

L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya

Gener 2016

Coordinadors

- Assumpció González Mestre, membre del Comitè Operatiu del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) i responsable operativa del projecte 6 "El paper de les persones en el nou context d'atenció" del PIAISS.
- Joan Lluís Piqué Sánchez, gerent d'Atenció Ciutadana del CatSalut, Departament de Salut. Referent del projecte 6 "El paper de les persones en el nou context d'atenció" del PIAISS en representació del Departament de Salut.
- Anna Vila Rull, Servei de Valoracions, Subdirecció General d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal. Secretaria d'Inclusió Social i Promoció de l'Autonomia Personal. Departament de Benestar Social i Família. Referent del projecte 6 "El paper de les persones en el nou context d'atenció del PIAISS" en representació del Departament de Benestar Social i Família.

Redactors

- Paloma Amil Bujan, referent territorial del Programa Pacient Expert Catalunya®. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.
- Agustí Aguiló Morera. Departament de Benestar Social i Família.
- Carles Blay Pueyo, responsable operatiu del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.
- Joan Carles Contel Segura, membre del Comitè Operatiu del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- Assumpció González Mestre, membre del Comitè Operatiu del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- Raquel Gutiérrez Gallego, Atenció al Ciutadà. Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.
- Albert Ledesma Castelltort, director del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- Esther Limón Ramírez, metgessa de família de l'EAP Ronda Prim - Mataró 7. Institut Català de la Salut.
- Joan Lluís Piqué Sánchez, gerent d'Atenció Ciutadana del CatSalut. Departament de Salut.
- Mariona Rustullet i Tallada, directora tècnica del Consorci d'Acció Social de Catalunya.
- Sebastià J. Santa Eugènia González, cap del Servei de Geriatria i Cures Pal·liatives. Badalona Serveis Assistencials.
- Esther Sarquella Casellas, membre del Comitè Operatiu del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- Núria Terribas Salas, jurista especialitzada en bioètica, directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Anna Vila Rull, Subdirecció General d'Atenció i Promoció de l'Autonomia Personal. Departament de Benestar Social i Família.

Revisors

- Jordi Amblàs Novellas, Unitat Geriàtrica d'Aguts de l'Hospital Universitari de Vic. Càtedra de Cures Pal·liatives. Universitat de Vic.
- Josep de Andrés Pizarro, cap del programa "Gent gran i dependència". Ajuntament de Sabadell.
- Estrella Argüelles, cap del Servei de Serveis Socials, Salut i Família. Ajuntament de Sant Boi de Llobregat.

- Mercè Boada, directora mèdica de la Fundació ACE. Barcelona Alzheimer Treatment and Research Center
- Lara Bogni, tècnica de voluntariat en salut i comunitat. Federació Catalana de Voluntariat Social.
- Carme Bruch Pons, ciutadana.
- Concepció Cabanes Duran, Pla director sociosanitari. Departament de Salut.
- Marc Cadafalch i Rabasa, Consultoria i Estudis. Fundació Pere Tarrés.
- Montse Canet Ponsa, responsable de Processos i Continuitat d'AP. Institut Català de la Salut a Girona.
- Lourdes Carrés Esteve, infermera de l'EAP 10J (Sant Martí), SAP Litoral de l'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat, Institut Català de la Salut
- Judit Castany Bou, psicòloga i coordinadora de l'Associació de Familiars de Malalts Mentals d'Osona.
- Roser Coromina Güell, coordinadora dels Serveis Bàsics i de l'Atenció a la Pobresa i a l'Exclusió del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.
- Montse Farran Jové, cap de l'Àrea d'Infermeria DAP Lleida. Institut Català de la Salut.
- Mila Garriga, coordinadora de l'Àrea d'Atenció a les Persones. Consell Comarcal del Montsià
- Laura Ferré Giménez, responsable d'ajuda a domicili i suport a famílies i responsable dels projectes de persones grans a la ciutat de Barcelona.
- Lidia Garcia, coordinadora de projectes. Associació per a la Inclusió de les Persones amb Trastorn de l'Espectre Autista "Aprenem".
- Juan José Garcia Garcia, cap del Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu.
- Guadalupe Figueiras Novelle, Direcció Estratègica d'Infermeria. Departament de Salut.
- Mercè Laborda i Gil, Assessoria Mèdica. Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat, Salut, Consum i Alimentació.
- Isabel Macarulla, responsable d'Acció Social. Federació ECOM.
- Elvira Méndez Méndez, directora general. Associació Salut i Família.
- M. José Moya Olea, coordinadora d'Autonomia Personal i Vida Independent. Federació ECOM.
- Glòria Navarro Latorre, Departament de Gent Gran, Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona.
- Cristina Páez Cot, directora tècnica. Fundació Salut Mental Catalunya
- Mercè Pérez Salanova, Diputació de Barcelona
- Esther Quintana Escarrà, cap del Departament de Gent Gran, Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports. Ajuntament de Barcelona
- Jordi Roca i Casas, director gerent. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic
- Assumpció Ros Florenza, representant. Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat sense Afany de Lucre.
- M. Assumpció Roset i Elías, comissionada d'Alcaldia de la Gent Gran. Ajuntament de Barcelona
- Elena Sadurní Escurriola, secretària de direcció-gerència. Institut Català de la Salut.
- Lluís Viguera Espejo, membre del Comitè Operatiu. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
- Cori Villarrubia del Valle, tècnica de l'Àmbit de Voluntariat, Creu Roja a Catalunya.

Índex

Introducció	5
1. L'atenció centrada en la persona	8
1.1 Fonaments.....	9
1.2 Elements per a l'establiment d'una metodologia comuna	11
1.3 Persones i actors implicats	12
1.4 Rol de les persones i els actors implicats	13
1.5 Components de la pràctica assistencial centrada en la persona	14
1.6 Àmbits d'actuació.....	15
1.7 Elements facilitadors del canvi per a la implementació.....	15
1.8 Barreres a la implementació	15
1.9 Actuacions prioritàries	16
2. Marc avaluatiu.....	17
3. Conclusions	19
4. Escenaris de futur.....	21
5. Bibliografia	24

Introducció

Coincidint amb el canvi de mil·lenni, la nostra societat ha anat prenent consciència dels canvis sociodemogràfics que afecten profundament la naturalesa del medi social en què vivim. L'envelliment de la població, els moviments migratoris, la diversificació epidemiològica, la crisi del model econòmic, les reformes del mercat laboral, les noves tecnologies i els canvis educatius són aspectes que han generat un canvi substancial en l'adjudicació dels rols dels agents implicats en els sistemes social i sanitari del segle XXI.

Del resultat d'aquest canvi de paradigma emergeixen dues qüestions importants: la primera és l'augment del nombre de persones amb problemes socials i de salut crònics, que genera un increment de les necessitats socials i sanitàries a les quals cal donar resposta, i la segona és un canvi en els rols dels agents del nostre sistema del benestar, que passen d'un model passiu i unidireccional a un model actiu i multidireccional, en què la persona vol formar part del procés, i s'implica a tenir cura de l'atenció per mantenir el benestar i la salut.

Les indicacions de l'Organització Mundial de la Salut (**OMS, 2008**) en l'escenari de crisi actual, i d'acord amb les previsions poblacionals, són clares i recomanen revisar els models d'atenció dels diferents països, per tal de fer la transformació necessària i introduir els canvis que convinguin, per donar una resposta adequada als nous reptes que planteja l'actual context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic. Hi ha, doncs, la necessitat que el nostre sistema de benestar i de salut es reorganitzi i emprengui accions transversals, interdepartamentals i integrades adreçades a la prevenció, la promoció i l'atenció centrades en la persona i amb una visió comunitària i poblacional.

En els darrers quinze anys, hi ha hagut un interès creixent per adaptar els serveis a les necessitats de les persones, i les ha ajudat a implicar-se en la cura del seu benestar i de la seva salut. Aquest fet ha comportat un gir en l'orientació del model d'atenció, i ha posat la persona com a eix del sistema social i sanitari, promovent el respecte per la seva dignitat i autonomia, en tant que pilars ètics fonamentals.

En aquesta període, en l'àmbit de Catalunya i en l'àmbit del sector social i sanitari, s'identifiquen tres fites cabdals per avançar en aquesta línia d'atenció centrada en la persona, que són:

- L'aprovació de la **Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica**, llei autonòmica pionera a tot l'Estat espanyol que reconeix de forma explícita el protagonisme de la persona en la presa de decisions sobre la seva salut.
- L'aprovació de la **Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència**, coneguda com a "Llei de la dependència" o "LAPAD", que reconeix als ciutadans en situació de dependència un dret universal i

subjectiu que es pot traduir en la concessió d'una sèrie de prestacions (econòmiques o en serveis) adreçades a ajudar i millorar la qualitat de vida de les persones amb dependència.

- L'aprovació de la **Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials**, que assegura el dret de la ciutadania a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la transformació dels serveis socials i l'enfortiment del quart pilar bàsic de l'estat del benestar.

Aquests dos últims fets marquen un punt d'inflexió en matèria de serveis socials, i generen nous usuaris i noves necessitats que obliguen els professionals a posar a la persona al centre per tal de poder donar resposta a les noves demandes, més específiques, diverses i multidisciplinàries.

L'atenció centrada en la persona pot ajudar a millorar la qualitat de l'atenció, els resultats i a reduir la càrrega assistencial o a fer un ús més eficient dels serveis socials i sanitaris. Per aquest motiu, la legislació i els documents en polítiques sanitàries i del benestar cerquen cada vegada més allunyar-se del model paternalista i afavorir la veu de la ciutadania.

Involucrar la persona en la seva salut física i mental, benestar i autocura és reconegut avui com un component clau per desenvolupar una atenció integrada, social i sanitària, d'alta qualitat. Aquesta ve donada per l'assoliment de les fites següents:

- Respectar els valors, les preferències i les necessitats expressades de la ciutadania, per respectar alhora la història de vida.
- Coordinar i integrar els serveis socials i sanitaris, per garantir el contínuum assistencial.
- Promoure la informació, comunicació i educació, per tal que l'usuari pugui decidir en tot moment.
- Implicar l'entorn de la persona, el cuidador, la família, els amics i els veïns en el cas dels usuaris que ho desitgin o que no puguin prendre decisions.

En aquest sentit, fer que el ciutadà prengui responsabilitat en aquesta tasca és també un deure dels poders públics, tot vetllant per la sostenibilitat del sistema i amb criteris de justícia i equitat. L'evidència manifesta que la participació activa de les persones en la cura de la seva salut i benestar són claus per:

- Millorar el seu nivell de coneixements.
- Millorar l'experiència i el coneixement sobre la utilització dels serveis socials i sanitaris.
- Tenir un impacte positiu en la seva salut.
- Promoure el benestar i la qualitat de vida de les persones, i donar més qualitat als anys de vida.
- Optimitzar l'ús de serveis i els costos millorant la sostenibilitat del sistema.

Per tal de donar resposta als nous reptes plantejats, el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (PPAC), conjuntament amb el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), proposa desenvolupar l'estratègia d'**atenció centrada en la persona** (ACP)

dins del marc del model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya, que es fonamenta en el coneixement científic disponible i l'experiència d'altres països. Aquest model es construeix sobre la base del rol actiu, responsable i apoderat de les persones, dels seus cuidadors o de les seves famílies.

Per tal d'aconseguir-ho, la posada en pràctica del model d'atenció integrada social i sanitària s'estructura en:

- El treball conjunt entre els diferents professionals i els agents que atenen les persones, els cuidadors i les famílies per garantir una valoració integral, i formen part d'aquest procés la ciutadania i els professionals de totes les organitzacions i àmbits assistencials.
- Una planificació proactiva que prioritzi els aspectes fonamentals de la persona i els que causen més malestar.
- La garantia de disposar d'un professional referent, que asseguri una pràctica compartida i col·laborativa entre els diferents àmbits assistencials.

En resum, té els objectius de millorar els resultats en salut i benestar, l'adequació en la utilització de serveis i la percepció per part de les persones cap a l'atenció que reben.

El desenvolupament d'aquesta estratègia hauria de generar un canvi en el disseny i la planificació dels serveis i els programes, així com en les intervencions i la praxi professional per tal de millorar l'eficiència del nostre sistema de salut i social. Els continguts que es deriven d'aquest canvi haurien de quedar reflectits en un futur Pla estratègic social i sanitari 2016-2020.

Els elements fonamentals per dur a terme aquesta transformació, identificats per **National Voices** en els seus últims documents publicats els anys 2013 i 2015, són el lideratge nacional, la flexibilitat territorial i la participació dels ciutadans com a iguals en el disseny i el desenvolupament del procés de canvi.

En aquest sentit, es pot afirmar que la implicació social és l'essència de les estratègies per a tota societat que aspiri a incloure totes les persones que la configuren. Tots serem més iguals si entre tots ens ho proposem i si exigim els nostres drets des de les nostres responsabilitats.

1. L'atenció centrada en la persona

Des del punt de vista conceptual, l'any 2008 l'Organització Mundial de la Salut va definir l'atenció centrada en la persona (ACP) com *“aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix on interactuen la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, organització del servei, equip, interdisciplinarietat i ambient”*.

En la revisió bibliogràfica realitzada es constata que no hi ha una definició universal consensuada d'ACP. Una de les més referenciades pels diferents autors és la dels documents elaborats pel **National Voices** que l'any **2013** van definir el concepte d'ACP de la manera següent: *“Puc planificar la meua cura amb les persones que treballen per entendre'm a mi i al meu cuidador o cuidadors, donant-me el control i facilitant-me els serveis per assolir els objectius que són importants per a mi”*.

Com es desprèn d'aquesta declaració, la incorporació de la persona com a centre del procés d'atenció comporta una visió que va més enllà del fet de curar, cuidar o alleujar. El que pretén és que la persona tingui sempre un projecte vital de futur, construït des de la màxima autonomia possible, en el seu propi entorn i independentment de la seva esperança de vida i el problema de salut o el benestar que tingui o se li pressuposi.

Els models existents d'atenció centrada en la persona busquen harmonitzar les organitzacions amb les preferències i els desitjos de les persones amb necessitats socials i sanitàries fent una aposta clara per una visió integrada de serveis que assegurui la qualitat assistencial. En aquesta línia, **Pilar Rodríguez** de la Fundació Pílares, la defineix l'any **2010** de la manera següent: *“L'atenció integral centrada en la persona és la que es dirigeix a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació efectiva.”* La finalitat d'aquest model d'atenció és la persona, la seva dignitat, el seu benestar, els seus drets i decisions sense oblidar el compliment dels seus deures i l'assumpció de les seves responsabilitats.

En aquest sentit, és important tenir en compte que l'ACP no és un compendi d'actuacions socials i sanitàries en què l'usuari disposa de més i nous serveis que potser no necessita, sinó que suposa molt més, amb tot un canvi de maneres de fer per part de tots els agents implicats.

Per aquest motiu, des del PIAISS, i tenint en compte la realitat del nostre entorn, i d'acord amb la revisió bibliogràfica realitzada, es proposa la següent definició d'ACP: *“atenció que posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció”*.

Els cinc principis generals en els quals es basen les diferents definicions sobre l'ACP són:

- **Informació** precisa, rellevant, àmplia i comprensible, que és fonamental per a la presa de decisions fonamentals en la cura de la salut i del benestar.
- **Accés i suport** quant als serveis, els tractaments, les activitats preventives i de promoció de la salut de qualitat, del benestar i de promoció de l'autonomia personal.
- **Implicació de la ciutadania** en el disseny de les polítiques sanitàries i socials.
- **Elecció i poder de decisió de la persona**: presa de decisions compartides.
- **Respecte** a les necessitats, les preferències, els valors, l'autonomia i la independència de la persona.

L'ACP es considera un dels factors clau per a l'estratègia de la qualitat assistencial. L'experiència britànica del National Health Service, pel que fa a l'equitat i excel·lència, destaca la importància de donar a la persona més autonomia i control sobre la seva salut i benestar seguint el principi proposat per **Àngela Coulter** l'any 2012: "Cap decisió sobre mi sense mi".

De la revisió bibliogràfica sobre l'ACP (vegeu l'apartat 5), destaquen els aspectes següents:

1.1 Fonaments

El model d'atenció centrada en la persona ha de cercar l'equilibri entre els elements següents:

- **Valors ètics**: reconèixer la dignitat de les persones en el marc de referència dels principis de la bioètica.
- **Normatives i consensos internacionals** alineats amb les principals declaracions i recomanacions relacionades amb l'ACP.
- **Coneixement i rigor metodològic**: planificació i desenvolupament d'intervencions basades en l'evidència científica o en l'experiència, a partir d'estratègies sistemàtiques d'avaluació que permetin aportar marcs metodològics sòlids i propis per al desenvolupament d'aquest model nou.



Fig. 1. Fonaments de l'ACP.

Font: Adaptat de **Martínez, 2011**

El context actual cap un model d'atenció integrada social i sanitària ens ofereix una oportunitat per fer progressos reals en el desenvolupament de l'ACP a través de la presa de decisions compartides i el suport a l'autogestió. Els criteris fonamentals són els següents:

- Persones informades, compromeses i apoderades i que puguin decidir.
- Professionals amb els coneixements adequats, les habilitats, les actituds i la mentalitat oberta per treballar de manera compartida.
- Sistemes d'organització i processos que incorporin noves formes de treball en l'atenció habitual, tant pel que fa als equips de professionals implicats (àmbits social i sanitari) com pel que fa a l'atenció de la persona.
- Sistemes de finançament i compra de serveis que promoguin i incentivin l'atenció integrada assegurant el contínuum assistencial, posant la persona al centre de totes les actuacions.

A grans trets, el model d'atenció integral centrat en la persona consisteix a acompanyar, atendre, protegir, interactuar, coordinar i oferir les millors cures i propostes d'atenció a fi de desenvolupar una intervenció professional de qualitat que contribueixi al benestar de les persones, i augmentar-ne la qualitat de vida i l'autocura, amb una participació proactiva de tots els actors implicats. Aquest canvi de paradigma afectarà tant el disseny i la planificació dels serveis i programes per desenvolupar com la intervenció i la praxi dels professionals.

En aquesta línia, i per tal d'assegurar la continuïtat, la coordinació i la convergència de criteris i bones pràctiques, l'ACP ha de basar-se, tal com recomana Pilar Rodríguez, en uns principis i criteris que s'adaptin de manera continuada a les circumstàncies canviants del procés de cadascuna de les persones a les quals atenem al llarg de la seva vida.

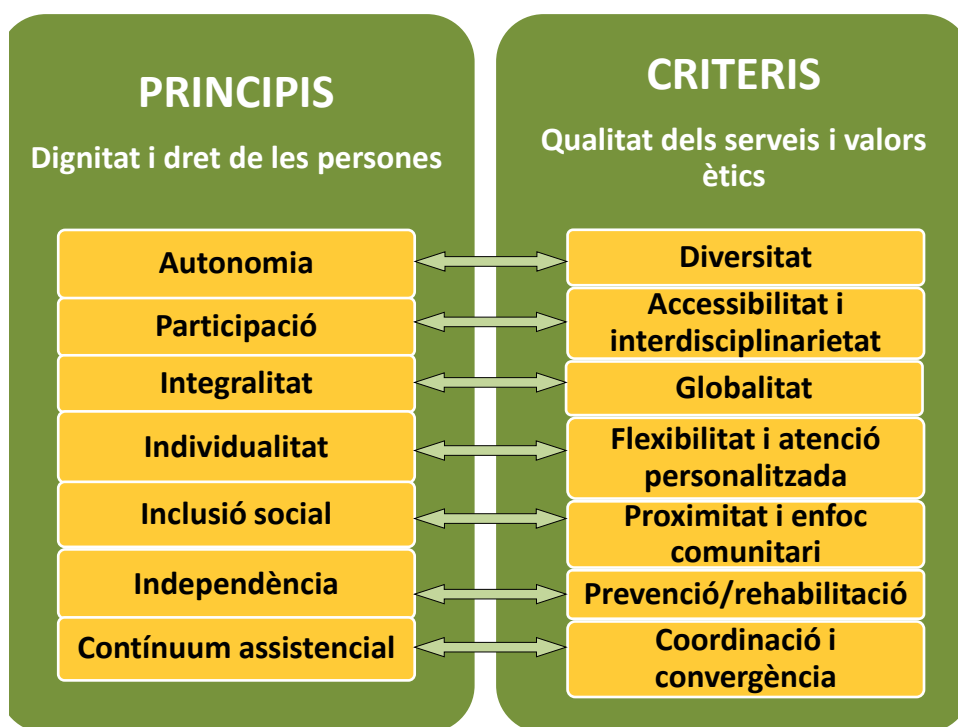


Fig. 2. Principis i criteris de l'atenció centrada en la persona.

Font: **Rodríguez, 2010**

1.2 Elements per a l'establiment d'una metodologia comuna

- Considerar la persona com a copartípic i coresponsable en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació a partir de les seves necessitats. Es tracta que la persona i el seu entorn/família se situïn en el centre de totes les decisions.
- Facilitar eines i coneixements a les persones per prendre decisions informades en el maneig i l'autogestió de la seva salut i benestar, i escollir quan cal convidar a altres a actuar en nom seu (família, amics...).

- Requerir un treball col·laboratiu dins dels serveis de salut i dels serveis socials que tingui en compte les capacitats individuals, preferències, valors, situacions familiars i socials, circumstàncies, estils de vida i metes de les persones.
- Implicar la reorientació per promoure l'autogestió, la independència i l'autonomia de la persona/família proporcionant eines/opcions i habilitats basant-se en la filosofia del treball d'equip i col·laboratiu.
- Comportar de vegades un plantejament d'intervenció que inclogui la persona i el seu entorn (proper i familiar).

D'acord amb les estratègies europees reflectides en la bibliografia, i seguint l'aforisme "cap decisió sobre mi sense mi", els elements principals de l'ACP són: el suport a l'autogestió i a la presa de decisions compartides; la millora de l'experiència en salut, la millora de la comprensió de la informació i les actuacions adreçades a la promoció de la salut i la prevenció, el benestar i la promoció de l'autonomia personal i l'establiment de mecanismes i eines per a les persones amb dificultats en la presa de decisions.

Aquests elements situen la persona al bell mig del procés d'atenció, la qual cosa porta la resta d'agents assistencials a treballar de manera solidària, deliberativa, coordinada i col·laborativa.

Les aportacions de la jornada de treball "El paper de les persones en el nou context d'atenció", celebrada el 19 de maig de 2015, a la seu del PIAISS, identificaven les següents condicions necessàries per definir el model d'ACP:

1. Reconèixer la dignitat de la persona, respectant-ne la llibertat, creences, valors, conviccions i autonomia, i acompanyant-la en la presa de decisions.
2. Apoderar la persona, la família i el seu entorn per assolir un àmbit de coresponsabilitat mitjançant la participació activa, conscient i compromesa en la presa de decisions compartides i consensuades amb els professionals.
3. Formar professionals compromesos amb el model d'atenció integrada centrada en la persona per constituir-se en líders del procés de canvi.
4. Acordar i elaborar conjuntament amb la persona el seu pla de vida, d'acord amb la valoració integral de les seves necessitats i capacitats, per personalitzar la seva atenció.

1.3 Persones i actors implicats

- **Ciutadania:** l'ACP parteix d'un enfocament poblacional i va adreçada a totes les persones en general. No obstant això, posa un èmfasi especial en determinats col·lectius:
 - Persones amb problemes de salut físics o mentals, amb complexitat clínica, demència, situació de final de vida, discapacitats, fragilitat o malalties amb baixa prevalença

- Grups d'edat específics: gent gran, infants i gent jove
 - Persones amb problemes socials i de marginació
 - Entorn més proper al pacient: cuidadors, familiars, amics, veïns
 - Associacions i voluntariat
- **Professionals** dels àmbits social i sanitari
 - **Organitzacions** dels àmbits social i sanitari

1.4 Rol de les persones i els actors implicats

En aquesta línia, i sobre la base de les aportacions fetes pels participants de la jornada de treball esmentada, s'identifiquen els rols següents:

- **Ciudadans**
 - Protagonistes i experts de la seva vida, que els permet ser actius, participatius i coresponsables en l'elaboració del seu pla de vida.
 - Responsables i copartíips en la presa de decisions en un entorn de confiança amb els professionals.
 - Agents clau en el disseny i el desenvolupament d'estratègies d'ACP.
 - La persona cuidadora és transmissora dels valors, les opinions i les creences de la persona quan aquesta no pot expressar-los ni decidir per ella mateixa, i vetlla pel seu benestar. Els cuidadors han de respectar les decisions de la persona quan aquesta pot decidir per ella mateixa.
 - Participants actius en les xarxes comunitàries per promoure el benestar i els hàbits saludables i prevenir la malaltia.
 - Agents detectors precoços de situacions de risc, vulnerabilitat o maltractament de la persona.
 - Avaluadors del model d'atenció integrada centrada en la persona.
- **Professionals**
 - Assessors que aporten coneixements experts, educadors que fan el seguiment de la persona, facilitadors i acompanyants en la presa de decisions.
 - Detectores i identificadors de les necessitats de la persona i del seu entorn familiar i relacional.
 - Agents clau en el disseny i el desenvolupament d'estratègies d'ACP.
 - Referents de la persona en les situacions en què es requereixi, d'acord amb la resta de professionals que l'atenen i amb el consentiment de la persona atesa o, si aquesta persona no pot decidir, del cuidador.

- Facilitadors d'eines i estratègies que ajudin la persona cuidadora a exercir el seu rol de forma adequada.
- Afavoridors de la participació de les persones en les xarxes comunitàries per promoure el benestar i els hàbits saludables i prevenir la malaltia.
- Detectores precoces de situacions de risc, vulnerabilitat o maltractament de persona.
- Avaluadors del model d'atenció integrada centrada en la persona.

- **Organitzacions**

- Facilitadores d'un accés àgil i flexible als serveis al llarg del procés de vida de la persona.
- Facilitadores dels canvis normatius i organitzatius necessaris per assolir els objectius, desenvolupar el procés mitjançant estructures flexibles, seguint les pautes de l'atenció integrada centrada en la persona.
- Garants de l'equitat en un entorn de diversitat.
- Promotores de la formació tècnica i en competències personals dels professionals per desenvolupar l'ACP.
- Avaluadores del model de l'ACP per a retre comptes dels resultats als ciutadans i als professionals implicats i així millorar el model.

En definitiva, el model d'ACP ens ha de portar a nous models de gestió en les organitzacions responsables en la planificació, la compra i la prestació de serveis.

1.5 Components de la pràctica assistencial

En el model d'ACP que es proposa, és necessari un canvi en el procés assistencial i en la relació professional-persona, i s'identifiquen com a elements nuclears:

- L'experiència professional.
- La dignitat, la solidaritat i l'empatia.
- El compromís i l'activació persona.
- La comunicació proactiva centrada en la persona.
- La presa de decisions compartides.
- El suport en l'autogestió.
- Els valors ètics.
- El nou sistema documental (procediments, registres...).

1.6 Àmbits d'actuació

L'ACP és un element clau en el disseny i el desenvolupament dels següents àmbits d'actuació:

- **Atenció directa:** individual, a un col·lectiu o a la unitat familiar (posant èmfasi en la presa de decisions compartides i també en les persones que no poden decidir per elles mateixes).
- **Atenció a la comunitat:** promoció, prevenció i atenció (amb una cura especial en l'envelliment actiu i saludable).
- **Organitzacions:** nous models organitzatius que promoguin la participació, el disseny i la prestació de serveis en concordança amb l'ACP.

1.7 Elements facilitadors del canvi per a la implementació

- Lideratge professional i organitzatiu.
- Clima de l'organització favorable al canvi de mirada.
- Foment, per part de les organitzacions, de la recerca, la revisió i l'aprenentatge continu.
- Comunicació proactiva entre tots els implicats (persones, cuidadors, professionals i famílies).
- Participació i compromís dels professionals en l'atenció directa.
- Formació i suport continuat en el procés de gestió del canvi als equips d'atenció directa.
- Disseny del procés de canvi adaptat a cada organització i territori amb el pacte d'objectius assumibles.
- Metodologia de gestió de casos.
- Implicació estructural.
- Seguiment i supervisió.
- Redisseny i replantejament dels rols professionals.
- Avaluació del sistema per afavorir un sistema de millora contínua.
- Avaluació de l'experiència de la persona respecte a l'atenció rebuda.

1.8 Obstacles a la implementació

Els obstacles tenen a veure amb el model cultural, d'atenció i organitzatiu.

- **Model cultural:**
 - Paternalista i poc facilitador de la coresponsabilitat de la persona sobre la seva salut.
 - Excés d'intervencionisme per part dels professionals.
 - Objectius no compartits per l'usuari.

- Rols professionals rígids i fragmentats.
- **Model d'atenció** mancat de:
 - Coordinació entre serveis socials i sanitaris.
 - Integració en les estratègies social i sanitària quant a propostes d'intervenció.
 - Interoperabilitat dels sistemes d'informació respectius.
 - Unificació terminològica dels llenguatges social i el sanitari.
 - Equitat en l'atorgament de recursos segons el territori.
 - Congruència en el sistema de codificació diagnòstica.
- **Model organitzatiu:**
 - Gestió del temps.
 - Resistència als canvis estructurals i de relació.
 - Serveis fragmentats.
 - Prioritat de la visió sanitària.
 - Dèficit de recursos.
 - Escassa connexió dels professionals socials i sanitaris amb la xarxa ciutadania (entitats).

1.9 Actuacions prioritàries

D'acord amb les aportacions de la jornada de treball "El paper de les persones en el nou context d'atenció" (PIAISS, 2015), s'identifiquen unes actuacions prioritàries per dur a terme per fer realitat el desenvolupament d'aquest model:

- **Quant a la metodologia**, cal disposar d'un model d'atenció integrada centrat en la persona definit i avalat legalment i que prevegi finançament propi, flexibilitat organitzativa, redisseny d'equips, finestra única, cartera de serveis, sistemes d'informació compartits i de base territorial com a elements clau per al desenvolupament del model.
- **Quant a la formació**, s'ha de facilitar el coneixement del model per sensibilitzar i conscienciar els professionals, els ciutadans i tots els agents de la comunitat, mitjançant el disseny d'estratègies d'informació, formació i difusió.
- **Quant al lideratge**, cal impulsar el lideratge comunitari i territorial en el desplegament del model (gestió i lideratge conjunt entre els diferents agents amb una visió única i compartida) que permeti establir maneres de fer conjuntes.

2. Marc avaluatiu

El marc avaluatiu del model d'ACP a Catalunya ha d'estar en concordança amb els principis bàsics que defineixen aquest model, i en conseqüència ha de donar resposta a aquests dos preceptes fonamentals:

- la persona decideix al llarg del seu procés
- els professionals no treballen per tasques sinó per a la persona

En aquest context, les dimensions que proposen institucions referents com ara la **l'Escola Mèdica de Harvard** i **l'Institut Picker** poden ser de gran utilitat per construir futurs marcs avaluatius (Picker Institute, 2015).



Fig. 3. Els vuit principis de l'ACP.
Font: Adaptat de Picker Institute, 2015.

Per tal de fer una aproximació a la mesura de les dimensions proposades en la figura anterior, l'any 2014 la Health Foundation, d'acord amb una revisió bibliogràfica, identifica les següents recomanacions per desenvolupar el marc avaluatiu de l'ACP:

1. Desenvolupar una definició clara del model d'ACP en l'àmbit local que ajudi a identificar els aspectes que s'han de mesurar. Per aquest motiu, a la pàgina 8 d'aquest document, podreu trobar la definició proposada pel PIAISS en el context social i sanitari català.

2. Pensar sobre per què és important avaluar l'ACP i com s'utilitzarà la informació recollida per adaptar-la al model de mesurament escollit.
3. Valorar els enfocaments que, incloent-hi indicadors de mesurament qualitatiu i quantitatiu, es poden combinar per tal de proporcionar profunditat i generalització (escalabilitat).
4. Valorar si, per tal de disposar d'una retroalimentació vàlida i fiable, és pertinent preguntar a tothom, o bé només a una mostra de les persones que utilitzen els serveis. La mostra més apropiada dependrà del motiu pel qual s'ha recollit aquesta informació.
5. Valorar el millor moment per recollir la informació. De vegades, és aconsellable recollir-la immediatament després de la utilització del servei (atès que l'experiència és propera en el temps). Per contra, altres vegades és millor deixar transcórrer un cert temps perquè les persones puguin reflexionar sobre les experiències. Podria tenir valor combinar les dues estratègies.
6. Assignar prou temps i recursos per planificar, implementar, analitzar i utilitzar mesures centrades en el fet de tenir cura de la persona. Tenir en compte el valor que comporta la realització de proves pilot a l'hora d'assignar temps suficient des del principi i fer una bona distribució d'aquest temps.
7. Garantir una infraestructura adequada de l'organització per analitzar i utilitzar la informació de l'ACP.
8. Considerar com els resultats finals es poden presentar i difondre als diferents actors implicats.
9. Assegurar que les persones, els cuidadors, els directius i els professionals se senten còmodes amb la informació que s'ha recollit i utilitzat.
10. Tenir en compte que les mesures d'ACP són un component d'un marc més ampli de mesurament, per la qual cosa caldrà treballar de manera combinada les diferents aproximacions avaluatives, però sense que comporti una càrrega excessiva per a les persones i els professionals.

En aquest sentit, es recomana que cadascun dels prestadors de serveis socials i sanitaris adapti i personalitzi les indicacions proposades en la missió, la visió i els valors de la seva organització per tal d'afavorir el canvi de paradigma que comporta el model d'ACP.

3. Conclusions

Els sistemes del benestar estan duent a terme canvis importants per adaptar-se a la nova situació social, a l'envelliment de la població, a l'augment de les malalties cròniques i els riscos socials i als recursos limitats dels sistemes de salut i social.

En aquesta línia, la participació i la implicació dels ciutadans en el disseny de les polítiques de salut i de benestar social és imprescindible per assolir els objectius de futur que ens planteja el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya.

D'acord amb les estratègies europees d'ACP, els elements principals que s'han identificat són el suport a l'autogestió i a la presa de decisions compartides, la millora de l'experiència en salut i d'atenció social, la millora de la comprensió de la informació i les actuacions adreçades a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut, el benestar i l'autonomia personal, totes adreçades a l'elaboració d'un **pla de vida** amb una visió conjunta social i sanitària.

A Catalunya, l'estratègia d'ACP ha de dissenyar-se i desenvolupar-se mitjançant l'aplicació d'estratègies que donin resposta a les necessitats socials i sanitàries de les persones, i alhora assegurui la qualitat i la sostenibilitat d'aquestes estratègies d'acord amb els recursos existents.

En definitiva, cal objectivar aquest canvi en l'atenció oferint serveis centrats en la persona que defugin de l'òptica individual i clàssica.

Aquest canvi es concreta en les dimensions següents:

Dimensions	Planificació individual clàssica	Planificació centrada en la persona
Percepció de la persona	La persona pot participar però no decideix. Paper: percepció de serveis	La persona subjecte amb drets que pren les seves pròpies decisions. Paper: usuari/persona atesa
Valors i creences	Paternalisme de l'expert. Predomini de la tècnica. El problema és en la persona.	Satisfacció vital. Orientació i respecte a la persona i a la seva autodeterminació. El problema és a l'ambient.

Presa de decisions	Les pren l'equip tècnics.	Les pren la persona i el seu grup d'ajuda (família, amics, veïns...), amb l'acompanyament professional adequat
Coneixements necessaris	Psicopedagogia, medicina, rehabilitació.	Fonaments ètics i legals. Escolta activa i comunicació.
Metodologia	Elaboració per un equip multidisciplinari. Planificació per objectius operatius.	Coordinada, participativa i democràtica. Debat, negociació i consens.
Avaluació	Quantitativa i centrada en les habilitats aconseguides per la persona.	Quantitativa i qualitativa centrada en la idoneïtat dels grups de suport i en el compromís dels compromisos adquirits.
Limitacions	Disponibilitat de serveis específics.	Preferències de les persones i disponibilitat dels recursos comunitaris.
Model de referència	Psicopedagògic/rehabilitador.	Qualitat de vida.

Taula. 1. Planificació individual clàssica vs. planificació centrada en la persona.
 Font: Adaptació de López, 2004.

A Catalunya per a l'**aplicabilitat** de l'estratègia de l'atenció centrada en la persona
instruments d'atenció personalitzada (valoració integral, història de vida)
 i l'elaboració de **plans de suport al projecte de vida**.

En aquest context, i per tal de garantir el contínuum assistencial amb una visió d'ACP, cal avançar en el disseny i la implementació de metodologies i models d'atenció que tinguin en compte la nova realitat social i cultural emergent al nostre país, i aquest és l'autèntic canvi de paradigma.

4. Escenaris de futur

Per avançar en els nous escenaris de futur del model català d'ACP ens hem basat en les conclusions de les diferents jornades dutes a terme al llarg del 2015.* En aquestes jornades, la ciutadania, els pacients i els professionals han compartit i han donat la seva opinió quant als aspectes clau que caldrà que el PIAISS i les organitzacions a les que representa tinguin en compte a l'hora de dissenyar i de desenvolupar les estratègies de futur en els diferents àmbits d'actuació en què la persona és el centre.

Fruit del treball i l'opinió emesa per les més de 300 persones que han participat en aquestes jornades, s'arriba a la conclusió que és necessari un canvi en el model d'atenció, adaptat a les necessitats de les persones i al nou context social. Amb visió de futur, és necessària una adaptació de les organitzacions tenint en compte l'assoliment del repte d'**una ciutadania apoderada i coresponsable, clau per a la millora de la seva salut.**

En general, les propostes dels diferents grups d'interès del sistema social i sanitari que han estat consultats es podrien resumir en els àmbits següents:

Àmbit de la persona: garantir el dret a decidir a totes les persones.

- **Apoderament bidireccional:** ciutadania (pacients, cuidadors) i professionals.
- **Participació informada** de las persones en les **decisiones.**
- Alfabetització en salut: **informació entenedora i gràfica.**
- **Potenciació de l'autocura:** programes adreçats a pacients, cuidadors i ciutadania en general.
- **Informació personalitzada.**
- Dret a un procés de **final de vida digne.**
- Promoure espais de relació que afavoreixin la **presa de decisions compartides i la planificació de decisions anticipades.**
- **Participació en l'àmbit de la recerca** de pacients i/o entitats de pacients.
- **Participació en el disseny d'estratègies TIC** adreçades als nous models relacionals d'atenció no presencial, xarxes socials, aplicacions mòbils.

Àmbit de la informació i la comunicació: assegurar el contínuum assistencial.

- **Dret** del pacient a **sentir-se escoltat, comprès i valorat**.
- Millora de les **habilitats comunicatives** dels professionals.
- Formació en **habilitats comunicatives** (empatia, valors, entrevista motivacional...).
- **Campanyes de difusió** de la informació sobre recursos socials i sanitaris (cartera de serveis, associacions, actius de la comunitat).
- **Acreditació** de webs i aplicacions mòbils amb informació sobre la salut.
- **Possibilitats de la teleassistència i TIC**.

Àmbit comunitari: desenvolupar nous enfocaments, models formatius i rols professionals.

- Més presència a les escoles de continguts formatius en **promoció de la salut i prevenció de la malalties**.
- **Formació des de l'escola** en matèria de salut com a matèria curricular.
- **Mapa dels actius de la comunitat** socials i de salut.
- Continuitat en la lluita contra l'**estigmatització** en les malalties de salut mental i malalties cròniques.

Àmbit organitzatiu: dissenyar i implementar nous models de gestió.

- **Drets i deures** com a contracte entre persones, professionals i administració.
- **Accés universal del ciutadà a les seves dades**.
- **Nous espais de participació ciutadana** en el disseny de polítiques socials i sanitàries, tenint en compte les seves necessitats i expectatives, així com la sostenibilitat del sistema.
- **Disseny d'un nou model assistencial** amb la participació de les persones.
- **Cartera de serveis integrada** social i sanitària.
- **Desburocratització** de les consultes.

- **Compartició de dades** socials i de salut entre els diferents agents implicats.
- **Introducció de les TIC** com a eines de millora de la salut i qualitat de vida i atenció personalitzada.
- Promoció de **governances territorials** d'atenció integrada **social i sanitària**.

*Escenaris de futur elaborats a partir de les conclusions de les jornades següents:

1. Fòrum de participació de l'Institut Català de la Salut: Dissenyem el Futur Junts "L'atenció Centrada en la Persona un Objectiu Comú". Abril de 2015.
2. III Jornada del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya. Compartir per Avançar: "Fent Salut Junts, Construïm el Futur". Octubre de 2015.
3. V Jornada del Pla de Salut de Catalunya. Grup de treball 3: "El rol del ciutadà". Novembre de 2015

5. Bibliografia

Borough Care. My world model of enriched care. Cheshire: Borough Care c2010 [citat Nov 2015].

Disponible a: <http://www.boroughcare.org.uk/dementia.aspx>

Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me. London: The King's Fund; 2011.

International Alliance of Patients' Organizations. Patient-centred healthcare indicators review; 2012 [citat Nov 2015]. Disponible a: <http://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Indicators%20Review.pdf>

Silva, Debra de. Helping measure person centred-care. Evidence Review. London: the Health Foundation; 2014 [citat Des 2015]. Disponible a: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>

Lopez A, Marin A, Delaparte JM. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con respecto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Siglo Cero. 2004;35(210):45-55.

Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Donostia-San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011 [citat Nov 2015]. Disponible a: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/serveis-socials/observatori-social-de-la-ciutat-de-tarragona/fitxers/altres/eines-per-laccio/la-atencion-gerontologica-centrada-en-la-persona>

National Voices. A narrative for person-centred coordinated care; 2013 [citat Nov 2015].

Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf>

National Voices. Patient centred care 2020: calls and contributions from health and social care charities; 2015 [citat Nov 2015]. Disponible a: <http://www.nationalvoices.org.uk/person-centred-care-2020-calls-and-contributions-health-and-social-care-charities>

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 [citat Nov 2015]

Disponible a: <http://www.who.int/whr/2008/overview/es/index4.html>

Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. El paper de les persones en el nou context d'atenció. Document de treball intern presentat a la Jornada de treball; 2015 maig 19; Barcelona.

Picker Institute. Principles of patient-centered care [citat Nov 2015]. Disponible a:

http://cgp.pickerinstitute.org/?page_id=1319

Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Madrid: Informes Portal Mayores (106); 2010. [data de publicació: 4 Nov 2010; citat Nov 2015]. Disponible a:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

Altra bibliografia de referència

All-Party Parliamentary Group on Global Health Report. Patient empowerment: for better quality, more sustainable health services globally; 2013.

Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. England: The King's Fund; 2013.

De Silva D. (2014). Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. The Health Foundation. Disponible a: www.health.org.uk/helpingmeasurepcc [citat Nov 2015]

Departament de Salut. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

González A, Grifell E. Programa Paciente Experto. Institut Català de la Salut. AMF.2009;5(4):243-5.

González A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clín. 2014;24(1):67-73.

The Health Foundation. Developing person centred care recommendations from the Health Foundation; 2014 [citat Nov 2015] Disponible a:

<http://www.nhsconfed.org/resources/2014/10/developing-person-centred-care-recommendations-from-the-health-foundation>

Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. London: The King's Fund. Beschikbaar; 2014. Disponible a:

www.kingsfund.org.uk/patientactivation

Humet JS. Cómo ser yo mismo, ser como los demás y sentirme reconocido en mi ser distinto: el reto de la nueva ciudadanía. Argumentum. 2013;5(1):270-81.

Koh HK, Brach C, Harris, LM, Parchman ML. A proposed health literate care model would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. Health Affairs. 2013;32(2):357-67.

Reeve J, Blakeman T, Freeman GK, Green LA, James PA, Martin C et al. Generalist solutions to complex problems: generating practice-based evidence. The example of managing multi-morbidity. BMC Family Practice 2013;14:112.

Martínez T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo. Fundación Pilares; 2013 [citad Nov 2015]. Disponible a: www.acpgerontologia.net

Millaret M, Pons JMV. Participació de ciutadans i pacients en les polítiques de salut: conceptualització i experiències internacionals. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; febrer 2015 [citad Nov 2015]. Disponible a:

http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/Participacio_Ciutadans_Pacients_Informe_AQuAS_2015.pdf

National Voices. Prioritising person-centred care. The evidence; 2014 [citad Nov 2015]. Disponible a: <http://www.nationalvoices.org.uk/evidence>

Petch A. Delivering integrated care and support. Insights: Evidence summaries to support social services in Scotland; february 2014. [citad Nov 2015]. Disponible a: <http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss-insight-24.pdf>

Picas JM. (2014). Patient centered, a propósito de un modelo [citad Nov 2015]. Avances en gestión clínica (28 Maig 2014). Disponible a:

<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2014/05/patient-centered-proposito-de-un-modelo.html>

Rodríguez PR, Vilà A. Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid: Tecnos; 2014.

Rodríguez PR. La atención integral y centrada en la persona [citad Nov 2015]. Fundación Pilares para la Autonomía Persona; 2013. Disponible a:

<http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>