

**Quaderns  
de salut  
mental  
2**

CONSELL  
ASSESOR  
SOBRE  
ASSISTÈNCIA  
PSIQUIÀTRICA  
I SALUT  
MENTAL

# **Pla de serveis individualitzats (PSI)**



**CatSalut**

Servei Català  
de la Salut



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Sanitat  
i Seguretat Social**

**Quaderns  
de salut  
mental  
2**

CONSELL  
ASSESOR  
SOBRE  
ASSISTÈNCIA  
PSQUIÀTRICA  
I SALUT  
MENTAL

# **Pla de serveis individualitzat (PSI)**



Servei Català  
de la Salut



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Sanitat  
i Seguretat Social**

© Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edició: CatSalut  
1a edició: Barcelona, març de 2003  
Tiratge: 1500 exemplars  
ISBN: 84-393- -  
Dipòsit legal:

Membres del grup de treball del  
Pla de serveis individualitzat (PSI). 1995

President  
Josep Ramos  
Director de Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental

Secretària  
Anna Camprubí  
Programa de salut mental

Coordinador de l'Àrea Epidemiològica  
Jaume Autonell  
Centre de Salut Mental de Ciutat Vella

Coordinador de l'Àrea de Necessitats Sanitàries  
Lluís Cabrero  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Coordinador de l'Àrea de Necessitats Socials  
Agustina Ureña  
Col·legi Oficial de Treball Social

Vocals  
José Clusa  
Centre de Dia Pi i Molist

Josep Fàbregas  
Centre Psicopedagògic de Barcelona

Esther Jordà  
Regió Sanitària de Barcelona ciutat.  
Servei Català de la Salut

Eduard Jové  
Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet

Montserrat Loza  
Servei Especial d'Urgències de l'Institut Català de la Salut.  
Badalona

Francisco Martínez  
Centre de Salut Mental del Prat de Llobregat

Roberto Martínez  
Associació de Familiars de Malalts Mentals

Rosa Miró  
Centre de Dia Tres Turons

Roser Pérez Simó  
Hospital Sant Joan de Déu d'Espugues de Llobregat

Alicia Roig  
Centre de Salut Mental d'Horta-Guinardó

Xavier Solé  
Centre de Salut Mental de Granollers

Francesc Vilurbina  
Fundació Hospital Sant Pere Claver

Amb la col·laboració de:



LA VIDA POR DELANTE

# **Pla de serveis individualitzats (PSI)**

índex

<b>El Pla de serveis individualitzat (PSI)</b>	5
Què és el PSI	5
Com sorgeix la necessitat d'un PSI	5
La recuperació	5
<b>Criteris d'inclusió de la població diana que necessita potencialment un Pla de serveis individualitzat</b>	7
Criteris diagnòstics i clínics	7
Criteris socials (repercussions psicosocials)	7
Criteris d'utilització de serveis	7
<b>Principis i objectius del Pla de serveis individualitzat</b>	9
Principis	9
Objectius	10
<b>Serveis del Pla de serveis individualitzat</b>	11
<b>Avaluació del Pla de serveis individualitzat</b>	14
<b>Model organitzatiu del Pla de serveis individualitzat</b>	15
Consideracions prèvies	15
Reflexions	15
El projecte individualitzat i la seva organització	16
Propostes i recomanacions	16

## El Pla de serveis individualitzat (PSI)

### Què és el PSI

El Pla de salut mental de Catalunya defineix els objectius generals que inspiraran el desenvolupament de les diverses accions i directrius que s'han de seguir en els propers anys. Per aconseguir aquests objectius es formulen les polítiques que cal seguir, que es portaran a terme mitjançant unes línies d'actuació determinades.

Aquesta política es concreta en vuit eines o instruments considerats estratègics. Un d'ells és el Pla de serveis individualitzat (PSI).

El PSI és la proposta d'un mètode organitzatiu i d'un procés actiu de gestió dels trastorns mentals severos (TMS) a la comunitat.

L'objectiu primordial del PSI és adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada pacient i acostar-los tant com sigui possible al seu mitjà natural, per consolidar la continuïtat assistencial.

Seguint les directrius de l'OMS, el PSI serà l'eina del Pla de salut mental de Catalunya, que establirà per a cada situació individualitzada:

- I - Les necessitats de cada malalt amb TMS.
- II - Els objectius terapèutics i de rehabilitació que es persegueixen.
- III - Els serveis sanitaris i socials que cal mobilitzar.
- IV - La durada estimada de la utilització d'aquests serveis.

### Com sorgeix la necessitat d'un PSI

Com ha succeït en altres països, el pas d'una psiquiatria institucional a una psiquiatria comunitària a Catalunya ha creat una xarxa assistencial que, per diversos motius, dona una resposta limitada, de caire gairebé exclusivament reactiu, que respon només a les crisis o requeriments dels

pacients o de les seves famílies. Allà on això es dona, els pacients menys capaços o menys disposats a demanar ajuda tenen el risc de quedar fora del sistema. Per als pacients amb mancances persistents, la continuïtat en l'assistència és essencial. Aquesta està dificultada per la fragmentació dels serveis, la seva difícil accessibilitat, les citacions diferides, la multiplicitat d'intervencions i la poca coordinació d'aquestes.

Per evitar que els pacients amb TMS quedin fora del sistema d'atenció i assistència caldrà assegurar-ne un vincle, tan actiu com planejat deliberadament. Per garantir-lo s'ha dissenyat el PSI, que preveu:

- I - Un mètode organitzatiu.
- II - Un procés actiu de gestió.
- III - Un responsable de la coordinació del procés: el coordinador del projecte individualitzat.

A través d'aquests tres mecanismes el PSI haurà de permetre assolir els objectius següents:

- Delimitar les necessitats i també les capacitats de la persona.
- Disposar dels serveis previstos segons les necessitats i el recursos comunitaris disponibles o que caldrà crear.
- Coordinar les accions preventives, de curació, de rehabilitació i de suport.
- Compartir les informacions amb la persona, la seva família i els professionals responsables.

### La recuperació

La superació de les conseqüències psicosocials de la malaltia és, moltes vegades, més difícil que la del mateix deteriorament (TAULA 1). La recuperació (Anthony, 1993), és un procés personal de canvi de les actituds, els valors i els objectius propis, quan un individu s'enfronta a la seva realitat més enllà dels efectes catastròfics de la malaltia mental. Es tracta d'un projecte de vida

que passa per la superació de l'estigma de la malaltia, dels efectes iatrogènics, de la manca d'oportunitats, de l'afectació de l'autoestima, etc. És el mateix individu qui es recupera a través dels mitjans facilitadors, serveis que gestionen els professionals, la família i la comunitat.

Des del model de la recuperació, la decisió sobre el tipus de serveis i els objectius pertinents, adaptats a les possibilitats de cada persona, és un element clau de l'èxit del procés.

El concepte de cronicitat s'ha lligat tradicionalment a un model teòric d'història natural de la malaltia, una abstracció que té poc en compte el context individual, social i assistencial del procés d'emmalaltir. L'experiència clínica ens mostra, en canvi, que aquests factors resulten decisius en l'evolució de cada cas.

En psiquiatria, la cronicitat ha de ser una condició definida operativament, amb criteris concrets d'inclusió que puguin definir la població diana a la qual s'adreça una determinada estratègia d'accions.

La població amb TMS en grau de cronicitat té unes necessitats determinades per greus dificultats de deteriorament, disfunció, incapacitat i minusvalidesa (TAULA 1).

Tenint en compte els aspectes relacionats amb la recuperació i els esmentats a la TAULA 1 s'observa que tot això significa un canvi important en el model assistencial, els trets fonamentals del qual es representen en la TAULA 2.

**Deteriorament** Pèrdua o anormalitat de l'estructura o la funció psicològica, fisiològica o anatòmica (per exemple, una al·lucinació).

**Disfunció** Restricció o manca de capacitat per dur a terme una activitat o tasca dins del que es considera normal per a un individu (per exemple, manca d'habilitats per a la vida quotidiana).

**Incapacitat** Restricció o manca de capacitat per identificar-se amb un paper o funció social dins del que es considera normal en un individu (per exemple, manca de feina, de llar...).

**Minusvalia** Manca d'oportunitats socials que impedeixen o limiten una activitat, un paper, etc (per exemple discriminació).

TAULA 1: REPERCUSSIONS DELS TRASTORNS MENTALS SEVERES (ANTHONY, 1993)

De	A:
Hospital o serveis tradicionals	Xarxa de suport comunitari
La malaltia	Deteriorament + disfunció + incapacitat + minusvalidesa
La curació	La recuperació

TAULA 2: D'UN MODEL MÈDIC A UN MODEL PSICOSOCIAL

## **criteris d'inclusió de la població diana que necessita potencialment un Pla de serveis individualitzat**

### **Criteris diagnòstics i clínics**

D'acord amb el DSM-III R Eix 1, les entitats nosològiques següents seran el punt de partida per plantejar un PSI:

- Trastorns esquizofrènics
- Trastorns esquizoafectius
- Trastorns bipolars
- Estats paranoïdes
  - Depressions majors
  - Trastorns obsessivocompulsius
  - Trastorns de personalitat greus
  - Alguns casos de crisi d'angoixa amb agorafòbia

S'exclouran les persones amb diagnòstic primari d'abús de substàncies, retard mental o trastorn mental orgànic.

La població diana objecte d'implementació del PSI és aquella població que a partir d'un diagnòstic inclòs en l'apartat anterior també reuneix els criteris clínics següents:

#### **■ Gravetat clínica**

Distorsió de la realitat o comportament obertament desadaptat atribuïble al trastorn mental.

Manca de contenció i conductes de risc (autoagressivitat o heteroagressivitat).

#### **■ Temporalitat**

Cal que l'episodi no es presenti de forma aïllada o limitada en el temps, sinó de manera contínua o recurrent durant dos anys.

A més a més dels criteris clínics esmentats caldrà que es donin algun dels criteris socials i d'utilització dels serveis següents:

### **Criteris socials (repercussions psicossocials)**

- Pertorbació o limitació d'una funció (disfunció).
- Incapacitat funcional (discapacitat per al desenvolupament d'un paper social).
- Dependència (necessitat permanent de manteniment per part d'una altra persona o d'un servei concret).
- Sobrecàrrega familiar manifesta o persistent, o bé absència de família (Burden).
- Absència de xarxa social.

Per tot l'apartat de repercussions psicossocials es pot utilitzar l'escala GAF (DSM-III R); criteri recomanat: puntuació inferior a 50.

### **Criteris d'utilització de serveis**

- Utilització prèvia d'un o més serveis de salut mental, de forma perllongada o reiterada.

Alta d'un servei de subaguts o de mitja i llarga estada.

Tres o més hospitalitzacions al llarg de dos anys.

Més de 150 dies d'hospitalització al llarg de la seva vida.

Més de 90 dies en la darrera hospitalització psiquiàtrica.

Tres atencions d'urgència en un any o més de quatre en els últims dos anys.

- Un criteri de pronòstic que, basant-se en l'evolució, fa preveure la necessitat d'utilitzar una multiplicitat de serveis en el futur, que requereixi una planificació i una organització de l'assistència psiquiàtrica i una coordinació interdepartamental o interinstitucional que només és possible des dels serveis públics.

També es recomana que s'inclougui en aquesta categoria qualsevol individu tributari dels diagnòstics esmentats i amb alguna hospitalització prèvia que abandoni per un període de més de sis mesos el seu seguiment individual.

En el cas que no s'hagin utilitzat els serveis prèviament però que el pronòstic indiqui que caldrà utilitzar serveis especialitats de forma prolongada, és preferible que el cas només sigui considerat com a objecte del PSI després d'una revisió acurada dels beneficis que s'obtidran si s'inclouen serveis de més alt contingut terapèutic (unitat de crisi, aguts, hospital de dia...).



## Principis i objectius del Pla de serveis individualitzat

La finalitat dels programes de gestió de casos és que l'individu amb TMS en grau de cronicitat assoleixi la recuperació en condicions de vida en la comunitat i amb la màxima qualitat de vida que pugui oferir-li l'entorn i les capacitats personals. La TAULA 3 mostra els aspectes rellevants dels diversos models de *case management* desenvolupats. El model que es proposa en aquest document es basa en un enfocament global que els té en compte tots.

### Principis

- El lloc d'atenció és la comunitat, que ha d'utilitzar recursos tan normalitzats com sigui possible, i no tractaments o abordatges tècnics i pautats (Stein i Test, 1980).
- Els programes han de procurar la màxima individualització.
- Han de potenciar més les capacitats sanes que tractar la patologia.
- Han d'estar orientats a la màxima autonomia i responsabilitat de l'usuari dins de l'equilibri que aquest pugui tolerar.
- La relació amb el pacient ha de tenir un enfocament assertiu i ha d'intervenir activament sempre que el cas ho requereixi.
- S'ha d'utilitzar diversos recursos, des de persones o institucions informals fins a programes complexos de rehabilitació en dispositius especials.
- La potenciació de l'associacionisme, com també el suport i l'educació de l'entorn són tasques primordials.
- Els serveis del circuit assistencial són responsables de l'usuari mentre aquest no sigui traslladat i acollit en un altre sector o xarxa assistencial.

- Finalment, l'orientació del treball amb les famílies ha de considerar que aquestes són un factor primordial en l'evolució de la malaltia.

Kanter (1989) proposa els principis assenyalats en la TAULA 4.

Assegurar l'entramat de serveis d'atenció necessaris per tal de mantenir l'usuari en la comunitat amb la màxima qualitat de vida.<sup>1</sup>

Actuar com a agència de serveis i obrir l'accés de l'usuari a tots els serveis disponibles de la comunitat que puguin ser útils per a la seva vida.<sup>1</sup>

Constituir, com a responsable del cas, un element terapèutic clau de tot el procés de rehabilitació (per exemple, a través de l'atenció domiciliària o la influència directa en el mitjà sociofamiliar de l'usuari de PSI).<sup>2</sup>

1 Kanter, 1989.  
2 Lamb, 1980.

TAULA 3: ASPECTES DELS DIVERSOS MODELS DE CASE MANAGEMENT

**Continuïtat de la cura** a partir de l'assignació d'un únic responsable de cas.

**Relació usuari-responsable** de cas com a element fonamental de l'aprenentatge i el tractament.

**Determinació del grau d'ajuda necessari** en cada cas, com si es tractés d'una dosi farmacològica on l'excés o el defecte poden comportar problemes.

**Flexibilitat** en la freqüència, durada o lloc dels contactes, però ferma en aspectes com ara la medicació.

**Potenciació** de les capacitats i els recursos personals de cada usuari.

Kanter, 1989.

TAULA 4. PRINCIPIS PER A LA GESTIÓ DE CASOS

## Objectius

- Detectar la població diana a la qual va adreçat el PSI, d'acord amb les criteris definits, tenint en compte especialment les persones amb dificultats d'accés als serveis oferts i aquelles altres que, pel fet de viure en institucions no adequades a les seves condicions, pateixen una pèrdua d'autonomia recuperable.
- Diagnosticar i avaluar les necessitats.
- Censar els recursos comunitaris amb possibilitats d'utilització concreta.
- Elaborar, executar i avaluar els projectes individualitzats de serveis:
  - Seleccionar les prestacions adequades per a cada cas.
  - Garantir que efectivament els usuaris es beneficien dels serveis oferts.
  - Facilitar l'accés i l'acceptabilitat.
  - Coordinar els serveis per tal d'assegurar la continuïtat de l'atenció.
  - Vetllar per la qualitat dels serveis donats, d'acord amb els estàndards establerts.
- Vetllar pels drets de les persones amb TMS i potenciar-ne l'expressió social autònoma.
- Millorar l'educació per la salut i, en general, les actituds de la comunitat respecte als malalts mentals.

## Serveis del Pla de serveis individualitzat

Els serveis sanitaris, dels quals la xarxa de salut mental no és una excepció, s'estructuren en un sistema de dispositius –amb els professionals corresponents– que actuen consecutivament i, en ocasions, simultàniament sobre un mateix client. La xarxa actual de salut mental a Catalunya presenta un grau de desenvolupament insuficient en relació amb les necessitats, amb unes característiques generals que, des d'un punt de vista crític es resumeixen la Taula 5.

Els programes de *case management* introdueixen un canvi cultural i organitzatiu important. Fonamentalment es pretén seleccionar per a cada pacient les prestacions més adequades en cada moment, garantir una eficàcia terapèutica, facilitar l'accessibilitat i coordinar les actuacions dels diversos professionals i la coherència del projecte terapèutic individual.

D'aquesta manera el client utilitza els serveis requerits, que obtindrà dels dispositius o recursos sanitaris, socials i comunitaris existents en el seu entorn. És, per tant, necessari garantir la disponibilitat d'un mínim de serveis indispensables per aconseguir una evolució positiva de la persona amb TMS i procurar, alhora, la col·laboració d'aquells altres serveis que poden ajudar o afavorir el procés de recuperació i millorar la seva qualitat de vida.

El sistema sanitari actual i, especialment la xarxa de salut mental, ha de donar resposta a les necessitats bàsiques de les persones amb TMS. Necessàriament caldrà garantir les següents:

- Atenció de la crisi.
- Tractament i seguiment de la simptomatologia i els problemes conductuals.
- Rehabilitació de les habilitats personals i socials i facilitació de la inserció social.
- Suport relacional.

**Fragmentació** de l'atenció i poca continuïtat.

**Escassa integració** d'aquests serveis amb la comunitat.

**No orientats** a la intervenció precoç.

**Desconeixement** del nivell de qualitat ofert, de l'eficiència i l'efectivitat de les accions.

**Desajustament** entre la filosofia dels equips i les necessitats dels clients.

No es qüestiona l'**accessibilitat**.

Serveis **saturats i poc flexibles**.

**Absència de programació** de les activitats.

Circuits assistencials compostos per una **multiplicitat de proveïdors**.

TAULA 5: CARACTERÍSTIQUES ACTUALS DELS SERVEIS ASSISTENCIALS DE SALUT MENTAL

Per atendre aquestes necessitats, la xarxa especialitzada en salut mental ha de disposar dels serveis següents:

- Atenció de les urgències les 24 hores.
- Atenció ambulatoria.
- Hospitalització psiquiàtrica d'aguts, subaguts i mitjana/llarga estada.
- Comunitat terapèutica.
- Centre de dia.
- Suport domiciliari.
- Suport a la família.
- Preparació per a la inserció al món laboral.

Els serveis complementaris i de suport han de cobrir:

- Allotjament substitutori de la llar.
- Suport a la integració social i laboral.
- Suport relacional i en el lleure.
- Suport econòmic.
- Defensa dels drets.
- Autoajuda i voluntariat.

## Carta de serveis que ha de tenir un PSI

Necessitat	Recursos existents	Relació de serveis	Observacions
Atenció sanitària	Xarxa de salut mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atenció ambulatoria que inclogui tot el tractament (del psicofarmacològic al social).</li> <li>■ Hospitalització.</li> <li>■ Centre de dia. Cal establir un programa individual de rehabilitació (PIR).</li> <li>■ Disponibilitat d'atenció les 24 h.</li> <li>■ Coordinador del cas PSI.</li> </ul>	Imprescindible estar inclòs en un programa d'atenció individual.
	Xarxa sanitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atenció urgent a domicili.</li> <li>■ Suport al control de medicació i seguiment per part dels EAP*.</li> <li>■ Proves analítiques i complementàries.</li> <li>■ Inclusió en els programes de control de malalties cròniques a les ABS.</li> </ul>	Necessitat de coordinació entre EAP, i responsable del PSI.
	Drogodependències	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atenció en centres assistencials especialitzats en toxicomanies.</li> </ul>	Necessitat de coordinació amb el centre de salut mental d'adults (CSMA) i el responsable del PSI.
Atenció sociosanitària	Xarxa sociosanitària	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unitats de convalescència.</li> <li>■ Places en residències assistides pels majors de 65 anys.</li> <li>■ Accés a qualsevol altre programa específic.</li> </ul>	Que els pacients amb TMS no quedin exclosos d'aquests programes específics.
	Programa «Vida als Anys», Sida, etc.		
Atenció social	Xarxa de benestar social i serveis socials	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Implicació dels serveis socials per tal de cobrir qualsevol tipus de necessitat social bàsica (treballadora familiar, ajuts econòmics).</li> <li>■ Atenció social d'urgència.</li> <li>■ Places en residències no assistides per a majors de 65 anys.</li> <li>■ Voluntariat.</li> </ul>	Que els pacients amb TMS no quedin exclosos d'aquests programes específics.
	Altres: Càritas, Creu Roja, altres	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ajudes econòmiques i d'aliments...</li> <li>■ Voluntariat.</li> <li>■ Activitat de participació social...</li> </ul>	Que els pacients amb TMS no quedin exclosos d'aquests programes específics.
	Ingressos econòmics adequats	Prestacions SS SS PNC/LISMI Salari PIRMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualsevol pacient amb TMS i en concret tots els candidats a PSI han de disposar d'algun tipus de prestació econòmica.</li> </ul>
Habitatge	Habitatge habitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ajudes Econòmiques</li> <li>Menjar a domicili</li> <li>Treballadores familiars</li> <li>Telealarmes</li> <li>Altres</li> </ul>	Imprescindibles per als que viuen sols.
	Allotjament amb suport: (pisos assistits, residències, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ S'haurien de garantir places d'allotjament amb suport per als pacients subjectes a un PSI, sobretot per als que no tinguin familiars o tinguin dificultats amb la família.</li> </ul>	Imprescindible (les crisis i/o ingressos no haurien de dificultar el manteniment de la plaça).

<b>Necessitat</b>	<b>Recursos existents</b>	<b>Relació de serveis</b>	<b>Observacions</b>
Dret al treball	Empresa ordinària.		Qualsevol pacient subjecte a un PSI ha de comptar amb un programa individual de rehabilitació, que ha d'especificar quin pla de treball ha de seguir per assolir la màxima qualitat de vida.
	Empresa protegida.	■ Centre especial de treball.	
Dret a la formació/ocupació	Programes de formació i rehabilitació.	■ Programa de formació ocupacional. ■ Serveis d'ocupació (ajuntament, Càritas, etc.).	Que el SSIL** pugui arribar també als pacients subjectes a un PSI que treballin a l'empresa ordinària.
Dret a la llibertat, intimitat, protecció jurídica.	Administració de Justícia.  Legislació: Civil Penal  La comunitat.  Institucions, administracions, professionals.	■ Els pacients subjectes a un PSI s'han de poder beneficiar dels serveis de la comunitat i participar-hi com qualsevol altre ciutadà.	Cal evitar que els pacients subjectes a PSI siguin «tutelats i sobreprotegits».  El responsable dels PSI ha de vetllar pels drets del pacient però ha de garantir-ne el màxim nivell d'autonomia i fomentar-ne la participació.
Suport a les famílies	Associacions de familiars.  Programes atenció específics.  Xarxa salut mental.	■ Grups d'autoajuda. ■ Fundació tutelar. ■ Voluntariat.  ■ Tractament familiar.	S'hauria de tenir en compte, en qualsevol pacient subjecte a un PSI, el context social i familiar.
Participació social	Entitats socials, culturals, educatives, esportives...  Associacions (familiars, usuaris, professionals).  Administració.	■ Oci. ■ Associacionisme. ■ Grups d'ajuda mútua.	S'hauria de tenir en compte, en qualsevol pacient subjecte a un PSI, el context social i familiar.

\* Equip d'atenció primària

\*\* Servicios sociales de soporte para la integración laboral

## **Avaluació del Pla de serveis individualitzat**

La implantació del Pla de serveis individualitzat requereix d'un sistema d'informació en el qual es tingui en compte l'avaluació de la qualitat dels serveis oferts.

Es recomana la creació d'un registre acumulatiu de casos (Registre de trastorns mentals severes), que prioritzin, en una primera fase, la població diana que accedirà al PSI.

El paquet de serveis d'una zona determinada es definirà prèviament, com també l'entitat proveïdora responsable de cadascun d'ells. Per a cada servei es definiran uns estàndards de qualitat, que constaran en el contracte de compra de serveis.

El responsable del cas s'ocuparà de la coordinació dels serveis, d'assegurar el fàcil accés de l'usuari, del compliment dels objectius de cada PSI i de l'adequació dels nivells de qualitat. Així mateix, informarà als responsables de cada servei i al coordinador de sector del PSI sobre el nivell de satisfacció dels usuaris.

La confecció del projecte es farà mitjançant la valoració de l'equip de professionals que intervinguin en el cas, juntament amb la persona responsable del cas i el coordinador del sector. Aquests equip podrà modificar-se en funció de les necessitats de cada moment.

El grau d'adhesió i compliment de cada usuari en relació amb el projecte previst formarà part de l'avaluació.

Es proposaran també estudis pautats d'anàlisi cost-benefici i cost-utilitat, tenint en compte els canvis en la qualitat de vida assolits per cada usuari.

## Model organitzatiu del Pla de serveis individualitzat

### Consideracions prèvies

La major part de pacients psiquiàtrics anomenats «nous crònics» ho són no solament per les característiques intrínseques del trastorn sinó perquè no ha rebut l'atenció específica necessària.

La severitat, entesa en termes de persistència o cronicitat, té a veure amb elements individuals i també amb elements situacionals del context del qual forma part el pacient.

Els professionals, l'equip terapèutic i les respostes assistencials formen part de la situació en la qual participen el pacient i la seva família, i incideixen directament en el tipus d'evolució i determinen aspectes de la severitat i de la cronicitat.

### Reflexions

Els trastorns mentals severos, com tots els trastorns funcionals greus i persistents, evolucionen de diferent manera segons la qualitat i la quantitat de recursos disponibles i, sobretot, de com s'organitza la seva utilització.

Per aquest motiu, després de conèixer les necessitats que cal atendre i satisfer, cal considerar també la necessitat d'organització de les actuacions assistencials (preventives, terapèutiques i de rehabilitació).

Aquests «metanivell» – l'organització – pot subdividir-se, segons l'amplitud, en quatre nivells de sistematització: pla, programa, projecte i procediment, esquematitzats a la FIGURA 1. Les definicions corresponents es mostren la Taula 6.

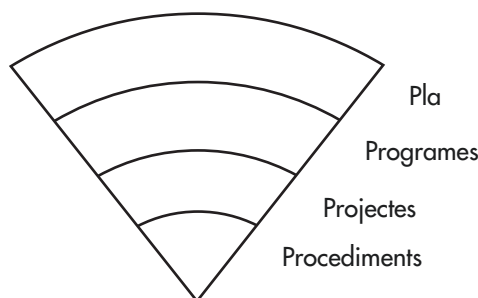


FIGURA 1: ORGANITZACIÓ DEL PLA DE SERVEIS INDIVIDUALITZAT

**Pla** Criteris i directrius generals que abasten, d'acord amb un model conceptual, objectius o finalitats, indicacions, tipus de serveis i avaluació.

**Programa** Adequació del pla en el context específic d'un territori i d'una comunitat determinada, d'acord amb una organització concreta.

**Projecte** Adequació del programa a un cas individual.

**Procediment** Constituït per tècniques d'intervenció concretes, amb un cert grau de protocolització que, realitzades per diversos professionals, constitueixen el conjunt de l'atenció rebuda per l'usuari. Hi ha procediments per determinar la indicació, per realitzar l'atenció, per avaluar el procés i els resultats, etc.

TAULA 6: CONCEPTUALITZACIÓ DELS DIFERENTS NIVELLS D'ORGANITZACIÓ

El pla, com a nivell del màxim abast i, per tant, més genèric, ha d'estar constituït per criteris i directrius suficientment consensuats que puguin orientar amb precisió l'elaboració dels programes.

Els programes es definiran per tal de donar respostes prioritzades a les situacions concretes de cada territori. En la formulació dels programes es tindran en compte les necessitats de salut de la comunitat i la disponibilitat de recursos i serveis per donar resposta a aquestes necessitats.

Així, poden definir-se diversos tipus de programes, com per exemple:

Adreçats a clients assidus dels serveis especialitats.

Adreçats a clients que no reben una atenció especialitzada perquè no acudeixen a les consultes.

Adreçats a pacients institucionalitzats que poden ser donats d'alta i ser atesos a la comunitat.

Adreçats a pacients sense família que, amb el suport adequat, poden viure en la comunitat.

Adreçats a persones amb TMS en situació de pobresa o indigència.

Els diferents nivells d'organització descrits anteriorment es relacionen amb l'actual organització sanitària del territori de tal manera que, d'acord amb una formulació general del Pla de serveis individualitzat per a tot Catalunya, correspondria a les regions sanitàries l'elaboració i l'aplicació d'un pla regional. La definició i l'aplicació dels programes seria d'abast sectorial. La concreció i el seguiment dels projectes hauria d'establir-se en l'àmbit de cada circuit assistencial i l'aplicació dels procediments correspon als diversos equips i professionals dels centres.

### **El projecte individualitzat i la seva organització**

Podem definir el projecte individualitzat com la formulació i l'execució d'objectius i procediments, consensuats amb el pacient i la seva família per procurar que aquest es recuperi, es mantingui en la comunitat i assoleixi una major qualitat de vida.

Entès com un procés organitzatiu i d'ordenació, el projecte individualitzat exigeix, a més, un avanç controlat de les avaluacions pertinents, un vincle sostingut i una coordinació contínua.

Els programes proposats i els seus projectes individualitzats corresponents poden ser esquematitzats, juntament amb els espais o les estructures proveïdores, com processos horitzontals ordenadors que travessen aquestes estructures d'esquerra a dreta. L'esquema de la FIGURA 2 reproduïx una graella de gestió matricial.

Aquesta gestió matricial exigeix el compliment d'una funció de coordinació que garanteix l'accessibilitat de les estructures proveïdores, la continuïtat assistencial i la no fragmentació del procés terapèutic i de rehabilitació.

La funció de coordinació pot recaure, d'acord amb les experiències d'altres àmbits, en una persona independent de les estructures proveïdores (*case manager* – coordinador del projecte) o bé en una persona que pertanyi a l'equip dels serveis (*key worker* – treballador clau), d'acord amb els models d'origen americà o anglès respectivament.

### **Propostes i recomanacions**

Respecte a la necessitat de programes, projectes individualitzats i coordinació que s'ha esmentat, cal aclarir:

- Pel que fa als programes es recomana que en el seu disseny es tingui especial cura a atendre els aspectes clau següents:

Diagnòstics individuals i diagnòstics contextuals.

Objectius clars, calibrats i avaluables.

Temporització de passos, fases i avaluacions.

Participació i col·laboració activa del pacient i els seus familiars.

- En relació amb els projectes individualitzats, caldria afegir aquests aspectes:

Criteris avaluadors de partida, que marquin objectius graonats.



Processos		Estructures					
PSI	CSM	Hospitalització Total/Parcial	Atenció Urgències	Rehabilitació Centre de dia Tallers	Família	Habitatge	Treball
PSI Programa A	→	→	→	→	→	→	→
PSI Programa B	→	→	→	→	→	→	→
PSI Programa C	→	→	→	→	→	→	→
PSI Programa D	→	→	→	→	→	→	→

FIGURA 2: ORGANITZADORS DE GESTIÓ TERAPÈUTICA, REHABILITADORA I ASSISTENCIAL

Flexibilitat per adaptar-se segons l'evolució terapèutica i de rehabilitació.

Consens permanent amb el pacient i la família.

Utilització dels procediments disponibles i propostes de creació quan no n'hi hagi.

Utilització de recursos sociosanitaris i socials existents i propostes de creació de nous.

Constatació de l'eficàcia de les estructures assistencials ja existents i potenciació de la seva millora.

- Atès que la coordinació es considera un element d'importància cabdal, es proposen tres nivells de coordinació per al Pla de serveis individualitzat:

Coordinació de regions sanitàries.

Coordinació de sector o circuits assistencials.

Coordinació de projectes individualitzats.

Les diverses funcions de coordinació definides poden ser assumides amb l'estructura actual del Servei Català de la Salut mitjançant el desenvolupament de les regions i els sectors sanitaris.

Els responsables de salut mental de les regions sanitàries haurien d'assumir les funcions de coordinació de la regió i, en col·laboració amb les unitats de planificació i atenció al client, s'haurien d'encarregar de desenvolupar el Pla de serveis individualitzat de la regió, com també de supervisar l'elaboració dels programes.

### **Coordinació de les regions sanitàries**

Es proposa l'existència d'un coordinador per a cada regió sanitària. Una de les funcions d'aquest coordinador seria el manteniment i l'actualització permanent d'un registre de trastorns mentals de la regió on consti la utilització de serveis per part de cada client. Aquest registre es considera imprescindible, atès que la utilització de serveis és un dels criteris d'inclusió en el PSI.

## **Coordinació de sectors sanitaris**

Es considera indispensable l'existència d'un coordinador en l'àmbit del sector. La seva funció principal serà l'elaboració i l'aplicació dels programes i la coordinació dels circuits que en depenen i, a més, tindrà el càrrec de director de programes. Entre altres funcions, també haurà de mantenir i actualitzar el registre de TMS dels circuits, i identificar els pacients tributaris de cada programa.

El coordinador de sector actuarà, a la vegada, com a supervisor dels coordinadors de projectes individualitzats del seus circuits. Com a supervisor, crearà els espais periòdics d'anàlisi de casos entrades i sortides del PSI. Aquests espais també poden servir per donar suport logístic als coordinadors de projectes individualitzats.

Es proposen dos programes bàsics que es poden desenvolupar en el sector: i com a programes que es poden desenvolupar a nivell de sector es proposen dos de bàsics:

El primer programa, d'implantació més fàcil, s'adreça al grup de clients que ja són atesos pel sistema i es podria elaborar a partir dels programes actuals de rehabilitació i de reinserció (PIRR) que es desenvolupen als centres de dia.

El segon programa, amb una certa dificultat, s'adreça a la captació i el seguiment d'aquells clients que no es vinculen als serveis i que puntualment reben atenció d'urgències o d'hospitalització d'aguts.

Els directors del sector del Servei Català de la Salut, amb la col·laboració i el suport del responsable de salut mental de la regió, assumiran les tasques de definició i aplicació dels diversos programes, com també la coordinació del sector i la supervisió dels responsables de projectes individualitzats.

## **Coordinació de projectes Individualitzats (CPI)**

«Totes les experiències de psiquiatria comunitària mostren que no hi ha una veritable reforma en l'abordatge dels TMS en la comunitat sense la figura d'un responsable de la coordinació i planificació de les actuacions.» (M.P. Labrecque – Marceau. «*La Coordination des Plans de Services*»).

Es proposa un responsable o coordinador de projectes individualitzats (CPI) per a un màxim de 20 clients/pacients tributaris de PSI.

Els CPI dependran del coordinador de sector i s'hi articularan en dos espais:

La reunió mensual de circuit.

La trobada de supervisió de casos.

Cada CPI haurà de mantenir actualitzats els registres individuals de cada pacient. En aquests registres hauran de constar els criteris pel quals el pacient va entrar al PSI, els objectius, les actuacions, les avaluacions, etc.

Establir un **vinde relacional continu** amb el pacient.

**Representar** el pacient.

**Facilitar** les relacions, fins i tot amb la família.

**Vetllar per la implicació del pacient** en la recuperació i revincular-lo quan es perd.

**Generar iniciatives.**

**Assegurar** que les decisions es porten a terme.

**Facilitar/coordinar** els canvis de serveis.

**Vetllar per la qualitat de l'atenció.**

**Gestionar** el paquet de serveis.

TAULA 7. FUNCIONS DEL COORDINADOR DE PROJECTES INDIVIDUALITZAT (CPI)

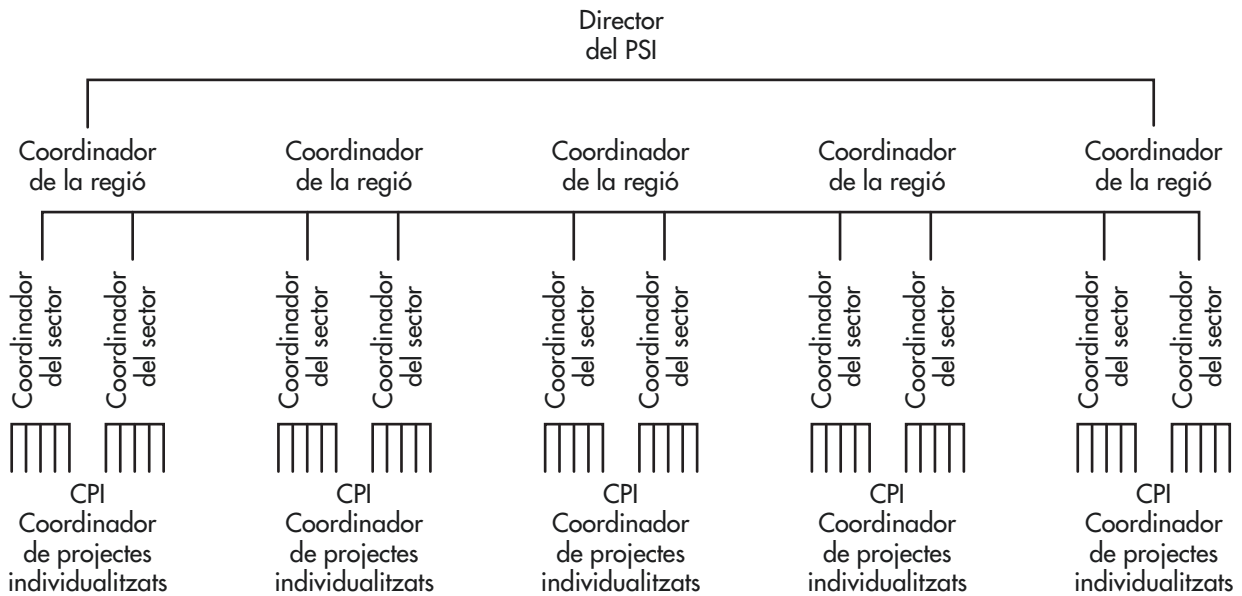


FIGURA 3: ORGANIGRAMA DEL PLA DE SERVEIS INDIVIDUALITZAT

El CPI és una figura de nova creació que podria ubicar-se en el circuit assistencial. Com ja s'ha dit abans, pot respondre a diverses fórmules d'aplicació. Per començar podria sorgir dels equipaments que formen part dels circuits actuals.

El perfil del CPI ha de correspondre a una persona amb titulació superior o diplomatura, que tingui una àmplia experiència i coneixements sobre la malaltia mental, l'organització dels serveis especialitzats i de la resta de serveis comunitaris que poden donar un suport complementari per a la inserció social o laboral de les persones amb TMS. A més a més, cal que tingui una formació suplementària i específica en l'àmbit de la gestió de casos, que el Programa de salut mental del Servei Català de la Salut s'encarregarà de proporcionar.

**Amb la col·laboració de:**



**LA VIDA POR DELANTE**



**[www.gencat.net/catsalut](http://www.gencat.net/catsalut)**