats i en els continguts de la intervenció.

3.2.1 CONTINGUT DEL PIR

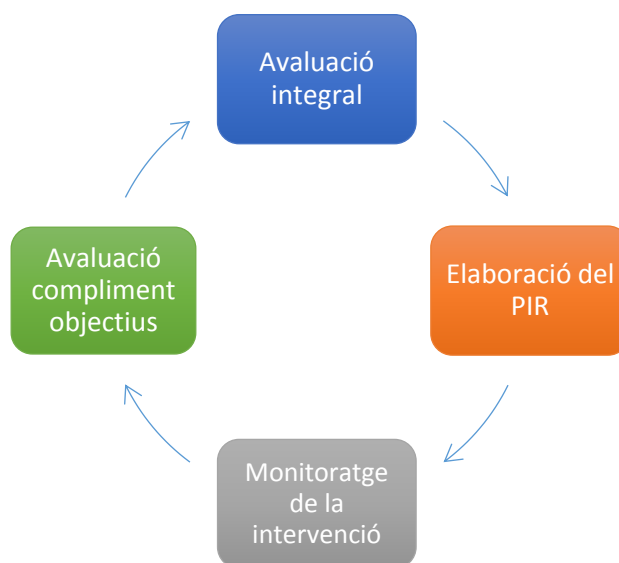
- Definició clara d'**objectius** amb indicadors d'avaluació, temporització i un sistema de revisió periòdic.
- Pla d'**actuació** estructurat i delimitat en el temps, que reculli les intervencions internes (efectuades per l'equip en base a la cartera de serveis) i les externes (fetes en recursos externs, assistencials o comunitaris, o en el lloc de vida).
- Pla de **coordinacions**, internes i externes, i d'intervencions transversals amb altres equipaments de la xarxa assistencial o de la xarxa comunitària que participen en l'atenció.

Les àrees d'actuació sobre les quals es defineix l'objectiu i les intervencions del PIR són les següents:



3.2.2 METODOLOGIA

La revisió del PIR és un procés continu i, per tant, s'ha de mantenir una actualització permanent dels objectius i les accions necessaris per a l'atenció de la persona. En la seva globalitat i de manera sistemàtica, es revisa com a mínim semestralment. El PIR implica una metodologia de treball que preveu el procés següent:



Les persones ateses tenen assignat un **professional de referència**, que afavorirà la continuïtat del procés d'atenció i durà a terme el pla d'actuació previst. És el professional encarregat del seguiment individual de la persona i facilita la coordinació amb la resta de l'equip.

El sistema d'informació i registre de l'SRC, com a dispositiu sanitari, ha de participar en la història clínica compartida.

3.3 EQUIP PROFESSIONAL

L'equip interdisciplinari de l'SRC, que tindrà un professional amb funcions de **coordinador** (preferentment de psicologia clínica), ha d'estar format pels perfils professionals següents:

- **Especialista en psicologia clínica.**
- **Tècnic en rehabilitació psicosocial** (teràpia ocupacional, treball social, infermeria, educació social).
- **Professional auxiliar** (integrador social, auxiliar d'infermeria).

El factor més determinant per la composició de l'equip és l'expertesa dels seus membres en les metodologies i tècniques pròpies de la rehabilitació psicosocial.

Per garantir el treball interdisciplinari i participatiu de tots els components de l'equip, s'establiran mecanismes de coordinació interna. Hi haurà com a mínim una reunió d'equip setmanal.

3.4 FORMACIÓ EN REHABILITACIÓ PSICOSOCIAL

La formació en el model i les tècniques de rehabilitació és un pilar de la consolidació dels SRC que s'ha de desenvolupar en dues línies:

- Formació pregrau i postgrau: l'SRC incorporarà professionals en formació de pregrau o postgrau de les titulacions que configuren l'equip de l'SRC o d'altres serveis de la xarxa de salut mental. És important incloure la rotació dels

professionals MIR, PIR i EIR pels SRC per incorporar la perspectiva rehabilitadora i transversal en les noves generacions professionals.

- Formació continuada dels equips professionals: els plans de formació continuada han de garantir l'especialització en rehabilitació psicosocial, particularment dels nous ítems incorporats a la cartera de serveis: atenció a adolescents i joves, patologia dual, avaluació i rehabilitació cognitiva, tècniques psicoterapèutiques.

3.5 MESURA D'ACTIVITAT I FINANÇAMENT

La mesura de l'activitat dels SRC requerirà que s'incorporin al registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD), que és el registre poblacional que recull informació sobre la malaltia atesa als centres sanitaris de Catalunya.

El sistema de mesura d'activitat dels SRC continua sent el que tenien els centres de dia: assignar nombre de places que generin un nombre d'estades. La reconversió en SRC s'ha finançat com a un programa afegit.

El Pla director de salut mental i addiccions va establir una dotació per SRC de 3,5 places x 10.000 habitants de població general. **Aquesta dotació s'ha de revisar d'acord amb les noves exigències**, que suposen l'ampliació de poblacions diana (particularment la franja 16-18 anys), els canvis organitzatius i la cartera de serveis proposada en aquest document:

- Ampliar l'atenció a la població adolescent des dels 16 anys, la qual requereix professionals amb expertesa i ampliar la coordinació amb la xarxa infantil i juvenil de salut mental, amb centres educatius i amb altres recursos d'atenció a adolescents, com per exemple la DGAIA.
- Integrar en la unitat funcional integrada del PAE TPI i desenvolupar el Programa jove de l'SRC.
- Prestar assistència en format més individualitzat i dur-la a terme en contextos naturals.
- Ampliar la cartera de serveis i especialitzar-se.



4. Cartera de serveis

La cartera de serveis recull el catàleg d'àrees i modalitats d'intervenció que ha de desenvolupar un SRC. La plasmació del catàleg en activitats específiques la farà cada servei en una programació periòdica, i les adaptarà a les necessitats assistencials i a les característiques del seu entorn comunitari.

Aquesta és una cartera de continguts bàsics que s'ha d'adaptar o ampliar per atendre situacions de complexitat afegida, com és el cas de persones immigrants, persones amb fills menors d'edat, persones sense sostre, etc.

Així mateix, la cartera restarà oberta a les innovacions tècniques que es desenvolupin en el camp de la rehabilitació comunitària i a les transformacions que el model d'atenció a la salut mental dugui a terme.

S'ha de tenir present que, a més de l'aportació particular de cada prestació de la cartera, existeixen una sèrie de **factors rehabilitadors generals** derivats de la pròpia vinculació a l'SRC que potencien l'eficàcia de les intervencions específiques, i que es produeixen com a resultat del fet que es duen a terme dins d'un marc estructurat i terapèutic de llarga durada. L'efecte rehabilitador és superior a la suma de les activitats.

Els factors que possibiliten aquest efecte rehabilitador general són:

- **Marc institucional:** formar part d'un marc organitzat amb funcions rehabilitadores, accessible i sostingut en el temps, generador d'un clima de confiança, tranquil·litat emocional, seguretat i estabilitat.
- **Vincle amb els professionals:** tenir un acompanyament individual de forma continuada per part de diversos professionals integrats en un equip. Han de mostrar disponibilitat, flexibilitat i tolerància enfront les dificultats de les persones per transmetre suport i contenció emocional.
- **Vincle amb un grup** de referència i de pertinença, format per la resta d'usuaris.

4.1 ÀREES DE LA CARTERA DE SERVEIS

El procés de rehabilitació psicosocial té com a objectiu facilitar que els usuaris millorin el seu nivell de funcionament psicosocial i s'integrin a la comunitat a través de la recuperació de capacitats i habilitats. La intervenció ha de cobrir tots els aspectes del

funcionament psicosocial, i adaptar-se específicament a les necessitats de cada usuari i als recursos de l'entorn.

L'aplicació d'aquestes tècniques pot ser en format individual o grupal i es poden dur a terme en el mateix servei, en el context de vida de la persona o en entorns comunitaris.

4.1.1 ÀREA D'AVALUACIÓ PSICOSOCIAL

La intervenció rehabilitadora requereix una avaluació de la persona atesa de manera periòdica i sistemàtica, per tal d'ajustar els objectius i les activitats del PIR. L'avaluació en rehabilitació psicosocial també s'ha de concebre com a una tasca integral que amplia el diagnòstic psiquiàtric, centrat en les condicions patològiques. És també una aportació des de l'SRC a altres àmbits assistencials amb què es treballa transversalment, com és el cas del CSMA.

Requereix una actualització continuada i una revisió completa, com a mínim semestralment i sempre que hi hagi canvis significatius en l'estat psicosocial de la persona.

Aquesta avaluació, que serveix també per crear un vincle de treball amb la persona atesa, es fa mitjançant diversos instruments: entrevistes, informes, observació estructurada, visites domiciliàries i aplicació d'escala i qüestionaris d'avaluació.

Les **àrees que cal avaluar** per dissenyar una intervenció rehabilitadora, i revisar-la periòdicament al llarg del procés assistencial, són les següents:

- Funcional i de condicions de vida (habitatge, recursos econòmics, etc.)
- Psicològica
- Cognitiva
- Salut
- Ocupació i lleure
- Entorn familiar i relacional
- Detecció de riscos i seguretat de la persona atesa
- Projecte vital i expectatives

4.1.2 ÀREA DE REHABILITACIÓ COGNITIVA

Les persones amb trastorn mental pateixen, en diferents graus, dificultats cognitives que afecten les seves capacitats de processament d'informació, atenció, memòria, funcionament executiu i planificació. Existeixen diferents tipus d'intervencions de rehabilitació cognitiva, que es poden dur a terme de manera individual o grupal i que impliquen estratègies de restauració, de compensació del dèficit cognitiu i ambientals.

Entre les tècniques aplicables, que van des de entrenament en el servei fins a modalitats aplicades en contextos naturals, es poden enumerar, com a exemple:

- Programes integrats de rehabilitació cognitiva
- Estratègies d'instrucció en rehabilitació.
- Intervenció en problemes d'atenció i/o memòria.
- Intervenció en problemes executius.
- Entrenament en consecució de metes.

4.1.3 ÀREA D'AUTONOMIA I FUNCIONALITAT

Aquesta àrea desenvolupa coneixements i habilitats que permeten millorar i gestionar, de la manera més autònoma possible, aspectes de la vida quotidiana com ara la cura personal, el maneig de tasques domèstiques, la gestió econòmica, dur a terme gestions i tràmits, l'ús de transports, l'alimentació, etc.

- Entrenament d'activitats de la vida diària bàsiques (alimentació, higiene, capacitat de vestir-se, hàbits saludables).
- Entrenament d'activitats de la vida diària instrumentals (ús de sistemes de comunicació, maneig d'aparells domèstics, mobilitat en la comunitat, compres, manteniment de la llar, gestió econòmica, etc.).
- Suport a gestions personals i socials.
- Coneixement i aprofitament de recursos comunitaris.
- Alfabetització i foment de l'ús de les TIC en la vida quotidiana.
- Desenvolupament d'activitats de lleure significatiu.
- Defensa de drets i apoderament.

Aquestes activitats es desenvoluparan en l'SRC o en contextos naturals de vida de les persones ateses.

4.1.4 ÀREA DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I DEL BENESTAR

La morbiditat dels trastorns mentals greus és un dels principals problemes de salut pública. A la complexitat d'una malaltia freqüentment crònica, s'hi afegeix un alt nivell de comorbiditat mèdica i una taxa de mortalitat que duplica la de la població general. Aquest elevat risc de mortalitat és, en part, conseqüència de l'acumulació de factors que incrementen la probabilitat de morbiditat cardiovascular i metabòlica: tabaquisme, hipertensió arterial, diabetis, obesitat, sedentarisme, etc. Molts d'aquests factors de risc es poden corregir, i els equips de salut mental han de saber com abordar-los des d'estratègies de salut apropiades.

Les intervencions que duu a terme l'SRC en aspectes de salut són:

- Activitats de la vida diària relacionades amb la cura de la salut i millora dels estils de vida (nutrició, higiene personal, hàbits de vida, higiene del son, seguiment de tractaments i cures mèdiques, detecció i prevenció de malalties, promoció de l'activitat física, etc.).
- Psicomotricitat, activitat física i esportiva adaptada.
- Activitats d'educació sanitària i prevenció de riscos.
- Psicoeducació: informació sobre el trastorn mental o l'addicció, factors de vulnerabilitat i risc, factors protectors, prevenció de recaigudes. Repercussió del consum de substàncies sobre el trastorn mental, maneig de símptomes persistents.
- Control de danys en les addicions i control de situacions d'alt risc de consum.

4.1.5 ÀREA PSICOLÒGICA

L'àrea d'atenció psicològica recull les activitats dirigides a promoure el benestar emocional de les persones, aquelles que incrementen el seu autoconeixement i el desenvolupament d'eines d'autocontrol, la gestió de les emocions i les capacitats comunicatives. Inclou les activitats expressives, la psicoteràpia, l'entrenament en habilitats socials i la cognició social.

4.1.5.1 Activitats expressives

Són un conjunt de tècniques basades en l'ús de mecanismes de simbolització, comunicació i expressió mitjançant canals verbals o no verbals i diferenciades segons la seva finalitat i la metodologia de les activitats ocupacionals. Inclou modalitats terapèutiques com ara artteràpia o musicoteràpia.

4.1.5.2 Psicoteràpia

L'SRC pot oferir intervencions intensives, de forma continuada i perllongada en el temps. Algunes de les tècniques aplicables són:

- Tècniques de resolució de problemes
- Estratègies d'afrontament de l'ansietat i l'estrès
- Tècniques de tractament de símptomes positius (psicosi)
- Tècniques de motivació
- Psicoteràpia focal
- Tècniques específiques per a poblacions diana (trastorn límit de la personalitat, patologia dual, etc.).

4.1.5.3 Habilitats socials

Entrenament d'habilitats de comunicació, assertivitat i expressió d'emocions que capacitin per a la interacció social i el desenvolupament de xarxes socials.

4.1.5.4 Cognició social

Desenvolupament dels processos cognitius implicats en l'autopercepció i la percepció d'interaccions socials.

4.1.6 ÀREA D'ATENCIÓ A L'ENTORN FAMÍLIAR I/O DE CONVIVÈNCIA

Els objectius de les activitats d'aquesta àrea són augmentar la competència dels familiars per reforçar-ne la implicació activa en el procés de recuperació, ajustar expectatives en relació amb la persona usuària, promoure un clima familiar de convivència satisfactòria i afavorir el desenvolupament de tots els membres.

- Psicoeducació
- Suport i assessorament (recursos, prestacions, aspectes legals, etc.)
- Resolució de problemes
- Gestió de la comunicació dins de l'entorn familiar
- Grups de Suport Mutu

4.1.7 ÀREA D'INTEGRACIÓ COMUNITÀRIA

Les accions desenvolupades en aquesta àrea es detallen en el punt següent d'accions transversals (punt 4.2).

4.2 ACCIONS TRANSVERSALS

El model tradicional de xarxa està constituït per serveis independents que actuen successivament o simultàniament i que es relacionen mitjançant la coordinació i la derivació. Aquest model de coordinació evoluciona cap a noves formulacions basades en la transversalitat entre dispositius i en sistemes orientats a l'atenció integral. Es tracta que cada equipament hauria d'oferir una cartera de serveis que es complementés amb els altres dispositius, que inclogués els diferents moments dels processos assistencials (avaluació, intervenció), que estigués dissenyada en clau territorial i adaptada als recursos existents.

L'SRC ha de participar en un abordatge integral i integrador de les persones amb trastorn mental mitjançant:

- Intervencions de la cartera de serveis de l'SRC adaptades a les poblacions específiques.
- Avaluacions compartides, aportant l'expertesa de cada servei.
- Interconsulta i assessorament (bidireccional) amb la resta de serveis.
- Activitats portades a terme conjuntament per professionals de diferents serveis.
- Integració funcional entre serveis, aplicable, per exemple, en l'atenció a la psicosis incipient (programes d'atenció específica TPI).

4.2.1 ACCIONS TRANSVERSALS AMB LA XARXA SANITÀRIA DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

L'SRC és un servei sanitari que ha de treballar en col·laboració amb els diferents dispositius de salut, salut mental i addiccions. Cada territori té mecanismes de coordinació dels equipaments de salut mental, com ara les reunions de circuit, on es treballen criteris de derivació, es consensuen procediments, es pacten itineraris de les persones ateses i s'acorden les intervencions en els casos d'alta complexitat. Aquesta modalitat de coordinació territorial es complementa amb coordinacions bilaterals entre dispositius.

Les noves orientacions del sistema cap a la transversalitat el fan més enfocat cap a la cooperació, al treball en xarxa i a l'atenció integral. S'han materialitzat en els programes d'atenció específica (PCC, TPI) i en els comitès operatius o els governs territorials.

A continuació, es fa un recull de les coordinacions que ha de mantenir de manera regular l'SRC amb equipaments sanitaris:

- Centre de salut mental: totes les persones ateses en l'SRC ho fan simultàniament al CSMA. Els programes d'atenció dels dos dispositius han de complementar-se i abastar conjuntament els aspectes requerits per oferir una atenció integral. El Pla terapèutic individual del CSMA i el PIR de l'SRC haurien de coordinar-se per establir uns objectius.
- Centre de salut mental infantil i juvenil: la intervenció en població adolescent (16-17 anys), definida a l'apartat 5 del document, requerirà establir mecanismes de coordinació i cooperació amb els CSMIJ i la xarxa d'atenció infantil i juvenil.
- Programes d'atenció específica (PCC i TPI): els PAE haurien de donar pas a unitats funcionals, de les quals l'SRC n'ha de formar part.
- Pla de serveis individualitzat: en aquelles persones amb dificultats de vinculació als serveis i tractaments, els programes de gestió de casos, com el Pla de serveis individualitzat (PSI), permeten la intervenció d'un professional de proximitat que desenvolupa, entre d'altres, intervencions rehabilitadores que complementen el treball dels SRC. La coordinació s'ha d'articular també amb el CSMA.

- CAS: l'atenció de persones amb patologia dual als SRC suposa treballar de forma articulada, amb el CSMA i també amb el CAS, com a equip especialitzat en addiccions.
- Hospitalització: les unitats d'hospitalització, ja sigui d'aguts, subaguts o hospital de dia, poden ser una via de derivació a l'SRC. En persones ja vinculades a l'SRC, les estades en hospitalització suposen una interrupció temporal del tractament a l'SRC. És necessari consensuar criteris i procediments per garantir la continuïtat assistencial quan es doni l'alta a la persona atesa.
- Equips d'atenció primària de salut: com a responsables de l'atenció a la salut general dels usuaris, els SRC es coordinaran en els casos en què sigui necessari, de manera articulada amb el CSMA, especialment amb els professionals d'infermeria.

4.2.2 ACCIONS TRANSVERSALS AMB RECURSOS DE LA CARTERA DE SERVEIS SOCIALS

La **cartera de serveis socials** del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies vigent recull les prestacions de serveis, diferenciades en serveis bàsics i especialitzats. Entre aquestes últimes es troben les destinades a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental i persones amb drogodependències i/o altres addiccions.

ÀMBIT	PRESTACIÓ
Habitatge	<ul style="list-style-type: none"> • Llar residència • Llar amb suport • Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar
Inserció laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Servei prelaboral
Inserció social	<ul style="list-style-type: none"> • Club social
Tutela	<ul style="list-style-type: none"> • Serveis de tutela
Reinserció de persones amb addiccions	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de dia

Els recursos de suport a l'habitatge, els serveis de tutela i el club social són compatibles amb intervencions rehabilitadores simultànies de l'SRC, mentre que el Servei Prelaboral i el Centre de dia d'addiccions serien serveis de continuïtat alternatius. La coordinació dels SRC amb els recursos socials de salut mental i els de drogodependències no acostuma a estar sistematitzada i depèn de les decisions dels proveïdors de cada

territori. Els SRC han de disposar de protocols consensuats que defineixin la coordinació i el treball transversal amb els dispositius socials que existeixin al territori.

En els casos de persones ateses amb risc social o d'exclusió, o que requereixen tramitació de prestacions o derivació als serveis socials d'atenció especialitzada, s'orientarà les persones ateses i s'establirà coordinació amb els serveis bàsics d'atenció social.

A més dels serveis definits a la cartera, hi ha, de manera variable a cada territori, altres intervencions relacionades amb els àmbits esmentats que poden rebre les persones ateses de l'SRC: suport domiciliari ofert pels serveis socials (no específics per a trastorn mental) i serveis i programes de capacitació i inserció laboral (específics i no específics), com per exemple el SIOAS (Servei Integral d'Orientació, Acompanyament i Suport a la inserció de persones amb trastorn mental/discapacitat).

4.2.3 ACCIONS TRANSVERSALS AMB RECURSOS COMUNITARIS

L'establiment de línies de treball transversal amb recursos comunitaris ve determinat per les característiques i els recursos existents a cada territori d'actuació. Per tant, ha de tractar-se d'una col·laboració molt específica, creativa i flexible. Aquesta col·laboració pot orientar-se cap a la promoció de la participació de les persones de l'SRC en accions de l'entorn comunitari, o bé a dur a terme conjuntament amb altres recursos accions col·laboratives d'impacte comunitari.

Inclou una àmplia gamma de recursos que vertebran la participació comunitària: entitats associatives, accions en primera persona, suport entre iguals, accions promogudes per l'administració local, programes de voluntariat, equipaments culturals i esportius, centres educatius, centres cívics, xarxes de col·laboració local, entitats del tercer sector, etc.



5. Programa d'atenció a la població jove (16-25 anys)

5.1 REHABILITACIÓ EN LA POBLACIÓ JOVE (16-25 ANYS)

Aquest programa, integrat a la cartera de serveis de l'SRC, està dirigit a atendre les necessitats de rehabilitació i inserció comunitària, educativa i laboral en adolescents i adults joves (de 16 a 25 anys), que presenten trastorns mentals i/o addiccions que han interferit en el seu desenvolupament personal i relacional.

El programa abasta tres grups de població: adolescents a partir dels 16 anys, joves amb trastorn psicòtic incipient i persones joves amb trastorn crònic instaurat.

5.1.1 ADOLESCENTS A PARTIR DELS 16 ANYS

L'atenció a aquesta franja d'edat requereix una ampliació del límit de la població adulta que té definida la xarxa (passar dels 18 als 16 anys) i suposa treballar en col·laboració amb els serveis de la xarxa infantil i juvenil, centres educatius o la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies).

Pot tractar-se de joves amb un curs de trastorn ja molt instaurat o joves en estat incipient del trastorn. Aquest col·lectiu amb problemes de salut mental es troba amb importants dificultats i barreres per fer els processos de transició a l'edat adulta i a la vida activa. No té les competències ni habilitats suficients que en facilitin la inclusió social i laboral i hi ha importants mancances de suport especialitzat en l'etapa de finalització de l'escola.

En referència a l'atenció sanitària, el risc de desvinculació dels serveis, especialment en el pas a la xarxa d'adults, és molt gran. S'accepta millor l'ajuda des de dispositius de caire social o comunitari que de tipus psiquiàtric.

5.1.2 JOVES AMB TRASTORN PSICÒTIC INCIPIENT

El **Programa d'atenció específica a les persones amb trastorn psicòtic incipient (PAE-TPI)** es dirigeix a aquelles persones joves d'edat compresa entre els 14 i els 35 anys incloses en alguna de les categories de poblacions de risc: estats mentals amb risc de desenvolupar un trastorn psicòtic, primers episodis psicòtics i persones en període de recuperació.

La intervenció rehabilitadora en les fases inicials dels trastorns psicòtics comparteix els objectius de la rehabilitació en qualsevol moment de l'evolució del trastorn, però posa especial èmfasi en els aspectes de prevenció relacionats amb el deteriorament cognitiu, l'empobriment de les relacions socials i en la promoció d'activitats formatives/laborals. Està orientada, en la mesura del possible, a la recuperació del projecte vital i del nivell funcional premòrbid.

L'SRC, mitjançant el programa Jove, forma part de **la Unitat Funcional Integrada** del territori, que incorpora els diferents dispositius comunitaris del PAE TPI.

5.1.3 PERSONES JOVES AMB TRASTORN CRÒNIC COMPLEX

Les persones joves amb un trastorn mental que es va manifestar a la infància, com el TEA o els trastorns generalitzats del desenvolupament, tenen un curs d'evolució crònica que els situen dins del grup de pacients crònics complexos (PCC). Comparteixen moltes de les característiques i disfuncionalitats de persones amb trastorn mental crònic i complex de més edat, però, malgrat això, les seves expectatives i afinitats fan que vulguin relacionar-se amb persones de la seva edat, amb interessos i conflictes propis del seu moment vital, amb les quals és més possible identificar-se.

5.2 METODOLOGIA ESPECÍFICA DE LA INTERVENCIÓ REHABILITADORA EN JOVES

- Equip diferenciat, amb competència en el treball amb joves.
- Espai assistencial diferenciat del de la població adulta (i, en general, més crònica). En la mesura del possible, s'ha de disposar d'un local diferenciat i també s'han de fer servir espais comunitaris o de l'entorn natural de la persona.
- Enfocament comunitari de l'atenció, orientada a itineraris, interessos i referents propis de la població jove.
- Priorització de l'atenció individual i personalitzada.
- Avaluació adaptada a necessitats, valors, expectatives i criteris de funcionalitat dels joves, i definida segons model de competències.
- Intervencions relatives al consum de tòxics, que pot ser habitual.
- Ús intensiu de les TIC com a eina de treball.

- En coordinació amb els CSMA (i CSMIJ en els menors de 18 anys) s'ha de fer, a més de la intervenció directa, intervencions conjuntes, interconsultes o assessoraments, i evitar la dispersió i la descoordinació dels referents assistencials.
- Participació en la Unitat Funcional Integrada del territori del PAE TPI.

5.3 CARTERA DE SERVEIS

La cartera del programa Jove és un desenvolupament de la cartera general de l'SRC, i està inclosa en aquesta.

Àrea d'intervenció	Objectiu	Activitats
Suport a la formació	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar l'interès per la formació - Proporcionar eines i tècniques que facilitin el procés formatiu - Oferir orientació i suport perquè segueixin activitats formatives, preferentment reglades 	<ul style="list-style-type: none"> • Mòdul de tècniques d'estudi • Mòdul d'orientació formativa • Mòdul de competències bàsiques
Suport a la inserció comunitària i social	<ul style="list-style-type: none"> - Afavorir les capacitats per desenvolupar i tenir cura de la xarxa de relacions - Promocionar el lleure significatiu - Acompanyar els processos d'inserció 	<ul style="list-style-type: none"> • Suport individualitzat a la recerca i vinculació a recursos comunitaris • Habilitats socials i cognició social
Suport a la inserció laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolupar competències bàsiques - Orientar a serveis d'inserció laboral i programes de garantia juvenil 	(en col·laboració amb serveis d'inserció laboral)
Addiccions	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir conductes d'addicció 	• Psicoeducació
Atenció psicològica	<ul style="list-style-type: none"> - Millorar les capacitats expressives, d'autoconeixement i regulació emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Activitats expressives • Regulació emocional i mentalització
Rehabilitació cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Avaluar els dèficits cognitius - Compensar el dèficit cognitiu 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaluació neuropsicològica • Mòduls de TRC
Atenció a les famílies	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a l'entorn familiar els processos de rehabilitació 	• Accions informatives



La cultura d'avaluació dels programes assistencials que hi ha al sistema d'atenció a la salut mental es basa sovint en una suposició implícita de l'adequació d'allò que es fa. De vegades això es justifica amb una garantia del grau d'evidència de l'activitat en qüestió. Però garantia o intuïció no pot substituir l'avaluació dels programes aplicats en un lloc concret a una població concreta. Els serveis han d'avaluar per comprovar l'efectivitat d'allò que fan.

Dimensió	Indicador	Fórmula
Atenció	Accessibilitat a l'SRC	Nombre de dies des de la sol·licitud fins a la data de la primera entrevista oferta
	Avaluació integral de l'estat psicosocial de la persona atesa	Nombre de persones amb avaluació integral actualitzada / Nombre total de persones ateses
	Cartera de serveis	Existència d'una cartera de serveis definida que abasti totes les àrees d'atenció rehabilitadores
	Aplicació de plans individuals de rehabilitació	Nombre de persones amb actualització del PIR cada sis mesos / Nombre total de persones ateses
	Aplicació de tractament de rehabilitació cognitiva	Nombre de persones ateses en intervencions de rehabilitació cognitiva/ Nombre total de persones ateses
	Vinculació a recursos comunitaris	Nombre persones amb vinculació simultània a recursos comunitaris / Nombre total de persones ateses
	Atenció a famílies	Nombre de famílies ateses / Nombre de famílies en condicions de poder ser ateses
	Detecció de riscos	Existència d'una guia d'actuació davant de la detecció dels riscos que poden afectar la persona atesa
	Rotació en l'ocupació de plaça	Nombre total de nous casos / Nombre total de persones ateses
Continuïtat assistencial	Coordinació amb CSMA	Disposar d'un protocol consensuat d'articulació amb CSMA
	Coordinació amb CAS	Existència d'un protocol consensuat d'articulació amb CAS
	Coordinació amb recursos d'habitatge	Existència d'un protocol de coordinació amb dispositius d'habitatge del territori
	Coordinació amb el club social	Existència d'un protocol de coordinació amb el club social del territori
	Coordinació amb el servei prelaboral / els serveis d'inserció laboral	Existència d'un protocol de coordinació amb el servei prelaboral i amb programes d'inserció laboral i formativa del territori
	Participació en el PAE-TPI	Participació en la Unitat Funcional d'atenció a la psicosi incipient al territori



7. Conclusions

El document que hem presentat pretén establir un model de referència per concloure el procés, iniciat l'any 2001, de **desplegament dels Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC)**. L'SRC és un **dispositiu assistencial sanitari especialitzat** que ofereix diferents accions i tècniques de rehabilitació psicosocial a **persones amb problemes de funcionalitat derivats d'un trastorn mental**.

L'SRC s'organitza amb una **Cartera de Serveis** que s'articula en els **Plans individualitzats de cada usuari**. Les àrees que integren aquesta cartera de serveis, que s'ha d'actualitzar d'acord amb les innovacions tècniques que es vagin produint, són:

- àrea d'avaluació psicosocial
- àrea de rehabilitació cognitiva
- àrea d'autonomia i funcionalitat
- àrea de promoció de la salut i del benestar
- àrea d'atenció psicològica i psicoterapèutica
- àrea d'atenció a l'entorn familiar i/o de convivència
- àrea d'integració comunitària

L'**equip interdisciplinari** de l'SRC ha d'estar dotat dels perfils professionals següents: especialista en psicologia clínica, tècnic en rehabilitació psicosocial (teràpia ocupacional, treball social, infermeria, educació social) i auxiliar (integrador social, auxiliar d'infermeria).

L'**ampliació de l'atenció rehabilitadora a la població jove** (particularment a la franja 16-18 anys) requereix comptar amb professionals amb expertesa en aquest sector de població, adaptar la cartera de serveis i ampliar la coordinació amb la xarxa infantil i juvenil de salut mental, amb centres educatius i amb altres recursos d'atenció a adolescents, com per exemple amb la Direcció General d'atenció a la infància i a l'adolescència del Departament de Treball, Afers socials i Famílies. Tots aquests requeriments no es troben en el model actual i caldria revisar el sistema de finançament.

La majoria dels SRC superen la seva capacitat d'ocupació des del punt de vista de places concertades. Són tasques de reordenació pendents Revisar el **pagament per estada/plaça** i establir la **ràtio poblacional** (el PDSMiA va establir una dotació per cada SRC de 3,5 places x 10.000 habitants de població general, que no es compleix).

El present document ha proposat la creació d'una **Comissió Pedagògica de Rehabilitació Comunitària** que ofereixi continuïtat a les tasques del grup per *"Promoure, definir i donar suport al procés de desenvolupament dels SRC, dins del marc del model d'atenció a la salut mental integral i transversal, així com a la seva avaluació"* que són les següents:

- *Seguiment del procés d'implementació*
- *Elaboració de la documentació tècnica pertinent*
- *Desenvolupament de programes transversals*
- *Establiment de línies de formació continuada*
- *Promoció de la recerca*



8.
**Documents
de referència**

Quaderns de salut mental 3. Rehabilitació comunitària en salut mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1a ed. març de 2003.

Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 1a ed. octubre de 2006.

Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Núm. 2006/05-2.

Cartera de serveis socials 2008-2009. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania; 1a ed. novembre de 2008.

Indicadors per mesurar els criteris de qualitat per a centres de dia i serveis de rehabilitació comunitària. Avaluació externa de la qualitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària. Pla Director de Salut Mental i Addiccions; 2008.

CIM-10-MC/SCP. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut; 2017.

Hacia una Reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Madrid: Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.

El Servei de Rehabilitació Comunitària en el marc de l'atenció integral a la salut mental. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012.

Estratègies de Salut Mental i Addiccions 2017-2020. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut; 2017. Disponible a http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf

Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/estrategia_2017_2019.pdf



9. Composició del grup de treball

PARTICIPANTS

Elena Adan

Subdirecció General de Drogodependències
Departament de Salut

Enric Arqués

Fundació Joia

Immaculada Baeza

Hospital Clínic Barcelona

Anna Carrió

Fundació Vidal i Barraquer

Pilar Casaus

Institut Pere Mata

Teresa de Gispert

Subdirecció General de Drogodependències
Departament de Salut

Beatriz González

Benito Menni CASM. Germanes Hospitalàries SCJ

Remei Juncadella

Servei Català de la Salut

Alejandro Martín

Federació VEUS- Entitats catalanes de salut mental en primera persona

Judit Martínez

Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona- Osonament

Eduard Palomer

Centre de Rehabilitació comunitària del Gironès

Felisa Pérez

Federació Catalana de Drogodependències

Jordi Peris

Institut Pere Mata

Georgina Queralt

Fundació Sanitària Hospital de Mollet

Jordi Quílez

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Anna Tomás

Fundació Els Tres Turons

Romina Torras

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Lídia Ugas

Benito Menni CASM. Germanes Hospitalàries SCJ

Sílvia Vidal

Associació per a la rehabilitació
de les persones amb malaltia mental

Edgar Vinyals

Federació VEUS- Entitats catalanes de salut mental en primera persona

Paulina Viñas

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Direcció General de Planificació en Salut.
Departament de Salut

COORDINACIÓ

Jordi Cid

Grup Impulsor de les Estratègies de Salut Mental i Addiccions 2017-2020. Pla Director
de Salut Mental i Addiccions. Direcció General de Planificació en Salut. Departament
de Salut

Tina Ureña

CPB Serveis de Salut Mental
Col·legi Oficial de D. en Treball Social

Francisco Villegas

Grup CHM Salut Mental

Secretaria

Eulàlia Porta

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Direcció General de Planificació en Salut.
Departament de Salut

