

Enquesta de satisfacció als usuaris i famílies de Projecte Home Catalunya (2016)

Extracte de les respostes dels qüestionaris

Autors: SAIL S.L.L. (www.sail-biometria.com)
Projecte Home Catalunya (www.projectehome.cat)

Amb el compromís i voluntat d'anar millorant els programes de tractament per a addiccions de Projecte Home Catalunya recollim l'opinió dels usuaris i famílies en tractament a través, entre d'altres canals, de la informació que ens proporcionen els qüestionaris anuals (que es poden consultar al final d'aquest document).

RESPOSTES DELS USUARIS VALORACIÓ GENERAL DELS PROGRAMES D'INTERVENCIÓ

Mostra N=145

145 persones han emplenat el qüestionari durant l'últim quadrimestre de 2016. Són usuaris i usuàries en tractament per addiccions als centres de Projecte Home Catalunya*, una mostra que correspon als qui van acudir als centres durant el moment de passar el qüestionari. Es passen els qüestionaris en grup i amb la supervisió del director de cada centre.

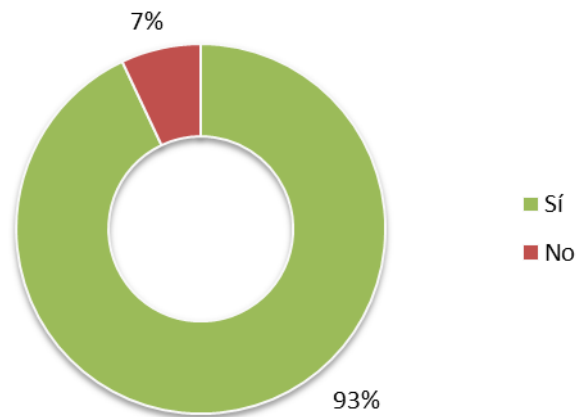
Perfil dels usuaris enquestats:

- Sexe: Home (83,2%), Dona (16,8%).
- Estat Civil: Solter/a (51%), Separat/da-Divorciat/da (24,5%), Casat/da-Parella de fet (23,1%), Viudo/Vídua (1,4%).
- Nucli de convivència: Pares o altres familiars (41,6%), Parella/Parella i fills (27,8%), Sol/Sol amb fills (16%), Altres (12,5%), Amics (2,1%).
- Nivell d'estudis: Sense estudis obligatoris finalitzats (15,9%), Estudis obligatoris (33,8%), Estudis Secundaris (24,8%), Mòduls Superiors de Formació Professional (14,5%), Estudis Universitaris (11%).
- Situació laboral: Desocupació (41,3%), Treball amb contracte fixe (20,3%), Treball com a autònom (15,4%), Treball amb contracte temporal (9,1%), Incapacitat laboral (13,3%), No ha treballat mai (0,7%).

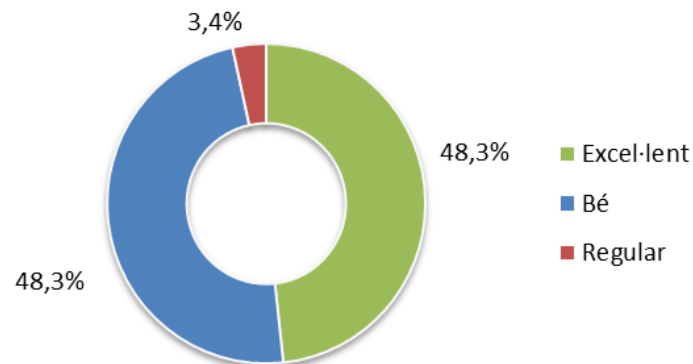
(*) Programes d'Intervenció de Projecte Home: Comunitat terapèutica, per a les persones que presenten una llarga trajectòria de consum de substàncies addictives amb una important desestructuració personal i familiar. Programa de reinserció sociolaboral, dirigit a aquelles persones que han acabat amb èxit la Comunitat Terapèutica, e s promou l'autorealització personal i la integració social, familiar i laboral. Programa Nocturn, dirigit a persones amb problemes de cocaïna però que encara poden portar una vida relativament estructurada. Projecte Jove, atén adolescents i joves que presenten problemes associats al consum de drogues. Centre de Dia per Adults, espai d'acolliment i tractament de baixa exigència de persones que es troben en consum actiu de substàncies i presenten alt risc d'exclusió social. Programes ambulatoris d'atenció a les addiccions a Tarragona, Terres de l'Ebre i Lleida.

Primeres atencions

Se't va oferir una hora de primera visita en un termini inferior a una setmana?

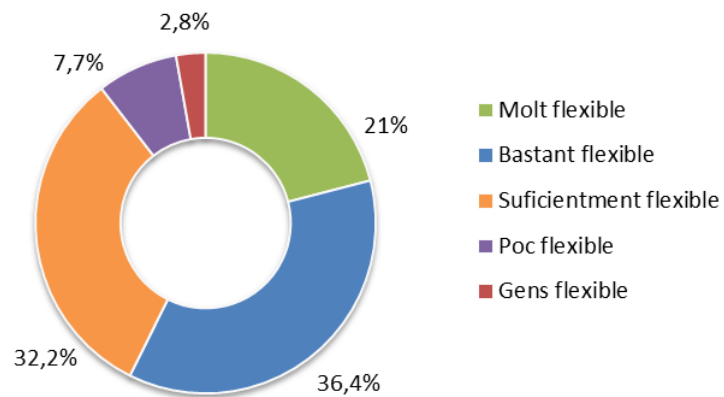


Com valoreu l'atenció rebuda en les entrevistes inicials?

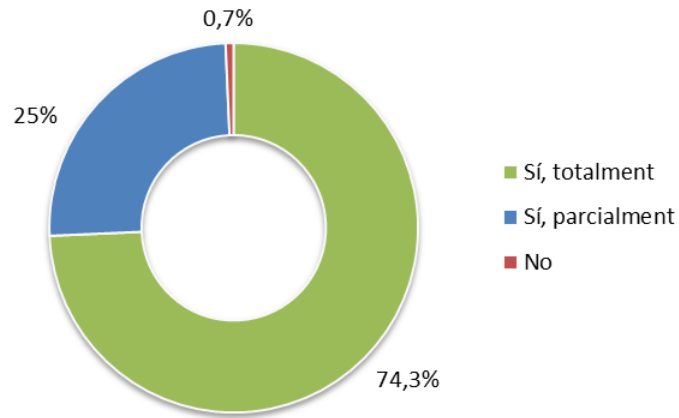


Tractament

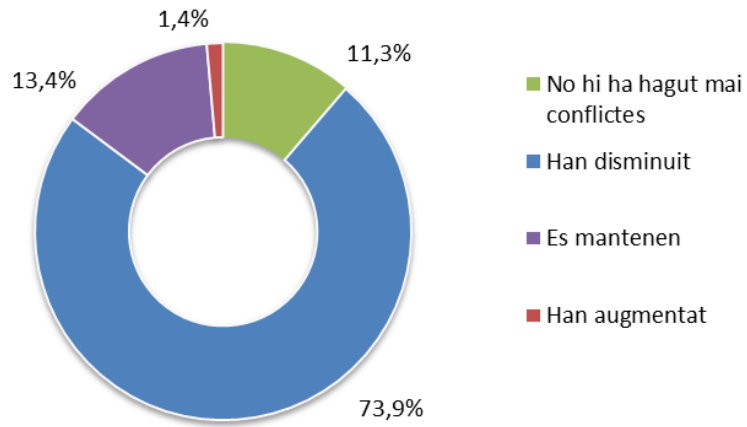
En quina mesura creus que el programa és flexible per adaptar-se a les teves necessitats?



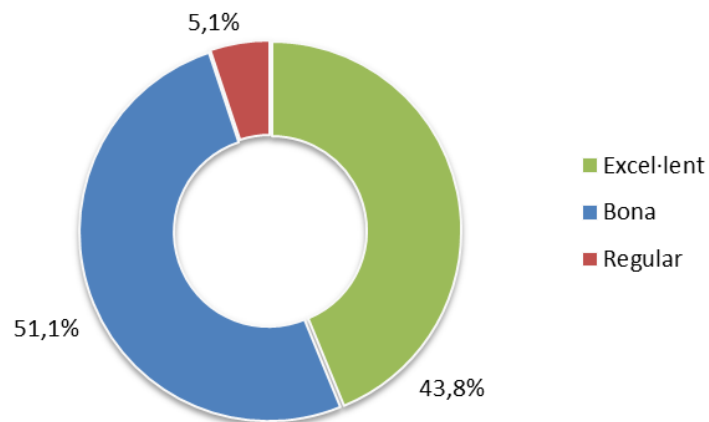
Et sembla adequat el tipus de tractament que estàs rebent?



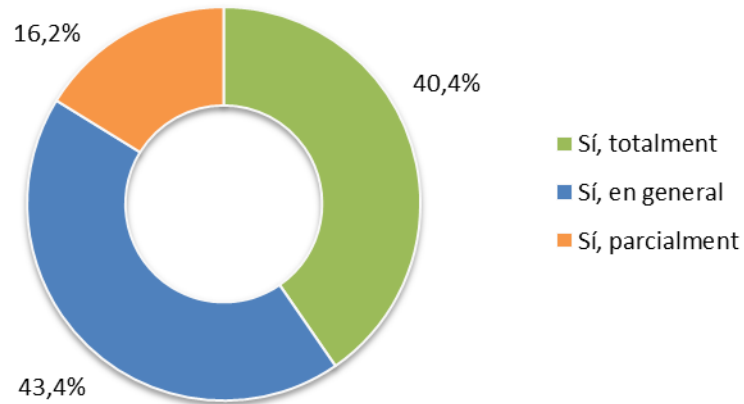
Els conflictes familiars, des del principi del tractament:



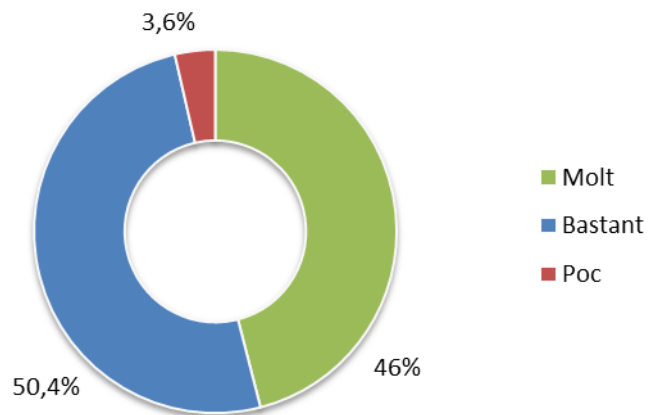
Com qualificaries la qualitat del servei que estàs rebent?



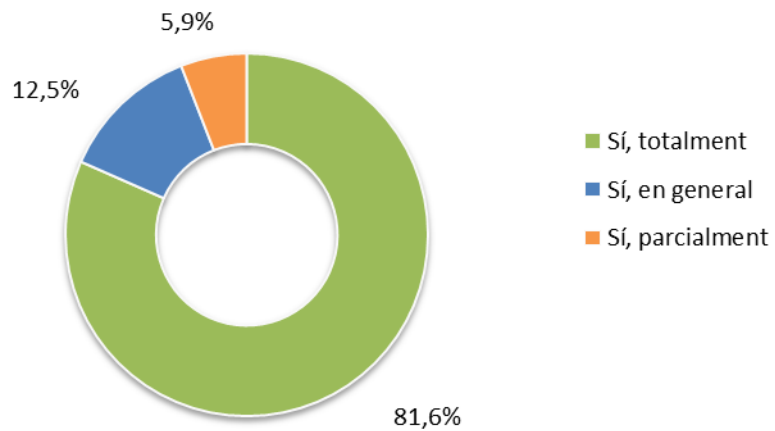
Has trobat el servei que busques?



T'han ajudat els serveis que estàs rebent a fer front de manera més eficaç els teus problemes?



Si un amic necessités una ajuda similar li recomanaries el nostre programa?



RESPOSTES DE LES FAMÍLIES DELS USUARIS DE PROJECTE HOME. VALORACIÓ GENERAL DELS PROGRAMES D' INTERVENCIÓ

Mostra N=80

80 persones han emplenat el qüestionari durant l'últim quadrimestre de 2016. Són familiars d'usuaris i usuàries en tractament per addiccions als Centres de Projecte Home Catalunya*, una mostra que correspon als qui van acudir als centres durant el moment de passar el qüestionari. Es passen els qüestionaris en grup i amb la supervisió del director de cada centre.

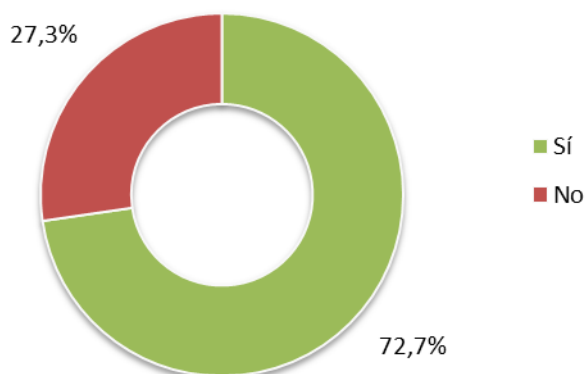
Perfil dels familiars enquestats:

- Sexe: Dona (62,5%), Home (37,5%).
- Relació: Mare (40,3%), Pare (29,9%), Parella (14,3%), Germà/na (6,5%), Un altre familiar (3,9%), Amic/ga (3,9%).

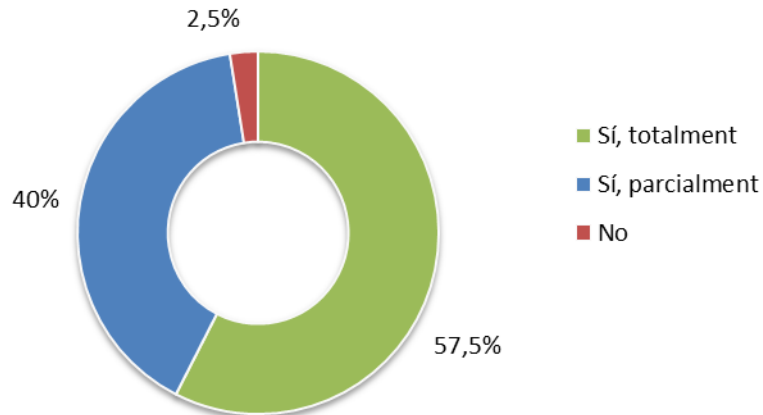
(*) Programes d'Intervenció de Projecte Home: Comunitat Terapèutica, per a les persones que presenten una llarga trajectòria de consum de substàncies addictives amb una important desestructuració personal i familiar. Programa de reinserció socio-laboral, dirigit a aquelles persones que han acabat amb èxit la Comunitat Terapèutica, es promou l'autorealització personal i la integració social, familiar i laboral. Programa Nocturn, dirigit a persones amb problemes de cocaïna però que encara poden portar una vida relativament estructurada. Projecte Jove, atén adolescents i joves que presenten problemes associats al consum de drogues. Centre de Dia per Adults, espai d'acolliment i tractament de baixa exigència de persones que es troben en consum actiu de substàncies i presenten alt risc d'exclusió social.

Cobertura

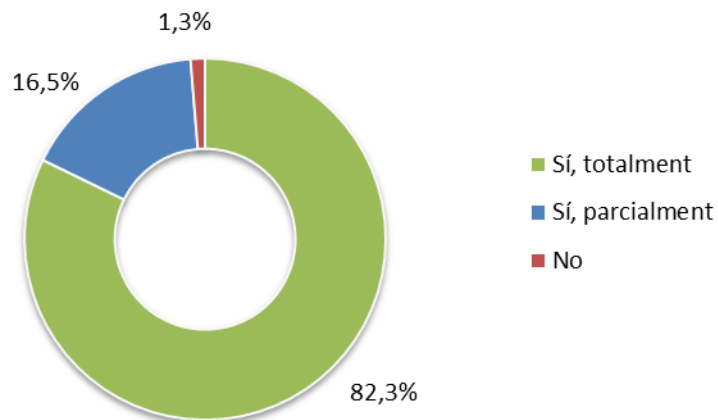
Coneixies l'existència del centre de tractament abans que el teu familiar decidís tractar el seu problema?



Consideres que l'horari d'atenció del centre s'adapta a la teva realitat social i laboral?

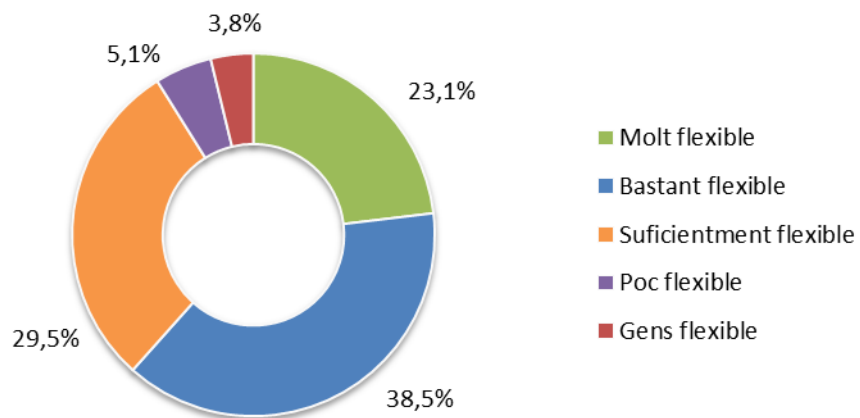


Pots contactar fàcilment amb els professionals del centre quan ho necessites?

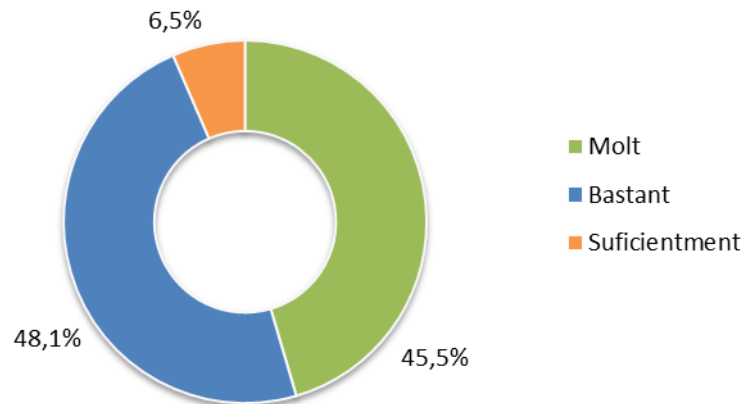


Tractament

En quina mesura creus que el programa és flexible per adaptar-se a les teves necessitats?

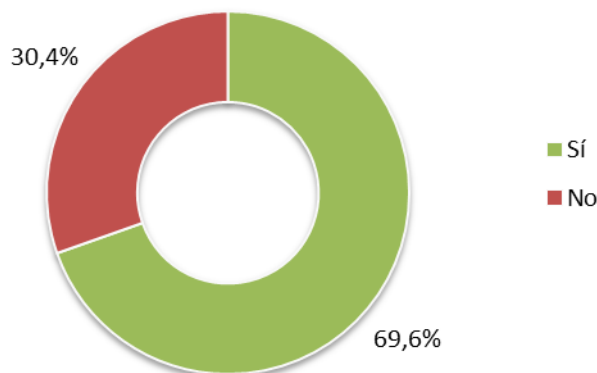


En quina mesura estàs satisfet/a amb les activitats programades pel centre?

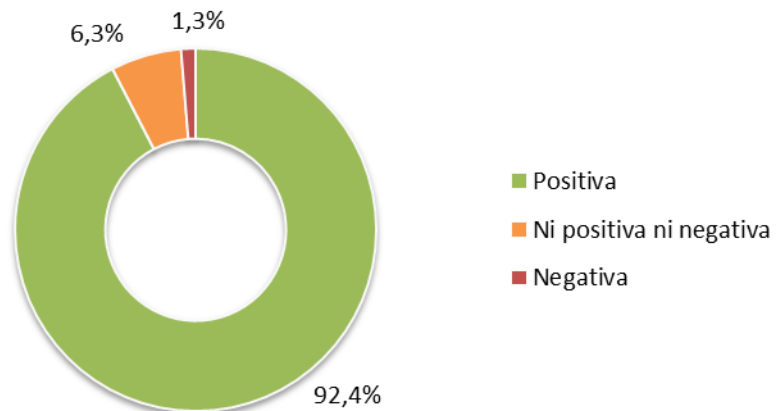


Evolució de la persona en tractament

S'han produït canvis en la situació familiar de l'usuari des que va iniciar el tractament?

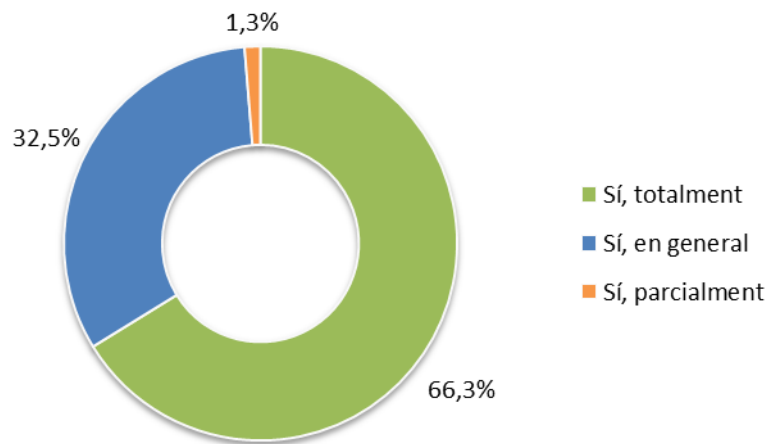


Quina valoració fas dels canvis que s'han produït fins ara en l'entorn social i familiar de la persona en tractament?

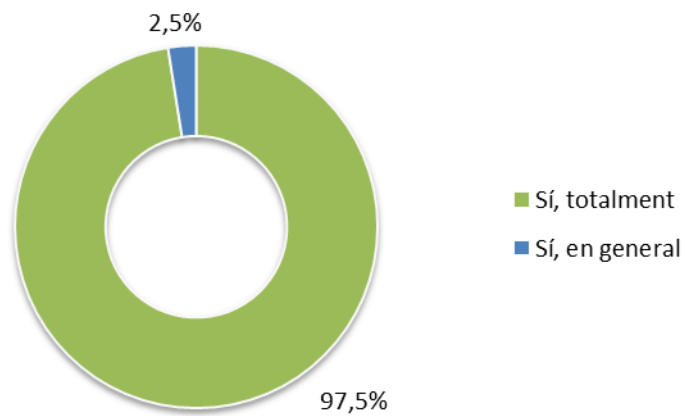


Satisfacció amb el tractament

Heu trobat el tipus de servei que buscàveu?



Si un amic necessités una ajuda similar li recomanaries el nostre programa?



A continuació s'adjunta els qüestionaris passats als usuaris i les famílies de Projecte Home.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO

Fecha de realización:

Programa:

Nivel:

DATOS INICIALES		
Sexo:		Edad:
Hombre	Mujer	

Estado civil			
Soltero	Casado/Pareja de hecho	Separado/divorciado	Viudo

¿Con quien vives?							
Con tu pareja	Con tu pareja e hijos	Sólo con tus hijos	Con tus padres	Con otros familiares	Solo	Con amigos	Otros_____

Nivel de estudios				
Sin finalizar estudios obligatorios	Estudios obligatorios (EGB/ESO)	Estudios secundarios (FP-BACHILLER-COU)	Módulos superiores FP	Estudios universitarios

Situación laboral					
Incapacidad laboral	No he trabajado nunca	En paro	Contrato temporal	Contrato fijo	Autónomo

¿Conocias la existencia del tratamiento antes de que te plantearas abandonar el comportamiento adictivo o de consumo?	Sí	No
---	----	----

¿Se te ofreció una hora de primera visita en un plazo inferior a una semana?	
Si	No

¿Cómo valoras la atención recibida en las entrevistas iniciales?			
Excelente	Buena	Regular	Mala

DATOS SOBRE EL TRATAMIENTO

Antes de iniciar el tratamiento, ¿Firmaste un contrato terapéutico o consentimiento informado en el que constaban los derechos y responsabilidades de las partes implicadas en el tratamiento?

Sí

No

Antes de iniciar el tratamiento, ¿te entregaron una copia firmada del contrato o consentimiento?

Sí

No

¿Se te asignó un profesional de referencia cuando iniciaste el tratamiento?

Sí

No

En caso de tratamiento grupal, ¿se te asignó un grupo de referencia cuando iniciaste el tratamiento?

Sí

No

En caso de que sigas un tratamiento residencial:

¿Se te asignó un compañero, tutor o similar al iniciar el tratamiento?

Sí

No

¿Se realizó un encuentro a tu llegada con todos los miembros del centro destinado a tu representación y bienvenida?

Sí

No

¿Te ayudaron tus compañeros del centro a comprender y adaptarte al funcionamiento del programa?

Sí

No

¿Los profesionales del centro fomentaron el apoyo a tu integración en el centro?

Sí

No

Al iniciar el tratamiento, ¿Se te informó sobre las normas del centro?

Oralmente

Por escrito

Oralmente y por escrito

No se me informó

Al iniciar el tratamiento, ¿Se te informó sobre los horarios y días de tratamiento?

Oralmente

Por escrito

Oralmente y por escrito

No se me informó

Al iniciar el tratamiento, ¿Se te proporcionó un número de teléfono de contacto para aclarar dudas y hacer consultas?

Oralmente	Por escrito	Oralmente y por escrito	No se me informó
-----------	-------------	-------------------------	------------------

¿Consideras suficiente la información que se te ha proporcionado al iniciar el tratamiento?	Sí	No
---	----	----

El vínculo que has establecido con el equipo terapéutico / profesional de referencia es:	No tengo	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
--	----------	----------	------	--------	-------	-----------

El vínculo que has establecido con tu grupo de referencia es:	No tengo	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
---	----------	----------	------	--------	-------	-----------

¿Has participado en la elaboración de tu plan de tratamiento?	Sí	No
---	----	----

¿En qué medida crees que el programa es flexible para adaptarse a tus necesidades?	Nada Flexible	Poco Flexible	Suficiente Flexible	Bastante Flexible	Muy Flexible
--	---------------	---------------	---------------------	-------------------	--------------

¿En que medida crees que el programa es flexible para adaptarse a las diferencias que puedan existir entre hombres y mujeres?	Nada Flexible	Poco Flexible	Suficiente Flexible	Bastante Flexible	Muy Flexible
---	---------------	---------------	---------------------	-------------------	--------------

¿Consideras que los objetivos del tratamiento son los adecuados para tu rehabilitación?	No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
---	----	------------------	----------------

¿Consideras que los instrumentos terapéuticos son útiles para tu tratamiento?	No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
---	----	------------------	----------------

¿Consideras que el tiempo que dura el tratamiento es el adecuado para lograr tu rehabilitación?	Es adecuado	Debería durar más	Debería durar menos
---	-------------	-------------------	---------------------

En caso de que no existan los recursos mencionados indica no procede:

¿Consideras que la atención médica-psiquiátrica del centro es adecuada?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente	No procede
----	------------------	----------------	------------

¿Consideras que la atención jurídica del centro es adecuada?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente	No procede
----	------------------	----------------	------------

¿Consideras que las actividades formativas que se realizan en el centro son adecuadas?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente	No procede
----	------------------	----------------	------------

¿Consideras que la atención médica-psiquiátrica es necesaria para conseguir los objetivos de tu tratamiento?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
----	------------------	----------------

¿Consideras que la atención jurídica es necesaria para conseguir los objetivos de tu tratamiento?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
----	------------------	----------------

¿Consideras que las actividades formativas son necesarias para conseguir los objetivos de tu tratamiento?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
----	------------------	----------------

¿Consideras que las actividades programadas son útiles para conseguir los objetivos de tu tratamiento?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
----	------------------	----------------

¿Atiende el programa de tratamiento a tus necesidades prioritarias?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
----	------------------	----------------

¿Consideras que los recursos humanos del centro son suficientes para atender las necesidades de las personas en tratamiento?

No	Sí, parcialmente	Sí, totalmente
----	------------------	----------------

DATOS DE COBERTURA

¿Está el centro bien ubicado?

Sí	No
----	----

¿Existe al menos un medio de transporte público con el que puedas asistir al centro?

Sí	No
----	----

Si te desplazas al centro con vehículo propio, ¿Te resulta fácil encontrar aparcamiento?

Sí	No
----	----

¿Consideras que el horario de atención del centro se adapta a tu realidad social y laboral?	No	Sí, parcialmente	Sí totalmente
---	----	------------------	---------------

¿Puedes contactar fácilmente con los profesionales del centro cuando lo necesitas?	No	Sí, parcialmente	Sí totalmente
--	----	------------------	---------------

¿Te parecen adecuadas las instalaciones del centro?	No	Sí, parcialmente	Sí totalmente
---	----	------------------	---------------

¿Te parece adecuado el tipo de tratamiento que estas recibiendo?	No	Sí, parcialmente	Sí totalmente
--	----	------------------	---------------

¿Te parece adecuado el régimen (residencial, centro de día, ambulatorio) del tratamiento?	No	Sí, parcialmente	Sí totalmente
---	----	------------------	---------------

DATOS EVOLUCIÓN DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO						
---	--	--	--	--	--	--

Cumples con:	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre	No procede
Las normas y límites familiares y sociales						
Responsabilidades familiares						
Responsabilidades sociales						
Responsabilidades de pareja						
Eres responsable con el cuidado de tus hijos						
Haces un uso responsable de tu dinero						
Eres responsable con tus obligaciones laborales y/o formativas						

¿Estás al día de tus obligaciones económicas?	No	Sí, parcialmente	En general sí	Sí, totalmente
---	----	------------------	---------------	----------------

¿Se han producido cambios en tu situación familiar desde que iniciaste el tratamiento como consecuencia de éste?	Sí	No
--	----	----

¿Qué valoración haces de los cambios que se han producido hasta ahora en tu entorno social y familiar ?	Negativa	Ni positiva, ni negativa	Positiva
---	----------	--------------------------	----------

Los conflictos familiares, desde el principio del tratamiento	Han aumentado	Han disminuido	Se mantienen	No ha habido nunca conflictos
---	---------------	----------------	--------------	-------------------------------

¿Estás satisfecho con el tipo de relacion que mantienes con tu familia?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
---	------	------	---------	----------	-------

¿Estás satisfecho con el tipo de relaciones sociales que mantienes?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
---	------	------	---------	----------	-------

¿Tus relaciones familiares facilitan tu integración social?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
---	------	------	---------	----------	-------

¿Tus relaciones sociales facilitan tu integración social?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
---	------	------	---------	----------	-------

En general ¿Estás satisfecho con tu estilo de vida actual?	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
--	------	------	---------	----------	-------

GRADO DE SATISFACCION

¿Como calificarías la calidad del servicio que estás recibiendo?

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----------	-------	---------	------

¿Has encontrado la clase de servicio que buscabas?

No	Sí, parcialmente	Sí, en general	Sí, totalmente
----	------------------	----------------	----------------

¿En que medida nuestro programa está satisfaciendo tus necesidades?

Totalmente	En general	Parcialmente	Ninguna
------------	------------	--------------	---------

Si un amigo necesitara una ayuda similar, ¿le recomendarías nuestro programa?

No	Sí, parcialmente	Sí, en general	Sí, totalmente
----	------------------	----------------	----------------

¿En que medida estás satisfecho con el tipo de ayuda que estas recibiendo?

Muchísimo	Mucho	Bastante	Poco
-----------	-------	----------	------

¿Te han ayudado los servicios que estás recibiendo hacer frente más eficazmente a tus problemas?

Mucho	Bastante	Poco	Nada
-------	----------	------	------

En conjunto, ¿En que medida estás satisfecho con el servicio que recibes?

Mucho	Bastante	Poco	Nada
-------	----------	------	------

Si tuvieras que buscar ayuda otra vez, ¿volverías a nuestro programa?

No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí
----	------------------	------------------	----