



Atenció integrada, personalitzada i sostenible per a la gent gran d'Europa (projecte SUSTAIN) - Lliçons apreses implementant millores en l'atenció integrada a Catalunya

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Reynolds J, Masana L, Cayuelas Mateu N, Espallargues M. Atenció integrada, personalitzada i sostenible per a la gent gran d'Europa (projecte SUSTAIN). Lliçons apreses implementant millores en l'atenció integrada a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <http://aquas.gencat.cat>

© 2019, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició en anglès: Barcelona, juliol 2018
Primera edició de la versió traduïda al català: Barcelona, setembre 2019



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Atenció integrada, personalitzada i sostenible per a la gent gran d'Europa (projecte SUSTAIN). Lliçons apreses implementant millores en l'atenció integrada a Catalunya

Autoria

Jillian Reynolds

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Lina Masana

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Nuri Cayuelas Mateu

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Mireia Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

REDISSEC: Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas

Agraïments

Les autores donen les gràcies als següents professionals de la salut i socials pel seu compromís i dedicació al projecte SUSTAIN:

Programa per a pacients crònics complexos, avançats i geriàtrics d'Osona: Joan Espauella, Marta Ferrer, Carme Guinovart (Hospital de la Santa Creu de Vic), Mònica Arjona, Manoli Cantillo, Miriam Clopés, Amaia Epelde (EAP Tona), Anna Bartés, Marta Serrarols (EAP Vic Sud), Marina Bosch, Romi Morcillo, Anna Moreta, Lluís Sarreta (EAP Vic Nord), Anna Bullon, Núria Molist, Isabel Ramon (Consorti Hospitalari de Vic), Núria Viñas (Serveis Socials del Consell Comarcal d'Osona), Imma Molist (Serveis Socials de l'Ajuntament de Torelló), Sílvia Mateu, Gemma Parés (Serveis Socials de l'Ajuntament de Vic) i Cristina Rufián (Serveis Socials de la Mancomunitat de la Plana).

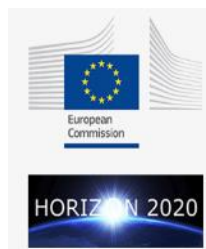
Iniciativa per a la integració social i sanitària de Sabadell Nord: Núria Albi (Directora UGAP Sabadell Nord), Josep de Andrés, Roser Armengol, Maika Gómez, María del Carmen Malagón (Serveis Socials de l'Ajuntament de Sabadell), Lúdia Palau, Ivana Valdelvira (CAP Concòrdia), Pilar Fernández, Rafael Rodríguez (CAP Nord), Olga Bigas i Remei García Campos (CAP Ca N'Oriac).

Les autores també donen les gràcies als següents experts locals que han contribuït al procés d'adaptació al context català del *Qüestionari sobre l'experiència d'atenció coordinada i centrada en la persona* (P3CEQ): Joan Carles Contel, Anna Formiguera, Asunción González, Esther Sarquella i Elisenda Ylla.

Les següents professionals d'AQuAS també han contribuït en diferents fases i tasques del projecte SUSTAIN, pel qual agraïm el seu suport: Maria Marta Arcas, Gabriela Barbaglia, Gemma Cabré, Carme Carrión, Laia Domingo, Marta Massip, Elisa Puigdomènech i Noemí Robles.

D'altra banda, les autores agraeixen a Mònica Gelambí, d'Atena Gender Consulting, el seu assessorament en quant a ús de llenguatge no sexista.

Finalment, les autores volen expressar la seva gratitud a totes les persones de 65 anys i més participants d'Osona i Sabadell, així com als seus cuidadors i cuidadores. Sense la seva voluntat de contribuir, el temps dedicat a l'equip de recerca i les experiències que van compartir amb detall, bon humor, honestedat i paciència, aquest projecte no hauria estat possible, i gran part del coneixement obtingut arran d'aquesta recerca no existiria.



El projecte SUSTAIN ha rebut finançament de l'Horitzó 2020, el Programa Marc per a la Recerca i la Innovació (2014-2020) de la Unió Europea en virtut de l'acord de subvenció núm. 634144. El contingut d'aquest informe només reflecteix les opinions de les autores SUSTAIN. La Unió Europea no es fa responsable de cap ús que es pugui fer de la informació continguda en aquest document.

Notes al lector

El present informe es va publicar originalment en anglès (juliol de 2018) com a un dels set informes que sintetitzen, per a cada país participant en el projecte SUSTAIN, els resultats dels projectes de millora implementats per iniciatives locals d'atenció integrada; aquests estan disponibles a la pàgina web www.sustain-eu.org. Per tal de donar a conèixer els projectes de millora de l'atenció integrada per a gent gran que viu a casa amb necessitats de salut i socials complexes fets a Catalunya en el marc de SUSTAIN, AQuAS ha considerat oportú produir aquesta versió traduïda al català.

Cal mencionar que des de la publicació original del document s'han produït canvis en el marc polític de l'atenció integrada a Catalunya, destacant l'aprovació per part del Govern de la Generalitat del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS) de Catalunya el juny de 2019. Aquest pla vol desplegar una estratègia única per promoure l'autonomia personal i facilitar la permanència en l'entorn habitual i la inclusió social de gent gran i amb necessitats complexes. En tractar-se aquest informe d'una traducció del document original redactat amb anterioritat a aquests canvis, la presentació del context de l'atenció integrada a Catalunya

inclosa al capítol 1 de l'informe, així com les valoracions i recomanacions que es realitzen al llarg del document s'han d'ubicar en el context en què es van escriure (juliol de 2018).

També cal mencionar que aquest informe reconeix la necessitat de tenir present la perspectiva de gènere quan s'estudien i avaluen fenòmens socials complexes, com és l'atenció integrada per a la gent gran que viu a casa amb múltiples necessitats, tant de salut com socials. Especialment, cal destacar que s'ha col·laborat amb institucions i professionals del sector salut i del sector social, ambdòs caracteritzats a Catalunya per una creixent feminització, fet que s'accentua en determinats col·lectius professionals (p. ex. infermeria). També s'ha treballat amb gent gran que viu a casa i les persones que tenen cura d'elles, dos col·lectius que també són majoritàriament femenins. Per aquest motiu, s'han aportat dades per caracteritzar la distribució dels professionals, les persones usuàries i les persones cuidadores participants en el projecte SUSTAIN a Catalunya, i, en la mesura del possible, s'ha defugit de l'ús predominant del gènere masculí, optant per fórmules neutres (p. ex. medicina de família, persones cuidadores). Tot i així, en determinats moments, i per tal d'afavorir una lectura àgil, s'ha optat per utilitzar el gènere masculí per fer referència als homes i a les dones seguint les normes de la gramàtica catalana que considera el gènere gramatical masculí com a gènere no marcat i que inclou tant a homes com a dones. D'altra banda, per tal de preservar l'anonimat de les persones participants, a l'hora d'incloure cites textuais, s'ha procedit a utilitzar articles en femení i masculí (p. ex. el/la pacient).

ÍNDEX

Punts clau	9
Puntos clave.....	10
Key points	12
Introducció.....	13
L'atenció integrada a Catalunya.....	13
El projecte SUSTAIN	14
Les iniciatives locals (o <i>sites</i>) de SUSTAIN a Catalunya.....	17
Guia del lector.....	18
Osona: característiques i projecte de millora	19
Descripció general de la iniciativa local (o <i>site</i>).....	19
Justificació del projecte de millora.....	19
Objectius del projecte de millora PIIC Plus	20
Explicació del projecte de millora PIIC Plus	21
Resultats del projecte de millora a Osona	23
Introducció.....	23
Què funciona?	24
Elements del projecte de millora.....	24
Resultats en relació amb l'atenció centrada en la persona	26
Resultats en relació amb la coordinació	30
Resultats en relació amb l'eficiència.....	33
Què explica l'èxit i la millora de l'atenció integrada?	34
Elements facilitadors relacionats amb el disseny del projecte (nivell micro).....	34
Elements facilitadors en l'entorn de treball (nivell meso)	35
Què explica la manca d'èxit o de millores en l'atenció integrada?.....	36
Barreres relacionades amb el disseny del projecte (nivell micro).....	36
Barreres en l'entorn de treball (nivell meso)	37
Restriccions estructurals (nivell macro)	38
Principals lliçons apreses a Osona.....	40
La promoció de millores de l'atenció integrada que poden tenir impacte	40
Millores de l'atenció integrada transferibles a nivell europeu.....	41
Reflexions i punts clau	42

Sabadell: característiques i projecte de millora.....	44
Descripció general de la iniciativa local (o <i>site</i>).....	44
Justificació del projecte de millora.....	44
Objectius del projecte de millora de Sabadell	45
Explicació del projecte de millora de Sabadell	46
Resultats del projecte de millora a Sabadell	47
Introducció	47
Què funciona?	48
Elements del projecte de millora.....	48
Resultats en relació amb l'atenció centrada en la persona	51
Resultats en relació amb la coordinació	54
Resultats en relació amb l'eficiència.....	55
Què explica l'èxit i la millora de l'atenció integrada?	56
Elements facilitadors relacionats amb el disseny del projecte (nivell micro).....	56
Elements facilitadors en l'entorn de treball (nivell meso)	56
Què explica la manca d'èxit o de millores en l'atenció integrada?.....	57
Barreres relacionades amb el disseny del projecte (nivell micro).....	57
Barreres en l'entorn de treball (nivell meso)	58
Restriccions estructurals (nivell macro)	58
Principals lliçons apreses a Sabadell.....	61
La promoció de millores de l'atenció integrada que poden tenir impacte	61
Millores de l'atenció integrada transferibles a nivell europeu.....	62
Reflexions i punts clau	63
Reflexió a nivell de Catalunya	65
Introducció.....	65
Implicacions de SUSTAIN per a l'atenció integrada a Catalunya	66
Recomanacions en l'àmbit de les polítiques públiques	68
Recomanacions per als proveïdors de serveis.....	70
En conclusió.....	72
Annexos	75
Annex 1. Mesures pràctiques per avaluar el progrés i els resultats de la implementació dels projectes de millora.....	75
Annex 2. Diagrames de flux dels projectes de millora	77
Figura 1. Diagrama de flux del projecte de millora d'Osona.....	77
Figura 2. Diagrama de flux del projecte de millora de Sabadell	78

Annex 3. Metodologia (ampliació)	79
Bibliografia	88

PUNTS CLAU

- Dues iniciatives locals catalanes que integren institucions tant del sector salut com del sector social han codissenyat un nou mètode de treball per a l'avaluació de les necessitats i l'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada per a persones de 65 anys i més que viuen a casa amb necessitats de salut i socials complexes. Ambdues iniciatives consideren que la participació de les persones usuàries i cuidadores en les decisions referents a la seva atenció és necessària per obtenir una aproximació més eficient, orientada a la prevenció i centrada en la persona.
- S'han creat eines estandarditzades per a l'elaboració de plans d'atenció: avaluació integral i multidimensional de necessitats (*conferències de cas* a Osona, i *reunions d'avaluació de la tríada de professionals d'atenció primària* a Sabadell) i un document de pla individualitzat d'atenció integrada que reflecteix un procés d'elaboració i validació compartit entre professionals, persones usuàries i persones cuidadores.
- Els projectes de millora eren disruptius en el sentit que han alterat els procediments i els rols habituals dels diferents professionals. Han contribuït a canviar la cultura de treball a través de la corresponsabilització de l'atenció prestada a les persones usuàries i una major comprensió de la realitat de la persona usuària per part dels professionals.
- Tot i que la participació en l'elaboració de plans d'atenció suposava un repte en alguns casos a causa de l'estat cognitiu de la persona usuària, així com certes actituds i comportaments culturals de la població diana les dues iniciatives locals semblen haver millorat la percepció de persones usuàries i cuidadores del grau d'atenció centrada en la persona, l'orientació a la prevenció i la coordinació entre els serveis rebuts. En una de les dues iniciatives, també es va dur a terme un taller específic per a les persones usuàries que va abordar aspectes relacionats amb l'envelliment i propiciava la reflexió sobre la seva situació i sobre les preferències respecte a les opcions d'atenció. La gent gran que va participar en el taller va apreciar molt el fet de realitzar-lo en companyia de persones que podien estar passant per una situació similar.
- Una de les principals fortaleses dels projectes de millora ha estat l'existència d'un grup de professionals compromesos, que creu en l'atenció centrada en la persona i que compta amb el suport del personal directiu local. El lideratge compartit del projecte entre professionals de diferents institucions i perfils laborals, amb el personal directiu actuant com a facilitador d'un projecte a realitzar entre iguals, ha facilitat la implementació exitosa del nou mètode de treball.
- Els principals reptes que limiten la continuïtat o escalabilitat d'aquesta nova metodologia de treball per a elaborar plans individualitzats d'atenció integrada són: la manca de temps en els sistemes de salut i serveis socials; dificultats per prioritzar les activitats d'elaboració de plans d'atenció sense dotar els equips de professionals addicionals o reorganitzar rols i equips professionals; la necessitat d'incloure xarxes més àmplies implicades en l'atenció continuada; i la conveniència de seguir desenvolupant una política d'atenció integrada de país que ajudaria a superar la fragmentació tradicional entre els sectors assistencials.

PUNTOS CLAVE

- Dos iniciativas locales de Cataluña que integran instituciones tanto del sector salud como del sector social han codiseñado un nuevo método de trabajo para la evaluación de las necesidades y la elaboración de planes individualizados de atención integrada para personas de 65 años y más que viven en casa con necesidades de salud y sociales complejas. Ambas iniciativas consideran que la participación de personas usuarias y cuidadoras en las decisiones referentes a su atención es necesaria para obtener una aproximación más eficiente, orientada a la prevención y centrada en la persona.
- Se han creado herramientas estandarizadas para la elaboración de planes de atención: evaluación integral y multidimensional de necesidades (*conferencias de caso* en Osona, y *reuniones de evaluación de la tríada de profesionales de atención primaria* en Sabadell) y un documento del plan individualizado de atención integrada que refleja un proceso de elaboración y validación compartido entre profesionales, personas usuarias y personas cuidadoras.
- Los proyectos de mejora eran disruptivos en el sentido que han alterado los procedimientos y los roles habituales de los diferentes profesionales. Han contribuido a cambiar la cultura de trabajo a través de la corresponsabilización de la atención prestada a las personas usuarias, así como una mayor comprensión de la realidad de la persona usuaria por parte de los profesionales.
- Aunque la participación en la elaboración de planes de atención suponía un reto en algunos casos debido al estado cognitivo y a ciertas actitudes o comportamientos culturales de la población diana, ambas iniciativas locales parecen haber mejorado la percepción de personas usuarias y cuidadoras del grado de atención centrada en la persona, la orientación a la prevención y la coordinación entre los servicios recibidos. En una de las dos iniciativas se realizó un taller específico para las personas usuarias que abordó aspectos relacionados con el envejecimiento y propició la reflexión sobre la situación de cada uno y sus preferencias con respecto a las opciones de atención. Las personas mayores participantes en el taller apreciaron el hecho de poder realizarlo en compañía de personas que podían estar pasando por una situación similar.
- Una de las principales fortalezas de los proyectos de mejora ha sido la existencia de un grupo de profesionales comprometido, que cree en la atención centrada en la persona y que cuenta con el apoyo del personal directivo local. El liderazgo compartido del proyecto entre profesionales de diferentes instituciones y perfiles laborales, con personal directivo actuando como facilitador de un proyecto a realizar entre iguales, ha facilitado la implementación exitosa del nuevo método de trabajo.
- Los principales retos que limitan la continuidad o escalabilidad de esta nueva metodología de trabajo para elaborar planes individualizados de atención integrada son: la falta de tiempo en los sistemas de salud y servicios sociales; dificultades para priorizar las actividades de

elaboración de planes de atención sin dotar los equipos con profesionales adicionales o reorganizar roles y equipos; la necesidad de incluir redes de atención más amplias implicadas en la atención continuada; y la conveniencia de seguir desarrollando una política de atención integrada a nivel de país que ayudaría a superar la fragmentación tradicional entre los sectores asistenciales.

KEY POINTS

- Two local Catalan cross-sector initiatives have co-designed a new work method for needs assessment and care planning for 65+ users living at home with complex social and health needs. Both had the common understanding that the participation of users and carers in decisions on their care was needed in order to obtain a more person-centred, prevention-oriented and efficient approach.
- Standard care planning tools were produced: multidimensional joint comprehensive assessment of needs (case conference in Osona; primary care triad assessment meetings in Sabadell) and an individualised integrated care plan document reflecting the shared-decision approach.
- The improvement projects were disruptive with usual working procedures and roles, and helped to change work cultures through co-responsibility of care provided to users and enhanced understanding of user reality thanks to visiting their home environments.
- Although the participatory approach for care planning was challenging in some cases due to the cognitive capabilities and cultural attitudes and behaviours of the target group, both improvement projects appear to have improved the perceived person-centredness, prevention orientation, and coordination of the services they provide. One of the sites conducted a specific workshop for elderly users, addressing aspects related to growing older and enabling reflections on their situation and preferences with peers, which was highly appreciated by the 65+ participants.
- A key strength of the improvement projects was having a committed group of professionals who believed in the person-centred approach and were supported by managers. Joint leadership of the project between professionals of different institutions and work profiles, with managers acting as facilitators and equals, facilitated successful implementation.
- Main challenges limiting the continuity or scalability of such approaches relate to: the lack of time in constricted health care and social services systems; difficulties prioritising care planning activities without allocating additional professionals to the care planning activity or reorganizing professional roles and teams; the need to include wider networks involved in the continuum of care; and the convenience of further developing a regional integrated care policy that would help overcome the traditional fragmentation between care sectors.

INTRODUCCIÓ

L'atenció integrada a Catalunya

A Espanya, l'organització del sistema de salut reflecteix l'organització política i és competència de les comunitats autònomes, la qual cosa ha conduït al desenvolupament de disset serveis de salut regionals (Ministerio de Sanidad, 2012). Finançats principalment a través dels pressupostos generals, els serveis de salut regionals a Espanya ofereixen atenció primària i especialitzada gratuïta per als ciutadans que tenen la condició d'assegurats (Cantero MJ, 2014). Els proveïdors d'atenció a la salut en tots els nivells d'atenció són predominantment públics i la majoria dels professionals de la salut són funcionaris públics. En general, els proveïdors d'atenció a la salut públics de cada comunitat autònoma són propietat d'una organització pública que duu a terme una supervisió centralitzada del servei de salut regional. La coordinació de l'atenció a la salut i social, que sovint és necessària per a les persones usuàries amb malalties cròniques, es veu particularment obstaculitzada per la diversitat d'institucions implicades en l'atenció. A la majoria de comunitats autònomes espanyoles, l'atenció social i de llarga durada per gent gran i persones amb discapacitat no és responsabilitat de les autoritats sanitàries sinó socials, fet que dificulta la coordinació i integració d'aquests serveis amb l'atenció a la salut (Nuno *et al.*, 2012).

Atès que a Espanya els serveis de salut i socials estan descentralitzats, és a nivell de les comunitats autònomes i de les entitats locals que s'ha d'abordar la integració de la prestació de serveis socials i de la salut. A Catalunya, la Generalitat té competències en ambdós sectors, tot i que els serveis socials bàsics (incloent els serveis d'atenció domiciliària a la gent gran) estan a càrrec de l'administració local (municipal o consell comarcal). L'any 2007 es va aprovar per llei a Catalunya una cartera de serveis socials que preveia el suport a la gent gran que viu a casa i que es finançaria a través dels pressupostos generals. L'informe d'avaluació basal de les iniciatives locals participants en el projecte SUSTAIN (Arrue *et al.*, 2016) proporciona més detalls sobre el finançament i la prestació dels serveis de salut i els serveis socials a Catalunya. Quan es comparen aquests dos sectors s'observen diferències significatives. Als serveis socials es troba freqüentment el copagament (per exemple, el servei de neteja o el servei de teleassistència), mentre que al sector salut l'accés és universal i gratuït, amb un sistema de copagament dels fàrmacs. Una proporció significativa dels serveis socials públics que cobreix la Generalitat de Catalunya (p. ex. serveis socials especialitzats tals com les residències geriàtriques) o les autoritats locals (serveis socials bàsics) són prestats pel tercer sector o proveïdors privats. En canvi, el 80% de l'atenció primària de salut (APS) a Catalunya la proporciona l'Institut Català de la Salut (ICS), ens de la Generalitat (Agustí *et al.*, 2006). A més, mentre que el sistema de salut català comparteix un sistema informàtic que dona accés a les històries clíniques electròniques, els sistemes informàtics dels serveis socials locals estan fragmentats. La manca d'un sistema informàtic comú accessible per ambdós sectors també s'ha de tenir present quan es pensa en clau d'atenció integrada.

L'any 2011, els Departaments de Salut i de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya van dissenyar i desenvolupar el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) amb el propòsit de crear les condicions per assolir millors resultats per a les persones

que pateixen malalties cròniques. Com a conseqüència d'aquest programa, i per tal de reforçar la integració de l'atenció social i salut, la Generalitat va crear el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), (Departament de Presidència de la Generalitat de Catalunya, online), a càrrec del Departament de la Presidència i amb la participació dels Departaments de Salut i de Benestar Social i Família. La missió del PIAISS és la promoció i la participació en la transformació del model d'atenció social i de salut per garantir la integració i la continuïtat de l'atenció i reforçar el valor de l'atenció integral a les persones. També defineix una xarxa de serveis on es posa l'èmfasi en el contínuum assistencial per assegurar l'eficiència en l'ús dels recursos, destacant l'atenció centrada en les persones i un lideratge compartit entre persones usuàries i professionals. El PIAISS és ara el marc normatiu per a l'impuls d'un model d'atenció integrada al territori català.

Una de les iniciatives del PPAC ha estat promoure l'ús d'una eina per a l'elaboració de plans d'atenció individualitzada –el Pla d'Intervenció Individualitzada Compartit (PIIC)– per a persones usuàries amb necessitats cròniques complexes. Aquesta eina seria compartida entre els diferents nivells del sector salut mitjançant la posada en comú de la història clínica electrònica compartida (HC3). La informació del PIIC prové d'una avaluació realitzada pel metge/essa de família o pel personal d'infermeria d'APS, que s'introdueix a la història clínica electrònica per a la consulta posterior per part d'altres professionals de la salut (per exemple, en l'àmbit de l'atenció aguda o intermèdia). L'objectiu del PIIC és ser una eina de comunicació entre professionals en el cas que la persona usuària sigui visitada per professionals de la salut que no formin part del seu equip habitual (metge/essa de família i personal d'infermeria APS). El PIIC té un format fix que conté informació bàsica sobre el diagnòstic principal, el pla de medicació, el protocol d'actuació en cas d'una determinada crisi o descompensació (p. ex. febre, dolor, dispnea, pèrdua de consciència), un pla de decisions anticipades, el llistat de recursos específics que la persona usuària de 65 anys i més té activats (teleassistència, gestió de casos, atenció en residència, atenció domiciliària, etc.), i dos indicadors quantitius (nombre d'altres mèdiques i d'informes d'urgències durant l'últim any).

El projecte SUSTAIN

SUSTAIN, acrònim en anglès de *Sustainable Tailored Integrated Care for Older People in Europe* (Atenció integrada, personalitzada i sostenible per a la gent gran d'Europa), (www.sustain-eu.org), és un projecte de recerca europeu amb una durada de quatre anys (2015-2019) iniciat per fer un pas endavant en el desenvolupament de l'atenció integrada. El projecte té dos objectius principals: 1. Donar suport i supervisar les millores en iniciatives consolidades d'atenció integrada per a gent gran que viu a casa amb múltiples necessitats de salut i socials, i així avançar cap a una atenció més centrada en la persona, orientada a la prevenció, segura i eficient; i 2. Contribuir a l'adopció i aplicació d'aquestes millores en altres sistemes socials i de salut d'Europa.

Participen en el projecte SUSTAIN tretze institucions de vuit països europeus: Àustria, Bèlgica, Estònia, Alemanya, Noruega, Catalunya (Espanya), Països Baixos i el Regne Unit. A excepció de Bèlgica, es va convidar a participar al projecte SUSTAIN a dues iniciatives locals d'atenció integrada de cada país. Les iniciatives havien de ser preexistents, és a dir, amb un cert recorregut integrant els seus sistemes locals d'atenció social i de salut. Els criteris per incloure

aquestes iniciatives (en endavant també anomenades *sites* pel seu terme en anglès) van ser definits per l'equip de recerca SUSTAIN d'acord amb els principis del model d'atenció a la cronicitat i d'altres models similars (Epping-Jordan *et al.*, 2004; Minkman, 2012; Wagner *et al.*, 2005). Així doncs, les iniciatives havien de complir els següents requisits:

- Estar disposades i compromeses a millorar les pràctiques actuals, treballant per una atenció més centrada en la persona, orientada a la prevenció, segura i eficient (elements que són els quatre àmbits clau de SUSTAIN tal com va establir la Unió Europea en la convocatòria de recerca).
- Centrar-se en persones de 65 anys i més – que anomenarem «persones 65+»– que viuen a casa seva i que tenen múltiples necessitats d'atenció social i de salut.
- Donar suport per tal que les persones segueixin vivint a casa seva (o en el seu entorn local) durant el màxim de temps possible.
- Abordar les múltiples necessitats de la gent gran, és a dir, no centrar-se només en la salut/malaltia.
- Involucrar professionals de diverses disciplines de l'atenció social i de salut que treballen en equips multidisciplinaris (per exemple, personal d'infermeria, treball socials, farmàcia, dietètica, medicina de família).
- Ser iniciatives consolidades, és a dir, que preferiblement estiguin en funcionament des de fa almenys dos anys.
- Cobrir una àrea geogràfica o entorn local concret.
- Comptar amb una institució que pugui representar la iniciativa i facilitar la col·laboració amb l'equip de recerca SUSTAIN.

Les catorze iniciatives dels diferents països seleccionades pel projecte SUSTAIN d'acord amb aquests criteris van ser molt diverses pel que fa el tipus d'atenció que s'oferia (Arrue *et al.*, 2016; De Bruin *et al.*, 2018): atenció primària proactiva a la gent gran fràgil, atenció transicional a la gent gran (després de l'alta hospitalària), atenció d'infermeria a domicili per a gent gran fràgil, atenció a persones amb demència, o cures paliatives. Les dues iniciatives de Catalunya seleccionades havien participat prèviament en una avaluació de models col·laboratius d'atenció sanitària i social a Catalunya (Serra-Sutton *et al.*, 2015).

El projecte SUSTAIN s'emmarca dins la perspectiva *d'implementation science* i el model de Triangle d'Integració de l'Evidència (Glasgow *et al.*, 2012), en què els agents locals i l'equip de recerca dissenyen i implementen conjuntament projectes de millora. Durant la primera fase del projecte (a partir de la tardor de 2015), les institucions participants en SUSTAIN van establir dinàmiques de treball amb els diferents *sites* i van identificar agents locals rellevants vinculats amb la iniciativa en qüestió: personal directiu, professionals de l'atenció social i de salut, representants de gent gran usuària dels serveis, cuidador/es informals, autoritats locals, etc. Es va realitzar una avaluació basal de les principals característiques de cada iniciativa i també es va treballar amb els agents locals per identificar àrees d'acció en curs susceptibles de millora (per exemple, la col·laboració entre proveïdors de serveis formals i informals, o la participació de la gent gran en la definició dels processos d'atenció). Els resultats de l'avaluació basal es van posar en comú en tallers amb els agents clau de cada iniciativa local. El propòsit dels tallers era discutir els resultats de l'avaluació basal i facilitar que cada *site* determinés les seves prioritats de millora.

Durant la segona fase del projecte (a partir de la primavera de 2016) es van constituir els *grups motor* locals que estaven formats per agents que havien participat en els tallers juntament amb altres agents locals considerats rellevants per a la iniciativa. Aquests grups motor es van crear per dissenyar i implementar projectes de millora, és a dir, un conjunt de millores segons les prioritats específiques de cada *site*. Cada grup motor va acordar implementar els seus projectes de millora durant un període de 18 mesos, des de la tardor de 2016 fins a la primavera de 2018. El projecte de millora s'implementaria aplicant una lògica iterativa, de manera que els 18 mesos es dividien en tres fases: una fase de pilot de la nova metodologia dissenyada pel projecte de millora (mesos 1 a 6) amb una mostra reduïda de persones usuàries participants; una primera iteració –la Iteració 1– aplicant el projecte de millora amb 9-15 persones usuàries (mesos 7 a 12); i una segona iteració –la Iteració 2– també convidant a 9-15 persones usuàries a participar en el projecte de millora (mesos 13 a 18). En el cas dels dos *sites* de Catalunya, es van elaborar protocols de recerca en col·laboració amb l'AQuAS i es va obtenir l'aprovació dels comitès d'ètica locals corresponents^a.

Per cada iniciativa, l'equip de recerca SUSTAIN va supervisar el progrés i els resultats de la implementació mitjançant un disseny d'estudi de casos integrat múltiple en el qual cada iniciativa es va tractar com a un estudi de cas (Yin, 2013). Una característica distintiva del disseny d'estudi de cas és l'ús de diverses fonts d'informació, estratègia que dota els resultats de major credibilitat (Creswell, 2009). L'equip de recerca SUSTAIN va utilitzar un conjunt d'eines de recollida de dades qualitatives i quantitatives (vegeu els annexos 1 i 3), que permetia recopilar informació de diferents fonts: enquestes a persones usuàries sobre la seva experiència d'atenció coordinada i centrada en la persona –emprant el qüestionari P3CEQ^b (Sugavanam *et al*, 2018)– i sobre el grau percebut de control en l'atenció a la salut –emprant el qüestionari PCHC^c (Claassens *et al*, 2016)–, enquestes a professionals sobre el clima de treball –emprant el qüestionari TCI^d (Anderson and West, 1994)–, entrevistes a persones usuàries i cuidadores, professionals i personal directiu, plans d'atenció individualitzats, documents de seguiment dels plans d'atenció, notes reflexives de l'equip de recerca, actes de les reunions dels grups motor i un full de recollida de dades relatives a l'eficiència dels serveis implicats en el projecte de millora. Al final de cada fase de la implementació (mesos 6, 12 i 18) els investigadors SUSTAIN feien un retorn dels resultats de l'avaluació als grups motors, a mode de *feedback* que pogués servir de cara a perfilar el projecte de millora per a la següent iteració. Les dades es van recollir d'acord amb el calendari d'implementació de 18 mesos, fent servir els mateixos procediments i eines a totes les iniciatives locals participants en el projecte SUSTAIN. A més del conjunt bàsic comú de dades, es va afavorir que cada *site* seleccionés dades i eines de mesura específiques adaptades al seu context i a les seves prioritats de millora.

Les dades van ser analitzades cas per cas, d'acord amb els principis del disseny d'estudi de casos. Les anàlisis van incloure tres etapes: 1. Anàlisi per separat de totes les fonts d'informació utilitzant plantilles comunes generades per l'equip de recerca SUSTAIN; 2. Per a cada eina/font, es van analitzar les dades per mitjà d'afirmacions temàtiques (dades qualitatives) o resums descriptius (dades quantitatives); 3. Anàlisi global de cada *site*,

^a Comitè ètic Jordi Gol i Gurina i Comitè ètic Hospital General de Vic.

^b Les sigles corresponen a *Person Centered Coordinated Care Experience Questionnaire*.

^c Les sigles corresponen a *Perceived Control of Health Care*.

^d Les sigles corresponen a *Team Climate Inventory*

mitjançant la triangulació de totes les dades qualitatives i quantitatives per extreure'n patrons (el que es coneix en anglès com *pattern matching*). Aquesta metodologia és d'utilitat per a l'avaluació d'intervencions comunitàries complexes d'un context particular i que destaquen per les seves diferències en l'aplicació i la implementació (Billings i Leichsenring, 2014; Craig *et al.*, 2008). Per tal de poder fer una anàlisi global de l'entorn local específic, es va crear un marc d'anàlisi que va ser utilitzat per tots els equips de recerca locals de SUSTAIN per tal de garantir la uniformitat metodològica. Es van analitzar les dades en relació amb les proposicions i les preguntes analítiques que es presenten a la taula 1.

Proposicions i preguntes analítiques de referència per a l'anàlisi de les dades de SUSTAIN

Proposició 1	Les activitats d'atenció integrada mantindran o milloraran el grau d'atenció centrada en la persona, l'orientació a la prevenció, la seguretat, l'eficiència i la coordinació de l'atenció.
Proposició 2	S'identificaran les raons de l'èxit en la millora de les iniciatives existents d'atenció integrada.
Pregunta analítica 1	Quan s'introdueixen millores en l'atenció integrada: què funciona, en quines circumstàncies i amb quins resultats?
Pregunta analítica 2	Quines són les raons de l'èxit en la millora de les iniciatives d'atenció integrada?
Pregunta analítica 3	Quines són les raons del fracàs en la millora de les iniciatives d'atenció integrada?
Pregunta analítica 4	Hi ha factors especialment rellevants que tenen un impacte en les millores de l'atenció integrada?
Pregunta analítica 5	Quins dels factors identificats podrien ser aplicables a les millores de l'atenció integrada a tota Europa i quins podrien ser transferibles?

Les iniciatives locals (o sites) de SUSTAIN a Catalunya

El projecte de recerca SUSTAIN va seleccionar, contactar i involucrar dues iniciatives locals a Catalunya: el *Programa d'atenció per a pacients crònics complexos, avançats i geriàtrics d'Osona* (Programa PCC/MACA/Geriàtrics), i la *Iniciativa per a la integració de l'atenció social i sanitària de Sabadell Nord*. Totes dues iniciatives comptaven amb una llarga experiència en la col·laboració intersectorial per a la integració de l'atenció a gent gran amb necessitats de salut i socials complexes, de manera que tenien professionals contractats per les institucions sanitàries i els serveis socials locals treballant conjuntament i identificant oportunitats per consolidar mètodes de treball integrat formalitzat i millorar el grau d'atenció centrada en la persona.

La iniciativa d'Osona és un programa d'atenció integrada en què es coordinen diferents nivells assistencials (atenció primària salut i social, atenció aguda, atenció intermèdia i de llarga durada). Els equips d'atenció especialitzada (inclosa l'aguda, la intermèdia i la de llarga durada) han redissenyat i reorganitzat el seu model de prestació de serveis en base a acords comuns. L'atenció social es presta des dels diferents nivells assistencials, amb una bona articulació amb els serveis socials bàsics oferts pels governs locals de la comarca. Es pot considerar com una iniciativa proactiva d'atenció primària i intermèdia centrada en la gent gran, majoritàriament de més de 75 anys, amb necessitats de salut i socials complexes, que viuen a Vic (capital d'Osona) o als pobles dels voltants.

El programa per a la *Integració social i sanitària de Sabadell Nord* és una iniciativa proactiva d'atenció primària que ofereix atenció social i de salut a la població de la zona nord de

Sabadell, barri que va créixer entre els anys trenta i els anys seixanta del segle XX per acollir la població migrant d'altres parts d'Espanya i que actualment és una de les zones desfavorides d'aquesta ciutat industrial. La característica clau de la iniciativa és que els/les treballador/es socials de l'Ajuntament de Sabadell treballen dins dels centres d'atenció primària (CAP) facilitant així la proximitat i la col·laboració entre els professionals dels dos sectors (salut i social) mitjançant una agenda compartida de reunions mensuals on revisen els casos de les persones usuàries grans que viuen a casa i que es podrien beneficiar d'una millor coordinació dels serveis que reben.

Guia del lector

A continuació es presentaran els resultats dels dos estudis de cas realitzats a Catalunya en el marc del projecte SUSTAIN (primera part: Osona, segona part: Sabadell). Seguint una estructura comuna, s'explicarà: a) els projectes de millora que s'han adoptat i la justificació dels objectius i les eines utilitzades; b) informació detallada sobre el tipus i la quantitat de dades recollides per avaluar la implementació dels projectes de millora; c) les conclusions de l'anàlisi global de les dades per a cada iniciativa, identificant què sembla haver funcionat i amb quins resultats, explicacions de l'èxit o fracàs relatiu, els punts forts de cada iniciativa i els aspectes transferibles. La tercera part de l'informe reflexiona sobre els resultats dels estudis de cas per tal d'extreure'n els missatges clau i l'aprenentatge comú que puguin guiar el futur de l'atenció integrada per a gent gran que viu a casa, a Catalunya o en altres llocs, tot considerant també els reptes metodològics que han comportat els dos *sítes* catalans. El capítol final també proporciona recomanacions adreçades als responsables de les polítiques públiques i als proveïdors de serveis.

OSONA: CARACTERÍSTIQUES I PROJECTE DE MILLORA

Descripció general de la iniciativa local (o site)

El programa d'atenció per a pacients crònics complexos, avançats i geriàtrics d'Osona (Programa PCC/MACA/Geriàtrics) és una iniciativa conjunta de l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic (que presta atenció intermèdia i de llarga durada), el Consorci Hospitalari de Vic (que inclou hospitals i residències geriàtriques que ofereixen atenció aguda, intermèdia i de llarga durada), centres d'atenció primària de la salut i els corresponents serveis socials bàsics locals de Vic (capital de la comarca) i poblacions més petites situades al sud de Vic (Tona, Malla, Seva, Sant Miquel de Balenyà, Collsuspina, El Brull, Muntanyola). El programa proveeix serveis a una població d'aproximadament 155.000 habitants, dels quals el 2,58% són persones amb necessitats de salut i socials complexes (tal com s'ha estimat per part de la iniciativa d'Osona).

Aquesta configuració única reuneix els professionals i les entitats locals que estan involucrats en el *contínuum* de l'atenció de persones 65+ amb necessitats de salut i socials complexes: personal d'infermeria d'atenció primària i medicina de família que presten atenció domiciliària i ambulatoria; professionals de treball social que avaluen l'entorn domèstic i les xarxes socials i relacionals; professionals de medicina especialitzats en malalties cròniques, i personal hospitalari d'atenció aguda i intermèdia que té cura d'aquestes persones usuàries. Cal fer l'apunt que els serveis d'atenció domiciliària que donen suport al desenvolupament de les activitats diàries bàsiques (higiene personal, tasques domèstiques, etc.) inclosos a la cartera de serveis socials locals (i per tant, en última instància, proporcionats pels ajuntaments), actualment són proporcionats per entitats del tercer sector. Això vol dir que els/les treballador/es familiars o auxiliars de la llar no són contractats/des directament pels serveis socials locals tot i que les entitats per les quals treballen estan obligades a assolir els criteris de qualitat establerts per a aquests serveis finançats amb fons públics.

Justificació del projecte de millora

La iniciativa d'Osona ha estat treballant durant anys per optimitzar els serveis prestats a les seves persones usuàries, proporcionant suport al domicili amb l'objectiu de minimitzar els accidents i la desestabilització de les malalties. A Osona s'havia adoptat el PIIC (el Pla d'Intervenció Individual Compartit entre els professionals de la salut), dissenyat i implementat pel sistema de salut català com a part del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC). Des del maig de 2015, el PIIC permet als professionals recollir i compartir, a través de la història clínica electrònica, un conjunt estipulat d'informació tant social com de salut sobre les persones usuàries amb malalties cròniques complexes o avançades.

En la fase preparatòria del projecte SUSTAIN, a Osona es van identificar diversos obstacles per poder assolir una atenció més ben integrada i més centrada en la persona. En primer lloc, els PIIC havien estat emplenats prèviament només per professionals d'atenció primària de salut sense que s'hi involucressin la resta de professionals que tenen cura de la persona usuària (especialistes, treballador/es socials, etc.) i, per tant, no proporcionaven una avaluació conjunta interdisciplinària completa. Eren documents obligatoris que s'havien d'omplir per a totes les persones usuàries amb cronicitat complexa i que servien principalment com a eina de comunicació entre els diferents nivells d'atenció mèdica. No contenien informació sobre l'avaluació de les necessitats, els recursos ni els objectius de la persona usuària. A més, els professionals de treball social dels serveis socials no tenen accés a aquesta informació ja que les històries clíniques compartides (HC3) només es comparteixen entre els professionals del sector de la salut. El grup motor d'Osona va detectar que calia fer algunes millores, especialment per donar una aproximació més personalitzada i participativa a aquesta eina compartida electrònicament (el PIIC). Una altra limitació va ser el fet que les persones usuàries i els seus cuidadors/es informals no estaven involucrats activament en la definició dels PIIC i, per tant, no podien valorar el grau en què les accions planificades satisfien les seves necessitats i preferències. Finalment, no hi havia cap procediment formal que permetés l'intercanvi i l'avaluació conjunta de necessitats de la persona usuària entre les institucions de la salut i les socials, i que garantís així una aproximació homogènia.

Objectius del projecte de millora PIIC Plus

El projecte de millora PIIC Plus codissenyat per la iniciativa d'Osona té una doble naturalesa: d'una banda, és una intervenció educativa/formativa que introdueix una elaboració de plans d'atenció més participativa i més centrada en la persona de manera que els professionals prenguin consciència de la importància de debatre casos complexos en reunions multidisciplinàries i de vetllar perquè les necessitats i preferències de les persones usuàries es reflecteixin en les solucions assistencials proposades. D'altra banda, el PIIC Plus és fruit d'una col·laboració entre els diversos proveïdors d'atenció que persegueix un grau més alt d'integració mitjançant la consolidació d'un mètode de treball comú per realitzar avaluacions multidimensionals conjuntes de les necessitats de les persones usuàries i per elaborar plans individualitzats d'atenció integrada.

Els objectius específics són:

1. Elaborar una nova versió del PIIC –el PIIC Plus– (conegut per l'equip com a *document de la conferència de cas i pla d'atenció*).
2. Consolidar la reunió de cas (o conferència de cas) com el mètode de treball per dur a terme avaluacions multidimensionals i interdisciplinàries de persones usuàries cròniques complexes, avançades o geriàtriques (amb l'objectiu d'avaluar 36 casos durant el període d'implementació de 18 mesos).
3. Redactar un manual sobre com transferir informació rellevant obtinguda per mitjà de la conferència de cas i el PIIC Plus a la història clínica electrònica.
4. Transferir la informació recollida durant el període d'implementació dels plans d'atenció PIIC Plus als arxius electrònics del PIIC, així com guardar una còpia de cada document

PIIC Plus a la carpeta de documents de la persona usuària de la història clínica electrònica compartida.

5. Dur a terme formacions específiques per a aproximadament 60 professionals socials i de la salut que treballen a les organitzacions participants.

Explicació del projecte de millora PIIC Plus

El projecte de millora va incloure les accions enumerades a continuació, que havien de ser impulsades des del grup motor d'Osona (compost per dos directius i 18 professionals) i implementades pel grup més ampli de professionals que participaven en el projecte SUSTAIN:

1. Elaboració d'un document de pla d'atenció ampliat –el PIIC Plus– que va prendre el PIIC com a punt de partida per desenvolupar-ne el contingut per tal d'assegurar: una avaluació multidimensional de les necessitats (tant de salut com socials); que les opinions i objectius de la persona usuària i les persones cuidadores fossin explícitament inclosos; i que el pla contingués les accions d'atenció específiques acordades pels diferents actors i institucions involucrades en l'atenció a la persona usuària. Concretament, es van afegir els següents camps: l'opinió de la persona usuària sobre la seva situació social i de salut; els objectius generals acordats amb la persona usuària; el pla de treball amb unes accions específiques i unes persones designades com a responsables de cadascuna de les accions; l'avaluació de les necessitats de les persones cuidadores; la situació de la persona usuària i la seva relació amb l'entorn; i la informació sobre recomanacions d'adherència a la medicació, seguretat i autonomia.
2. Elaboració d'un manual del PIIC Plus amb instruccions de com transferir el contingut de PIIC Plus a les seccions del PIIC preexistents de la història clínica electrònica de cada persona usuària. Aquest manual va ser especialment rellevant, ja que la inclusió de la informació més àmplia del PIIC Plus a la història clínica electrònica havia de ser clau per permetre que qualsevol professional de la salut (tant de l'equip habitual que atén la persona usuària com altres professionals) pogués accedir en qualsevol moment al pla d'atenció de les persones usuàries.
3. Consolidació de la conferència de cas: una reunió interdisciplinària formal, planificada i estructurada que involucra professionals rellevants per a cada persona usuària amb necessitats de salut i socials complexes (Departament de Salut de l'Estat de Nova York, 2013), celebrada per tal d'oferir atenció integrada i coordinada entre els diferents proveïdors d'atenció. A Osona, havia de ser un espai de reunió presencial entre professionals d'atenció primària, d'atenció especialitzada de la salut i els serveis socials locals, on les necessitats, preferències i objectius de les persones usuàries s'analitzin en profunditat tenint en compte les perspectives dels diferents perfils involucrats, i on es proposin les accions que conformarien el pla d'atenció.
4. Consolidació de les reunions de l'equip d'atenció amb les persones usuàries i cuidadores per presentar, debatre i validar els esborranys dels plans d'atenció que resultessin de la conferència de cas, per tal d'assegurar la participació de les persones usuàries en la planificació de l'atenció, l'acceptació de les accions a realitzar i l'atenció centrada en la persona en general. Aquestes reunions se celebrarien en un espai còmode i segur per a la persona usuària: a casa seva.

5. Formació dels professionals que potencialment poden participar en l'elaboració d'un PIIC Plus, amb la nova aproximació a l'elaboració de plans d'atenció. Aquesta formació posaria l'èmfasi en aspectes com la presa de decisions compartida i centrada en la persona, però introduiria també les noves eines i procediments específics (instruments d'avaluació de necessitats, document de la conferència de cas, reunions de validació amb les persones usuàries).
6. Establiment d'un mecanisme formal d'obtenció del consentiment de la persona usuària per a la realització conjunta d'una conferència de cas que resulti en el Pla Individualitzat d'Atenció Integrada (PIAI). Les persones usuàries involucrades haurien de donar el seu consentiment perquè els professionals tant del sector de la salut com del social puguin intercanviar informació i dissenyar un pla individualitzat d'atenció integrada, que també s'incorporaria a la història clínica electrònica.

Es preveia el reclutament de fins a 36 persones usuàries en el marc del projecte d'investigació. La intervenció s'aplicaria a través dels següents passos (vegeu el diagrama de flux a l'annex 2):

1. Pas 1: Els professionals que treballen en algun dels serveis d'atenció implicats en el projecte de millora identifiquen les persones que compleixen els criteris d'inclusió (65+ anys, viuen a casa seva, amb necessitats de salut i socials complexes, amb capacitats cognitives suficients) i les proposen com a participants.
2. Pas 2: Un dels professionals (o un equip d'infermeria, medicina de família i treball social) visiten la persona usuària (i la persona cuidadora) i els informen sobre el projecte de millora SUSTAIN. La persona usuària accepta participar (i dona el seu consentiment informat).
3. Pas 3: L'equip professional multidisciplinari (d'atenció primària, especialistes de salut i treball social) realitza una avaluació conjunta i completa de les necessitats de la persona usuària, seguint el mètode de la conferència de cas. Per fer aquesta tasca, utilitzen el document estàndard d'avaluació de necessitats i elaboració de pla d'atenció, el PIIC Plus.
4. Pas 4: Almenys un professional de la salut i un de treball social es troben amb la persona usuària (i amb la persona que la cuida) al seu domicili, per comentar i validar conjuntament la proposta de pla d'atenció. Seguint un format d'entrevista, els professionals pregunten a la persona usuària quins són els seus objectius personals en relació amb la seva salut i el seu benestar i quines són les opcions d'atenció que preferiria. Després validen el pla d'atenció, ajustant-lo a les necessitats i preferències de la persona usuària (i de la persona cuidadora) en la mesura del possible. Com a resultat dels passos 1-4, totes les persones usuàries tindran una avaluació integral, que donarà lloc a un pla individualitzat d'atenció integrada, el PIIC Plus, acordat amb la persona usuària i la persona cuidadora.
5. Pas 5: La informació recopilada al document PIIC Plus (d'avaluació de necessitats i pla d'atenció) es transfereix a la història clínica electrònica. En conseqüència, aquesta informació estarà disponible en el moment d'actualitzar o monitoritzar el pla d'atenció de la persona, revisant els tractaments i els recursos assignats segons els objectius, les preferències i canvis en la situació de la persona usuària.

RESULTATS DEL PROJECTE DE MILLORA A OSONA

Introducció

El projecte de millora PIIC Plus es va implementar a Osona des de novembre de 2016 fins a l'abril de 2018, mitjançant un procés iteratiu: primer es va fer una prova pilot del mètode de treball codissenyat amb sis persones usuàries (dues per CAP) i després es va augmentar el nombre de persones usuàries i cuidadores reclutades en dues iteracions consecutives (onze persones usuàries i sis persones cuidadores en la Iteració 1; nou persones usuàries i cinc persones cuidadores en la Iteració 2). El grup motor va rebre retorns de les avaluacions realitzades per AQUAS al final de la fase pilot i de la Iteració 1 (al març i al novembre de 2017, respectivament), per tal de detectar el marge de millora i aplicar els canvis necessaris. La intervenció va assolir, dins dels terminis previstos, el nombre de persones usuàries que s'havia fixat com a objectiu per part del Consorci SUSTAIN i que s'havia establert al protocol de recerca aprovat pels comitès ètics locals. L'annex 3 proporciona més informació sobre el tipus, la quantitat i el mètode de recollida de dades.

Pel projecte de millora d'Osona es van reclutar en total vint persones usuàries, distribuïdes equitativament entre homes i dones. La meitat tenien entre 75 i 84 anys i l'altra meitat 85 anys o més. La mateixa proporció de persones usuàries estaven casades que les que eren vídues (45%). Gairebé la meitat vivien a casa amb el seu cònjuge; la resta vivien soles o amb altres familiars, excepte un cas, que vivia amb una persona cuidadora privada. Només una persona usuària tenia estudis més enllà de l'educació primària. Pel que fa a les principals malalties i estat de salut, més de la meitat de les persones usuàries van explicar que patien insuficiència cardíaca, problemes de visió, desgast en les articulacions dels malucs o genolls o mal d'esquena persistent (ja fos com a afecció única o combinada). La diabetis, l'insomni, els mals de cap, la dispnea i les infeccions del tracte urinari també eren bastant habituals. Les persones usuàries d'Osona van reportar una mitjana de 6,6 problemes de salut d'un llistat proporcionat de divuit afectacions o malalties cròniques.

Els membres de l'equip d'atenció van identificar que dotze de les vint persones usuàries comptaven amb persones cuidadores (informals o formals), que també van ser convidades a participar en el projecte de millora SUSTAIN. Les cuidadores dones eren o bé familiars de la persona usuària (3) o bé cuidadores que rebien un sou –en aquest últim cas de vegades la cuidadora prestava cura a tots dos membres d'una parella gran (3). Els cuidadors homes eren els fills adults de les persones usuàries (4) o bé el marit (1). La meitat de les persones cuidadores tenien més de 55 anys (i el 20%, 75 anys o més); la meitat estaven casades i la meitat vivien amb la persona usuària. Aproximadament el 60% de les persones cuidadores tenien estudis de secundària o superiors (normalment els cuidadors més joves, com podien ser els fills adults o les cuidadores privades), mentre que l'altre 40% no havien acabat l'educació secundària (normalment els cònjuges de la persona usuària). Sis de les onze

persones cuidadores combinaven l'atenció a la persona usuària, a la qual dedicaven 23 hores setmanals de mitjana, amb una feina remunerada.

Què funciona?

Elements del projecte de millora

Es va realitzar una **avaluació multidimensional i interdisciplinària de necessitats** per a cadascuna de les vint persones usuàries reclutades en el projecte de millora, per tal d'entendre de manera holística les necessitats de la persona usuària (i de la persona cuidadora), fent servir un format de conferència de cas. Es va utilitzar un conjunt personalitzat d'instruments validats per estudiar les diferents necessitats de salut i socials. Les conferències de cas sempre eren realitzades pel personal d'infermeria d'atenció primària, un metge o metgessa de família, un/a treballador/a social dels serveis socials locals o de l'equip d'atenció primària, un/a treballador/a social especialitzat/da en atenció geriàtrica, un geriatre i els especialistes de salut més rellevants per al cas (normalment internistes o nefròlegs). Els professionals van considerar que el format de conferència de cas permetia una millor comprensió de la situació de la persona usuària com un tot i també possibilitava la defensa de les preferències i necessitats de les persones usuàries i cuidadores a l'hora de debatre les opcions d'atenció amb l'equip multidisciplinari; i per tant, facilitava la proposta d'una combinació de recursos més integrada i millor coordinada, incrementant així el grau d'atenció centrada en la persona del seu servei.

La diferència en aquests casos ha sigut que jo els hi he pogut dir, que m'ho he fet venir una mica bé, però els hi dèiem una mica: «Anem a trobar-nos amb el nefro, amb el de la [NOM HOSPITAL], jo faré de defensora dels teus desitjos, vull dir que parlarem d'això, això i això, digue'm què vols que els hi digui, no?» [riures] I clar, en realitat, això ja ho exploràvem, però dir-los-hi tan clarament que la seva opinió, o lo que ells volien, que seria una opinió més de la reunió a través nostre, això els hi molava. [riures] (professional 51)

A més, el fet que un grup més ampli de professionals d'atenció participessin en la conferència de cas va augmentar el sentiment de corresponsabilitat respecte de l'atenció proposada i implementada a les persones usuàries.

El projecte el que porta és com responsabilitat de tothom, és a dir: a partir de quan tu has fet una conferència de cas ben feta d'un malalt, ja no hi ha allò de és teu o és meu. Tu ets corresponsable de lo que li passa a aquell senyor perquè has participat en la presa de decisions, i per tant, el que succeeixi, a tu potser que estiguis allà a primera línia o que estiguis a segona, és igual, però tu ets cor-responsable del que passa, perquè n'ets partícip. (directiu/va 1)

Els plans individualitzats d'atenció integrada PIIC Plus es van elaborar i validar amb vint persones usuàries (i cuidadores). Els plans d'atenció reflecteixen els objectius de les persones usuàries i en general adjudiquen rols actius a les persones usuàries i a les persones cuidadores informals, dins de les seves possibilitats i d'acord amb les seves preferències.

Aquests plans d'atenció especifiquen quins professionals han participat en el procés d'elaboració de plans d'atenció i qui serà la persona responsable de cada acció a realitzar, facilitant el seguiment i la coordinació entre els membres de l'equip d'atenció. El tipus més comú d'accions estipulades en els plans d'atenció eren aquelles relacionades amb la millora de la monitorització i el control de l'estat clínic de les persones usuàries, que es personalitzava mitjançant una combinació individualitzada de revisions mèdiques d'atenció primària i especialitzada, de manera que poguessin viure a casa en condicions estabilitzades. El segon grup d'accions més freqüents estaven relacionades amb la millora de l'autogestió de la salut i la reducció de riscos al domicili, incloent un assessorament extens a la persona usuària o a la persona cuidadora a casa seva sobre la seguretat, el manteniment de l'autonomia i l'adherència al pla de medicació. El tercer tipus d'accions més comunes eren aquelles que proporcionaven més ajuda a la llar per a la realització d'activitats diàries bàsiques o instrumentals.

L'ús d'una **eina integral i mètode de treball** estàndard codissenyat pels professionals per al nou procés d'elaboració de plans d'atenció va incrementar els nivells de prevenció, orientació i seguretat, ja que va implicar la revisió sistemàtica de la medicació i la identificació de riscos (dificultats econòmiques, esgotament de la persona cuidadora, barreres arquitectòniques a la llar, etc.). A més a més, va facilitar que els equips d'atenció donessin consells de manera rutinària a persones usuàries o cuidadores sobre hàbits saludables i sobre com mantenir l'autonomia.

D: Obliga. És a dir, la metodologia et fa revisar una sèrie de riscos que són molt habituals i que els revises.

E: O sigui, s'ha fet una mica més sistemàtic, no?

D: Clar, la metodologia t'obliga, t'obliga... a la pròpia metodologia de conferència de cas i d'elaboració del pla terapèutic t'obliga a passar per una sèrie de punts que són importants. (directiu/va 1)

Es van fer **entrevistes conjuntes entre professionals, persones usuàries i cuidadores als seus domicilis per validar els plans d'atenció** amb tots els participants en el projecte de millora. Els professionals van considerar que aquestes visites milloraven la identificació de riscos, la comprensió en profunditat de les necessitats i preferències de les persones usuàries i, al seu torn, suposaven una millora de la qualitat dels consells que oferien a les persones usuàries, ja que es basava en l'entorn domèstic real de la persona usuària. A més, els consells es podien adreçar també a les persones cuidadores informals o formals (retribuïdes) en el cas que la persona usuària tingués dificultats per a entendre les recomanacions. El fet que durant l'elaboració del pla d'atenció l'equip d'atenció fes visites a domicili va incrementar la percepció de les persones usuàries de l'interès que es tenia en la seva situació i del nivell de suport rebut, alhora que millorava la visibilitat de l'equip.

Crec que és important, una, veure'ls junts perquè també veus com es parlen entre ells. Algú que treballa en equip o que és equip quan parla amb la seva gent, té una altra manera de parlar que si parla amb algú que no hi té tracte. Jo la percepció que vaig tenir és que aquests xerren, i aquests es veuen, i aquests estan acostumats a comunicar-se. (cuidador/a 8)

El projecte de millora d'Osona també va proporcionar **formació als professionals sobre l'atenció centrada en la persona i la presa de decisions compartides**, així com sobre els detalls del nou document PIIC Plus i el format de conferència de cas. Tot i que cinquanta professionals van assistir a una sessió de capacitació celebrada el primer mes del període d'implementació, i malgrat que es va distribuir un document sintètic sobre el projecte de millora al principi de la Iteració 2, els professionals van considerar que l'abast i el contingut d'aquesta formació no satisfia completament les seves necessitats. En particular, trobaven a faltar aprofundir sobre les tècniques d'entrevista i de comunicació, les quals podrien haver facilitat les converses amb les persones usuàries, especialment quan s'havien de tractar temes més complexos o delicats (com per exemple l'atenció al final de la vida). Els professionals opinen que aquesta millora de les seves capacitats comunicatives hauria pogut facilitar una major participació de les persones usuàries en la presa de decisions.

Hi ha competències de comunicació, per exemple, que potser no les tenim prou ben adquirides. I estem parlant de persones amb les que hem de prendre decisions i... que tu a vegades et falten les eines comunicatives i a més ells tampoc estan acostumats a que els hi demanem doncs això: desitjos, preferències, doncs quins valors tenen... això [ts] jo sí crec que ho fèiem, però no d'una manera tan [ts] protocol·litzada com ara, que ho demanem, ho tenim en compte, i fem això una mica de bandera de «què voldries, què, parlem o què?». Però de vegades, depèn de com ho expliques, hi ha malalts que o nosaltres no ho sabem plantejar, o no és el moment de plantejar-ho. (professional 10)

Formació específica específica no s'ha fet. [acord general] (professional 38)

S'ha après sobre la marxa diria jo. (professional 44)

Una dificultat afegida va ser la corba d'aprenentatge percebuda del mètode de les conferències de cas. El personal d'infermeria en particular va remarcar que l'elaboració un PIIC o d'un PIIC Plus no era un procés fàcil, sinó que exigia temps i expertesa. Tot i així, el projecte de millora va donar als professionals l'oportunitat d'acumular l'experiència necessària per aplicar aquest nou mètode, aprenent a mesura que anaven fent.

I el tema de formació específica dels professionals, jo penso que la gent que ha participat ha après molt fent... És a dir, jo crec que els que han repetit varies conferències de cas han fet molt d'aprenentatge en formació, perquè això només s'aprèn fent, és a dir, et poden explicar un dia... quatre coses... però realment no hi ha manual d'instruccions ni res que valgui, el que és important és que quan es fa hi hagi algú que vetlli pel mètode, participar, i això s'aprèn fent. (directiu/va 1)

Resultats en relació amb l'atenció centrada en la persona

Les persones usuàries generalment se senten satisfetes amb l'atenció i el tracte rebut per part de l'equip d'atenció d'Osona i consideren que és una atenció centrada en la persona. Les dades proporcionades per les persones usuàries que van respondre tant els qüestionaris basals com els de seguiment indiquen que, tot i que no es detecta un control percebut més alt

en l'atenció a la salut (segons el qüestionari PCHC), s'ha incrementat el nivell percebut de coordinació i atenció centrada en la persona, que ha passat d'una puntuació general del qüestionari P3CEQ de 15,07 a 19,5 (d'un màxim de trenta punts).

Un element clau de l'atenció centrada en la persona és el **tracte** que els professionals tenen amb les persones que atenen. Les persones usuàries i cuidadores d'Osona generalment consideren que els professionals les atenen amb amabilitat i respecte, les escolten, els dediquen el temps suficient, són empàtics i les tracten com a persones i no com a malalties. Existeixen vincles de confiança entre les persones usuàries, professionals i cuidadores, i això és essencial tant per a les persones usuàries com per a les cuidadores.

E: O sigui, estan contents amb el tracte, respecte... amb la sensibilitat...

U i C: Molt.

E: Amb el respecte, la sensibilitat...?

C: [Nom del professional] és... No sé quina puntuació es pot donar, fins a quan s'arriba, si dotze: dotze!

U: O un quinze, t'ho juro.

*C: No, no, no... el màxim. Perquè [nom del professional] és collonut/da.
(Persona usuària 17 i cuidador/a 17 en entrevista conjunta).*

No, jo considero que em dediquen el temps suficient. [Nom del professional] i les infermeres sobretot, que et curen... m'ho fan molt bé. Em curen tot... em fan tot lo que tinguin que fer-me. Molt bé. Estic molt contenta. I [nom del professional] també. No ve tant perquè és clar, no... no necessita venir tant perquè ja sap lo que tinc i si no li comunica també el/la infermer/a com va la cosa. (persona usuària 10)

Confio plenament i... i amb [nom cuidador/a], que és el/la que es queda a la meitat del dia, hi he de confiar plenament, perquè sinó no deixaria aquest/a noi/a amb [nom de la persona usuària] tres-quatre hores aquí sol/a. (cuidador/a 8)

En aquest sentit, l'expertesa en atenció geriàtrica per part de l'equip que s'encarrega del procés d'elaboració de plans d'atenció ajuda a comprendre que no sempre és possible, per a gent gran amb necessitats de salut i socials complexes, seguir una recomanació sobre hàbits saludables o seguretat; que no totes les persones usuàries se senten segures o capaces de gestionar la seva salut; que adaptar-se a complicacions pot no ser fàcil; que les persones usuàries poden ser reticents a demanar o acceptar atenció professional o informal; i que les decisions a prendre sobre les opcions d'atenció no són fàcils per a totes les persones usuàries o poden no coincidir amb les preferències de les persones cuidadores. Els resultats del qüestionari PCHC (control percebut en l'atenció a la salut) reflecteixen aquestes dificultats. En conseqüència, tot i que es poden haver intentat explorar escenaris de futur per tal d'identificar preferències en casos que calgués una atenció més complexa, això no ha estat inclòs als plans d'atenció si la persona usuària no estava preparada per parlar d'aquesta qüestió.

E: Doncs això és una de les preguntes que jo també tenia, no? En el cas de que la situació es compliqui, vostès han parlat de què farien?... O com ho poden organitzar?

C: No n'hi puc parlar d'això amb [nom de la persona usuària]. Ja has vist que no vol sentir parlar-ne. Jo sí... (cuidador/a 17)

Tot i que les persones usuàries generalment estan satisfetes amb el tracte rebut per part dels equips d'atenció, algunes sí que parlen d'experiències negatives ocasionals, referint-se a situacions específiques amb professionals que normalment no formen part del seu equip d'atenció primària.

Només me'n vaig trobar... Només me n'he trobat un/a a [tipus d'atenció especialitzada]... Aquell/a sí que va ser... era insensible completament i només anava a la seva. És l'únic/a que m'he trobat de... (persona usuària 10)

Les persones cuidadores consideren que els equips d'atenció els han ajudat a adaptar-se al seu rol de cuidador/a amb informació, accés ràpid a l'equip d'atenció (al domicili, als centres de salut, per telèfon o per correu electrònic), i recomanacions sobre la importància de cuidar-se un mateix i evitar sentir-se culpable quan s'agafa temps per un mateix.

Però quan algun professional de la salut et diu: «No, no, dedica't temps a tu que després estaràs més bé amb [nom de la persona usuària] o amb el pacient en si», t'ho creus més, no et sents tan malament. Perquè tu al principi si ningú t'ho diu, dius «Estic aquí en un banc no fent res quan podria estar a casa»... I dius: «Ah vale, si el professional ho diu, doncs ho estic fent bé». (cuidador/a 8)

No obstant això, les persones cuidadores segueixen expressant la **falta de suport pràctic**, ja que no se'ls ofereix formació específica en la provisió de cures, i les seves necessitats només són avaluades en un moment determinat, però no de manera continuada ni adaptant-se als canvis de la situació de la persona usuària. Reforçar el suport a persones cuidadores no era un objectiu principal del projecte de millora d'Osona, però n'ha limitat l'impacte, ja que condiona la seguretat i la prevenció.

E: Se li ha ofert alguna formació pel que fa als aspectes pràctics de ser cuidador/a?

C: No. Jo lo que sé de cuidar a [nom de persona usuària] ho vaig aprendre a [nom de l'hospital 1] perquè jo cada vespre estava allà demanant a les infermeres: «I això com es fa? I això per què ho fas? I no sé què...» És que al final sabia que tard o d'hora les [infermeres] de [nom de l'hospital 1] no hi serien. Perquè [nom de l'hospital 1] al principi et semblava que és lo més dur, però és que, ara mirat en perspectiva, és lo més fàcil. (cuidador/a 8)

Només ha sigut aquell dia [visita de professionals] i aquest test [escala cuidador/a]. Però jo ara crec que seria important, eh, vigilar més els cuidadors perquè... és un desgast constant. Si tu no aprens com regenerar-te és molt difícil de que puguis estar cuidant bé una persona. (cuidador/a 8)

Un segon pilar de l'atenció centrada en la persona és el nivell de **participació de les persones usuàries i cuidadores en la presa de decisions**. Les persones usuàries a Osona no tenen accés al document del pla d'atenció (és a dir, a una còpia impresa), i no sempre

s'han fet les visites de validació del pla d'atenció amb almenys un professional de la salut i un professional social, malgrat que aquest era el format estàndard acordat que havien d'aplicar els equips que implementessin el projecte de millora. Això podia limitar el grau en què la persona usuària i la cuidadora entenien en què consistia la nova aproximació de planificació conjunta d'una atenció integrada. D'altra banda, la complexitat de l'equip d'atenció des del punt de vista de la persona usuària podia resultar aclaparadora o generar desconfiança: múltiples institucions i professionals involucrats, distribució poc clara de rols entre professionals amb perfils similars (per exemple, a Osona les persones usuàries poden interactuar amb fins a tres treballadors socials diferents).

E: Si jo li dic si van vostès parlar d'una cosa que diem nosaltres un pla d'atenció, això li sona d'algo?

U: Això un pla de... és per veure on m'agradaria més estar-me o per cuidar-me.

E: Potser per cuidar-lo/a en el futur, potser per cuidar-lo/a ara...

U: En el noi/la noia això sé que li vaig contestar: «Home, jo, aquí a casa, mentre pugui. Ara, si un dia no puc...».

C: Ara sí que recordo, va venir un/a treballador/a [social]. És que com va venir tanta gent...

E: Clar... I van parlar d'objectius o coses que farien, «miri, senyor/a [nom de la persona usuària], farem això»?

U: No, això no me'n recordo. (persona usuària 23 i cuidador/a 23)

Les persones usuàries tenen diferents opinions sobre el grau en què han estat involucrades en les decisions relatives a les opcions d'atenció. En alguns casos, senten que altres han pres les decisions per elles, o que la informació s'ha comentat més amb les persones més properes a elles que no pas amb elles mateixes (falta d'un enfocament de parlar primer amb la persona usuària). La presa de decisions compartida pot haver funcionat amb persones usuàries amb les capacitats cognitives suficients i disposades a comentar i rebre noves opcions d'atenció, o en els casos en què les persones usuàries preferien delegar les decisions d'atenció a les persones cuidadores informals. No obstant això, aquesta aproximació resulta més complexa per a determinats perfils de persones usuàries, com ara parelles grans que es cuiden mútuament i que poden tenir preferències diferents sobre les opcions d'atenció o dificultats per verbalitzar les seves opinions en una conversa conjunta, persones que, per qüestions culturals, no els agrada o no s'atreveixen a queixar-se, o no estan familiaritzades amb una aproximació participativa. No obstant això, les persones usuàries i cuidadores a Osona generalment recorden haver parlat sobre què era més important per a la seva salut i benestar amb els equips d'atenció i consideren que la combinació de recursos s'ha dissenyat tenint en compte les seves necessitats i preferències.

E: Vosaltres heu parlat o consensuat un pla d'atenció?

C: Sí. Amb el metge de capçalera sí. Es va dir que, bueno, que la vida que porta [la persona usuària] és la que ha de portar; és ara això, tranquil·litat. I que el seu dia a dia, en el moment que hi hagi algo és anar a urgències i des d'allà a [nom de l'hospital 1] i de [nom de l'hospital 1] a aquí i anar fent així. Ja és lo que... és anar mantenint. I ja em sembla bé, eh! (cuidador/a 9)

Les persones usuàries que volien que els equips d'atenció comentessin les opcions d'atenció amb les persones properes que les cuiden s'han mostrat contentes de com els professionals han sabut involucrar aquestes persones cuidadores. El nombre de persones usuàries que comparteix aquesta opinió ha augmentat de 7 a 11 (d'un total de 14 persones usuàries que van respondre el qüestionari P3CEQ tant a l'inici com en la fase de seguiment). Així doncs, sembla que l'equip d'atenció ha millorat la seva habilitat de comprovar si la persona usuària vol incorporar les persones que tenen cura d'ella en les decisions sobre la seva atenció i fer-ho en cas que així sigui. Aquest aspecte és rellevant si tenim en compte que algunes persones usuàries han expressat que volen que els professionals parlin primer amb elles mateixes, i no amb la família.

Resultats en relació amb la coordinació

Sembla que el projecte de millora ha facilitat una **atenció accessible i coordinada a les persones usuàries**. La iniciativa d'Osona ofereix visites domiciliàries per a gent gran amb mobilitat reduïda o que viuen en àrees rurals amb transport públic limitat. A les dotze setmanes des de la validació dels plans d'atenció PIIC Plus, de mitjana s'havia activat per a cada persona usuària 1,7 nous recursos relacionats amb la salut (visites domiciliàries del metge de família o de personal d'infermeria i seguiment periòdic per especialistes) i 1,3 recursos socials nous (manteniment de la llar, suport a la higiene i la cura personal). Les persones usuàries reben informació per escrit per fer un seguiment de les seves cites, indicacions clares sobre quin professional han de contactar, quan i com (també en cas d'emergència), i assessorament en l'administració de medicaments. Aquest suport es veu reflectit en els resultats del qüestionari PCHC que es va fer com a mesura de seguiment: les persones participants van manifestar que els resulta fàcil fer un seguiment de les cites, gestionar la medicació, saber quan trucar un professional i com obtenir atenció, i a més, compten amb un pla d'emergència.

Gràcies al ràpid accés a la història clínica electrònica, les persones usuàries i cuidadores no han de repetir informació quan van als diferents centres de salut i, a més, perceben en major mesura que els diferents professionals es comuniquen entre ells. Comparant les respostes durant la fase de seguiment amb les respostes inicials al qüestionari P3CEQ (d'aquelles persones que van respondre en ambdós moments), s'observa un increment de cinc persones (35,7%) que consideraven que l'atenció rebuda després del procés PIIC Plus estava integrada de manera que els resultava útil; al final, doncs, 12 de les 14 persones que havien respost les enquestes estaven satisfetes amb aquest aspecte.

Jo... en general... sempre han actuat bé. Però potser des que estem en el projecte la cosa flueix molt més bé. (cuidador/a 9)

No obstant això, les entrevistes i la informació extreta de les enquestes indiquen que **a les persones usuàries els costa esbrinar quins nous recursos o serveis poden estar disponibles per a elles, i no sempre saben com sol·licitar-los**, especialment en el cas dels serveis socials. Diverses persones usuàries no identifiquen una persona concreta com a coordinadora de la seva atenció, mentre que també es constaten en alguns casos dificultats per entendre la complexitat de l'equip de professionals que les atenen.

Diversos aspectes, que no sempre eren directament atribuïbles a l'equip involucrat en el PIIC Plus, van dificultar la continuïtat de l'atenció i l'atenció centrada en la persona. Algunes

persones usuàries van assenyalar una **falta de coordinació entre els diferents proveïdors de serveis** després de la seva alta hospitalària; unes altres es queixaven de les **llargues esperes per les cites** amb especialistes; i d'altres deien que els **horaris de les visites a domicili no sempre eren els més adequats per a ells** (per exemple, a l'hora de dinar o a primera hora del matí).

De vegades hi ha molt mala coordinació de [nom de proveïdor d'atenció a domicili] amb l'hospital. Després de l'alta, de vegades passa gairebé un mes fins que tornen a venir de [nom de proveïdor d'atenció a domicili] amb normalitat. Durant setmanes és un desastre. (comentari obert parafrasejat obtingut durant l'administració de l'enquesta P3CEQ, persona usuària 7)

U11: Home, coordinats sí, però tarden nena!

E: Tarden a coordinar-se? Expliqui'm, a veure...

U11: Tarden, tarden, és a dir... quan tens visita, tarden.

U12: Sí. Que la visita a vegades tarden, a donar-te l'hora. (Persones usuàries 11 i 12, en entrevista conjunta)

D'altra banda, l'atenció proporcionada en el marc del **PIIC Plus no sempre tractava el benestar emocional de les persones usuàries** (com podria ser la promoció de les relacions socials o les activitats comunitàries), sinó que d'alguna manera se centrava més en el manteniment del benestar físic i en la planificació d'opcions d'atenció futura en cas que es fes necessària una atenció més complexa. Quan AQuAS va fer el retorn de l'avaluació dels resultats de la Iteració 1 als membres del grup motor d'Osona, (en el mes 12), els professionals van reconèixer que això era una deficiència que podia limitar l'autogestió de la salut i afectar l'estat de salut de les persones usuàries. Els professionals atribuïen la menor presència d'activitats de promoció del benestar emocional i de les relacions socials, en part, a les condicions avançades d'algunes de les persones usuàries, que limitaven la viabilitat d'aquesta mena d'activitats. D'altra banda, algunes persones usuàries no veien amb bons ulls la presència de voluntaris per fer-los companyia.

E: I li ha comentat això a l'infermer/a o al metge/la metgessa? Que li agradaria potser sortir a fer un passeig...

U: No, no li he comentat.

E: Per què? Perquè li fa cosa comentar-ho, o perquè tampoc li és molt prioritari?

P: Mira no, tampoc m'és una gran prioritat. I si no vaig amb persones que jo conec i així, tampoc no em val la pena. Saps?

E: Vale.

U: Que a vegades també m'heu dit per venir alguna persona a fer-me companyia o a parlar un rato... No, a mi no...

E: O sigui, li han ofert aquesta possibilitat, però heu valorat que no...

U: No, a mi no, no és per a mi. (persona usuària 10)

Cal destacar que els **plans d'atenció realitzats durant la Iteració 2 del projecte de millora van incloure un ventall més gran d'activitats de promoció de les relacions socials i de l'envelliment saludable, i també atribuïen un rol actiu a més persones usuàries** que en

la Iteració 1. Segons aquests indicadors, sembla que l'equip va incorporar el retorn que havia rebut d'AQuAS i va esforçar-se per tal de prestar més atenció al benestar emocional i a l'autogestió de les persones usuàries de la Iteració 2, dins de les seves possibilitats i preferències.

Tot i detectar-se aquestes limitacions en el grau de coordinació i en l'abast de l'atenció proporcionada, **els professionals que han implementat el projecte de millora manifesten percebre una major integració de l'atenció social i la sanitària**: consideren que els professionals dels serveis socials locals han estat més involucrats en el projecte de millora, el qual ha estat dissenyat i implementat conjuntament, representant tant les perspectives socials com les de la salut.

El fet potser més cridaner és que els elements d'integració sanitària i social han funcionat, han estat molt presents. Que les treballadores socials de [entitat de serveis socials locals] han estat molt compromeses... Perquè experiències de compartir coses amb els metges de família ja en tenim i a vegades havia anat molt bé i de vegades no tan bé, però potser aquesta vegada el tema de compartir, d'intentar i d'integrar bé en el PIIC tot el tema del treball social, jo crec que ha estat un punt diferenciador de les experiències que teníem anteriors. (directiu/va 1)

Si bé es considera que l'avaluació de les necessitats i l'elaboració dels plans d'atenció s'ha fet de manera conjunta amb els professionals rellevants per a cada cas, **a l'hora de fer el seguiment i consultar la versió final dels plans d'atenció validada amb cada persona usuària, s'han experimentat algunes dificultats**, especialment en el cas de professionals que participaven en la conferència de cas, però no en la visita de validació amb les persones usuàries i cuidadores.

P28: Jo potser és de lo que he fet, he trobat a faltar una mica de feedback.

P10: Perquè no has tingut feedback.

Tots: Clar!

P45: Ha sigut una intervenció puntual i no saps, a partir d'aquí... com ha acabat.

P28: No sé com ha acabat la història. (professionals 28, 10 i 45)

Un aspecte que explica aquest fet és que els professionals no transferien rutinàriament els plans d'atenció PIIC Plus validats a la història clínica electrònica compartida entre les organitzacions de la salut, tot i que es va preparar un manual PIIC Plus amb instruccions específiques per fer aquesta transferència de dades, que es va fer arribar a tots els professionals que implementaven el projecte de millora. Això va quedar com un aspecte pendent, cosa que va dificultar el seguiment per part dels professionals especialistes un cop els plans d'atenció havien estat validats pels membres de l'equip d'atenció primària amb les persones usuàries i cuidadores.

P10: Ens falta una història compartida real social i sanitària, que ja s'hi va cap aquí, però encara està... està...

P38: Sí, és una mica com, bueno... ja hem anat parlant de com ho fem, com ho enviem, qui s'ho queda, no sé què... és un tema com... afegit, diguem-ne. (professionals 10 i 38)

Resultats en relació amb l'eficiència

Assolir millores en termes **d'eficiència** no era l'objectiu principal del projecte de millora d'Osona. De fet, els membres del grup motor no esperaven que el projecte incrementés l'eficiència entesa en termes clàssics (capacitat d'assolir un efecte amb el mínim de temps o de recursos possible), o, en tot cas, consideraven que no era un dels criteris més rellevants per avaluar l'atenció centrada en la persona.

Però, eficient... de fet, potser hem millorat alguns resultats o aspectes, però hem invertit més persones per fer-ho. Així que diria que no és eficient.
(professional 51)

Crec que a l'objectiu de l'atenció centrada en la persona, l'eficiència ha de ser com un a més a més, perquè al final el que treballem és perquè la qualitat de la vida de les persones... (directiu/va 1)

La informació relativa a les hores que el personal va invertir al projecte de millora és la mesura principal per poder calcular els **costos** del projecte, ja que no es va assignar al PIIC Plus cap finançament *ad hoc* ni personal addicional. El procés d'elaboració de plans d'atenció, que podia durar d'un a tres mesos des de l'obtenció del consentiment informat de la persona usuària (per a participar al projecte) fins a l'emmagatzematge de la versió validada del pla d'atenció, va **requerir de mitjana una dedicació de 13,8 hores per persona usuària**, amb una major inversió de temps per part del personal d'infermeria, seguit dels treballadors socials, els metges de família i, finalment, els metges especialistes.

A Osona es va decidir recollir dades específiques més enllà del que marcava el marc metodològic comú de SUSTAIN, amb l'objectiu de copsar el **possible impacte o benefici** del nou mètode de treball d'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada (per a més detalls, consulteu l'annex 3). Concretament, es va recollir informació sobre l'ús dels serveis d'atenció primària per part dels vint participants d'Osona les dotze setmanes abans i després de la validació d'un pla d'atenció. S'observa que el nombre de consultes imprevistes dels participants en el projecte de millora (ja fossin amb medicina de família, infermeria d'atenció primària, treball social d'atenció primària de la salut o treball social de l'ajuntament) disminueix un 45,5% (15 consultes menys), comparant les 12 setmanes anteriors i posteriors a la validació del pla d'atenció. **Sembla, doncs, que les persones usuàries van patir menys descompensacions, accidents, crisis, etc. des de l'entrada en vigor del pla d'atenció**: es podria dir que van passar de tenir aproximadament una complicació de salut cada sis setmanes a una cada dotze setmanes. Cal prendre aquesta informació tan sols com un indicatiu i amb cautela, atès que caldrien anàlisis i dades addicionals amb períodes de seguiment més llargs i amb una mostra més gran per poder verificar o refutar aquesta troballa. Si aquest resultat es confirmés, representaria una millora molt significativa des del punt de vista de la persona usuària. Les dades també indiquen un possible efecte de redistribució de l'ús dels serveis de les persones usuàries ja que, d'una banda, es redueixen les consultes imprevistes a medicina de família, infermeria d'atenció primària i emergències d'atenció primària, però d'altra banda, el total de consultes (programades o imprevistes) amb treball social augmenten un 33,3% en el període de seguiment (de 12 a 16 consultes).

Què explica l'èxit i la millora de l'atenció integrada?

Elements facilitadors relacionats amb el disseny del projecte (nivell micro)

Objectius, rols i acords de governança clars i consensuats. El grup motor d'Osona estava format per membres dels centres d'atenció primària de salut, dels hospitals d'atenció aguda, intermèdia i de llarga durada, i dels serveis socials locals. Des del començament hi van participar professionals que treballen a primera línia amb gent gran amb necessitats de salut i socials complexes, especialistes que proporcionen atenció en moments puntuals, així com personal directiu que lidera departaments o programes d'atenció a la cronicitat i la dependència. Els diferents perfils professionals i les institucions estaven d'acord que calia millorar la manera com es planificava i es proporcionava l'atenció integrada i confiaven en els potencials beneficis d'una atenció més centrada en la persona. Això va facilitar l'esforç conjunt necessari i la prioritització del projecte de millora, doncs a nivell institucional es creia en els objectius del projecte. Tant el compromís institucional com el professional es van considerar facilitadors clau, significant a la pràctica que els professionals comptaven amb el suport de les institucions per desenvolupar el projecte. El fet que al disseny i a l'elaboració de plans d'atenció PIIC Plus es prestés atenció tant als aspectes socials com als de salut que condicionen el benestar de la persona usuària va afavorir el sentiment de copropietat del projecte per part de les institucions i professionals tant socials com de la salut, així com una millor comprensió de la persona en la seva totalitat.

Continuo pensant com la majoria [de professionals assistents al grup local] que realment [el projecte de millora] és profitós perquè quan poses en comú des de diferents àmbits una persona usuària pots veure perspectives o visions, doncs des de l'àmbit hospitalari, o ells poden veure les nostres des de l'àmbit de primària i això de vegades t'ajuda a ordenar i a centrar una mica la situació real. (professional 45)

L'absència d'un procés de presa de decisions jeràrquic, amb el personal directiu actuant com a facilitadors, tot promovent un lideratge conjunt, rols igualitaris i una presa de decisions compartida entre tots els membres del grup motor, també va afavorir l'acceptació del nou mètode treball, que es va poder dissenyar tenint en compte la realitat de la pràctica quotidiana. Això va accentuar la identificació amb el projecte de millora dels diferents professionals i va facilitar la seva implementació.

Mètode i gestió del projecte. Els professionals d'Osona consideren que l'experiència SUSTAIN va proporcionar un marc metodològic i temporal que va facilitar: treballar amb uns objectius clars, la sistematització dels procediments, la documentació del procés de treball i la prioritització per tal de complir amb els objectius fixats dins dels terminis establerts. El fet que el pla d'implementació vingués donat des de fora, i que la gestió del projecte anés a càrrec de les investigadores d'AQuAS, va facilitar la celebració de reunions de manera periòdica, la definició de les accions a realitzar i la seva assignació entre els membres de l'equip, el compliment dels terminis, així com la identificació i gestió de les dificultats. També va incrementar el rigor metodològic i va proporcionar una avaluació intermèdia per tal de millorar els aspectes menys exitosos.

[Parlant de facilitadors] Treballar amb mètode. [riures] Sí, sí. Lo social pot arribar a ser molt dispers. Per lo tant, si ho organitzes, doncs ho és menys [dispers] [riures]. (professional 44; perfil social)

A més, els professionals del grup motor van valorar molt positivament el lideratge marcat en cadascun dels tres equips d'atenció primària de salut, juntament amb el rol de coordinació d'una professional a l'hospital d'atenció intermèdia. Mentre que la persona de referència designada en cada centre d'atenció primària de salut coordinava la feina amb els altres centres participants i s'ocupava de recordar als companys del seu centre els objectius i terminis, la persona coordinadora de l'hospital d'atenció intermèdia tenia un rol fonamental d'enllaç entre totes les organitzacions involucrades, superant les incompatibilitats d'agenda per poder dur a terme les conferències de cas dins del període de temps preestablert (amb comptades excepcions). Aquest **lideratge conjunt entre les persones referents de l'hospital d'atenció intermèdia i dels equips d'atenció primària de salut** es va considerar com un element facilitador clau a Osona.

Jo crec que lo que han facilitat més són els referents, una persona referent a cada àmbit. En concret, bueno, els/les infermers/es que feien aquest paper una mica de coordinador de tot. Perquè és que si no és un tema tan ampli, no? Jo crec... que vist des de fora, el/la [nom de professional], el/la [nom de professional] i el/la [nom de professional]... Ostres, jo crec que si no hi hagués aquesta persona que empeny, que sap, que té la visió de lo que fem i de què ve ara, després i que no sé què... no és viable.
(professional 38)

Elements facilitadors en l'entorn de treball (nivell meso)

Ambient de treball cultura i actituds de l'equip favorables. Tot i que el nombre de professionals i d'institucions involucrats en el projecte de millora d'Osona era comparativament més alt que en altres iniciatives locals de SUSTAIN, l'enquesta sobre el clima de treball, que es contestava tenint en compte aquest equip interinstitucional ampliat, va tenir una puntuació de 4,04 sobre 5, fet que indica un ambient positiu per al treball col·laboratiu, innovador i orientat a les tasques. Tant a l'enquesta basal com a la de seguiment, els aspectes del clima de treball que van obtenir puntuacions més altes van ser l'acord comú amb els objectius i el valor d'aquests objectius per a les institucions participants, així com la convicció que els professionals s'esforçaven per a compartir la informació. Per tant, es pot afirmar que la cultura de treball a la iniciativa d'Osona apostava clarament per l'atenció centrada en la persona i, un cop implementat el projecte de millora, adoptar una aproximació més centrada en la persona es percebia com un objectiu més assolible. Els membres de l'equip de professionals es reconeixien i respectaven mútuament, i entenien que compartir diferents perspectives, escoltar-se els uns als altres i treballar conjuntament podia millorar l'atenció proporcionada a les persones usuàries. Un factor essencial que els professionals i directius van emfatitzar va ser el grau de compromís del personal participant i les seves habilitats i actituds, que van promoure l'intercanvi, la innovació i l'orientació a les tasques, garantint així l'èxit del projecte de millora.

Els factors fonamentals van ser la cultura prèvia i la gent que s'han posat al projecte; a mesura que han anat entrant en el projecte, deu ni do l'interès propi que se'ls hi ha generat, per exemple, l'equip de [nom de CAP] que no havia estat molt actiu prèviament a la que va entrar al projecte, ostres, ho han considerat una cosa important i volen ser-hi... Però vull dir els equips que més s'hi han ficat, ells mateixos han sigut elements afavoridors. (directiu/va 1)

Tot i que els professionals havien de combinar la seva participació al projecte de millora amb la seva càrrega de treball habitual, van poder dedicar-hi temps i esforç gràcies al suport continu del personal directiu de les institucions locals implicades durant tot el període d'implementació.

Expertesa acumulada i experiència col·laborativa prèvia. Els membres i les institucions de la iniciativa d'Osona tenen experiència consolidada en tractar amb persones usuàries amb condicions de salut cròniques i fràgils. Alguns professionals estan formats específicament en atenció geriàtrica i d'altres són docents a l'Escola Universitària de Ciències de la Salut de Vic. Això els dóna una posició avantatjosa per liderar i innovar en aquest camp, tant com a pioners en el sistema de salut de Catalunya, com també com a participants en les xarxes internacionals d'atenció integrada. A més, les institucions i professionals involucrats en el projecte tenen una àmplia experiència col·laborativa en la millora de l'atenció integrada en aquesta població diana: estan familiaritzats amb les persones, la cultura de treball i els procediments de les diferents institucions participants. Això va ajudar a crear un compromís comú amb el projecte, un reconeixement compartit de la importància de treballar amb un mètode centrat en la persona, i una fluïdesa en la col·laboració interinstitucional i la distribució de rols.

P51: Crec que aquí hi ha un fet que... Ja hi ha una intenció de treballar centrada en la persona...

P38: Prèvia...

P51: Que fa anys que intentem fer. Llavors, hi ha certes coses que no se'ls hi ha fet noves [als professionals]. (professionals 51 i 38)

Què explica la manca d'èxit o de millores en l'atenció integrada?

Barreres relacionades amb el disseny del projecte (nivell micro)

Un aspecte que els professionals i directius van destacar com un obstacle per al projecte de millora era la **diferència en el nivell d'implicació de les institucions i professionals involucrats**. D'una banda, els professionals que estaven executant el projecte, però que no havien estat al grup motor ni havien participat en els debats i decisions sobre el nou mètode de treball a aplicar (per exemple, la majoria dels metges especialistes), estaven menys familiaritzats amb el projecte i el mètode, i és possible que no el consideressin tan rellevant com els membres més involucrats del grup motor. Això es va traduir en una disponibilitat limitada que obstaculitzava les possibilitats de fer avaluacions i visites conjuntes als domicilis de les persones usuàries per validar els plans d'atenció.

[Preguntat pels principals obstacles] La dificultat de quadrar dates, agendes... La coordinació. La dificultat de trobar espais i temps per coincidir. (professional 38)

D'altra banda, algunes dificultats detectades quan s'intentava involucrar determinats perfils professionals en les conferències de cas va fer que els membres del grup motor es preguntessin fins a quin punt totes les institucions participants prioritzaven realment aquesta nova aproximació. L'aproximació del PIIC Plus va ser disruptiva amb les rutines de treball i els rols anteriors, i potser no va ser sempre ben rebut.

Jo vull intentar encara més compromís de les organitzacions, és a dir, hi ha hagut molt compromís de les persones que han... els referents, que per cert, si han vingut com a referents és que la seva organització els hi deixa fer, però haver-ho fet viure encara una mica més en les organitzacions, perquè és que és molt important que les organitzacions s'ho... és a dir, sense els professionals no hi haurà canvi, però sense les organitzacions tampoc. (directiu/va 1)

Una segona barrera que ha limitat l'impacte del projecte de millora va ser la **manca d'implicació d'altres perfils professionals que proporcionen atenció a les persones usuàries**, però que no estaven directament contractats per les institucions participants en el la iniciativa d'Osona. Les treballadores familiars i auxiliars de la llar contractades per entitats del tercer sector, les treballadors domèstiques contractades directament per les persones usuàries, el personal del servei de teleassistència o professionals dels recursos comunitaris van jugar un paper de "satèl·lit", concebuts des de la iniciativa que impulsava el projecte de millora més com un recurs per atendre a les persones usuàries que com un agent actiu que podia proporcionar informació rellevant per a l'avaluació de necessitats de les persones usuàries, per a adaptar millor les opcions d'atenció a les preferències de les persones usuàries o per a assegurar una millor execució de les accions dels plans d'atenció.

*[Durant la valoració de les limitacions de la Iteració 1 a la sessió de retorn intermèdia] La dificultat d'entendre qui fa exactament què en el conjunt de l'atenció que rep la persona (pel volum d'entitats/persones involucrades), combinat també amb què es constata que no tothom involucrat en l'atenció de les persones usuàries està participant en l'avaluació multidimensional i proposta de pla (satèl·lits, cuidadors informals, entitats que no són part del programa), i això pot anar en detriment de la capacitat de fer plans més afinats a les necessitats i preferències de cada persona usuària.
(extracte de l'acta de la reunió del grup motor 17/11)*

Barreres en l'entorn de treball (nivell meso)

Tot i l'interès compartit i la identificació dels professionals i el personal directiu amb el projecte de millora a Osona, amb una cultura de treball favorable a l'atenció centrada en la persona, els professionals van manifestar que la principal barrera que obstaculitzava la implementació del projecte de millora i limitava els seus resultats era la **manca de temps**. Com que no es va contractar personal addicional ni es va designar personal amb dedicació exclusiva a la nova activitat d'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada, la consecució dels objectius

depenia de la predisposició i el compromís dels professionals, així com de la seva capacitat per fer compatibles els esforços del projecte de millora amb les altres càrregues de feina habituals.

A vegades genera estrès, i algun cop m'he trobat tres ingressos... Manca de temps, ningú et fa cap cobertura... [en referència a quan ha de deixar la feina habitual per atendre una reunió]. (professional 22)

És que és la manera ideal de treballar. Lo que passa és que no tenim l'entorn ni la manera habitual de treballar que et deixi fer això. Significa un esforç extra, unes hores extres, una sèrie de coses... que coordinar-te amb serveis socials, coordinar-te amb... Clar, requereix un temps. Les agendes s'han de fer compatibles. (professional 1)

Es va trobar a faltar, i es va considerar com una opció a ser explorada en el futur, un sistema de videoconferència que estalviés als professionals el temps de desplaçament entre el seu lloc de treball habitual i l'hospital intermedi per participar en les conferències de cas.

Restriccions estructurals (nivell macro)

Els professionals i directius d'Osona van identificar com una barrera crítica **la restricció econòmica actual patida pels sectors social i salut**, que impedeix l'augment del personal i disminueix les possibilitats d'innovar i de dur a terme processos de canvi. Aquestes restriccions es donen a més en un **estat del benestar que ja dedica escassos recursos a la gent gran i als seus cuidadors informals** en comparació amb altres països europeus. Això es tradueix en criteris restrictius per accedir als serveis (p. ex. no es té en compte la multimorbiditat ni la combinació de necessitats de salut i socials complexes); llargues esperes entre les cites, les proves i els resultats; hores limitades d'atenció a domicili (neteja, higiene personal), i una dependència dels cuidadors informals, que poden estar rebent algun tipus d'ajut estatal, però escàs suport pràctic o formatiu. A més, el sector públic cobreix els materials de cura "essencials", però molts productes de salut i higiene (bolquers, locions, guants de làtex, etc.) que milloren la qualitat de l'atenció i el benestar de la persona van a càrrec de la persona usuària, que no sempre els pot pagar. Això limita l'atenció centrada en la persona, ja que la intensitat i la qualitat de l'atenció poden no ser suficients per satisfer les necessitats de les persones usuàries i cuidadores.

Bueno, des de la sonda, els guants, totes les cremes que necessitem pels bolquers quan s'escalden... Tot això sí que no entra. (cuidador/a 9)

C: Lo que no està cobert són les espongetes de netejar, els cobrellits, els guants de làtex...

E: I aquestes coses són importants?

C: Per mi sí perquè... Una, si tens un/a cuidador/a, jo no vull que li fregui, parlant malament, les parts de [la persona usuària] sense uns guants de làtex, per exemple. Per això per mi és important que hi hagi sempre una capsa de guants de làtex a l'armari que tenim [la persona usuària].

Després les espongetes, comprem aquelles espongetes ensabonades que és posar en aigua i ja surt espuma. En fan servir una i es tira... una

espongeta única perquè higiènicament és molt més fàcil netejar i tirar que no aquella que l'has de tornar a netejar cada dia i allò quedaria allà. [...] Si sumem tot, espongeta, no sé què, no sé quantos, puja una mica més de la... del que cobra [Persona usuària] [referint-se a pensió]. (cuidador/a 8)

La **separació tradicional entre els serveis de la salut i els serveis socials** (que depenen de diferents departaments amb diferents pressupostos), combinat amb un origen històric dispar (salut universal vs. serveis socials només per als col·lectius més desfavorits o vulnerables), implica una atenció fragmentada i poc centrada en la persona. Hi participen múltiples institucions, que funcionen amb responsables polítics, agendes i pressupostos separats. Això dificulta un major desenvolupament de l'estratègia catalana d'atenció integrada. D'altra banda, la **manca d'un sistema informàtic integrat i compartit** entre tots els membres de l'equip d'atenció (tant del sector de la salut com del social) impedeix un emmagatzematge, accés i actualització àgil dels plans d'atenció. A la vegada, **l'estigma dels serveis socials** en comparació amb el servei universal de salut, establert des de fa molt de temps, es tradueix en una falta de coneixement i ús dels serveis socials locals disponibles, que des de l'any 2007 inclou els serveis d'atenció a domicili per a la gent gran en la seva cartera de serveis bàsica. També cal mencionar **el context polític incert** a Catalunya al llarg de la implementació del projecte de millora, que va afectar els ànims i el nivell d'energia dels professionals treballant en un procés de canvi local, ja que no sabien si els seus esforços estarien alineats amb les futures polítiques a nivell català.

El marc político-legal està molt mogut... (professional 38, amb acord generalitzat entre participants del grup focal)

E: Això també és un altre factor, el marc, diguem, de la incertesa a nivell de govern, de país?

D: Això no facilita res... Perquè clar, ara el govern, el sistema de salut, per sortir del lloc on està ha d'innovar. Per innovar has d'estar valent, has d'assumir reptes. Per tant ara la conselleria de salut té una sèrie de problemes molt importants i ha d'estar valent perquè té molts reptes. Vull dir que és clar que influirà això a l'hora d'implementar aquests projectes... (directiu/va 1)

Finalment, cal tenir present que l'aproximació basada en la presa de decisions compartida pot no sempre funcionar amb aquesta població diana, particularment per **motius cognitius, culturals o de comportament**, per exemple, pèrdua de memòria, creença que «el metge ho sap millor», baixa alfabetització en salut, o dificultats per adoptar un rol actiu a causa de la falta de costum d'expressar preferències o de participar en decisions. Això es pot explicar parcialment pel context històric que va condicionar la trajectòria vital de les persones usuàries participants, nascudes durant el període de la guerra civil espanyola i que es van fer adultes durant la dictadura franquista. Aquestes dificultats haurien de tenir-se en compte a l'hora de dissenyar intervencions per a aquesta població en particular. **Els professionals van considerar que necessitaven més formació per tal de millorar les seves habilitats comunicatives i de presa de decisions compartida** amb les persones usuàries, ja que els problemes de comunicació es van identificar com a una barrera crítica que obstaculitzava el projecte de millora.

PRINCIPALS LLIÇONS APRESES A OSONA

La promoció de millores de l'atenció integrada que poden tenir impacte

El nombre d'institucions participants en el projecte de millora d'Osona (tres centres d'atenció primària de salut, quatre ajuntaments amb els seus respectius serveis socials, i diversos hospitals) va ser més gran que en altres experiències SUSTAIN^e. Però això no va suposar un obstacle, ja que al llarg de molts anys de col·laboració, les institucions i els professionals participants han construït la convicció compartida que la coordinació de l'atenció proporcionada per cada institució és un element clau, tant per optimitzar els seus recursos, com per oferir una atenció més centrada en la persona per a gent gran que viu a casa seva amb necessitats de salut i socials complexes. Així, **el treball conjunt i la combinació d'esforços sota un lideratge compartit entre l'atenció salut i social de primària i especialitzada** (vehiculat en el marc de SUSTAIN a través del grup motor amb representants de totes les institucions i perfils professionals) es percep com una situació en què tothom hi guanya i que, per tant, val la pena. Això facilita prioritzar tots els esforços per enfortir la coordinació i establir procediments de treball comuns.

La **conferència de cas** també es va valorar com una fortalesa del projecte de millora d'Osona. Els professionals de la salut més rellevants per a cada cas participen amb els professionals socials en l'avaluació de necessitats de la persona usuària i decideixen conjuntament quines són les millors opcions d'atenció a proposar a la persona usuària. Com a conseqüència es percep que creix el compromís del personal tant d'atenció primària com d'atenció especialitzada, que s'identifiquen amb el projecte i se senten corresponsables dels resultats obtinguts per cada pla d'atenció. La conferència de cas ha demostrat ser una plataforma en què els professionals que més tracten cada persona usuària poden representar i expressar els seus desitjos, expectatives i necessitats a la resta de l'equip social i de salut implicat en la seva atenció.

El **compromís del personal** amb el mètode centrat en la persona, i l'**expertesa** en geriatrica tant en atenció primària com intermèdia, han estat elements essencials per a l'èxit del projecte de millora. Això ha permès consolidar la conferència de cas i l'eina d'elaboració de plans d'atenció PIIC Plus com una manera d'optimitzar i personalitzar l'atenció proporcionada en el present a aquesta població diana, i a l'hora de valorar i preveure opcions d'atenció futura amb les persones usuàries que se sentin preparades per fer-ho.

La gestió de les incerteses és el nostre pa de cada dia. No ens desmotiva quan els plans d'atenció es fan obsolets o necessiten de constant

^e Es poden consultar els informes sintetitzant els projectes de millora de cada país SUSTAIN a: <https://www.sustain-eu.org/products/sustain-country-reports/>

actualització per a adaptar-los a la situació canviant de la persona usuària.
(parafrasejat de professional 45, durant una reunió de retorn del grup
motor 17/11)

Millores de l'atenció integrada transferibles a nivell europeu

Tant el projecte de millora d'Osona com el de Sabadell comparteixen un conjunt d'elements que han demostrat facilitar la implementació de l'atenció integrada i que podrien transferir-se a d'altres iniciatives que proporcionen atenció per a persones usuàries 65+ amb necessitats de salut i socials complexes^f.

En primer lloc, a l'hora de configurar un projecte de millora, **el tipus de governança** és essencial. Totes les institucions clau i perfils professionals implicats o afectats pel projecte de millora haurien de ser convidades i convidats a participar en la seva governança, facilitant així que puguin acordar els objectius i les accions a realitzar, i que es generi una visió compartida dels aspectes que necessiten millores i de com a abordar-los. El fet que el personal directiu adopti un rol facilitador i igualitari respecte dels professionals que estan a la primera línia de l'atenció també afavoreix la viabilitat de les solucions a implementar, atès que, d'aquesta manera, els professionals són coautors del projecte i poden ajustar-lo tenint en compte la realitat de la seva pràctica diària.

És important que en les fases inicials del disseny i la implementació del projecte **se seleccionin professionals motivats** per la nova aproximació a adoptar, en aquest cas l'atenció centrada en la persona, i que estiguin preparats per portar a terme processos de decisions compartides amb les persones usuàries i cuidadores.

Garantir que els debats, les decisions i les eines a posar en pràctica **prestin la mateixa atenció a la perspectiva de la salut i a la perspectiva social** també és crucial perquè l'atenció integrada tingui èxit, perquè això permet que els **diferents sectors se sentin coautors del projecte** i que es reconegui la multidimensionalitat del benestar de la persona usuària.

Un altre aspecte transferible dels dos projectes de millora SUSTAIN catalans va ser el fet de disposar d'un **pla d'implementació del projecte sòlid i una estratègia d'avaluació clarament definida**. El suport metodològic i de gestió (com el que rebien de la metodologia SUSTAIN i de les investigadores d'AQuAS, que feien de gestores de projecte externes), així com l'avaluació dels resultats del projecte de millora en diferents punts de la implementació, van permetre assolir els terminis i els objectius previstos i abordar les dificultats que es van anar trobant. D'altra banda, el fet que el projecte emfatitzés la necessitat d'enregistrar la informació i tenir ben endreçada tota la documentació (de cara al seguiment de l'atenció de les persones usuàries participants i també per les necessitats d'anàlisi) va ser especialment valorat i percebut pels professionals com una necessitat quan es treballa amb diferents professionals de diferents CAP i diverses disciplines.

^f Per aquest motiu, els següents paràgrafs apareixen tant aquí com al capítol corresponent de Sabadell.

Les eines de treball estàndard, codissenyades per un equip interdisciplinari van facilitar l'enfocament integrat de l'atenció. L'avaluació multidimensional de necessitats de les persones usuàries i l'eina d'elaboració de plans d'atenció, que va ser dissenyada i ajustada al llarg del projecte de millora, juntament amb l'ús d'un conjunt personalitzat d'instruments validats per fer la valoració de necessitats, van ajudar els professionals a fer que el procés d'avaluació de necessitats fos més eficient i més centrat en la persona. També es va millorar l'atenció orientada a la prevenció, ja que els riscos es van avaluar d'una manera més sistemàtica i es va proporcionar a les persones usuàries i cuidadores consells sobre seguretat, autonomia i adherència a la medicació de manera rutinària durant el procés d'elaboració dels plans d'atenció.

Les **visites a domicili** en el marc del procés d'elaboració de plans d'atenció (per reclutar persones usuàries, recollir valoracions inicials utilitzant instruments validats, explorar les preferències i els objectius de les persones usuàries i després validar els plans d'atenció) van demostrar la seva utilitat tant per als professionals com per a les persones usuàries, i podrien transferir-se a d'altres iniciatives d'atenció integrada.

El mètode de la conferència de cas aplicat a Osona també podria transferir-se a altres iniciatives d'atenció integrada d'Europa. Les conferències de cas reuneixen els professionals d'atenció primària i els especialistes, tant salut com socials, de manera que es fa possible l'intercanvi necessari entre els diferents nivells i sectors que participen en el contínuum assistencial, per tal de decidir conjuntament la solució d'atenció més adequada, d'acord amb les perspectives combinades dels professionals especialistes, els professionals d'atenció primària i les persones usuàries i cuidadores.

Reflexions i punts clau

L'objectiu del projecte de millora d'Osona era superar les limitacions de l'eina preexistent d'elaboració de plans d'atenció individualitzats disponible per als professionals del sistema de salut català (PIIC). Per tal de fer-ho, es va dissenyar i validar amb èxit una nova eina i mètode de treball per l'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada (objectius específics 1, 2 i 3). Un cop implementat el projecte de millora, les persones usuàries van percebre un major grau de coordinació i més utilitat de l'atenció integrada que rebien, i també van expressar en major mesura que consideraven tenir oportunitats per participar en les decisions relatives a la seva atenció. Osona va assolir un grau més alt d'implicació dels serveis socials locals en el mètode d'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada i centrada en la persona, comparat amb experiències prèvies de col·laboració entre els proveïdors d'atenció social i d'atenció a la salut del territori.

Uns trenta professionals de diferents disciplines i nivells d'atenció (medicina de família, personal d'infermeria d'atenció primària i intermèdia, treball social, geriatria, nefrologia, medicina interna, etc.), van aprendre a fer conferències de cas i plans d'atenció PIIC Plus, un mètode disruptiu amb els rols i la distribució habitual de tasques, i difícil d'aprendre durant la formació acadèmica. Els professionals consideren que aquesta experiència els ha ajudat a veure les persones usuàries i cuidadores d'una manera més integral, comprenent millor les seves necessitats i adaptant l'atenció a les seves preferències. També ha incrementat el

sentiment de corresponsabilitat dels professionals en relació amb l'atenció que es proporciona a les persones usuàries, ja que els plans d'atenció PIIC Plus es decideixen conjuntament entre els professionals més rellevants pel cas (segons la situació social i clínica de la persona usuària). El projecte de millora va facilitar una major comprensió per part dels professionals i del personal directiu de la importància de la coordinació i el treball conjunt entre els proveïdors d'atenció, no només per assolir una millor comunicació o reduir les ineficiències, sinó per tal de proporcionar solucions més centrades en la persona i una millor qualitat de vida per a la persona usuària.

No obstant això, l'objectiu específic 4 (transferència dels plans d'atenció PIIC Plus a la història clínica electrònica) i 5 (formació dels professionals en el mètode de conferència de cas i l'elaboració compartida de plans d'atenció) del projecte de millora d'Osona no van ser assolits com s'esperava. No es van compartir sistemàticament els plans d'atenció a través de la història clínica electrònica, ja que els membres de l'equip ho consideraven com una tasca addicional, més enllà de l'objectiu principal del procés d'elaboració de plans d'atenció PIIC Plus. Els professionals van manifestar la necessitat de millorar les seves habilitats comunicatives amb les persones usuàries per tal d'assegurar que aquestes entenguin adequadament el procés d'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada i, d'aquesta manera, permetre la seva participació efectiva en la presa conjunta de decisions sobre les opcions d'atenció. D'altra banda, els professionals van experimentar dificultats significatives a l'hora de coordinar els horaris de treball per poder celebrar les conferències de cas i fer visites conjuntes al domicili de les persones usuàries, i consideren que caldria incrementar o reorganitzar els recursos dedicats a l'elaboració conjunta de plans individualitzats d'atenció integrada i centrada en la persona en cas de voler sostenir o escalar aquest mètode de treball.

Malgrat aquestes deficiències, l'experiència d'Osona és prometedora: l'evidència recopilada i analitzada per les investigadores d'AQuAS posa en relleu que les persones usuàries i cuidadores estan generalment satisfetes amb el nivell d'atenció centrada en la persona que reben. A més, tot i que la participació de la gent gran amb necessitats de salut i socials complexes en el procés d'elaboració de plans d'atenció de vegades ha suposat un repte, les dades indicarien una major percepció que l'atenció es personalitza segons les necessitats i s'integra d'una manera útil per a les persones usuàries. Addicionalment, el format de la conferència de cas per a l'avaluació multidimensional de les necessitats de la persona usuària ha continuat aplicant-se a Osona, més enllà del període formal d'implementació de SUSTAIN. Tot i que el mètode de treball dissenyat a SUSTAIN no s'ha aplicat estrictament a causa de limitacions de temps, totes les institucions participants en el Programa d'atenció per a pacients crònics complexos, avançats i geriàtrics d'Osona manifesten la seva voluntat i convicció de la rellevància de dur a terme conferències de cas per proporcionar una atenció més integrada i centrada en la persona a la gent gran que viu a casa amb necessitats de salut i socials complexes.

SABADELL: CARACTERÍSTIQUES I PROJECTE DE MILLORA

Descripció general de la iniciativa local (o site)

Sabadell és una ciutat de 209.931 habitants (2017) que està situada a vint quilòmetres al nord de Barcelona (Espanya) i és la capital, i la ciutat més gran, de la comarca del Vallès Occidental (Catalunya). Sabadell és una antiga ciutat industrial que va destacar en la producció tèxtil principalment durant els anys cinquanta, seixanta i setanta del segle XX. És per aquest motiu que entre les persones usuàries participants en el projecte de millora de Sabadell trobem una diversitat de bagatges culturals (com ara l'idioma, la regió d'origen) i trajectòries vitals diverses (immigrants i locals).

Tres centres d'atenció primària de salut de Sabadell Nord pertanyents a l'ICS (CAP Concòrdia, CAP Ca n'Oriac i CAP Nord), juntament amb els serveis socials locals proporcionats per l'Ajuntament van dissenyar i executar el projecte de millora. El grup motor que es va establir estava format per 13 persones: dues persones de perfil directiu (una del sector de salut i una del sector social), i una tríada de professionals per cada CAP formada d'un/a metge/essa de família, un/a infermera i un/a treballador/a social, el que es coneixerà com *la tríada de professionals d'atenció primària*. En aquest context, els professionals de la salut estan contractats per l'Institut Català de la Salut i els/les treballador/es socials per l'Ajuntament local. Tots els membres de la tríada de professionals treballen conjuntament en el mateix CAP, de manera que els/les treballador/es socials contractats/des per l'Ajuntament tenen la seva consulta al CAP en lloc d'estar ubicats/des a les instal·lacions dels serveis socials municipals. La integració de l'atenció social i l'atenció sanitària existeix a Sabadell des de l'any 1994, però de manera més activa des del 2013 gràcies a la implementació a Catalunya del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) que va afavorir l'establiment de nous objectius per a la millora de la coordinació salut-social. La iniciativa per a la *Integració social i sanitària de Sabadell Nord* es va impulsar amb l'objectiu d'ajudar persones usuàries 65+ amb necessitats de salut i socials complexes. Quan una persona usuària complia aquests requisits (65+ amb necessitats de salut i socials complexes) se l'apuntava en una agenda compartida entre professionals, per a què el seu cas pogués ser comentat i avaluat per la tríada de professionals durant una reunió mensual de coordinació.

Justificació del projecte de millora

Durant la fase d'avaluació del projecte SUSTAIN, es van identificar algunes dificultats a l'hora de proveir atenció d'una manera més coordinada i integrada per a persones usuàries 65+ amb necessitats de salut i socials complexes (per a més informació vegeu l'informe d'avaluació basal d'Arrue *et al.*, 2016). Algunes d'aquestes dificultats tenien a veure amb la baixa assistència a les reunions mensuals en les quals els professionals socials i de la salut es trobaven per coordinar els serveis d'atenció. Les dificultats per assistir a aquestes reunions es

van atribuir a diferents motius: manca d'instruccions clares per part de la direcció perquè els professionals prioritzessin aquestes reunions per sobre d'altres assumptes, i la necessitat de tenir procediments i eines comunes per poder fer avaluacions conjuntes. Totes dues qüestions es van considerar essencials per avançar en la integració de l'atenció social i sanitària. En particular, els professionals van assenyalar la necessitat de tenir instruments i procediments comuns entre els tres centres d'atenció primària de Sabadell Nord implicats en el projecte SUSTAIN.

El projecte de millora desenvolupat dins del marc de SUSTAIN tenia l'objectiu de potenciar el treball col·laboratiu que els equips ja havien iniciat, però que, per diverses circumstàncies, no havien pogut sostenir al llarg del temps. Els professionals van destacar la necessitat de desenvolupar els instruments i procediments comuns, la necessitat de rebre formació professional sobre com prendre decisions conjuntes (entre ells i amb les persones usuàries), i la conveniència de fer un mapeig dels recursos socials i comunitaris. Van valorar que tot això els ajudaria a treballar de manera més coordinada i integrada. Un gran canvi en el projecte de millora va ser tenir la participació directa de la persona usuària (i cuidadora) en el procés d'avaluació de les seves necessitats i l'establiment d'objectius i activitats específiques en un pla individualitzat d'atenció integrada, o PIAI, validat i compartit amb les persones usuàries i cuidadores. Per aquest motiu, els professionals van insistir en la importància d'organitzar uns tallers formatius específics per a la gent gran (el taller *Vull fer-me gran*) per animar les persones usuàries a prendre decisions compartides, a cuidar-se a elles mateixes i a identificar les seves necessitats i les seves preferències pel que fa a l'atenció que reben.

Objectius del projecte de millora de Sabadell

Els objectius principals del projecte de millora per a la integració de l'atenció social i sanitària a Sabadell Nord eren:

1. Millorar la coordinació entre els professionals de la salut i els treballador/s socials en els tres CAP de Sabadell Nord.
2. Avançar cap a una aproximació més centrada en la persona en la prestació de serveis d'atenció social i sanitària a persones 65+ amb necessitats de salut i socials complexes.
3. Reforçar l'apoderament i les capacitats d'autogestió de les persones usuàries 65+.

Els objectius específics del projecte de millora eren:

1. Formalitzar reunions periòdiques de professionals de l'atenció social i sanitària (la tríada metge/essa de família, infermer/a i treballador/a social) per fer avaluacions conjuntes de persones usuàries 65+ amb necessitats de salut i socials complexes.
2. Desenvolupar una eina comuna d'avaluació multidimensional per al procés d'avaluació conjunta de les persones usuàries 65+ més amb necessitats de salut i socials complexes.
3. Mapejar i posar a disposició de les persones usuàries 65+ diferents recursos d'atenció a la salut, socials i comunitaris que els proporcionin l'experiència i el coneixement necessaris per estimular l'autogestió de la seva salut.

4. Formació professional en presa de decisions compartida i en atenció centrada en la persona.
5. Sessions de formació –el taller *Vull fer-me gran*– adreçades a persones usuàries 65+, per millorar l'apoderament i l'autogestió. Els temes d'aquestes sessions giraven entorn de l'envelliment actiu i saludable, l'apoderament, el desenvolupament personal i social i el compromís amb l'autogestió de la salut.
6. Consolidar un mètode validat i adequat d'avaluació conjunta (el pla individualitzat d'atenció integrada), que seria validat amb les persones usuàries i cuidadores.

Explicació del projecte de millora de Sabadell

El projecte de millora a Sabadell va consistir en els següents passos: 1. Selecció de persones usuàries segons els criteris d'inclusió/exclusió (65+ anys, que viuen a casa, amb necessitats de salut i socials complexes i capaces cognitivament); 2. Reclutament de participants (persones usuàries i cuidadores): explicació del projecte, signatura del consentiment informat, i invitació a les sessions del taller *Vull fer-me gran*; 3. Avaluació conjunta de les necessitats de la persona usuària per part dels professionals de salut i socials, utilitzant l'eina comuna desenvolupada amb aquesta finalitat, i elaboració d'un esborrany del pla individualitzat d'atenció integrada. 4. Assistència de les persones usuàries a les sessions del taller *Vull fer-me gran*; 5. Reunió conjunta entre els professionals socials i de salut i la persona usuària (i cuidadora) per a codissenyar i validar el pla d'atenció. 6. Seguiment i avaluació del pla d'atenció de les persones usuàries als mesos 1, 6 i 12. El diagrama de flux del projecte de millora inclòs a l'annex 2 ajuda a il·lustrar aquest mètode escalonat.

Les tríades professionals dels tres centres d'atenció primària tenien per objectiu seleccionar una persona usuària de cada CAP per a la prova pilot del nou mètode de treball, i posteriorment reclutar entre tres i cinc persones usuàries de cada CAP per a cadascuna de les dues iteracions del projecte de millora (és a dir, un total de 18-30 participants). La identificació i selecció de les persones usuàries es va dur a terme mitjançant l'ús de registres existents (per exemple, la història clínica) i en les consultes diàries de les persones usuàries amb els professionals.

RESULTATS DEL PROJECTE DE MILLORA A SABADELL

Introducció

El projecte de millora de Sabadell es va implementar entre l'octubre de 2016 (mes 1) i el març de 2018 (mes 18), seguint les mateixes fases que tots els altres *sites* on es va dur a terme el projecte SUSTAIN. Es van reclutar tres persones usuàries en el marc de la fase pilot (una per cada CAP) durant la qual es va provar l'eina d'avaluació codissenyada pels membres del grup motor. Després, el projecte de millora es va ampliar a aproximadament 12 persones usuàries en les dues iteracions consecutives, que van durar sis mesos cadascuna. El grup motor va rebre retorns de les avaluacions realitzades per AQuAS al final de la fase pilot i de la Iteració 1 (al març i a l'octubre de 2017, respectivament), la qual cosa va permetre reflexionar conjuntament sobre les experiències i els resultats, detectar possibilitats de millora i aplicar els canvis pertinents. Sabadell va completar la intervenció assolint el nombre de persones usuàries fixat pel consorci SUSTAIN en el temps establert. L'annex 3 proporciona més informació del tipus, la quantitat i el mètode de recollida de dades.

Es van reclutar vint-i-tres participants per al projecte de millora de Sabadell, principalment dones d'entre 75 i 84 anys. La meitat de les persones usuàries vivien amb el seu cònjuge, set vivien soles i tres vivien a casa amb altres familiars. Gairebé totes les persones usuàries van informar que patien deteriorament de les articulacions dels malucs o els genolls o que tenien mal d'esquena persistent. Almenys la meitat de les persones usuàries van manifestar que tenien un o més dels següents problemes de salut: trastorns d'ansietat/pànic, problemes auditius, insuficiència cardíaca, hipertensió arterial, debilitat a les cames o infeccions d'orina recurrents. Les persones usuàries van reportar de mitjana 6,9 condicions de salut d'un llistat de divuit possibles condicions cròniques.

Set persones usuàries tenien una persona cuidadora habitual identificada per l'equip d'atenció i reclutada per a participar en el projecte SUSTAIN. Les persones cuidadores eren dones en el 57% dels casos. Tres tenien més de 75 anys i cuidaven el seu cònjuge dependent. Les altres quatre persones cuidadores eren els fills (1) o filles (3) de la persona usuària. La majoria de les persones cuidadores tenien com a màxim educació secundària. Totes estaven casades, la meitat vivia amb la persona usuària i l'altra meitat vivia a prop de la persona usuària⁹. Dues combinaven la feina remunerada i la cura dels familiars, als quals dedicaven una mitjana de 33,5 hores setmanals.

⁹ En un radi de 5 km de la residència habitual de la persona usuària.

Què funciona?

Elements del projecte de millora

Avaluació multidimensional i interdisciplinària de les necessitats. Una tríada de professionals en representació dels principals perfils de l'atenció primària (metges/esses de família, personal d'infermeria i treballador/es socials) va participar en el projecte de millora, treballant de manera col·laborativa i aprenent mentre anaven fent. L'equip va prestar la mateixa atenció a la perspectiva social i a la perspectiva de salut, i això va facilitar una avaluació integral de les necessitats de les persones usuàries i cuidadores. L'ús d'un conjunt personalitzat d'instruments validats per detectar diferents necessitats de salut i socials va ajudar els professionals a fer que el procés d'avaluació de necessitats fos més eficient, que no es dupliqués (ja que les avaluacions es feien conjuntament) i que estigués més centrat en la persona. També va ajudar els professionals a comprendre la situació de cada persona usuària (i de cada persona cuidadora) i a identificar les seves preferències respecte a les opcions d'atenció.

[Parlant d'aprenentatges] El coneixement del pacient en el context social. I d'escoltar més el pacient: els seus dubtes i expectatives, que a vegades ens oblidem del que vol el pacient i estem pensant per ells. (professional 9)

Identificar els riscos (perills a la llar, estat de salut, dificultats econòmiques, esgotament de les persones cuidadores, etc.) i anticipar-se a escenaris de futur va ajudar a proporcionar una atenció més orientada a la prevenció. Va permetre als professionals oferir assessorament personalitzat sobre l'adherència a la medicació, la seguretat, l'autonomia, els hàbits saludables i les relacions socials. Aquests consells també van ajudar les persones usuàries a reconèixer, entendre i fer front a les seves limitacions de salut i millorar el seu benestar. Els professionals van proporcionar equipament adequat (quan era necessari) per ajudar les persones usuàries a continuar vivint de manera independent i segura a casa, i van verificar que els plans d'emergència estiguessin en vigor i operatius.

El **mètode de treball codissenyat** i els procediments estàndard per avaluar les necessitats i elaborar el pla d'atenció, és a dir, la **formalització del document del pla individualitzat d'atenció integrada com a eina i com a procés**, va facilitar la col·laboració entre els professionals i la coordinació de cara a la persona usuària. En base a les experiències pilot i de la iteració 1 es va anar afinant les eines de treball (el document d'avaluació i pla d'atenció, conegut pels professionals de Sabadell com a *QRD i Pla de treball*), de manera que es van poder incorporar de cara a la següent iteració aquelles modificacions considerades com a rellevants i que no comprometien la utilització d'aquestes eines. El procés de decisió conjunta del pla d'atenció va ajudar a establir entre tots els objectius i a preveure les activitats a portar a terme, tot definint els rols i les responsabilitats de cada membre de l'equip d'atenció.

És que són dos aspectes. Ja no només és anar a domicili. És que jo crec que és el fet, el que el centrat en la persona és important [anar] a casa seva, i això ho hem viscut com un element molt satisfactori, però jo entenc el centrat en la persona en el moment en què tu li preguntes a la persona «Vostè què vol fer de tot això?». (professional 6)

En aquest sentit, **l'assignació de (més) temps i espai per a les reunions interprofessionals de la tríada de professionals** per avaluar necessitats i dissenyar conjuntament plans individualitzats d'atenció integrada per a les persones usuàries, va ser identificat pels professionals com una segona lliçó clau, que va promoure el treball conjunt i va millorar la coordinació entre els professionals.

Jo penso que, de tots aquests objectius [objectius del projecte de millora], que si haig de contestar això, jo crec que sí que hi ha alguns que s'han assolit a les dues iteracions, no? Com és lògicament, ha sigut molt beneficiós per millorar realment la coordinació entre nosaltres.
(professional 6)

Ha facilitat perquè d'alguna manera s'ha institucionalitzat la coordinació. Que d'altra manera la feies igual o, o no igual, l'intentaves. Si parlo només de la coordinació, no amb tot lo que és SUSTAIN, tot lo que implica el pla... És una manera com de formalitzar aquesta coordinació. (professional 6)

Enregistrar la informació, organitzar la documentació del projecte i compartir el document del pla d'atenció va facilitar la coordinació entre els professionals i el seguiment i supervisió de la situació i necessitats de les persones usuàries. A més, en el document del pla d'atenció es distingeix entre els objectius de les persones usuàries i cuidadores, d'una banda, i l'avaluació i la proposta d'objectius que realitza l'equip de professionals, de l'altra, abans d'especificar quins són els objectius i les accions finalment acordades entre tots. Això permet assegurar l'enfocament participatiu i reflecteix el procés de presa de decisions conjunta entre l'equip d'atenció, les persones usuàries i les cuidadores. Les accions del pla d'atenció es van assignar a professionals concrets, augmentant així la seva corresponsabilització i el seu seguiment. D'altra banda, el 72,7% dels plans d'atenció contemplaven activitats específicament pensades per a impulsar la capacitat d'autogestió de la salut i el benestar de la persona usuària, reforçant així el paper actiu de les persones usuàries i de les cuidadores.

Es va crear un **mapa de recursos comunitaris** per a persones 65+, que es va posar a disposició de la tríada de professionals d'atenció primària. Tanmateix, en el marc del projecte de millora la tríada de professionals no va comptar amb professionals dels recursos comunitaris amb qui pogués col·laborar, fet que hauria facilitat que les persones usuàries s'hi poguessin adreçar perquè els ajudessin a trobar informació i a inscriure's a cursos o activitats específiques. Aquest fet va causar certa decepció entre els professionals de Sabadell, que volien potenciar els aspectes relacionals de les persones usuàries a més de les condicions de salut. Els professionals participants en el projecte de millora van considerar que la manca de coordinació amb els serveis comunitaris obstaculitzava la continuïtat de les activitats del pla d'atenció.

Perquè la idea era també vincular-los al territori. Clar, al no tenir el mapeig, el mapa de recursos -on, quan, què fan i a quina hora-, aquesta és la part que no s'ha treballat tant. O sigui, la nostra coordinació de què fem i com ho fem i tot això sí, però després a l'anar a vincular-la a algun servei o recurs o alguna activitat, clar, jo crec que aquesta és la que s'ha quedat com més coixa. I llavors clar, no hi ha hagut un mapeig. (professional 2)

[Parlant de barreres] De que realment haguéssim tingut una figura d'una persona que, un cop nosaltres hem acabat aquesta fase, doncs ella és la que s'encarrega de la supervisió amb aquella activitat o amb aquell recurs que nosaltres hem definit. (professional 6)

La reunió conjunta a domicili de la tríada de professionals d'atenció primària amb les persones usuàries i cuidadores va aportar una major comprensió per part dels professionals de la situació, les necessitats i les preferències de les persones usuàries. Els professionals socials i de salut reconeixien els beneficis d'un enfocament centrat en la persona i, en aquest sentit, van considerar que avaluar les necessitats de les persones usuàries en el seu entorn domèstic resultava més útil per dues raons: d'una banda, la visita a casa de les persones usuàries permetia als professionals identificar barreres o elements que poguessin dificultar les activitats quotidianes, avaluar la seguretat, etc.; i de l'altra banda, els professionals veien que les persones usuàries valoraven molt positivament la possibilitat de poder expressar totes les seves necessitats a l'equip de professionals, per comentar el que era important per a ells i de poder participar en l'elaboració del seu pla d'atenció.

Molt d'acord. I amb el valor afegit de fer això [avaluació multidimensional i validació del pla] al seu terreny, que és molt important. No és el mateix que el pacient vingui aquí, estem darrere d'una taula, mirem un ordinador, li passem un qüestionari, li valorem tal, però que realment ell pugui dir «joestic malament, em passa això...». Però que realment tu vegis el seu context i que vagis allà i que realment et col·loquis allà i ell et pugui explicar «mira, això és la cuina, això és el bany, això no ho tinc així, em passa això, mireu, hi ha escales per pujar al domicili». Jo penso que això és un valor afegit important diguéssim, i ells ho... jo crec que ells ho han percebut d'una manera satisfactòria, però plus! Una passada! (professional 6)

La reunió conjunta a domicili va funcionar per a les persones usuàries, ja que els permetia codissenyar i validar el seu pla d'atenció. Les persones usuàries valoraven molt positivament que l'equip d'atenció les visités a casa, perquè, en general, això les feia sentir cuidades. Les persones usuàries van expressar la seva satisfacció amb la nova manera de treballar i de ser atesos basada en l'existència d'un equip *tríada* de professionals.

U: El/la doctor/a no me l'esperava a casa, perquè normal, no l'havia trucat.

Em va donar molta alegria que vingués a casa meva. Era la primera vegada que venia. I molt bé. Van estar allà asseguts, i jo aquí. El/la doctor/a allà... I molt bé! Vam estar parlant, molt agradable, molt bé.

E: Se li va fer estrany que estiguessin aquí? [referint-se a la casa de la persona usuària]

U: No, no, no... Clar, era la primera vegada que venia, però no, estrany no. Van venir pel que havia fet al centre cívic... [referint-se al taller "Vull fer-me gran"]. Vam parlar de com m'hi havia trobat, de com havia anat... No, estrany no. A qui no m'esperava, ja dic, vas ser al/a la doctor/a.

E: I va sentir que, bé, era diferent de com...

U: De com m'havien tractat abans? Sí.

E: En quin sentit?

U: Doncs, aviam... a casa meva [mmm] no havia vingut mai un assistent social, no havia vingut mai a preocupar-se... Llavors em vaig sentir satisfet/a i de dir doncs sí que sóc en un lloc on es preocupen per mi si en un moment donat... (persona usuària 16)

Els professionals van rebre formació durant la fase pilot (mes 5) sobre decisions compartides i atenció centrada en la persona, a través d'un taller de quatre hores conduït per un expert en psicologia clínica i en desenvolupament d'organitzacions sanitàries. Els professionals es van sentir reforçats pel que fa a l'aproximació a problemes relacionats amb l'apoderament de les persones usuàries, però van considerar que el taller era limitat, perquè els hauria agradat aprofundir més i, especialment, obtenir més orientació sobre com comunicar-se millor amb les persones usuàries durant les visites de validació del pla d'atenció, per tal de fomentar (i no perjudicar) la presa de decisions compartides.

Resultats en relació amb l'atenció centrada en la persona

En general, les persones usuàries de Sabadell estan **satisfetes amb el tracte rebut per part de l'equip de professionals, i consideren que és una atenció centrada en la persona**. Les dades de les avaluacions basal i de seguiment de les persones usuàries que van contestar l'enquesta en ambdues ocasions indiquen que el nivell percebut d'atenció coordinada i centrada en la persona va augmentar un 29,5% respecte del punt de partida, passant d'una puntuació global del qüestionari P3CEQ (qüestionari sobre l'experiència d'atenció coordinada i centrada en la persona) de 14,78 a 19,14 (d'un màxim de trenta punts, N = 16).

Un primer element bàsic de l'atenció centrada en la persona és la manera com els professionals tenen cura de les persones que atenen. Les persones usuàries i cuidadores de Sabadell generalment valoren que els professionals les tracten amb amabilitat i respecte, escoltant-les, donant temps suficient, sent empàtics, tractant-les com una persona en el seu conjunt i no com una malaltia.

E: Està content/a amb el tracte: amb la paciència, amb el respecte, són amables?

U: Sí, sí, sí... Això no cal dir-ho. (persona usuària 17)

Un element clau reportat és que es generen vincles de confiança entre les persones usuàries i cuidadores i els professionals. A més, la continuïtat dels (mateixos) professionals al llarg del temps permet un bon coneixement de cada cas i fa créixer la relació i la confiança amb/de les persones usuàries.

Sí, però marxo una hora [per anar al gimnàs] i aquesta hora estic tranquil·la, perquè penso aquest/a nen/a [treballador/a familiar] el/la cuida.

(persona usuària 19)

La formació dels professionals i la seva sensibilització respecte l'atenció centrada en la persona va ajudar a tractar de deixar enrere el tradicional esquema paternalista de metge/essa-pacient. **Ser transparent i clar amb les persones usuàries**, utilitzar un llenguatge planer i entenedor (no tècnic), escoltar i preguntar com creuen que els professionals les poden ajudar, més que no pas dir-los què necessiten i què han de tenir (recursos), va millorar el codisseny i el procés de presa de decisions conjunta del pla d'atenció.

No obstant això, algunes persones usuàries tenien dificultats per expressar preferències i altres no sentien que haguessin parlat d'escenaris de futur.

E: En el cas de que vostè necessités una atenció més complexa o que la situació de salut es compliqués... han parlat amb els professionals de com... planificar?

U: No.

E: No, això encara, m'ha dit que no...

U: No.

E: Quan arribi el moment?

U: Com ha de ser. (persona usuària 19)

Un altre element bàsic de l'atenció centrada en la persona és el grau en què les persones usuàries poden gestionar la seva salut i el seu benestar. Pel que fa al fet de si el projecte de millora podia haver millorat o incentivat l'apoderament i l'autogestió, els professionals van considerar que la formació que havien rebut va reforçar fins a cert punt la seva capacitat d'abordar amb les persones usuàries temes relacionats amb l'**apoderament** i de l'autogestió de la seva salut. D'altra banda, els professionals van considerar que **el taller Vull fer-me gran**, dissenyat específicament per a les persones usuàries del projecte de millora de Sabadell, els va ajudar a sentir-se recolzats i els va permetre expressar millor els seus desitjos i preferències, potenciant la presa de decisions compartida, el disseny de plans d'atenció conjunt amb professionals, i l'autogestió. Les mateixes persones usuàries que van participar en aquest taller es van mostrar satisfetes amb el contingut i especialment amb el facilitador del taller, que era un expert local en gerontologia.

Jo veig que el tema de la formació ha estat una eina molt centrada en la prevenció, molt centrada en aquesta... reforçar les capacitats de l'individu per fer front a situacions que encara no hi són. Per tant, en aquest sentit, jo crec que és un element positiu, no? Vull dir, des d'aquesta prevenció més inespecífica, no en la prevenció, diguem-ne específica per un problema, sinó la prevenció inespecífica, jo crec que ha sigut positiu. (directiu/va 2)

E: I llavors, diguem, el fet d'haver anat a aquest curs, bé, el taller que es va fer al centre cívic.... el fet que hagin vingut aquí a casa... Per a vostè ha significat quelcom?

U: Molt, molt... I el curs, magnífic! Precisament ahir, no, abans d'ahir, aquest maluc em feia molt de mal, m'assec allà una mica, faig les respiracions que ens van ensenyar i a l'estona dius doncs si tenia raó, si ja no em fa mal! (persona usuària 16)

Durant la Iteració 1, el 50% de les persones usuàries va participar en el taller (assistint almenys a més de la meitat de les sessions). Durant la Iteració 2, el format i el contingut del taller es van ajustar, adaptant-se a les preferències o a la conveniència de les persones usuàries, i la participació es va incrementar fins al 91%. No obstant això, en ambdues iteracions, algunes persones usuàries van trobar dificultats per assistir a algunes o totes les sessions (per causa de l'horari, distància, estat de salut, etc.).

La satisfacció i la utilitat percebuda del taller *Vull fer-me gran* es troben en consonància amb un canvi observat en les dades *pre-post* del P3CEQ de les persones usuàries que van respondre tant a l'avaluació basal com a la mesura de seguiment (N = 16): el nombre de persones usuàries que se sentien capaces 'sovint' o 'sempre' de gestionar la seva salut i benestar va augmentar de 10 a 14. Això es pot interpretar com a indicatiu d'un major apoderament de les persones usuàries. Un altre indicatiu d'una possible millora en la capacitat de la persona usuària d'autogestionar la seva salut és que la quantitat de persones que consideraven que podien 'trobar informació sobre salut' i 'organitzar l'atenció, els ajuts o els serveis' amb facilitat es va incrementar en les seves respostes post- al qüestionari PCHC de 6 a 11, i de 7 a 11 (de 14 enquestats que responen ambdues mesures).

Un tercer aspecte de l'atenció centrada en la persona és el nivell de participació de la persona usuària i de la cuidadora en la presa de decisions. El nou mètode d'elaboració de plans d'atenció va ajudar a **establir objectius i activitats tenint en compte les necessitats i preferències de les persones usuàries i de les cuidadores, atorgant-los rols i responsabilitats**, dins de les seves possibilitats. No obstant això, una de les principals limitacions del projecte de millora va ser la **manca de comprensió del procés d'elaboració dels plans d'atenció** per part de les persones usuàries: la majoria no era conscient de l'existència d'un pla individualitzat d'atenció integrada com a tal. Aquest resultat va sorprendre els professionals de Sabadell en la sessió de retorn de resultats de la Iteració 1, i va portar a la decisió de pilotar una versió impresa "amigable" del pla d'atenció, preparada especialment per a la gent gran, en la Iteració 2. Això fa plantejar el dubte de fins a quin punt les necessitats i objectius reflectits en els plans d'atenció havien estat veritablement codissenyats entre professionals, persones usuàries i cuidadores. Per exemple, les persones usuàries i cuidadores podrien trobar dificultats d'assumir un paper més actiu i expressar preferències o fins i tot participar en les decisions, en creure que els metges/esses "en saben més". En aquest sentit, les capacitats cognitives, l'actitud i els comportaments culturals de les persones usuàries poden explicar, en part, aquestes dificultats percebudes.

E: Vostè va sentir que participava d'aquest... d'això de decidir què podien fer per estar vostès millor a casa, i tot això?

U: No.

E: No?

U: Em sembla que no, o no me'n recordo, més ben dit, no. (persona usuària 2)

Tot i així, si es comparen els resultats de seguiment amb els de l'avaluació basal (per a les persones usuàries que responen a ambdues mesures) el nombre de persones que se senten involucrades en la presa de decisions respecte la seva atenció creix en cinc persones (de quatre a nou; del 25% al 56%). A més, la majoria de persones usuàries (de nou en l'avaluació basal a 11 en la de seguiment) van considerar que havien parlat amb els professionals que les atenen 'del que era més important per a la seva salut i el seu benestar' (P3CEQ anàlisi *pre-post*; N = 16 persones que responen ambdues mesures).

Sí. Clar! Em van preguntar què és el que jo més necessitaria... Dic «doncs necessitaria un ascensor. Però com no es pot posar...». Em costa moltíssim fregar el terra. És el que més tinc ara. Més endavant no sé el que tindrà. (persona usuària 22).

Resultats en relació amb la coordinació

El projecte de millora va facilitar una **atenció més accessible i coordinada**. Els plans d'atenció preveïen una diversitat d'accions i recursos a activar; les més freqüents tenien a veure amb l'augment del suport a la llar per a les activitats diàries bàsiques o instrumentals, seguides d'accions que promoguessin l'autogestió de la salut i dels hàbits saludables (p. ex. gimnàstica adaptada per a la gent gran o tallers de memòria). El tercer grup d'accions previstes als plans d'atenció estaven relacionades amb la millora del seguiment de l'estat clínic de les persones usuàries, per mitjà del monitoratge per part de l'equip de primària i les visites a especialistes. La implementació en el termini d'un mes de les activitats previstes en els plans d'atenció va millorar la percepció de les persones usuàries de sentir-se ateses i cuidades.

U: Doncs sí, una mica millor; des del primer dia ho estic veient. Com que ja no he de pensar en que he de fregar el terra el divendres... Avui sí que el/la noi/a [referint-se a auxiliar de la llar activat mitjançant el nou pla d'atenció] me les [habitacions] ha fregat totes [...] Jo estic contenta. Jo estava pensant ara que el divendres, que ja no he de fer neteja, aniré a veure la meva germana.

E: Doncs mira! Guanya un dia i va a veure a la seva germana. Clar que sí!

U: Perquè és veritat. M'ha tret... perquè somiava amb els divendres, amb fregar el terra! (persona usuària 22)

L'accés facilitat als serveis, amb una atenció a domicili (tant atenció de salut com atenció social) i una comunicació més fluida entre membres de l'equip d'atenció i amb les persones cuidadores, va suposar una major orientació cap a la prevenció i una millora de la coordinació. L'accés per part de professionals de la salut a la història clínica compartida evita que les persones usuàries hagin de repetir informació i facilita la coordinació professional. Saber, arran del projecte de millora, que hi ha un equip que es pot contactar si sorgeix qualsevol canvi en la situació, les necessitats o les preferències de la persona usuària, per preguntar sobre serveis addicionals o serveis nous, així com fer consultes sobre aspectes de la salut **augmenta la percepció de les persones usuàries i cuidadores d'estar ben ateses**.

Tenim més informació. En cas que es necessités, doncs potser sí que sabries a quina porta trucar, no? Però bé, ja dic, que tal com es troba [la persona usuària] de moment, és que no ens ha calgut [més atenció].

(cuidador/a 6)

Aproximadament un mes després d'haver validat un pla d'atenció es va realitzar una enquesta de seguiment amb les persones usuàries. En comparació amb la mesura basal, i prenent només les dades de les persones que van respondre ambdues mesures, quatre persones usuàries més van qualificar de manera positiva 'el grau d'integració de l'atenció' (14 de 16 enquestats) i vuit persones més van valorar positivament 'el grau en què rebien informació útil quan la necessitaven' (13 de 16). No obstant això, el retard o la no implementació (per diversos motius) d'algunes activitats o recursos acordats en el pla d'atenció en el moment en què es van fer les entrevistes de seguiment pot explicar una certa frustració per part d'algunes persones usuàries, i la percepció de què res havia canviat amb el projecte de millora.

U: Exacte. Han vingut vostès [personal d'AQuAS] i van venir ells/es [tríada de professionals].

E: I ha conegut l'assistenta [social]...

U: Però no ha canviat res més.

E: Però la resta és tot igual?

U: Igual. (Persona usuària 17)

A més, algunes persones usuàries van compartir experiències negatives quan se'ls va preguntar sobre la coordinació. Aquestes sovint tenien a veure amb el temps d'espera o la manca de suport.

E: I ara parlant, per exemple, si pensa una mica de quan ha d'anar a operar-se o a l'hospital a fer radiografies... i després ha tornat a parlar amb el/la metge/essa de família. Diria que estan ben coordinats, que es comuniquen bé i...?

*U: No, no. Jo lo que trobo ens fan esperar massa, a la gent gran, per anar de visita a visita... m'entens? Això de que... em visita a mi el/la doctor/a i per anar a l'altre/a doctor/a haig d'esperar tres mesos o quatre... això ho trobo horrorós!
(persona usuària 13)*

Un altre **aspecte percebut per persones cuidadores i usuàries com a millorable era el grau en què s'avaluen les necessitats de les persones cuidadores** durant l'elaboració del pla d'atenció, i la manca d'adaptació de l'atenció a les necessitats variants en el temps de la persona usuària. Tanmateix, algunes persones cuidadores van expressar la manca de flexibilitat dels serveis de salut en relació amb les cites mèdiques, per tal d'ajustar-se millor als horaris de treball de la persona cuidadora. Així, les persones cuidadores de vegades havien de demanar hores lliures als seus llocs de treball per poder acompanyar els seus familiars malalts a les visites o proves mèdiques.

I llavors, quan l'he hagut d'acompanyar per la tarda doncs, o ha sigut el meu dia de festa, o he demanat permís per poder entrar més tard, o he canviat el meu dia de festa per poder anar amb [la persona usuària].

(cuidador/a 6)

Resultats en relació amb l'eficiència

Preguntats sobre l'impacte del projecte de millora en l'**eficiència** dels serveis, els professionals participants en el grup focal en general opinaven que l'equip era més eficient qualitativament, però no quantitativament (per exemple, pel que fa al nombre de visites de les persones usuàries, etc.). No obstant això, en general es van sentir més eficients arran de la seva participació en el projecte SUSTAIN; alguns comenten com el projecte de millora havia facilitat que "obrissin la ment", permetent-los avaluar millor les necessitats de les persones usuàries i abordar-les en el seu conjunt.

P4: Jo diria que sí que és eficient perquè he obert el meu punt de vista...

P9: ... a nivell quantitatiu, no sé. (professionals 4 i 9)

Pel que fa al **cost**, el projecte es va desenvolupar i es va realitzar en els entorns habituals dels tres CAP implicats, sense personal addicional. El cost del projecte en termes d'hores invertides va ser de **334 hores, distribuïdes per igual entre cada membre de la tríada de professionals de primària** (medicina de família, infermeria, treball social), cosa que reflecteix la responsabilitat compartida i el compromís en el procés d'elaboració de plans d'atenció dels

tres perfils. En total, **es van dedicar una mitjana de 14,5 hores a cada persona usuària**, des del reclutament fins a la validació dels plans d'atenció, un procés que transcorria al llarg d'aproximadament tres mesos (dels quals, un mes es dedicava a les 3-5 sessions setmanals del taller *Vull fer-me gran*).

Què explica l'èxit i la millora de l'atenció integrada?

Elements facilitadors relacionats amb el disseny del projecte (nivell micro)

Comptar amb un pla específic per a la implementació del projecte, i assignar formalment hores als professionals de la tríada de professionals d'atenció primària per tal d'elaborar plans d'atenció. Els professionals van indicar que el disseny del projecte, amb els objectius i les accions clares (calendari, pilot i iteracions, punts de retorn de l'avaluació), els rols dels professionals acordats, i una estructura de governança (reunions del grup motor, lideratge) ben definida, va facilitar l'execució del projecte de millora. El fet de disposar d'un cronograma de treball compartit i de planificar amb temps les tasques que havia de fer cada professional en cada moment va facilitar una major coordinació. Aquest fet va ser cabdal per assegurar franges compatibles entre els professionals implicats per tal de fer les reunions conjuntes d'avaluació de necessitats i elaboració de plans d'atenció.

Gestió del projecte: disposar d'una figura externa com AQuAS, legitimada per part del grup motor per actuar com a gestora del projecte, fixant terminis i prioritats i garantint un rigor metodològic, va ajudar a desenvolupar el projecte de millora tal com estava dissenyat, tot assolint els objectius fixats.

En aquest sentit entenc que [mmm] SUSTAIN, o AQuAS, no? Què aporten? Doncs aporten metodologia, això és un element important. Aporta compartir coneixements, d'alguna manera ens heu passat documents... Ens heu passat experiències d'altres llocs... Ens heu passat persones de referència... I després aporta també calendari, no? Seguiment... Llavors en aquest sentit doncs penso que... és molt positiu. No s'hauria donat sense això, d'acord? (directiu/va 2)

Elements facilitadors en l'entorn de treball (nivell meso)

El lideratge i el suport de personal directiu clau, tant dels serveis de salut com socials, juntament amb **un equip de professionals compromesos**, que creien en l'atenció integrada i centrada en les persones i se sentien copropietaris del projecte de millora, van ser aspectes clau perquè la implementació fos exitosa. La presència de persones que exercien d'impulsors dins l'equip, capaços tant de donar suport a altres companys com de liderar quan fos necessari, va ajudar a que les tasques es realitzessin satisfactòriament.

Jo crec que el grup motor ha sigut essencial; si no, no s'hagués portat a terme. I les persones que el formaven també. Que eren persones. No... seleccionades i amb interès especial. Això, i molt motivadores, sobretot pels problemes que hi ha hagut per la falta de personal, sense aquesta gent s'hagués mort. (directiu/va 1)

Facilitat segur. Amb el grup motor hem tingut molta sort. Molta sort amb les persones que... que constituïm el grup motor. Penso que ha sigut importantíssim [...] Perquè aquest grup tampoc ha estat trobat a l'atzar. Jo crec que aquest grup, és "digue'm amb qui t'ajuntes i et diré qui ets". Aquest projecte no pot tirar endavant... No pot participar ningú com a grup motor si no està d'acord o no hi creu, o posa-li el verb que vulguis, no? No estem aquí de forma casual. Jo penso que si es tracta de perfils, igual que hi ha perfils de pacients, hi ha perfils de professionals, no? (professional 6)

El bon ambient dins l'equip professional i l'actitud de suport, de reconeixement i respecte mutu dels integrants va incentivar la innovació i la col·laboració a l'hora de treballar. **La visió compartida sobre els beneficis de l'atenció centrada en la persona** (tant pel rendiment professional com per proporcionar solucions personalitzades a cada persona usuària), va reforçar la col·laboració i la voluntat d'aprendre des de noves perspectives. L'intercanvi continu entre els professionals que van implementar el projecte de millora, posant en comú les dificultats per pensar conjuntament en solucions, va constituir un factor de suport i motivació. Sabadell va obtenir un bon resultat en l'enquesta sobre el clima de treball (TCI) abans de la posada en marxa del projecte de millora, i tot i així va augmentar 0,5 punts per arribar a una puntuació de 4,47 (d'un màxim de 5) en la mesura de seguiment. Alguns dels ítems d'aquesta enquesta que van augmentar de forma notable van ser: 'buscar noves maneres d'adreçar els problemes' (incrementant 0,88 punts, fins a situar-se en 4,38); 'tenir en compte les idees dels altres' (augmentant 0,75 punts); i 'tenir una actitud solidària: estem junts en això', obtenint un 4,75 en el seguiment (augmentant 0,37 punts).

Jo crec que la implicació dels professionals ha sigut el primer [facilitador] perquè sense ells, no! L'altre [facilitador] crec que, bueno... la bona entesa que han tingut els professionals entre si, ja siguin socials o salut, que s'han entès molt bé i que s'han escoltat. (directiu/va 1)

Què explica la manca d'èxit o de millores en l'atenció integrada?

Barreres relacionades amb el disseny del projecte (nivell micro)

La manca de coordinació o col·laboració amb d'altres agents que participen en l'atenció i el suport a les persones usuàries, com poden ser assistents personals, auxiliars de la llar, professionals de teleassistència, treballador/es comunitaris o especialistes en salut, entre d'altres. Aquests agents no participaven en l'elaboració dels plans d'atenció, tot i també tenir coneixement de la situació i necessitats de la persona usuària i ser qui *de facto* proporciona una part considerable de la cura. La manca de coneixement del pla d'atenció i de contribució en la seva elaboració per part d'aquests agents pot dificultar tenir un pla del tot ajustat a la realitat de la persona usuària al qual tots els agents que l'atenen s'hi adhereixin. Per exemple, els especialistes de l'àmbit hospitalari no prenen part del nou mètode de treball per a elaborar plans individualitzats d'atenció integrada: no treballaven en col·laboració amb els equips d'atenció primària, desconeixien que les persones usuàries tenien un nou pla d'atenció personalitzat i no necessàriament estaven familiaritzats amb l'atenció centrada en la persona. Això podia minar els esforços realitzats en l'atenció primària de salut o en els serveis socials

locals per establir una atenció personalitzada, en no conèixer tots els agents els objectius i el tipus d'atenció validats amb les persones usuàries.

D'altra banda, **la manca d'una persona que exercís la funció de lligam amb els recursos comunitaris** per a les persones 65+ va ser considerada com una altra barrera important; els membres de la tríada de professionals de primària no tenien els recursos (informació actualitzada periòdicament sobre l'oferta d'activitats; temps per fer el seguiment i facilitar que s'hi apuntessin) necessaris per aconseguir que efectivament les persones usuàries comencessin a fer activitats per promoure les relacions socials i l'envelliment saludable actiu (gimnàstica adaptada a la gent gran, ioga.).

Perquè era un tema molt comunitari... una dificultat és aquesta separació, no? Vull dir, que lo assistencial està en un costat i lo comunitari està en un altre i encara no hem fet els ponts. Jo crec que ni des de salut ni des de social, que els ponts... encara estem molt a les consultes. Encara estem molt a la demanda de la gent que ve. Però estem poc connectats amb els recursos comunitaris. Vull dir, tant com des de salut com des de social. Llavors això dificulta aquesta dimensió de... de que la persona usuària es connecti [a la comunitat]. És un sobreesforç. (directiu/va 2)

Barreres en l'entorn de treball (nivell meso)

La manca de recursos humans va ser considerada la barrera més important en la implementació del projecte de millora. Els professionals que participaven en el projecte de millora SUSTAIN no tenien temps específicament reservat pel projecte, de manera que van haver de combinar les activitats del projecte de millora amb les seves tasques diàries, sovint dedicant-hi hores extres (no remunerades). En conseqüència, la participació al projecte va suposar una sobrecàrrega de feina per als professionals que, en algunes ocasions, van haver de demanar a companys que cobrissin els seus torns, cosa que va causar confusió o conflicte amb altres companys que desconeixien el projecte de millora. La disponibilitat de més personal i de més temps per dedicar-se al projecte hauria permès als professionals treballar en un entorn més favorable. La manca de temps va ser especialment pronunciat en el cas de les treballadores socials que formaven part de la tríada de professionals, doncs eren l'única persona representant dels serveis socials locals que participava en el procés d'elaboració de plans d'atenció, i justament una part significativa de les noves accions o recursos a activar arran d'aquests plans eren recursos socials.

Bueno, hem hagut de fer-ho [l'activitat del projecte de millora SUSTAIN] en el temps laboral, per tant ha afectat a companys. Algun dia hem anat d'extra, però vaja, no s'ha pagat. Llavors, a nivell de finançament: zero. (professional 9, amb acord de 4 i 6)

Restriccions estructurals (nivell macro)

Estigma dels serveis socials. Les persones usuàries dels serveis socials poden ser socialment estigmatitzades ja que, tradicionalment a Espanya, els serveis socials s'havien centrat en col·lectius amb risc d'exclusió social (per exemple, pobresa extrema, abús de

substàncies, violència familiar, etc.). La provisió de serveis d'ajut a domicili per a gent gran només esdevé part de la cartera de serveis a oferir des dels serveis socials locals des del 2007 (fa poc més d'una dècada). Els serveis socials també són els responsables de valorar el grau de dependència de la població arran de la llei 39/2006 de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Així, les persones usuàries i cuidadores generalment no tenien coneixement dels serveis o prestacions socials disponibles per a persones 65+. D'altra banda, les connotacions negatives que tenia el fet de ser visitat per un professional dels Serveis Socials van dificultar l'acceptació de la figura del/de la treballador/a social i, de vegades, les persones usuàries i cuidadores eren reticents o tenien dubtes sobre el perquè de la visita del/de la treballador/a social a casa juntament amb els professionals de salut. Segons els professionals, algunes persones usuàries podrien haver rebutjat participar en el projecte de millora a causa d'això. Les conclusions del projecte mostren que algunes de les persones usuàries i cuidadores participants en el projecte de millora de SUSTAIN no tenien un coneixement o una percepció clara del rol del/de la treballador/a social dins de la tríada de professionals de l'atenció primària. **Aquesta tríada era innovadora, atès que establia un equip d'atenció mixt salut i social com a referents o punts de contacte per la persona usuària**, que tradicionalment estava més acostumada a tenir un metge o metgessa de família com a professional de referència. Aquest canvi de vegades es trobava amb recels.

Sí, en aquest cas, pot semblar la paraula una mica forta, però sí que és veritat que semblava com [anar] a Serveis Socials era una estigmatització: «He anat a Serveis Socials», això vol dir que tinc problemes econòmics, que alguna cosa.... I això sí que és [quan es parla amb persones usuàries i cuidadores]: «No! Escolta, quan hi ha això, també me n'ocupo jo [treballador/a social]!». També, no? Això també ha donat visibilitat [als serveis socials] i aquestes accions més preventives que [nom de professional] diu. (professional 6)

Un estat del benestar amb recursos escassos per a la població 65+ que, per exemple, depèn del suport informal familiar per a la gent gran, o que ofereix pensions mínimes no contributives per sota del salari mínim, dificulta l'accés als serveis o recursos que podrien beneficiar les persones usuàries. Els resultats del qüestionari sobre '*Control percebut sobre l'atenció a la salut*' (PCHC per les seves sigles en anglès) reflecteixen aquesta escassetat de recursos per a la gent gran: l'únic ítem del qüestionari valorat pels participants com a 'difícil' va ser 'poder fer front econòmicament a una atenció més complexa en cas que es necessités'. D'altra banda, quan es preguntava a les persones usuàries per les deficiències en l'atenció que rebien, assenyalaren la falta de consideració de la multimorbiditat o de la complexitat social i de salut entre els criteris d'accés a recursos específics, o les llargues llistes d'espera entre les cites, les proves i els resultats.

Com que no tinc diabetis, no tinc dret al podòleg, tot i que tingui mal d'esquena i d'altres problemes que em fan molt difícil ajupir-me i arribar als peus. (Comentari obert parafrasejat recollit en el marc del P3CEQ en resposta a la pregunta "Et sents tractat com una persona en el seu conjunt o més aviat com una malaltia?"; persona usuària 4)

La fragmentació i la necessitat de tenir un sistema informàtic integrat i compartit entre tots els membres de l'equip d'atenció. Professionals del sector salut i professionals dels serveis socials no comparteixen un únic sistema informàtic. Això suposa un problema substancial a l'hora de treballar de forma col·laborativa i compartir i actualitzar els plans d'atenció. En el projecte de millora de Sabadell, els professionals ho van solucionar demanant consentiment a les persones usuàries per a poder fer una avaluació conjunta i poder compartir els plans d'atenció, com a solució provisional per poder desenvolupar el projecte. No obstant això, per poder avançar cap a un sistema d'atenció de salut integrat i posar tots els registres de les persones usuàries a disposició dels professionals (històries clíniques, socials, plans d'atenció, etc.) és essencial un sistema informàtic integrat.

Vull dir, [el sector] salut té els seus objectius, i els tira endavant... Hi ha moments en què sembla que necessita [el sector] social, però social té un altre món. És una estructura molt fragmentada, cada ajuntament té la seva competència d'aquest àmbit d'atenció primària sanitària i social. El Departament de Serveis Socials de la Generalitat no està massa pel tema primària... Està per les residències, i pels centres de dia [serveis socials especialitzats, competència del govern de la Generalitat]... Hi ha com un desencaix a nivell de qui ha de marcar el pla polític, i qui és qui marca el camp de joc pels professionals, que són els departaments... que no acaben de posar-se d'acord. O sigui, no acaben de posar-li energia en que això [atenció integrada] és un objectiu prioritari. (directiu/va 2)

Finalment, i tal com succeeix en el cas d'Osona, tant **les capacitats cognitives com altres aspectes culturals del grup d'edat de la població diana** dificultaven una metodologia basada en la presa de decisions conjuntes. Tot i que algunes persones usuàries de Sabadell tenien entre 65 i 75 anys (més joves que les persones usuàries d'Osona, la majoria de les quals superaven els 75 anys) i van poder participar en un taller específic per reforçar el seu apoderament, no sempre comprenien el nou mètode d'elaboració de plans d'atenció que fomentava les decisions conjuntes amb els professionals. D'altra banda, els professionals de Sabadell van reconèixer la necessitat de rebre formació addicional sobre decisions compartides per a millorar la seva capacitat de comunicació amb les persones usuàries i cuidadores.

PRINCIPALS LLIÇONS APRESES A SABADELL

La promoció de millores de l'atenció integrada que poden tenir impacte

Una primera fortalesa del projecte de millora de Sabadell va ser la formalització de **la tríada de professionals d'atenció primària (metge/essa-infermer/a-treballador/a social)** com l'equip encarregat de fer una avaluació multidimensional conjunta a persones 65+ amb necessitats de salut i socials complexes per crear plans individualitzats d'atenció integrada. La formalització consistia en l'assignació de temps i espai específics per a la coordinació interprofessional i les activitats d'elaboració de plans d'atenció, per part del personal directiu local de l'atenció primària salut i dels serveis socials. Els professionals van considerar que tenir el temps i l'espai per a fer reunions de coordinació i avaluació conjunta era un element essencial que tots havien de respectar. La formalització de la tríada de professionals també va significar l'establiment d'un grup de treball intersectorial que va dissenyar conjuntament un mètode de treball multidimensional i una sèrie de procediments estàndards per a l'avaluació de les necessitats i l'elaboració de plans d'atenció. El fet d'incloure professionals d'atenció directe a les persones usuàries i d'ambdós sectors va fomentar el sentiment de copropietat del projecte entre els professionals de la salut i els treballador/es socials de l'Ajuntament, facilitant tanmateix que el nou mètode de treball incorpori en la mateixa mesura la perspectiva social i la perspectiva salut.

El projecte de millora de Sabadell estava particularment **enfocat en la necessitat de promoure el benestar emocional de les persones usuàries**, entenent que la salut física i la mental van de la mà. Com a resultat, les accions que promovien les relacions socials i els hàbits saludables (com, per exemple, la utilització per part de persones 65+ dels recursos comunitaris) van tenir una presència significativa en els plans d'atenció acordats amb les persones usuàries de Sabadell.

El grup motor de Sabadell era especialment conscient de la **necessitat de donar suport a les persones usuàries en aquesta etapa de la vida**, promovent l'educació en salut i oferint consells pràctics en forma d'un grup de suport, per després convidar-los a parlar i decidir amb els professionals sobre les diverses opcions d'atenció. A Sabadell es va considerar que l'apoderament d'aquest grup de persones usuàries no només s'aconseguiria amb la possibilitat de participar en una decisió conjunta sobre les opcions d'atenció en un moment determinat amb l'equip d'atenció, sinó que també s'havia d'oferir a les persones usuàries més eines per entendre i ser capaços de gestionar per sí mateixes la seva situació i la seva atenció al llarg dels anys.

Tant el personal directiu com els professionals de Sabadell van indicar que un dels factors clau per l'èxit del projecte de millora de Sabadell va ser **el compromís del grup de professionals implicats**, que creia fermament en l'**atenció centrada en la persona**. Que els

professionals de Sabadell estiguessin motivats i disposats a innovar, treballant conjuntament i aprenent els uns dels altres, va potenciar l'atenció integrada, ja que els plans d'atenció validats amb les persones usuàries es basaven en avaluacions multidimensionals i oferien opcions d'atenció adaptades a les seves necessitats i preferències. La presència en el grup motor de professionals que prestaven atenció directa a les persones usuàries, tant dels serveis socials locals com de l'atenció primària de salut, i que actuaven com a impulsors per a reclutar persones usuàries participants en el nou mètode de treball, va facilitar el desenvolupament del projecte, ja que es va compartir el lideratge entre el personal directiu i els professionals.

Millores de l'atenció integrada transferibles a nivell europeu

Tant el projecte de millora d'Osona com el de Sabadell comparteixen un conjunt d'elements que han demostrat facilitar la implementació de l'atenció integrada i que podrien transferir-se a d'altres iniciatives que proporcionen atenció per a persones usuàries 65+ amb necessitats de salut i socials complexes^h.

En primer lloc, a l'hora de configurar un projecte de millora, **el tipus de governança** és essencial. Totes les institucions clau i perfils professionals implicats o afectats pel projecte de millora haurien de ser convidades i convidats a participar en la seva governança, facilitant així que puguin acordar els objectius i les accions a realitzar, i que es generi una visió compartida dels aspectes que necessiten millores i de com a abordar-los. El fet que el personal directiu adopti un rol facilitador i igualitari respecte dels professionals que estan a la primera línia de l'atenció també afavoreix la viabilitat de les solucions a implementar, atès que, d'aquesta manera, els professionals són coautors del projecte i poden ajustar-lo tenint en compte la realitat de la seva pràctica diària.

És important que en les fases inicials del disseny i la implementació del projecte **se seleccionin professionals motivats** per la nova aproximació a adoptar, en aquest cas l'atenció centrada en la persona, i que estiguin preparats per portar a terme processos de decisions compartides amb les persones usuàries i cuidadores.

Garantir que els debats, les decisions i les eines a posar en pràctica **prestin la mateixa atenció a la perspectiva de la salut i a la perspectiva social** també és crucial perquè l'atenció integrada tingui èxit, perquè això permet que els **diferents sectors se sentin coautors del projecte** i que es reconegui la multidimensionalitat del benestar de la persona usuària.

Un altre aspecte transferible dels dos projectes de millora SUSTAIN catalans va ser el fet de disposar d'un **pla d'implementació del projecte sòlid i una estratègia d'avaluació clarament definida**. El suport metodològic i de gestió (com el que rebien de la metodologia SUSTAIN i de les investigadores d'AQuAS, que feien de gestores de projecte externes), així com l'avaluació dels resultats del projecte de millora en diferents punts de la implementació,

^h Per aquest motiu, els següents paràgrafs apareixen tant aquí com al capítol corresponent d'Osona.

van permetre assolir els terminis i els objectius previstos i abordar les dificultats que es van anar trobant. D'altra banda, el fet que el projecte emfatitzés la necessitat d'enregistrar la informació i tenir ben endreçada tota la documentació (de cara al seguiment de l'atenció de les persones usuàries participants i també per les necessitats d'anàlisi) va ser especialment valorat i percebut pels professionals com una necessitat quan es treballa amb diferents professionals de diferents CAP i diverses disciplines.

Les eines de treball estàndard, codissenyades per un equip interdisciplinari van facilitar l'enfocament integrat de l'atenció. L'avaluació multidimensional de necessitats de les persones usuàries i l'eina d'elaboració de plans d'atenció, que va ser dissenyada i ajustada al llarg del projecte de millora, juntament amb l'ús d'un conjunt personalitzat d'instruments validats per fer la valoració de necessitats, van ajudar els professionals a fer que el procés d'avaluació de necessitats fos més eficient i més centrat en la persona. També es va millorar l'atenció orientada a la prevenció, ja que els riscos es van avaluar d'una manera més sistemàtica i es va proporcionar a les persones usuàries i cuidadores consells sobre seguretat, autonomia i adherència a la medicació de manera rutinària durant el procés d'elaboració dels plans d'atenció.

Les **visites a domicili** en el marc del procés d'elaboració de plans d'atenció (per reclutar persones usuàries, recollir valoracions inicials utilitzant instruments validats, explorar les preferències i els objectius de les persones usuàries i després validar els plans d'atenció) van demostrar la seva utilitat tant per als professionals com per a les persones usuàries, i podrien transferir-se a d'altres iniciatives d'atenció integrada.

Finalment, hi ha **dos components del projecte de millora de Sabadell que es podrien aplicar** a d'altres iniciatives: el taller **Vull fer-me gran** com a forma de comprendre i autogestionar la salut entre les persones 65+ i l'elaboració d'un **mapa de tots els recursos comunitaris** per al grup de persones usuàries. Malgrat que no existís la possibilitat de crear un vincle fort amb el personal dels recursos comunitaris de Sabadell durant el període d'implementació del projecte de millora, la construcció de ponts amb la xarxa més àmplia de proveïdors d'atenció podria ser també beneficiosa en altres contextos.

Reflexions i punts clau

A Sabadell l'atenció primària de salut i social s'ha treballat de manera integrada des de 1984. El projecte de millora SUSTAIN (la Integració Social i Sanitària de Sabadell Nord) ha ajudat els professionals a aconseguir un nivell més alt de coordinació i col·laboració entre salut i serveis socials, potenciant l'atenció centrada en les persones i reforçant l'apoderament de la persona usuària i l'autogestió de la seva salut. A més, l'atenció a la gent gran que viu a casa de Sabadell ha esdevingut més orientada a la prevenció, malgrat no ser un objectiu central del projecte de millora. I és que, a més del taller *Vull fer-me gran* ofert a les persones usuàries (objectiu específic 5) de manera sistemàtica com a part de l'elaboració del pla d'atenció de cada persona usuària, es va oferir consell a les persones usuàries i cuidadores sobre el manteniment de l'autonomia, es va avaluar els riscos presents a la llar i es van donar consells de seguretat. Els professionals consideren que l'eina codissenyada per a realitzar avaluacions multidimensionals de les necessitats de la persona usuària i establir plans individualitzats

(objectiu específic 2) va ser clau, i que l'experiència utilitzant aquest nou mètode de treball els va ajudar a obrir la ment i a treballar posant la persona en el centre de l'atenció. La formació específica que van rebre els professionals que implementaven el projecte de millora (objectiu específic 4) va facilitar la seva execució, si bé els professionals van expressar que s'hauria d'haver aprofundit més, tractant amb més detall la comunicació amb la persona usuària i com afavorir un clima de decisions compartides. Així mateix, indicaven que «tant de bo poguessin treballar així sempre!», considerant que elaborar plans d'atenció en equip (tríada de professionals d'atenció primària) era necessari per millorar l'atenció personalitzada i, a la vegada, va ser gratificant pels professionals.

No obstant això, tant a la implementació del projecte de millora SUSTAIN com posteriorment, es van trobar certes dificultats a Sabadell. Preservar el temps i l'espai a l'agenda destinats a les activitats d'elaboració de plans d'atenció (objectiu específic 1) no sempre era possible a la pràctica tot i comptar amb el suport del nivell directiu. Els horaris incompatibles i la manca de temps de vegades implicava treballar hores extres o la delegació de tasques a d'altres companys, que no sempre estaven familiaritzats amb el projecte i podien acceptar-les amb certa reticència. D'altra banda, es va elaborar el mapa de recursos comunitaris per a persones 65+ (objectiu específic 3) i es va posar a disposició de la tríada de professionals d'atenció primària, però no es va habilitar un professional dels recursos comunitaris amb qui la tríada de professionals d'atenció primària es pogués coordinar per enviar-li persones usuàries per tal d'ajudar-les a que s'inscrivissin a cursos o a activitats específiques, o proporcionar més informació. Això va limitar la capacitat del projecte de millora de promoure la vida social i relacional de les persones usuàries, fomentant l'ús del recursos comunitaris, la qual cosa va causar certa decepció entre el grup motor de Sabadell, particularment conscient de la necessitat d'adreçar tant la situació clínica com el benestar emocional i relacional de les persones que atenen.

El projecte de millora va servir com a prova de com els equips d'atenció primària de salut i socials poden oferir una atenció més centrada en la persona i facilitar l'apoderament de la gent gran. No obstant això, el seu èxit va ser en gran mesura gràcies al compromís i la dedicació de l'equip de professionals que va tirar endavant el projecte. La continuïtat d'aquest mètode de treball no està garantida, ja que encara depèn en gran part de l'equip de professionals. Caldria una aposta clara per aquest mètode d'elaboració dels plans individualitzats d'atenció integrada des del nivell decisor, que passaria per reestructurar els rols i les càrregues de feina dels membres dels equips. Els professionals de Sabadell van insistir que l'atenció integrada i centrada en la persona no és només una altra manera de treballar, sinó que implica un canvi en la cultura de treball que voldrien veure també a d'altres centres d'atenció primària a Catalunya. En aquest sentit, el lideratge, tant a nivell local com per part de la Generalitat, es considera essencial per crear un entorn de treball que impulsi el canvi cap a l'atenció integrada salut i social per a gent gran que viu a casa.

REFLEXIÓ A NIVELL DE CATALUNYA

Introducció

Entre la tardor de 2016 i la primavera de 2018 dues iniciatives locals catalanes d'atenció integrada van implementar projectes de millora que pretenien augmentar el grau d'atenció centrada en la persona i la coordinació de l'atenció social i de salut que proporcionen a gent gran que viu a casa i té necessitats de salut i socials complexes. Osona es va fixar com a objectiu millorar els plans d'intervenció individualitzada compartits entre els professionals de la salut de l'atenció primària i secundària (els PIIC), incorporant-hi la perspectiva social mitjançant una metodologia de treball consolidada per tal de realitzar avaluacions multidimensionals interdisciplinàries i una proposta d'opcions i recursos d'atenció actuals i futurs que estigués alineada amb les necessitats i preferències de la persona usuària. El format adoptat va ser la *conferència de cas* que involucrés els professionals d'atenció primària, els especialistes de salut i els professionals dels serveis socials locals. Sabadell també tenia com a objectiu augmentar la coordinació dels professionals, en aquest cas entre medicina de família, personal d'infermeria d'atenció primària i els/les treballador/es socials dels serveis socials locals. Per tal de fer-ho, es considerava necessari proporcionar a aquesta tríada de professionals d'atenció primària (medicina, infermeria i treball social) un temps específicament destinat, així com un mètode estandarditzat, per a la realització d'avaluacions multidimensionals de necessitats i la proposta de plans d'atenció. Ambdues iniciatives volien oferir a la persona usuària (i a la cuidadora) més oportunitats de participar en les decisions que es prenen sobre la seva salut. Osona va posar major èmfasi en l'estabilització de les condicions de salut i en tenir converses pel que fa a potencials escenaris de futur (més complexes) amb la persona usuària i la cuidadora, mentre que Sabadell va prestar atenció especial a la promoció de l'autogestió de la salut i a una major vinculació de la gent gran amb les activitats disponibles a la comunitat que promoguessin la salut i el benestar general.

Aquests projectes de millora es van implementar seguint un procés iteratiu, primer pilotant el mètode de treball codissenyat amb un nombre reduït de persones usuàries (3-6 casos), per a posteriorment escalar a aproximadament dotze persones usuàries en dues iteracions consecutives (de sis mesos cadascuna). Al final tant de la fase pilot com de la iteració 1 es va fer un retorn al grup motor basat en l'avaluació de l'evidència recollida, per tal que es discutís l'experiència, es detectessin oportunitats de millora i s'apliquessin canvis oportuns en la següent iteració. Ambdues iniciatives van completar la intervenció assolint el nombre de casos marcat pel Consorci SUSTAIN i dins del calendari previst. Els principals resultats d'aquests dos estudis de cas es presenten a les parts 1 i 2 d'aquest informe, mostrant fins a quin punt els diferents dominis SUSTAIN (atenció centrada en la persona, orientació a la prevenció, seguretat, eficiència i coordinació) s'han pogut impulsar mitjançant els dos projectes de millora catalans.

Implicacions de SUSTAIN per a l'atenció integrada a Catalunya

El projecte de recerca SUSTAIN ha significat una finestra d'oportunitat per a què dues iniciatives locals de Catalunya poguessin innovar en la seva manera de col·laborar i proveir atenció de manera conjunta a la gent gran que viu a casa i té necessitats de salut i socials complexes, especialment tenint en compte el context econòmic i polític que limita la capacitat d'actuació dels equips socials i de salut. La metodologia i el pla d'implementació fixat pel Consorci SUSTAIN, així com la gestió del projecte, la monitorització i l'avaluació realitzades per les investigadores d'AQuAS, han servit com a marc i motor per facilitar la prioritització i la realització de les tasques que conformen l'elaboració dels plans individualitzats d'atenció integrada, que s'havien de fer en combinació amb les tasques habituals dels professionals. En aquest sentit, el personal directiu que ha participat a SUSTAIN considera que l'avaluació elaborada servirà com a valoració externa del grau en què el projecte de millora funciona, com i per què (o per què no). Aquests resultats que identifiquen els potencials beneficis de l'atenció integrada poden ser útils tant per als decisors locals com a nivell de Catalunya de cara a la confecció futura del model d'atenció per a la gent gran que viu a casa amb necessitats de salut i socials complexes.

En aquest sentit, el projecte de recerca SUSTAIN ha suscitat l'interès de membres del PPAC i del PIAISS. Els projectes de millora d'Osona i Sabadell han servit com a prova de com les institucions i els professionals de diferents sectors i nivells assistencials poden portar a terme, de manera conjunta, les avaluacions multidimensionals de necessitats de salut i socials complexes, tot proporcionant un mètode i eines de treball testats per tal d'elaborar plans individualitzats d'atenció integrada i centrada en la persona, impulsant les decisions compartides amb persones usuàries i cuidadores. Els models dels plans individualitzats d'atenció integrada i centrada en la persona produïts a Osona i Sabadell poden servir com a inspiració de cara al desenvolupament futur de l'atenció social i salut integrada per a la gent gran a Catalunya. D'altra banda, proveïdors d'atenció a nivell català també estan al cas dels projectes de millora SUSTAIN i han expressat interès en la metodologia avaluativa utilitzada i en l'estratègia d'implementació. A l'hora d'explorar l'escalabilitat de les experiències d'Osona i Sabadell cal tenir present que, en el projecte que es presenta, els agents locals implicats compartien una creença i un interès clar en l'aproximació centrada en la persona provinent del seu llarg recorregut en la col·laboració entre els proveïdors d'atenció salut i d'atenció social. Aquest context favorable ha esdevingut una fortalesa que ha facilitat l'assoliment dels objectius dels projectes de millora, però podria no estar present a d'altres entorns locals.

Tanmateix, cal fer algunes observacions sobre les lliçons metodològiques apreses i les limitacions que s'han de tenir en compte a l'hora de considerar el grau en què els resultats dels estudis de cas son extrapolables així com l'escalabilitat dels components dels projectes de millora. En primer lloc, una part essencial de l'evidència utilitzada en aquest informe depenia de la voluntat de participar en el projecte de persones usuàries 65+ amb necessitats de salut i social complexes, així com de les persones cuidadores que les atenen. Aquesta participació implicava rebre les investigadores d'AQuAS per dur a terme entrevistes i enquestes extenses, en les quals compartien les seves opinions i suggeriments de millora. De vegades les persones entrevistades mostraven signes de fatiga i tenien dificultats per acabar els qüestionaris, així que es va decidir donar prioritat a la realització de les entrevistes en profunditat durant les visites de seguiment en les quals s'aplicaven tant entrevista qualitativa

com els qüestionaris (PCHC, P3CEQ). Aquests dos fets han limitat la quantitat d'informació recollida.

L'aportació de les persones usuàries i cuidadores ha estat útil per avaluar els aspectes que funcionaven bé i els que no, però de vegades les seves percepcions podien estar condicionades pel seu estat físic o estat d'ànim en el moment de la recollida d'informació. A més, no totes les persones usuàries que van ser convidades pels professionals participants en la recerca estaven disposades a participar en l'estudi, ja que potser no volien que un equip de professionals i persones desconegudes (l'equip de recerca d'AQuAS) s'interessessin per les seves circumstàncies. Aquest biaix de selecció també s'ha de tenir en compte a l'hora d'interpretar els resultats i dissenyar noves intervencions.

Un repte metodològic addicional va ser el d'identificar proves o indicis de canvi que es podrien considerar parcialment atribuïbles al mateix projecte de millora. Diversos factors podrien explicar els canvis observats en les visions o experiències recollides al llarg del projecte de millora dificultant establir relacions causals entre els resultats i les accions realitzades en el marc del projecte SUSTAIN. Per aquest motiu, a l'hora d'analitzar la informació obtinguda en les entrevistes qualitatives a les persones usuàries i cuidadores i els grups focals amb els professionals, es va prestar una atenció especial a allò que les persones usuàries, cuidadores i professionals reportaven sobre canvis percebuts i en com relacionaven aquests canvis amb el nou projecte en què havien participat. D'altra banda, les dades dels qüestionaris s'han triangulat amb les informacions obtingudes amb les tècniques qualitatives (entrevistes i grups focals) per contrastar els resultats, procedint amb precaució a l'hora de comparar les dades basals i les de seguiment (vegeu l'annex 3 per a més informació). En aquest sentit, no s'han realitzat, ni es recomana fer, comparacions directes entre els resultats dels dos *sites* ja que s'han de tenir en compte les particularitats de cada projecte de millora (per exemple, diferències en les dades demogràfiques d'una mostra reduïda de persones usuàries, particularitats dels equips que participen en l'atenció a cada *site*, diferències en la durada del temps de seguiment establert a cada territori, etc.) a l'hora d'extreure'n conclusions.

Cal mencionar que les tècniques de recerca aplicades (entrevistes i qüestionaris extensos, sobre conceptes nous o difícils de comprendre per part de les persones usuàries) van implicar un biaix d'inclusió de participants en l'estudi. Les persones amb discapacitat cognitiva havien de ser excloses del projecte, o només podien ser incloses si una persona cuidadora informal també hi pogués participar per tal de complementar la perspectiva de la persona usuària i oferir la seva visió. Serà necessari explorar com copsar les percepcions i experiències amb l'atenció integrada de les persones amb discapacitat cognitiva en recerques futures, doncs els professionals consideraven que precisament aquest perfil de persona usuària (amb discapacitat cognitiva) podria beneficiar-se especialment del nou enfocament d'atenció integrada centrada en la persona.

Finalment, cal tenir en compte les característiques culturals i sociodemogràfiques de la població diana en el disseny d'un programa d'atenció centrada en la persona. En els casos d'Osona i de Sabadell, la trajectòria vital de les persones de 75 anys i més (és a dir, totes les persones incloses a Osona i una proporció significativa de les incloses a Sabadell) va estar marcada per la Guerra Civil espanyola, seguida d'un període de dificultats econòmiques i d'una dictadura de més de trenta anys. La majoria dels participants van tenir poques

oportunitats educatives ja que es van veure obligades a treballar des que eren adolescents, tal com van explicar a l'hora de respondre el qüestionari sobre dades sociodemogràfiques. En el cas de les dones, la majoria són mestresses de casa amb una dependència econòmica directe de la seva parella i una reduïda capacitat adquisitiva durant la jubilació en rebre una pensió no contributiva. Així, l'abordatge de l'apoderament de la persona usuària, l'autogestió i la decisió conjunta respecte a l'atenció sanitària i el benestar en aquest grup específic, pot esdevenir complex atès que algunes persones usuàries poden sentir-se incòmodes o poc capacitades a l'hora d'expressar les seves preferències o queixes, amb una educació en salut limitada.

Recomanacions en l'àmbit de les polítiques públiques

L'atenció centrada en la persona implica proporcionar a les persones usuàries aquells recursos que millor s'adeqüen a les seves necessitats i preferències al llarg del temps, aprofitant al màxim el pressupost disponible amb independència de quin proveïdor de serveis ha d'oferir cada recurs. No obstant això, aquest ideal de continuïtat assistencial xoca amb la fragmentació tradicional de l'estat de benestar català basat en la prestació universal dels serveis de salut (finançats a través d'impostos generals) a nivell regional, mentre que els serveis socials bàsics –que inclouen per llei l'atenció domiciliària a les persones 65+ des de l'any 2007– són competència local. Aquest escenari dona cabuda a una varietat de models de copagament (depenent per exemple del color polític del govern municipal o de la disponibilitat pressupostària), a una multitud de proveïdors d'atenció i a diferents sistemes d'informació i models organitzatius.

La participació dels serveis socials bàsics a Catalunya és clau per tal d'assolir una atenció centrada en la persona efectiva per a les persones 65+ que viuen a casa, ja que els serveis socials bàsics són els encarregats de valorar els nivells de dependència de les persones usuàries i a la vegada tenen la responsabilitat de proporcionar serveis de teleassistència, neteja, suport amb activitats bàsiques diàries, etc. Per tant, iniciatives locals com les d'Osona i Sabadell tenen un paper rellevant per avançar en el camp de l'atenció integrada a Catalunya. Els aprenentatges d'aquestes experiències col·laboratives entre actors locals poden servir d'inspiració per a una futura estratègia regional, creant-la *bottom-up*, tot identificant-hi els elements clau que es podrien introduir també a nivell regional. Els professionals que han viscut l'experiència dels projectes de millora perceben els beneficis de l'atenció integrada i centrada en la persona; beneficis tant pel seu desenvolupament i exercici professional, com per a poder donar una resposta més adequada a les necessitats de les persones usuàries. Consideren el nou mètode de treball que elabora plans individualitzats d'atenció integrada de manera conjunta com la «manera ideal de treballar». Aquest consens entre professionals de diferents perfils laborals, disciplines, institucions i iniciatives locals justificaria continuar treballant per a impulsar l'atenció integrada a Catalunya.

Tanmateix, actualment, les iniciatives locals d'Osona i Sabadell troben dificultats per a consolidar o escalar el nou mètode de treball per elaborar plans individualitzats d'atenció integrada. Les següents mesures podrien propiciar un entorn més favorable per a l'atenció integrada a la gent gran:

- Lideratge institucional, a través d'una estratègia catalana que impulsi la implementació d'atenció integrada i faciliti l'escalabilitat de les millors pràctiques d'atenció a la gent gran.
- Proporcionar un marc legal que permeti als professionals dels sectors social i de la salut avaluar conjuntament les múltiples necessitats de les persones usuàries, quan es considera que la persona usuària es pot beneficiar d'una aproximació integrada. Aquest marc també hauria de definir quan es considera que aquesta última condició es compleix, tot habilitant canals mitjançant els quals les persones usuàries puguin exercir el dret de no ser ateses per un equip d'atenció integrada si no ho desitgen.
- La provisió per part dels *policy makers* d'una eina estàndard per a l'avaluació multidimensional i interdisciplinària de necessitats de salut i socials, i per a l'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada, així com de directrius sobre com compartir aquest pla entre els diferents proveïdors d'atenció i com monitoritzar o actualitzar les activitats previstes als plans d'atenció. Aquesta eina podria basar-se en el *PIIC Plus* d'Osona i en el document *QRD i Pla de treball* de Sabadell, que ja presenten aspectes comuns importants.
- Facilitar un sistema (o plataforma) informàtic d'informació integrat accessible per a tots els membres de l'equip multidisciplinari d'atenció, per tal de millorar la coordinació intra i inter-sectorial, l'elaboració de plans integrats, el seguiment de les activitats dels plans d'atenció i l'avaluació de l'impacte de l'atenció integrada en la salut i el benestar.
- La provisió, per part dels *policy makers* o dels proveïdors de serveis, de formació als professionals sobre l'atenció centrada en la persona i la presa de decisions compartides. Adreçada tant a professionals del sector de la salut com a professionals del sector social, tindria per objectiu augmentar les seves habilitats de comunicació, promoure l'escolta activa i difondre possibles mètodes de treball per a l'elaboració conjunta, amb persones usuàries i cuidadores, de plans d'atenció integrada. Aquesta formació es podria oferir com a formació continuada, però també podria formar part del pla d'estudis dels graus en infermeria, medicina, treball social o del cicle formatiu en atenció a persones en situació de dependència. Aquesta formació és especialment important quan es treballa amb persones usuàries 65+ que tenen necessitats de salut i socials complexes; els professionals han de ser capaços d'explicar i fer entendre els motius i la manera d'elaborar un pla d'atenció amb professionals dels diferents serveis que els atenen, tot fomentant que les decisions en relació amb la salut i el benestar de la persona usuària siguin compartides amb la persona usuària i persones cuidadores.
- Augmentar els recursos públics per a les persones 65+ que viuen a casa, tot oferint una cobertura més àmplia i intensiva, per tal d'evitar el deteriorament de la seva salut i benestar. Això es podria aconseguir amb la provisió de més suport a la llar per a les activitats diàries bàsiques i instrumentals; oferir el servei de teleassistència amb un nivell inferior de copagament (o bé de manera gratuïta); la dedicació de més recursos a les avaluacions de seguretat a la llar, les adaptacions i ajudes tècniques; i la promoció d'activitats comunitàries i de voluntariat per a la gent gran, com ara gimnàs suau, cursos de memòria o tallers d'envelliment actiu per a la millora de l'alfabetització en salut i l'autogestió de la salut. Així mateix, cal prestar més atenció a les persones cuidadores informals, oferint formació pràctica per a les seves tasques de cura, seguiment periòdic dels riscos de sobrecàrrega i claudicació, serveis de respir i promoció de grups de suport.
- Finançar recerca sobre l'impacte en termes d'ús global de serveis de la gent gran que viu a casa, comparant l'ús previ i posterior a la validació d'un pla individualitzat d'atenció integrada, tenint en compte l'ús combinat de l'atenció primària de la salut, l'especialitzada

i els serveis socials bàsics. Cal definir un conjunt d'indicadors clau a monitoritzar –per exemple, l'evolució de les consultes imprevistes arran d'un deteriorament de la salut de la persona usuària, un accident, una crisi, etc.– que serveixi per mesurar els possibles beneficis de l'atenció integrada i per copsar un possible efecte redistributiu de la utilització dels serveis dins o entre sectors, superant una aproximació compartimentada que estudia cada servei de manera aïllada. Aquesta informació permetria un estudi de cost-efectivitat a nivell del sistema públic d'atenció, que podria servir de base a l'hora de decidir i prioritzar les futures despeses públiques.

- Si la recerca futura demostra un efecte estalviador en l'ús de recursos del sistema arran de la nova aproximació que elabora plans d'atenció integrada centrada en la persona, els recursos alliberats es podrien reinvertir per tal d'augmentar la capacitat (tècnica i de volum de recursos humans) d'elaborar plans d'atenció integrats, per exemple, dotant les iniciatives locals de personal específic per a l'elaboració de plans individualitzats d'atenció integrada. Atès que les iniciatives locals d'atenció integrada divergeixen quant a composició institucional, fórmules de governança, i objectius, seria convenient que l'entitat finançadora donés flexibilitat per tal que en cada cas es pogués incorporar el perfil laboral que millor complementi l'equip preexistent, reforçant-lo i evitant duplicitats o rols en conflicte. Per exemple, un *site* podria decidir contractar un gestor de projecte encarregat de coordinar i supervisar l'activitat d'elaboració de plans d'atenció; un altre podria preferir incorporar personal expert en l'atenció geriàtrica; i un altre podria optar per reforçar la seva plantilla de treball social per tal de guanyar capacitat per ajudar a la gent gran a aprofitar millor els recursos comunitaris que estan a la seva disposició.

Recomanacions per als proveïdors de serveis

Les experiències d'Osona i Sabadell, i especialment el procés de reflexió del personal directiu i dels professionals participants en la fase d'implementació del projecte (recollit a través de sessions de retorn i discussió de l'avaluació feta, reunions periòdiques, entrevistes qualitatives i grups focals) han generat les següents recomanacions per als proveïdors de serveis interessats en promoure millores a l'atenció integrada:

- Cal establir estructures de governança entre les institucions implicades en la millora de l'atenció integrada que estiguin basades en rols igualitaris i no jeràrquics, on el personal directiu actuï com a facilitador i no necessàriament com a líder clau.
- Totes les organitzacions i perfils professionals que hagin d'implementar el projecte de millora (tant de salut com social) han d'estar implicats en la seva governança i disseny, per aconseguir uns objectius compartits, afavorir el sentiment del projecte com a propi, i promoure una perspectiva multidisciplinària i la corresponsabilitat de tots els professionals amb el projecte.
- Per facilitar que els agents implicats s'identifiquin amb el projecte i l'acceptin com a propi, fomentant l'adopció del nou mètode de treball, cal identificar qui són els actors locals clau i convidar-los a participar en el disseny i la governança del projecte. Particularment, els proveïdors de serveis a la persona, les associacions de voluntariat o altres recursos comunitaris per a persones 65+.

- Les institucions o centres implicats haurien d'adoptat una estratègia de comunicació per assegurar que tot el personal es familiaritzi amb el projecte de millora i conegui el nivell de prioritat i suport que l'equip directiu li atribueix.
- Les institucions o centres implicats haurien de seleccionar professionals motivats i alhora capaços d'exercir un lideratge fort quan calgui per guiar el projecte de millora. Aquests poden actuar com a impulsors que tiren endavant el projecte.
- Cal incloure a l'equip d'implementació professionals de primera línia amb experiència treballant amb les persones usuàries, otorgant-los veu i vot en les mateixes circumstàncies que els nivells de comandament, fomentant l'intercanvi respectuós i l'escolta activa entre totes les parts.
- El personal directiu hauria de proporcionar formació en les àrees que els professionals perceben com a debilitats o factors limitants actuals, abans de seguir implementant o escalant el projecte de millora.
- Els procediments clau per tal d'introduir millores en la prestació de serveis han de ser desenvolupats, debatuts i estandarditzats pel grup motor, que representa tots els perfils i institucions implicats. Així, consolidaran el mètode de treball, les eines i els consells pràctics que han d'estar a disposició de tots els professionals implicats.
- Les institucions o centres han de vetllar per a què es respectin les peticions de temps i espai per dur a terme les activitats clau del projecte de millora (per exemple, les reunions d'avaluació conjunta i l'elaboració de plans d'atenció). En cas necessari, hauran de redistribuir les càrregues de treball i permetre flexibilitat en les agendes laborals.
- Cal nomenar una persona com a gestora del projecte, responsable d'abordar i resoldre els problemes que puguin sorgir. Aquesta persona pot ser un/a professional extern/a o bé algú designat per consens pel grup motor, facilitant així la legitimitat i acceptació de la seva autoritat per part de totes les parts implicades.
- S'ha de posar en marxa un pla d'implementació amb una estratègia d'avaluació externa que permeti obtenir *feedback* i adoptar les modificacions necessàries a mesura que es desplegui el projecte.

EN CONCLUSIÓ

L'atenció integrada de la població 65+ que viu a casa amb necessitats de salut i socials complexes a Catalunya implica la coordinació de diversos proveïdors assistencials (de salut, serveis socials, tercer sector), els quals presenten diferents nivells de descentralització política, règims de finançament, formes de treballar i sistemes d'informació informatitzada.

En el marc del projecte SUSTAIN, dues iniciatives locals catalanes han dissenyat un nou mètode de treball per a l'avaluació de les necessitats i l'elaboració de plans d'atenció integrada per a les persones 65+ que viuen a casa amb necessitats de salut i social complexes. El mètode de treball adoptat va tenir com a objectiu augmentar la participació de les persones usuàries i cuidadores en les decisions sobre la seva atenció, tot fomentant una aproximació més centrada en la persona, més orientada a la prevenció, i més eficient, que podia donar resposta més individualitzada a cada persona usuària pel fet d'haver conegut i valorat prèviament les seves necessitats i preferències. L'objectiu final era proporcionar un conjunt optimitzat de recursos que permetés a la gent gran mantenir una vida independent a casa el major temps possible, tot evitant el deteriorament de la salut mitjançant: la provisió d'un major suport a la llar, un seguiment personalitzat del seu estat clínic, la promoció de les relacions socials i l'envelliment actiu (dins de les possibilitats de cadascú), i consells de seguretat i per minimitzar riscos en el seu entorn immediat (p. ex. obstacles, equipament de la llar inadequat).

Es van testar eines estàndard de planificació de l'atenció, que es van anar refinant a mesura que s'implementava el projecte de millora: l'avaluació conjunta multidimensional de les necessitats (conferència de cas a Osona; reunions d'avaluació de la tríada de professionals d'atenció primària a Sabadell); el document del pla d'atenció, que reflecteix el procés de decisió compartida entre les persones usuàries i cuidadores i els equips d'atenció; i el procés acordat per transferir plans d'atenció validats amb la persona usuària a la història clínica electrònica, compartint-los així entre membres de l'equip d'atenció i permetent la seva consulta o seguiment en el futur.

Aquest nou mètode de treball era disruptiu en el sentit que implicava modificar els procediments i els rols de treball existents i assegurar al voltant d'una mateixa taula a tots els professionals rellevants per cada cas per tal que compartissin les seves propostes de com atendre millor a la persona usuària. El nou mètode també propiciava que reflexionessin plegats sobre les preferències i la situació en conjunt de les persones usuàries, per finalment consensuar una proposta de pla d'atenció que es pogués traslladar a les persones usuàries i cuidadores per a la seva validació o modificació. Es va assolir així una major corresponsabilitat dels membres de l'equip de l'atenció integrada que proporcionen a les persones usuàries, incidint en la seva manera de pensar: ja no pensaven en termes de "aquest pacient és meu/aquest pacient és teu", sinó més aviat consideraven que "som l'equip d'atenció de la persona usuària".

El fet que el nou mètode de treball portava a que els professionals sortissin de les seves consultes i entrevistessin les persones usuàries al seu domicili va comportar un canvi en la

manera en què els professionals es comunicaven amb les persones usuàries. Les visites a domicili van afavorir un diàleg més que no pas una “prescripció” i també van permetre als membres de l’equip d’atenció comprendre millor les necessitats de les persones usuàries i identificar oportunitats específiques per millorar la seva seguretat i benestar a casa. La visita a domicili també va propiciar que les persones usuàries percebessin un major interès per part dels professionals en la seva situació, tot introduint el concepte d’un equip d’atenció (enlloc d’una sola persona de referència) que treballava conjuntament i coneixia bé el seu cas. Això va permetre, en certa mesura, superar la manca de contacte que sovint existeix entre aquest grup de població usuària i els serveis socials locals, malgrat els serveis socials locals siguin els responsables de proporcionar serveis d’atenció domiciliària a les persones 65+ a Catalunya.

Encara que l’aproximació centrada en la persona a l’hora d’elaborar plans d’atenció podia significar un repte en alguns casos arran de les característiques de la població diana (estat cognitiu, actituds i comportaments relacionats amb el nivell educatiu i trets culturals), els dos projectes de millora semblen haver millorat la percepció del grau d’atenció centrada en la persona, l’orientació a la prevenció i la coordinació dels serveis que es proporcionen. En aquest sentit, destaquen la millora del grau en què les persones usuàries i cuidadores consideren que l’atenció està ben integrada i funciona, i la percepció de tenir més oportunitats per comentar amb els equips d’atenció allò que és important per a la seva salut i el seu benestar. Els consells personalitzats sobre el manteniment de l’autonomia, la seguretat i l’adherència a la medicació, que es proporcionaven de forma sistemàtica a casa de la persona usuària com a part del procés de planificació de l’atenció, van fomentar l’orientació a la prevenció dels equips i la capacitat d’autogestió de la salut d’algunes persones usuàries. El taller específic per a la gent gran (de Sabadell) que tractava aspectes relacionats amb l’envelliment i permetia a les persones usuàries reflexionar sobre la seva situació i les seves preferències entre iguals va ser avaluat molt positivament per les persones que hi varen assistir, i sembla haver incidit positivament en el seu nivell d’apoderament.

L’existència d’un grup de professionals compromesos, que creia en l’aproximació centrada en la persona i comptava amb el recolzament del personal directiu dels seus centres de treball va ser una fortalesa clau dels projectes de millora. El lideratge del projecte conjunt i compartit entre professionals de diferents institucions i perfils de treball, amb personal directiu actuant com a facilitadors i iguals, va facilitar una implementació exitosa. La implementació també es va veure reforçada per una figura externa que exercia de gestora del projecte (AQuAS), seguint un calendari predefinit i una distribució de tasques acordada entre tots.

Els principals reptes que limiten la continuïtat o l’escalabilitat d’aquest nou mètode de treball són: la manca de temps en uns sistemes públics de salut i serveis socials constrets pel context de contenció pressupostària; les dificultats per donar prioritat a les activitats de planificació assistencial, sense la contractació de professionals addicionals o la reorganització de rols professionals i equips; la necessitat d’establir xarxes més àmplies que incloguin a tots els proveïdors que participen en el contínuum de l’atenció, com ara més especialistes en salut o personal dels recursos comunitaris per a la gent gran; i la necessitat de seguir desenvolupant una política d’atenció integrada de país que ajudi a superar la fragmentació tradicional entre sectors.

En definitiva, els projectes de millora implementats en el marc del projecte SUSTAIN han demostrat ser una experiència satisfactòria i valuosa per a les iniciatives locals catalanes que hi han participat, i una prova de concepte a tenir en compte en la futura política d'atenció integrada de Catalunya.

ANNEXOS

Annex 1. Mesures pràctiques per avaluar el progrés i els resultats de la implementació dels projectes de millora

Item	Eina de recopilació de dades	Descripció breu
DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES		
Dades sociodemogràfiques de les persones usuàries	Fitxa de dades demogràfiques de les persones usuàries, administrada a gent gran reclutada	Qüestionari desenvolupat pels investigadors SUSTAIN que recull informació sobre edat, sexe, nivell educatiu, estat civil, situació de convivència i condicions mèdiques auto reportades
Dades sociodemogràfiques de les persones cuidadores	Fitxa de dades demogràfiques de les persones cuidadores, administrada a persones cuidadores reclutades	Qüestionari desenvolupat pels investigadors SUSTAIN que recull informació sobre edat, sexe, nivell educatiu, estat civil, relació amb la persona usuària, convivència amb o distància des de la casa de la persona usuària, treball remunerat i activitats de cura
Dades sociodemogràfiques de professionals	Fitxa de dades demogràfiques dels professionals, administrada a professionals reclutats	Qüestionari desenvolupat pels investigadors SUSTAIN que recull informació sobre edat, sexe, , nacionalitat, lloc i condicions de treball
Dades sociodemogràfiques del personal directiu	Fitxa de dades demogràfiques del personal directiu, administrada a directius i directives reclutats	Qüestionari desenvolupat pels investigadors SUSTAIN que recull informació sobre edat, sexe, nacionalitat, lloc i condicions de treball
RESULTATS		
<i>Grau d'atenció centrada en la persona</i>		
Percepció de la persona usuària respecte la qualitat i la coordinació de l'atenció i el suport rebuts	Qüestionari sobre l'Experiència d'Atenció Coordinada i Centrada en la Persona (P3CEQ) (Sugavanam <i>et al.</i>), administrat a la gent gran reclutada	Enquesta que mesura l'experiència i la percepció de la gent gran respecte l'atenció i el suport que rep per part del serveis d'atenció de salut i socials
Percentatge de gent gran amb avaluació de necessitats	Anàlisi documental dels Plans d'atenció (si el <i>site</i> no té plans d'atenció, la informació es recollirà des dels historials clínics o a través d'altres fonts)	Anàlisi estructurada seguint plantilla desenvolupada per investigadors SUSTAIN per a analitzar els continguts dels plans d'atenció per a gent gran
Percentatge de plans d'atenció activats (activitats definides en el pla d'atenció que efectivament s'implementen)		
Percentatge de plans d'atenció compartits entre els diferents professionals o institucions que proveeixen l'atenció		
Percentatge de persones cuidadores amb avaluació de les seves necessitats o pla d'atenció		
Percepcions i experiències de la gent gran, les persones cuidadores, professionals i personal directiu respecte el grau d'atenció centrada en la persona	Entrevistes semiestructurades amb gent gran, persones cuidadores i personal directiu; grup focal amb professionals	Guions d'entrevistes i de grups focals desenvolupats pels investigadors SUSTAIN que inclouen, entre d'altres ítems, percepcions i experiències relatives a l'atenció centrada en la persona
<i>Orientació cap a la prevenció</i>		
Control percebut en l'atenció i suport a la a gent gran	Qüestionari sobre el 'Control percebut sobre l'atenció a la salut' (PCHC) (Claassens <i>et al.</i> , 2016), administrat a la gent gran reclutada	Enquesta que recull les percepcions de la gent gran sobre les seves capacitats per organitzar l'atenció professional i de cuidar-se a casa, i sobre el suport rebut de la xarxa social
Percentatge de gent gran a qui se li fa una revisió de la medicació	Anàlisi documental dels Plans d'atenció (si el <i>site</i> no té plans d'atenció, la informació es recollirà des dels historials clínics o a través d'altres fonts)	Anàlisi estructurada seguint plantilla desenvolupada per investigadors SUSTAIN per a analitzar els continguts dels plans d'atenció per a gent gran
Percentatge de gent gran que rep consells sobre l'adherència a la medicació		

Ítem	Eina de recopilació de dades	Descripció breu
Percentatge de gent gran que rep consells sobre l'autogestió i el manteniment de l'autonomia		
Percepcions i experiències de la gent gran, persones cuidadores, professionals i personal directiu respecte de la prevenció	Entrevistes semiestructurades amb gent gran, persones cuidadores i personal directiu; grup focal amb professionals	Guions d'entrevistes i de grups focals desenvolupats pels investigadors SUSTAIN que inclouen, entre d'altres ítems, percepcions i experiències relatives a l'atenció orientada a la prevenció
Seguretat		
Percentatge de gent gran que rep consells de seguretat	Anàlisi documental dels Plans d'atenció (si el <i>site</i> no té plans d'atenció, la informació es recollirà des dels historials clínics o a través d'altres fonts)	Anàlisi estructurada seguint plantilla desenvolupada per investigadors SUSTAIN per a analitzar els continguts dels plans d'atenció per a gent gran
Percentatge de gent gran amb un pla d'atenció que fa un registre de les caigudes		
Percepcions de la gent gran, persones cuidadores, professionals i personal directiu respecte de la seguretat	Entrevistes semiestructurades amb gent gran, persones cuidadores i personal directiu; grup focal amb professionals	Guions d'entrevistes i de grups focals desenvolupats pels investigadors SUSTAIN que inclouen, entre d'altres ítems, percepcions i experiències relatives a l'atenció segura i la conscienciació de la seguretat
Eficiència		
Nombre d'ingressos hospitalaris d'urgència entre la gent gran	Anàlisi documental dels Plans d'atenció (si el <i>site</i> no té plans d'atenció, la informació es recollirà des dels historials clínics o a través d'altres fonts); plantilla de dedicació i despeses del personal	Anàlisi estructurada seguint plantilla desenvolupada per investigadors SUSTAIN per a analitzar els continguts dels plans d'atenció per a gent gran; plantilla desenvolupada per investigadors SUSTAIN per recollir dades relatives a les despeses i el nombre d'hores de dedicació del personal dels serveis i centres participants en el projecte de millora.
Durada de l'estada per ingressos d'urgència entre la gent gran		
Nombre de reingressos hospitalaris entre la gent gran		
Nombre d'hores del personal participant dedicades a la implementació del projecte de millora		
Despeses en equipament, tecnologia o altres necessàries per a la realització del projecte de millora		
Percepció de la gent gran, cuidador/es informals, professionals i directius/ves sobre l'eficiència	Entrevistes semiestructurades amb gent gran, persones cuidadores i personal directiu; grup focal amb professionals	Guions d'entrevistes i de grups focals desenvolupats pels investigadors SUSTAIN que inclouen, entre d'altres ítems, opinions i experiències relatives a l'eficiència de l'atenció i al seu finançament
PROGRÉS DE LA IMPLEMENTACIÓ		
Clima de treball de l'equip que porta a terme el projecte de millora (professionals i personal directiu)	Enquesta sobre clima de treball – versió breu (TCI-14) (Anderson i West, 1994; Kivimaki i Elovainio, 1999), administrada a professionals i personal directiu	Enquesta que mesura la visió, la seguretat participativa, la orientació a les tasques i el suport percebut per a la innovació
Percepció i experiències dels professionals	Grups focal amb els professionals; actes de les reunions del grup motor	Guió del grup focal desenvolupat pels investigadors SUSTAIN que recull, entre d'altres ítems, factors experimentats que faciliten o dificulten els resultats i el progrés de la implementació Les actes inclouen els avenços, dificultats i aspectes contextuais que tenen impacte en els resultats i afecten el progrés de la implementació
Percepció i experiències del personal directiu	Entrevistes semiestructurades amb personal directiu i actes de les reunions del grup motor	Guió d'entrevista desenvolupat pels investigadors SUSTAIN que recull, entre d'altres ítems, factors experimentats que faciliten o dificulten els resultats i el progrés de la implementació Les actes inclouen els avenços, assumptes i aspectes contextuais que tenen impacte en els resultats i afecten el progrés de la implementació

Annex 2. Diagrames de flux dels projectes de millora

Figura 1. Diagrama de flux del projecte de millora d'Osona

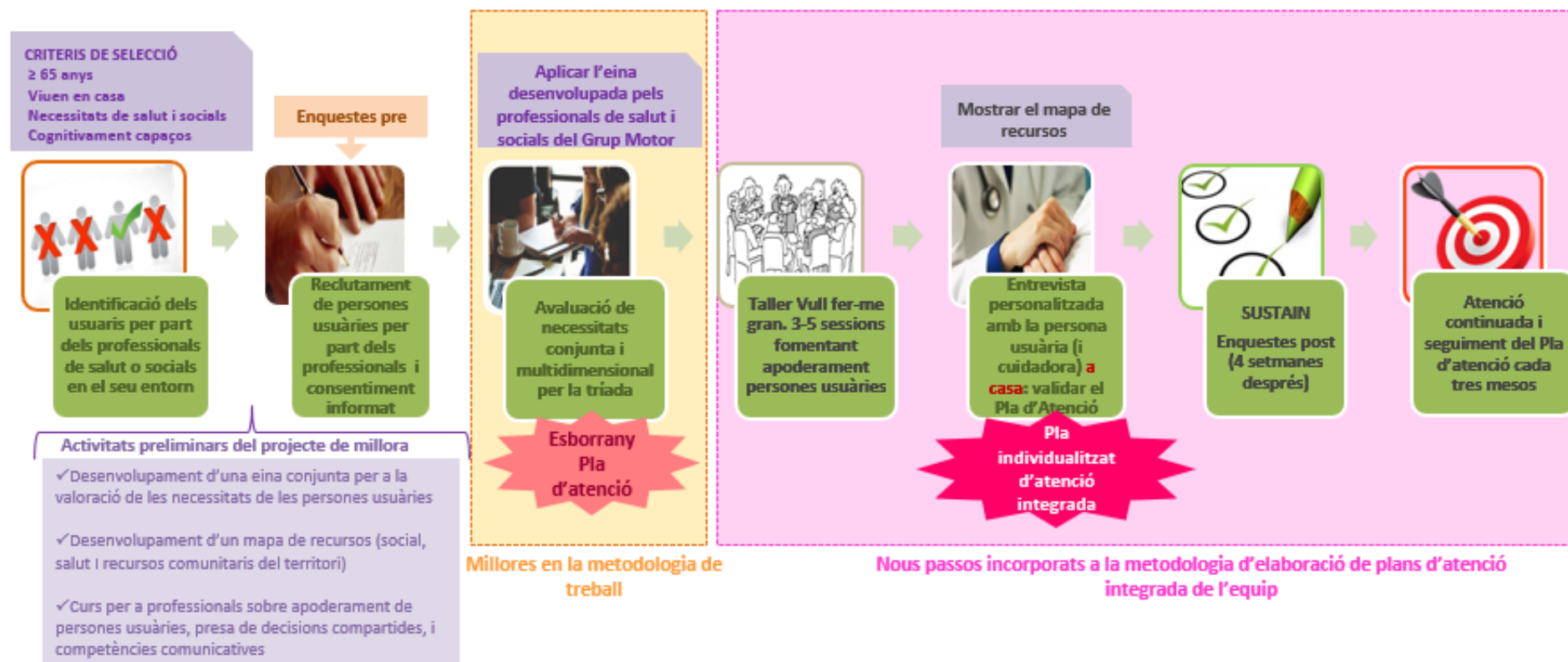


*PIIC (Pla d'intervenció individualitzat compartit): pla d'atenció pre-existent amb format fixe, creat amb l'objectiu de compartir informació entre professionals de la salut dels diferents nivells d'atenció del sistema de salut català. El PIIC forma part de la història clínica compartida de la persona usuària.

**PIIC Plus: PIIC millorat per tal d'incloure informació centrada en la persona extreta del pla d'atenció elaborat en la conferència de cas i validat amb la persona usuària. Es pot incorporar com a document pdf a la història clínica compartida de la persona usuària, i bolcar en els camps electrònics habilitats pel PIIC.

Figura 2. Diagrama de flux del projecte de millora de Sabadell

Projecte de millora a Sabadell: Millorant la coordinació dels professionals i l'apoderament de persones usuàries per elaborar plans individualitzats d'atenció integrada



Annex 3. Metodologia (ampliació)

Les taules 1 a 4 proporcionen una visió general del tipus i la quantitat de dades recopilades en les dues iniciatives locals catalanes. Els paràgrafs successius ofereixen informació addicional sobre la metodologia de recollida i anàlisi de dades.

Taula 1. Informació sobre les persones usuàries i cuidadores d'Osona

	Dades recollides (N)			
	Iteració 1		Iteració 2	
Dades sociodemogràfiques	Persones usuàries = 11 Persones cuidadores= 6		Persones usuàries = 9 Persones cuidadores= 5	
Qüestionari sobre l'experiència d'atenció coordinada i centrada en la persona (P3CEQ)	Basal N = 10	Seguiment N= 9	Basal N = 7	Seguiment N = 7
Qüestionari sobre el 'Control percebut sobre l'atenció a la salut' (PCHC)	Basal N = 7	Seguiment N = 9	Basal N = 6	Seguiment N = 7
Entrevistes qualitatives de seguiment	Persones usuàries = 1 Duo usuari-cuidador = 2 Persones cuidadores = 1		Persones usuàries = 1 Duo usuari-cuidador = 2 Persones cuidadores= 0	
Anàlisi dels plans d'atenció	N = 11		N = 9	
Indicadors d'eficiència (ingressos hospitalaris d'urgència <i>pre-post</i>)	N = 11		N = 9	

Taula 2. Informació sobre els professionals i el personal directiu d'Osona

	Dades recollides (N)	
	Basal	Seguiment
Dades sociodemogràfiques	Professionals = 54 Personal directiu= 3	Professionals = 57 Personal directiu= 3
Enquesta sobre el clima de treball (TCI)	N = 51	N = 34
Grup focal amb professionals	Participants = 11 (3 metges/esses de família, 4 infermer/es, 3 treballador/es socials, 1 especialista)	
Entrevistes amb personal directiu	Una entrevista	
Actes de reunions del grup motor	3 actes de reunions del grup motor i notes reflexives de l'equip de recerca	
Registre d'hores professionals	Registre del temps dedicat pels professionals que executen el projecte de millora a l'avaluació multidimensional de necessitats i a l'elaboració de plans d'atenció per cada persona usuària participant.	

Taula 3. Informació sobre les persones usuàries i cuidadores de Sabadell

	Dades recollides (N)			
	Iteració 1		Iteració 2	
Dades sociodemogràfiques	Persones usuàries = 12 Persones cuidadores = 6		Persones usuàries = 11 Persones cuidadores = 1	
Qüestionari sobre l'experiència d'atenció coordinada i centrada en la persona (P3CEQ)	Basal N = 12	Seguiment N= 9	Basal N = 10	Seguiment N = 7
Qüestionari sobre el 'Control percebut sobre l'atenció a la salut' (PCHC)	Basal N = 12	Seguiment N = 8	Basal N = 10	Seguiment N = 7
Entrevistes qualitatives de seguiment	Persones usuàries = 4 entrevistes, amb 5 persones usuàries presents (una entrevista va ser a una parella on ambdós integrants participaven en el projecte) Duo usuari-cuidador = 1		Persones usuàries = 4	
Anàlisi dels plans d'atenció	N = 12		N = 11	
Indicadors d'eficiència (ingressos hospitalaris d'urgència <i>pre-post</i>)	N = 12		N = 11	

Taula 4. Informació sobre els professionals i el personal directiu de Sabadell

	Dades recollides (N)	
	Basal	Seguiment
Dades sociodemogràfiques	Professionals =10 Personal directiu = 2	Professionals =11 Personal directiu = 2
Enquesta sobre el clima de treball (TCI)	N= 11	N = 10
Grup focal amb professionals	Participants = 4 (2 metges/esses de família, 1 infermer/a, 1 treballador/a social)	
Entrevistes amb personal directiu	Dues entrevistes	
Actes de reunions del grup motor	4 actes de reunions del grup motor i notes reflexives de l'equip de recerca	
Registre d'hores professionals	Registre del temps dedicat per cada professional participant en el projecte de millora a l'avaluació multidimensional de necessitats i a l'elaboració de plans d'atenció (N=13)	

Dades demogràfiques de les persones usuàries i cuidadores

Ambdós sites: Els participants van ser reclutats pels professionals de salut o socials (normalment, infermer/es d'atenció primària, metges/esses de família, o treballador/es socials), bé a casa de la persona usuària o bé a la consulta del/de la professional. Després d'obtenir el consentiment informat, els professionals de salut o socials van proporcionar les dades de contacte a les investigadores d'AQuAS que es van posar en contacte amb les persones usuàries per programar les visites basals. En cas de reclutar-se una persona cuidadora a més de la persona usuària, les visites basals es programaven de manera que poguessin estar presents tant la persona usuària com la persona cuidadora, de manera que totes dues poguessin proporcionar les dades demogràfiques personalment. En el cas de Sabadell, dues persones usuàries van respondre per telèfon, per provar la viabilitat d'aquest mètode de recollida d'informació. Entre d'altres, el full de dades demogràfiques incloïa un llistat de divuit condicions de salut cròniques per tal que les persones usuàries (o cuidadores) auto-reportessin quines eren les condicions de salut que patien.

El P3CEQ i el PCHC

Osona: Els qüestionaris P3CEQ i PCHC van ser administrats presencialment per les investigadores d'AQuAS a casa de les persones usuàries en dos moments concrets: en una visita basal feta durant el primer mes des del reclutament (en la qual també es van recollir les dades demogràfiques), i en una visita de seguiment aproximadament dotze setmanes després de la validació dels plans d'atenció. Les persones cuidadores informals o privades que van ser reclutades com a participants del projecte de millora també estaven presents durant les visites i responien els qüestionaris conjuntament amb la persona usuària. Si bé es preveia recollir tant el P3CEQ i el PCHC a cada visita, es va donar prioritat al P3CEQ, de manera que si la persona usuària o la persona cuidadora mostraven símptomes de cansament o incomoditat, es podia interrompre el qüestionari PCHC (administrat després del qüestionari P3CEQ).

Sabadell: Els qüestionaris P3CEQ i PCHC van ser administrats presencialment per les investigadores d'AQuAS a casa de les persones usuàries en dos moments concrets: en una visita basal feta durant el primer mes des del reclutament (en la qual també es van recollir les dades demogràfiques), i en una visita de seguiment aproximadament quatre setmanes després de la validació dels plans d'atenció. Les persones cuidadores informals o privades que van ser reclutades com a participants del projecte de millora també estaven presents durant les visites i responien els qüestionaris conjuntament amb la persona usuària. En el cas de Sabadell, dues persones usuàries van respondre per telèfon, per provar la viabilitat d'aquest mètode de recollida d'informació. Si bé es preveia recollir tant el P3CEQ i el PCHC a cada visita, es va donar prioritat al P3CEQ, de manera que si la persona usuària o la persona cuidadora mostraven símptomes de cansament o incomoditat, es podia interrompre el qüestionari PCHC (administrat després del qüestionari P3CEQ).

Entrevistes qualitatives amb persones usuàries i cuidadores

Ambdós sites: Durant les visites de seguiment esmentades anteriorment es van realitzar entrevistes qualitatives presencials amb una mostra seleccionada dels participants. Sempre que fos possible, les investigadores d'AQuAS procuraven entrevistar almenys un duo de persona usuària-persona cuidadora (o la persona cuidadora sola) a cada iteració, i incloure persones usuàries que representessin diferents perfils (com ara persones vídues que viuen soles, o persones usuàries que viuen amb cònjuges dependents o amb fills adults) a les entrevistes restants. Les entrevistes qualitatives es feien durant la primera part de les visites de seguiment, seguides dels qüestionaris P3CEQ i PCHC. Es donava prioritat a la realització de l'entrevista qualitativa, de manera que si la persona usuària o la persona cuidadora mostraven símptomes de cansament o incomoditat es podien interrompre o no recollir el P3CEQ o el PCHC (administrats després de l'entrevista qualitativa).

Plans d'atenció

Osona: Els plans d'atenció van ser dissenyats per professionals d'atenció primària de salut, professionals de l'atenció de salut especialitzada, i treballador/es socials dels serveis socials locals, en el marc d'una conferència de cas, i van ser validats posteriorment amb les persones usuàries (i cuidadores). Els plans d'atenció són la font clau (el *document*) de la qual en deriven els indicadors del pla d'atenció, complementats amb un document de seguiment a les 12 setmanes (el *document SP-1 de seguiment a les 12 setmanes*). L'equip de professionals va omplir i lliurar a les investigadores d'AQuAS aquest document de seguiment de cada persona usuària, proporcionant informació sobre el nivell d'execució a les 12 setmanes de les accions o recursos previstos en els plans, i també sobre l'ús dels recursos (consultes a atenció primària, serveis socials, admissions hospitalàries d'urgència) durant les 12 setmanes anteriors i posteriors a la validació del pla d'atenció. Durant l'anàlisi dels plans d'atenció, les investigadores d'AQuAS van realitzar un control de qualitat de les dades i es van posar en contacte amb els equips assistencials per confirmar qualsevol informació ambigua o incompleta.

Sabadell: Els plans d'atenció van ser dissenyats per professionals de la salut dels centres d'atenció primària en col·laboració amb professionals dels serveis socials locals, en el marc del programa SUSTAIN. Aquests havien de servir per dur a terme una avaluació multidimensional de les necessitats de la persona usuària conjuntament amb aquesta i la persona cuidadora, tot acordant els objectius a assolir, valorant els recursos disponibles i les activitats/tasques a fer, i definint els rols tant dels professionals com de les persones usuàries i cuidadores per assolir aquestes metes. Els plans d'atenció són la font clau (el *document*) de la qual en deriven els indicadors del pla d'atenció, complementats amb un document de seguiment a les quatre setmanes (el *document SP-2 de seguiment a les 4 setmanes*) que l'equip de professionals va omplir i lliurar a les investigadores d'AQuAS aquest document de seguiment de cada persona usuària, proporcionant informació sobre el nivell d'execució a les 4 setmanes de les accions o recursos previstos en els plans, i també sobre l'ús dels recursos (consultes a atenció primària i admissions hospitalàries d'urgència) durant els sis mesos anteriors i les quatre setmanes posteriors a la validació del pla d'atenció. Durant l'anàlisi dels plans d'atenció, les investigadores d'AQuAS van realitzar un control de qualitat de les dades i es van posar en contacte amb els professionals que havien emplenat els documents dels plans d'atenció per confirmar qualsevol dada ambigua o incompleta. Per tal de completar la recollida de dades sobre ús de recursos, els professionals de Sabadell van proporcionar un segon document de seguiment als sis mesos, especificant per cada persona usuària les consultes a atenció primària i admissions hospitalàries d'urgència.

Indicadors d'eficiència: hores de dedicació del personal i cost dels equipaments

Osona: La professional encarregada de coordinar les conferències de cas, en col·laboració amb els equips d'atenció primària, va enregistrar el temps dedicat per l'equip de professionals a l'avaluació multidimensional de necessitats i a l'elaboració del pla d'atenció de cada persona usuària participant.

El grup motor va constatar que el projecte s'havia realitzat sense cap cost addicional en concepte d'equipament o materials.

Sabadell: Les hores de dedicació dels professionals al projecte es van recollir directament de cada professional participant en el projecte de millora, per mitjà d'una plantilla estàndard. Tot i que es van enviar diversos recordatoris als professionals participants en el projecte de millora, tant a la iteració 1 com a la 2 van faltar les dades d'alguns professionals (iteració 1 = 2 casos; iteració 2 = 4 casos). Les dades imputades d'aquests professionals s'han estimat de la manera següent:

- A la iteració 1, els equips que implementaven el projecte de millora eren similars a cada CAP (tríada de metge/essa de família + infermer/a + treballador/a social, amb quatre persones usuàries reclutades per CAP). Per tant, les dades dels dos professionals que faltaven es van estimar calculant la mitjana d'hores mensuals dedicades pels professionals del mateix perfil dels altres dos CAP (p. ex., la dada mancant pel perfil infermeria d'un dels CAP va ser imputada agafant de referència la mitjana d'hores mensuals de dedicació del personal d'infermeria dels altres dos CAP).
- A la iteració 2, faltaven les dades de quatre professionals d'un mateix CAP. D'altra banda, les persones usuàries reclutades no es van distribuir uniformement entre els tres CAP. Per tant, les dades dels quatre professionals es van estimar calculant la mitjana d'hores mensuals dedicades a cada persona usuària pels professionals del mateix perfil als altres dos CAP (p. ex. la dada mancant pel perfil treball social d'un dels CAP va ser imputada agafant de referència la mitjana d'hores mensuals de dedicació per persona usuària dels treballadors socials dels altres dos CAP).

El grup motor va constatar que el projecte s'havia realitzat sense cap cost addicional en concepte d'equipament o materials.

Informació específica recollida a cada site sobre l'ús de recursos pre-post

Osona: Dades recollides específicament a Osona per avaluar el projecte de millora. En concret, el grup motor d'Osona va decidir estudiar:

- El nombre i motiu de consultes amb els metges/esses de família d'atenció primària, 12 setmanes abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre i motiu de consultes amb el personal d'infermeria d'atenció primària, 12 setmanes abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre i motiu de consultes amb treballador/es socials (ja sigui amb un/a treballador/a social d'atenció primària salut o dels serveis socials locals), 12 setmanes abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre i motiu de consultes d'urgència als CAP, 12 setmanes abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre i durada dels ingressos hospitalaris d'urgència (amb estada d'una nit com a mínim) de les persones usuàries, 12 setmanes abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre de reingressos hospitalaris, 12 setmanes abans i després de la validació del pla d'atenció.

A Osona, es va voler explorar si l'establiment d'un pla individualitzat d'atenció integrada social i de salut tenia algun efecte en el nivell i el tipus d'ús de l'atenció primària (aspecte no explorat per part del consorci SUSTAIN), fixant-se no només en el nombre de consultes, sinó també en el motiu de les visites. Les dades recopilades permetrien distingir entre l'ús programat de l'atenció primària (per exemple, visites programades per a prescriure o administrar medicaments, per a realitzar revisions periòdiques, per a informar sobre els resultats de proves analítiques per a validar plans d'atenció, etc.) i l'ús imprevist (per exemple, per malestar, accidents, descompensacions de condicions cròniques, etc.). Es van registrar els motius de les consultes, ja que un enfocament merament quantitatiu (nombre de visites) no oferiria prou informació de l'impacte del projecte de millora (una reducció o un augment de les consultes

podria tenir múltiples interpretacions). D'altra banda, es considerava que una reducció del nombre de consultes imprevistes per complicacions, accidents o malestar podria considerar-se clarament com un resultat positiu, especialment des de la perspectiva de la persona usuària.

Aquestes dades van ser recollides per una persona designada a cadascun dels tres CAP, en dues etapes:

- Les dades de les 12 setmanes anteriors i de les 12 setmanes posteriors a la validació del pla d'atenció es van recollir al final de cada iteració (durant els mesos 11 i 17 del període d'implementació), mitjançant el *document de seguiment SP-1* que s'havia dissenyat per tal de documentar el nivell d'implementació de les accions del pla d'atenció dotze setmanes després de la validació dels plans (informació requerida per part del Consorci SUSTAIN per tal d'elaborar els indicadors del pla d'atenció).
- A la iteració 2, algunes visites de validació del pla d'atenció es van fer més tard del previst, de manera que, al mes 17 (març de 2018) el període de seguiment encara no havia acabat. En aquests casos, la persona designada de cada CAP va enviar a AQuAS una versió actualitzada del *document de seguiment SP-1* entre l'abril i el maig de 2018, un cop passades les 12 setmanes des de la validació del pla d'atenció.

Pel que fa a les consultes d'atenció primària, cal tenir en compte alguns aspectes:

- Les consultes fetes el dia de la validació del pla d'atenció s'han comptat dins del període *pre-* (previ).
- Les consultes es van classificar en visites *programades*, *imprevistes*, o *altres*. La categoria *altres* bàsicament engloba totes les consultes que es van fer específicament per poder reclutar les persones usuàries, avaluar les seves necessitats i validar els plans d'atenció. Atès que, per definició, aquestes consultes es troben majoritàriament dins del període *pre-* (previ), s'han exclòs de l'anàlisi per evitar biaixos en la comparació entre períodes.
- El nombre de consultes no reflecteix necessàriament la quantitat de vegades que s'ha visitat una mateixa persona usuària (per exemple, a casa, o al centre d'atenció primària), ja que en una mateixa consulta hi poden haver participat diversos professionals (és a dir, una visita conjunta a casa d'un/a infermer/a i un/a metge/essa de família es comptabilitzaria com a dues consultes). Aquesta anàlisi vol reflectir l'impacte total sobre els serveis (per exemple, la suma de totes les vegades que cada membre del personal dedica temps a les persones usuàries), i per això inclou totes les consultes. Per tant, el nombre de consultes no equival al nombre d'interaccions de la persona usuària amb l'equip d'atenció.
- Es van detectar dos casos atípics en les consultes programades amb el personal d'infermeria, amb un nombre considerablement més alt de consultes (tant en els períodes *pre-* com en els *post-*) en comparació amb la mitjana de les altres divuit persones usuàries. Per aquest motiu, s'ha fet una anàlisi paral·lela, en què s'ajusta el nombre de consultes programades amb el personal d'infermeria d'aquests dos casos atípics, assignant a aquests casos el nombre mitjà de consultes observades en els altres 18 casos. Quan s'ha considerat rellevant, s'han calculat tant les dades observades com les dades ajustades.

Sabadell: Dades recollides específicament a Sabadell per avaluar el projecte de millora. En concret, el grup motor de Sabadell va decidir estudiar:

- El nombre i motiu de consultes amb metges/esses de família d'atenció primària, sis mesos abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre i motiu de consultes amb el personal d'infermeria d'atenció primària, sis mesos abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre i motiu de consultes d'urgència als CAP, sis mesos abans i després de la validació del pla d'atenció.

- El nombre i durada dels ingressos hospitalaris d'urgència, sis mesos abans i després de la validació del pla d'atenció.
- El nombre de reingressos hospitalaris, sis mesos abans i després de la validació del pla d'atenció.

A Sabadell, es va voler explorar si l'establiment d'un pla individualitzat d'atenció integrada social i de salut tenia algun efecte en el nivell i el tipus d'ús de l'atenció primària (aspecte no explorat pel Consorci SUSTAIN), fixant-se no només en el nombre de consultes, sinó també en el motiu de les visites. Les dades recopilades permetrien distingir entre l'ús programat de l'atenció primària ((per exemple, visites programades per a prescriure o administrar medicaments, per a realitzar revisions periòdiques, per a informar sobre els resultats de proves analítiques per a validar plans d'atenció, etc.) i l'ús imprevist (per exemple, per malestar, accidents, descompensacions de condicions cròniques, etc.). Es van registrar els motius de les consultes, ja que un enfocament merament quantitatiu (nombre de visites) no oferiria prou informació de l'impacte del projecte de millora (una reducció o un augment de les consultes podria tenir múltiples interpretacions). D'altra banda, es considerava que, una reducció del nombre de consultes imprevistes per complicacions, accidents o malestar podria considerar-se clarament com un resultat positiu, especialment des de la perspectiva de la persona usuària.

El grup motor també va decidir ampliar el període de preparació i seguiment establerts al nivell del Consorci per a l'ús urgent de l'atenció hospitalària, des de 12 setmanes fins a un període de sis mesos.

Aquestes dades van ser recollides per una persona designada a cadascun dels tres CAP, en dues etapes:

- Es van recollir les dades *pre-* (sis mesos) i *post-* (quatre setmanes) en el marc de la iteració 1 (entre juliol i agost de 2017), mitjançant el *document de seguiment SP-2* que s'havia dissenyat per documentar el nivell d'implementació de les accions del pla d'atenció quatre setmanes després de la validació dels plans (informació requerida per part del Consorci SUSTAIN per elaborar els indicadors del pla d'atenció).
- Les dades de *post-* restants (seguiment sis mesos després), es van proporcionar a AQUAS al gener de 2018 una vegada s'havia completat el període de sis mesos, mitjançant una plantilla estàndard *ad hoc*.

Com que el període de seguiment de sis mesos per als participants de la Iteració 2 no conclou fins al juliol de 2018, en el moment de redactar aquest informe només hi ha disponible una anàlisi preliminar basada en les dades dels participants de la Iteració 1.

Dades demogràfiques dels professionals i del personal directiu

Osona: Els professionals i el personal directiu van ser reclutats per AQUAS durant els mesos 0-3 del període d'implementació, en el marc de reunions presencials del grup motor o de breus sessions de formació. Es va demanar als professionals i al personal directiu que signessin el full de consentiment informat i que proporcionessin les seves dades demogràfiques mitjançant un qüestionari auto-administrat. Les dades demogràfiques i els fulls de consentiment informat dels professionals que es van incorporar al projecte de recerca més endavant van ser recollits per les persones de referència designades a cada centre de treball i lliurats a les investigadores d'AQUAS.

Sabadell: Els professionals i el personal directiu van ser reclutats per AQUAS durant els mesos 0-3 del període d'implementació, en el marc de reunions presencials del grup motor. Es va demanar als professionals i al personal directiu que signessin el full de consentiment informat i que proporcionessin les seves dades demogràfiques utilitzant un qüestionari auto-administrat. Les dades demogràfiques i els fulls de consentiment informat dels professionals

que es van incorporar al projecte de millora més endavant van ser recollits (en reunions presencials o enviats per correu electrònic xifrat) per les investigadores d'AQuAS.

Enquesta d'inventari de clima de treball (TCI)

Osona: El TCI va ser completat per professionals i pel personal directiu que participaven en el disseny o la implementació del projecte de millora. La mesura basal va ser recollida entre el desembre de 2016 i el gener de 2017 (mesos 2-3 del període d'implementació) a la vegada que se signava el consentiment informat per participar en l'estudi, principalment en el marc de les reunions del grup motor o breus sessions de formació. A causa de l'elevat nombre de professionals que participaven en el projecte de millora d'Osona (N = 60), i atesa la manca d'una reunió presencial programada en el període en què es recollia l'enquesta de seguiment, el TCI de seguiment es va administrar *online*. Tots els professionals i el personal directiu participants van rebre una invitació individual per correu electrònic i un enllaç personalitzat a l'enquesta, seguit de dos recordatoris al final de febrer i principis de març de 2018 (mesos 16-17). La taxa de resposta va ser del 56,6%.

Sabadell: La mesura basal del personal directiu i dels professionals reclutats es va recollir durant el primer mes del període d'implementació del projecte de millora. Les respostes es van recollir en paper en una reunió presencial; els que no van assistir a la reunió van tornar el qüestionari a les investigadores d'AQuAS durant les setmanes següents. El TCI de seguiment es va administrar en paper als professionals i personal directiu que van assistir a les reunions presencials celebrades el mes 17 del projecte de millora (grup focal de professionals i entrevistes amb personal directiu). La mesura de seguiment de la resta dels integrants de l'equip es va recollir amb un qüestionari *online*.

Grup focal amb professionals

Osona: El grup focal es va celebrar el 8 de març de 2018 a la sala que s'utilitza habitualment per a les reunions del grup motor del projecte SUSTAIN, a l'Hospital Universitari Santa Creu de Vic. Una investigadora d'AQuAS va liderar la sessió, mentre que una altra va presentar una visió general dels objectius del projecte de millora, i va actuar d'observadora. La sessió, que va durar aproximadament dues hores, va seguir les normes del grup focal acordades al nivell del Consorci. Onze dels 51 professionals participants al projecte SUSTAIN van participar al grup focal; quatre infermer/es, tres treballador/es socials, tres metges/esses de família i un/una especialista. Es va realitzar una selecció representativa dels diferents perfils professionals participants en el projecte de millora, de les diferents institucions participants, i amb presència de professionals pertanyents al grup motor o només al grup executor.

Sabadell: El grup focal es va celebrar el 8 de febrer de 2018 a la sala que habitualment s'utilitza per a les reunions del grup motor del projecte SUSTAIN, al CAP Concòrdia. Una investigadora d'AQuAS va liderar la sessió, mentre que una altra va presentar una visió general dels objectius del projecte de millora, i va actuar d'observadora. La sessió, que va durar aproximadament dues hores, va seguir les normes del grup focal acordades al nivell del Consorci. Quatre dels onze professionals del projecte SUSTAIN van participar al grup focal: un/a infermer/a, un/a treballador/a social i dos/dues metges/esses de família. Atès el reduït nombre de participants en el projecte SUSTAIN, tots els professionals de Sabadell (amb l'excepció dels dos directius, que havien de ser entrevistats per separat) van ser convidats a assistir-hi. Val la pena assenyalar que un dels tres CAP no estava representat en la discussió del grup focal (dos professionals no podien assistir a causa de problemes d'agenda, i un altre a causa de malaltia), fet que podria perjudicar la representativitat dels resultats obtinguts.

Entrevistes qualitatives amb personal directiu

Osona: Una persona de perfil directiu ser entrevistada per una investigadora d'AQuAS al març de 2018 (M17 del període d'implementació). L'entrevista va seguir el guió d'entrevista a personal directiu acordat pel Consorci SUSTAIN. L'equip d'AQuAS es va posar en contacte amb una segona persona de perfil directiu, però no va ser possible realitzar l'entrevista a causa de problemes d'agenda.

Sabadell: Les entrevistes van ser realitzades per una investigadora d'AQuAS amb les dues persones de perfil directiu participants en el projecte de millora de Sabadell, el febrer de 2018 (M17 del període d'implementació). Les entrevistes van seguir el guió d'entrevista a personal directiu acordat pel Consorci SUSTAIN.

Actes de reunions dels grups motor i notes reflexives de l'equip de recerca

Ambdós sites: Es van fer reunions presencials a Vic i Sabadell aproximadament cada dos mesos durant la prova pilot i durant la iteració 1 del projecte de millora. Aquestes reunions van ser conduïdes per una o dues investigadores d'AQuAS, les quals van enviar actes sintetitzant els continguts, les decisions i els punts d'acció de cada reunió als grups motors. A més, les investigadores d'AQuAS van escriure notes reflexives després de cada reunió per ser incloses en l'anàlisi. Durant la iteració 2, es va fer una única reunió presencial (a Sabadell), ja que als mesos d'hivern els professionals de la salut van poder dedicar-hi molt poc temps al projecte SUSTAIN a causa d'una epidèmia de grip. Atès que els projectes de millora ja s'havien dissenyat i s'havien introduït uns petits ajustos després de la reunió de retorn de l'avaluació de la iteració 1, a la iteració 2 es va decidir que els professionals prioritzessin el reclutament de persones usuàries i les activitats d'avaluació conjunta de necessitats i d'elaboració de plans d'atenció. Qüestions com ara recordar el calendari d'implementació o organitzar la recollida de dades es van gestionar per correu electrònic. Per tant, a l'anàlisi s'ha inclòs l'intercanvi d'aquests correus electrònics entre membres del grup motor en què es van prendre decisions sobre la iteració 2.

Aproximació per tal de comparar les respostes pre- i post- a les enquestes sobre l'experiència de la persona usuària (aplicat a P3CEQ i PCHC)

Atès el nombre reduït de persones usuàries participants tant a Osona com a Sabadell, calia interpretar les possibles diferències en les puntuacions basals i de seguiment amb molta precaució. Aquestes diferències es podrien deure p. ex. a la manca de dades en una o altra mesura, al fet que diferents participants responien en cada moment, o al fet que alguns participants proporcionaven puntuacions molt diferents entre les dues mesures.

Per aquesta raó, una primera mesura correctora va consistir en crear un subconjunt de dades que només incloïa els resultats *pre-* i *post-* de les persones usuàries que van respondre tant a la mesura basal com a la mesura de seguiment, per així eliminar l'efecte dels canvis en la composició del grup.

Una altra mesura de precaució va ser el de no realitzar comparacions entre els resultats de les persones reclutades en la iteració 1 i els resultats de les persones reclutades en la iteració 2, ja que les diferències es podrien deure a les característiques particulars de les persones incloses en cada iteració (uns 8-10 casos).

La tercera mesura adoptada va ser la d'analitzar no només el resultat global de cadascun dels qüestionaris, sinó analitzar els canvis experimentats a cada ítem del qüestionari. Així, es comparava per cada ítem quantes persones (d'un mateix conjunt d'individus) donaven una resposta positiva (veure més detall al següent paràgraf) a la mesura basal i quantes donaven resposta positiva a la mesura de seguiment. Això permetia distingir si, per exemple, una puntuació total similar entre basal i seguiment s'explica per un increment d'alguns ítems compensat per una reducció en d'altres, o si s'explica per l'absència de canvis en la majoria dels ítems.

Les quatre opcions de l'escala de resposta del qüestionari P3CEQ es van dicotomitjar, recodificant de manera que les opcions "sovint" i "sempre" es consideraven positives, mentre que les respostes "en absolut" i "en certa mesura" es consideraven negatives. Igualment, les cinc opcions de l'escala de resposta del PCHC es van recodificar de manera que les opcions "amb gran facilitat" i "amb facilitat" es consideraven respostes positives, "ni fàcil ni difícil" una posició neutral i les opcions "no, o amb molta dificultat" i "amb dificultat" es tractaven com a

respostes negatives. L'anàlisi va determinar quina quantitat de totes les persones enquestades (tant a la mesura basal com a la mesura de seguiment) proporcionava respostes positives a cada ítem a la mesura basal, i va permetre comparar aquestes dades amb el nombre que proporcionava respostes positives a la mesura del seguiment. D'aquesta manera, es van identificar els ítems específics pels quals es van observar canvis en el total de respostes positives d'una mesura a l'altra. És a dir, l'anàlisi va mirar, per un mateix conjunt d'individus, quants valoraven positivament p. ex. la seva participació en les decisions que es prenen sobre la seva salut i el seu benestar, abans i després d'haver participat en el projecte de millora. Si, per exemple, a la mesura basal, només la meitat del conjunt d'individus percebia com a positiva les seves possibilitats de participar en les decisions sobre la seva atenció, però a la mesura de seguiment la gran majoria donava una resposta positiva, s'interpretava com a indicatiu d'una possible millora.

Aquests indicis de canvi (millores o empitjoraments) detectats en l'anàlisi de les dues enquestes sobre experiències de les persones usuàries es van triangular amb: a) les respostes obertes als mateixos qüestionaris d'enquesta; b) les respostes a les entrevistes en profunditat que es van realitzar a un subconjunt de les persones usuàries i cuidadores participants; c) les dades extretes dels plans d'atenció que van servir per tal d'elaborar un conjunt d'indicadors mesurant el seu grau d'atenció centrada en la persona, orientació a la prevenció, seguretat i coordinació; i amb d) les opinions dels professionals recollides en grups focals, entrevistes o reunions de grups motor. Aquesta triangulació entre múltiples evidències va servir per tal de buscar proves que contradiguessin o refutessin els indicis de canvi observats en els ítems de les enquestes. Si aquestes dades de refutació no es trobaven, els indicis de canvi es consideraven vàlids i s'introduïen en el model explicatiu, ja que proporcionaven informació sobre possibles canvis en l'experiència de les persones usuàries en el marc del projecte de millora. Finalment, val a dir que les investigadores reconeixen que aquests canvis observats no es poden atribuir directament al projecte de millora, ja que múltiples factors també podrien explicar els canvis en la percepció de la persona usuària.

BIBLIOGRAFIA

Agustí, E., Casas, E., Brosa, F., Argimón, JM. (2006) Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. Barcelona: Masson.

Anderson, N., and West, M. (1994). Team Climate Inventory: manual and user's guide. Windsor, United Kingdom: NFER-Nelson.

Arrue, B., Ambugo, E., Baan, C., Barbaglia, G., Billings, J., De Bruin, S., ... Zonneveld, N. (2016). Integrated care for older people living at home: current situation and ambition of sites participating in the SUSTAIN project. Vienna, Austria: Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing / OEPIA. Disponible a: <http://www.sustain-eu.org/products/eu-baseline-report/>

Billings, J., and Leichsenring, K. (2014). Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care. *Int J Integr Care*, 14, e021. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25120413>

Cantero, MJ. (2014) A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2014 Sep;28(5):351-3

Departament de Presidència (2016). El Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) 2017-2020. Barcelona: Departament de Presidència. Generalitat de Catalunya
http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/

Claassens, L., Terwee, C. B., Deeg, D. J., Broese van Groenou, M. I., Widdershoven, G. A., and Huisman, M. (2016). Development and validation of a questionnaire assessing the perceived control in health care among older adults with care needs in the Netherlands. *Qual Life Res*, 25(4), 859-70. doi:10.1007/s11136-015-1124-2

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., and Medical Research Council, G. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. doi:10.1136/bmj.a1655

Creswell, J. (2009). *Research design; qualitative and quantitative and mixed methods approaches*. London, United Kingdom: Sage Publications.

De Bruin, S. R., Stoop, A., Billings, J., Leichsenring, K., Ruppe, G., Tram, N., . . . consortium, S. (2018). The SUSTAIN Project: A European study on improving integrated care for older people living at home. *Int J Integr Care*, 18(1), 6. doi:10.5334/ijic.3090

Department of Health, New York State (2013) *Case coordination and case conferencing*. New York: New York State.

Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, and Wagner EH. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, 13(4), 299-305. doi:10.1136/qshc.2004.010744

Glasgow, R. E., Green, L. W., Taylor, M. V., and Stange, K. C. (2012). An evidence integration triangle for aligning science with policy and practice. *Am J Prev Med*, 42(6), 646-654. doi:10.1016/j.amepre.2012.02.016

Kivimaki, M., and Elovainio, M. (1999). A short version of the Team Climate Inventory: development and psychometric properties. *Journal of occupational and organizational psychology*, 72(2), 241-246.

Mayolas E, Vargas I. (2003) *La sanitat en Catalunya: situació actual i perspectives de futur*. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç de Barcelona.

Minkman, M. (2012). *Developing integrated care: towards a development model for integrated care*.

Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales (2012). *National Health System, Spain 2012*. Madrid: Gobierno de España. Disponible a: www.mscbs.gob.es/en/organizacion/sns/libroSNS.htm

Nuno, R., Sauto, R., Toro, N. (2012). [Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España]. Resúmenes de Comunicaciones al III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, Donostia-San Sebastián, 19 y 20 de mayo del 2011. *Int J Integr Care* 2012 Apr;12(Suppl 2):e35.

Reynolds, J., Masana, L., Cayuelas Mateu, N., Espallargues, M., (2019) Millorant l'atenció integrada i centrada en la persona per a la gent gran que viu a casa: dues experiències locals a Catalunya. *Annals de Medicina*, 2019;102:69-74.

Sarquella, E. (2016) *Claus per comprendre els serveis socials en escenaris d'atenció integrada*. Barcelona: Parc Sanitari Pere Virgili B, editor. 4-3-2016. Tipus referència. Comunicació personal.

Serra-Sutton V., Montané C., Pons JMV., Espallargues M., (2015) *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a: http://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aguas2015.pdf

Sugavanam, P., Fosh, B., Close, J., Byng, R., Horrell, J., and Lloyd, H. (2018). Co-designing a measure of person centred coordinated care to capture the experience of the patient. The development of the P3CEQ. *Journal of Patient Experience*, Sep 5(3) 2018.

Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., and Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 Suppl 1, S7-15.

Yin, R. K. (2013). *Case study research: design and methods*. Los Angeles, USA. Sage Publications.



European Innovation
Partnership on Active
and Healthy Ageing

REFERENCE SITE

Catalunya four-stars reference site member



eunetha

EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



INAHTA

Membre fundador



Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu



Membre corporatiu