

# INFORMES AQUAS

Gener 2015

## Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. 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 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: Serra-Sutton V, Montané C, Pons JMV, Espallargues M. 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.

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>

© 2015, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Primera edició: Barcelona, gener 2015  
Correcció: Àtona SL

Dipòsit legal: B 5178-2015



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials. No es permet la creació d'obres derivades sense autorització expressa dels autors i de l'editor. La llicència completa es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

# Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya

## Autoria

Vicky Serra-Sutton (1,2)

Carla Montané (3)

Joan MV Pons (1,2)

Mireia Espallargues (1,4)

(1) Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS, Barcelona)

(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP, Barcelona)

(3) Consultora, sociòloga independent (Barcelona)

(4) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC, Barcelona)

## Agraïments

L'equip d'investigació de l'AQuAS vol agrair sobretot als models avaluats la seva col·laboració en la present avaluació externa. També a Georgina Tomàs, de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament de Benestar Social i Família, i a Joan Carles Contel i Ester Sarquella, del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) i Pla Interdepartamental d'Interacció de Serveis Socials i Sanitaris (PIAISS) la seva col·laboració en les fases inicials de definició de l'abast de l'avaluació i van facilitar el contacte inicial amb els responsables/líders de cada model col·laboratiu d'atenció social i sanitària per demanar la seva col·laboració en aquesta avaluació externa i en la fase de revisió dels resultats preliminars, i, finalment, han ajudat a la difusió dels resultats de l'avaluació.

L'equip d'investigació agraeix també, ben sincerament, els comentaris de millora i revisió externa fets per Melinda Jiménez, de l'àmbit de treball social del Consorci Sanitari Integral, i Enriqueta Pujol-Ribera, de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol) així com internament a l'AQuAs per Luis Rajmil.

*Aquest projecte s'està portant a terme des de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) per encàrrec de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS)-Departament de Benestar Social i Família i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC)-Departament de Salut. El projecte s'emmarca dins del nou Pla Interdepartamental d'Interacció entre Serveis Socials i Sanitaris i es desenvolupa amb la participació de nou models col·laboratius d'atenció en l'àmbit social i sanitari (Alt Penedès, Gironès, Garrotxa, Lleida, Tona-Mancomunitat de la Plana, Mataró, Reus, Sabadell i Vilanova i la Geltrú).*

## COL-LABORADORS DE L'AVALUACIÓ EXTERNA

### Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de l'Alt Penedès

**Montse Domènech:** treballadora social, cap de serveis socials del Consell Comarcal de l'Alt Penedès  
**Montserrat Gener:** treballadora social, responsable del servei de gent gran de l'Ajuntament de Vilafranca  
**José Carlos Molina:** metge internista, cap de servei de medicina interna de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i coordinador del programa de cronicitat i complexitat de l'Alt Penedès  
**Pilar Piñeiro:** infermera, adjunta a la direcció de l'ABS Penedès Rural

**Mercè Aranda:** treballadora social de l'Ajuntament de Sant Sadurní d'Anoia  
**Sonia Campos:** treballadora social de l'equip de gent gran de l'Ajuntament de Vilafranca  
**Raquel Escriche:** metge de família del Centre d'Atenció Primària de Vilafranca  
**M<sup>a</sup>José García:** treballadora social de l'Hospital Comarcal de Vilafranca  
**Victòria Jou:** infermera i gestora de casos de cronicitat de l'Alt Penedès  
**Raquel Llera:** treballadora social de l'àmbit rural  
**Alba Paris:** treballadora social de l'equip d'atenció a residències i Àrea Bàsica de Sant Sadurní  
**Juan M. Rivera:** treballador social i referent comunitari de dependència de Garraf-Alt Penedès  
**Encarna Torres:** treballadora social de la direcció de l'Àrea Social i de Qualitat al Consorci Sociosanitari de Vilafranca  
**Raquel Manuel i Eva Beltran** (es van incorporar al final dels grups de discussió)

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de dos qüestionaris semiestructurats (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

### Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària del Gironès

**Cari Castillo:** treballadora social, gerent del Consorci de Benestar Social del Gironès  
**Izabella Rohlf:** metge epidemiòloga, responsable de cronicitat del Servei Català de la Salut-Catsalut Girona(\*)  
**Ben Tomas:** treballador social, equip d'assessorament tècnic del Consorci de Benestar Social del Gironès (CBS)  
**Angela Vila:** infermera, adjunta d'infermeria d'atenció primària de les àrees d'Hostalric, Anglès i Cassà de la Selva, Institut d'Assistència Sanitària (IAS, Catsalut)(\*)  
**Teresa Vilalta:** infermera, directora d'infermeria de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS)(\*)

**Anna Agell:** infermera, responsable de la Planta Virtual de Cassà de la Selva (Centre d'Atenció Primària de Cassà de la Selva)  
**Elvira Aguado:** infermera referent de cures pal·liatives de l'Hospital de Santa Caterina, IAS  
**Lídia Box:** treballadora social de Llagostera (Consorci de Benestar Social del Gironès)  
**Núria Llinars:** treballadora social de Cassà de la Selva i Campello (Centre d'Atenció Primària de Cassà de la Selva)  
**Alba Miras:** treballadora social de Quart i Llambilles (Consorci de Benestar Social del Gironès)  
**Glòria Reig:** infermera de la Planta Virtual de Cassà de la Selva (Centre d'Atenció Primària de Cassà de la Selva)  
**Pilar Tarradas:** infermera d'enllaç de l'Hospital de Santa Caterina, Institut d'Assistència Sanitària  
**Jordi Vilanó:** metge de família del Centre d'Atenció Primària de Cassà de la Selva  
**Eulàlia X.:** estudiant de pràctiques de treball social (vinculada a Núria Llinars, participa com a oient)

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de dos qüestionaris semiestructurats i en una entrevista presencial (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model).

(\*) Actualment el projecte es lidera des del Consorci de Benestar Social del Gironès, en col·laboració amb l'Atenció Primària de Salut de l'Institut Català de la Salut (ICS) de Girona, i en coordinació amb l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS), i s'hi han incorporat com a col·líders Montse Canet, Sara Rodríguez i Esteve Avellana.

**Model col·laboratiu  
d'atenció social i  
sanitària de la Garrotxa**

**Roser Coromina:** treballadora social, responsable de la cartera de promoció autonomia / atenció dependència del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa

**Teia Fàbrega:** treballadora social, directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa

**Carme Sans:** treballadora social, responsable de l'àrea d'atenció a les persones del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa

**Esther Barris:** treballadora social de l'Hospital de Sant Jaume (Fundació Privada Hospital de Sant Jaume d'Olot, Consorci de Salut i Social de Catalunya)

**Glòria Bassets:** metge de família, directora de l'Àrea Bàsica de Salut d'Olot

**Montse Coll:** infermera de l'Àrea Bàsica de Salut de Sant Joan les Fonts, Fundació Privada de l'Hospital de Sant Jaume d'Olot

**Margarita Coma:** treballadora social, coordinadora de serveis socials de l'Àrea Bàsica de Salut d'Olot

**Elena Güell:** treballadora social de l'Àrea Bàsica de Salut de Besalú

**Anna Maria Pijuan:** treballadora social de l'Àrea Bàsica de Salut de Sant Joan les Fonts, Fundació Privada Hospital de Sant Jaume d'Olot

**Josep Torrell:** psiquiatra, coordinador de la Xarxa de Salut Mental de la Garrotxa

**Salvador Vilar:** metge, director-gerent de la residència de gent gran, centre de dia i serveis d'atenció domiciliària de la Garrotxa

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de dos qüestionaris semiestructurats (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

**Model col·laboratiu  
d'atenció social i  
sanitària de Lleida ciutat**

**Montse Farran:** infermera, cap de processos assistencials a la infermeria d'atenció primària del Servei Català de la Salut-Catsalut de Lleida

**Ramon Piñol:** metge de família, director de regió sanitària del Servei Català de la Salut-CatSalut de Lleida

**Estefania Reves:** treballadora social del servei d'atenció social La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

**Lurdes Zanoj:** educadora social, cap del servei d'atenció social La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

**Ana Becana:** treballadora social del Centre d'Atenció Primària de Capfons

**Divina Farré:** treballadora social del Centre d'Atenció Primària de Balafia

**Marta Messeguer:** treballadora familiar del servei d'atenció social La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

**Mar Peña:** treballadora social de l'Institut Català de la Salut

**Estela Peralta:** treballadora social del servei d'atenció social La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

**Alba Pirla:** treballadora social del Pla local d'inclusió de La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

**Marisa Regany:** infermera, directora del Centre d'Atenció Primària Capfons

**Sara Sabes:** treballadora social del servei d'atenció social La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

**Olga Teixidó:** infermera, adjunta a direcció del Centre d'Atenció Primària de Balafia

**Rosa Vilanova:** treballadora social del servei d'atenció social La Paeria de l'Ajuntament de Lleida

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de dos qüestionaris semiestructurats (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

## Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Mataró

**Marga Garcia:** treballadora social, responsable d'atenció al ciutadà de l'Institut Català de la Salut (ICS)  
**Maria Gil:** treballadora social, cap de secció de l'atenció a les persones amb dependència de l'Ajuntament de Mataró  
**Cristina López:** treballadora social, tècnica territorial del Servei Català de la Salut de la regió de Barcelona  
**Asun Muñoz:** treballadora social, cap de servei de Benestar Social de l'Ajuntament de Mataró  
**Emili Burdoy:** metge de família, responsable de l'Àrea Bàsica de Salut del Consorci Sanitari del Maresme  
**Nuria Fàbregues:** treballadora social de l'Hospital de Sant Jaume (socio sanitari) del Consorci Sanitari del Maresme  
**Victòria Mir:** treballadora social, grup de gestió de cas al Centre d'Atenció Primària de l'Institut Català de Salut de Mataró  
**Noemí Pou:** treballadora social de l'Hospital de Mataró (aguts) del Consorci Sanitari del Maresme  
**Maria Antònia Rocabayena:** treballadora social, referent de treball social a l'Institut Català de la Salut  
**Laura Seijo:** treballadora social del Centre d'Atenció Primària a Mataró del Consorci Sanitari del Maresme  
**Vanessa X:** treballadora social de l'equip d'atenció a la dependència de l'Ajuntament de Mataró

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta d'un qüestionari semiestructurat (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

## Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Reus

**Àngels Granados:** educadora social i psicòloga, coordinadora de l'equip d'atenció social del districte V de l'Ajuntament de Reus al Centre d'Atenció Primària Integrat (CAPI districte V)  
**Teresa Rabadà:** cap d'unitat de la regió sanitària del Servei Català de la Salut-Catsalut Camp de Tarragona  
**Jesús San Miguel:** metge de família, coordinador de l'Àrea Bàsica de Salut grup SAGESSA (CAPI districte V)  
**Cori Vall:** treballadora social, cap de serveis socials de l'Ajuntament de Reus  
**Carolina Bautista:** treballadora social, serveis socials de l'Ajuntament de Reus  
**Montse Busquets:** infermera, coordinadora d'infermeria del Centre d'Atenció Primària Integrat (CAPI) Districte V, grup SAGESSA  
**Lídia Martínez:** educadora social, serveis socials de l'Ajuntament de Reus  
**Patrícia Ricard:** treballadora social, Centre d'Atenció Primària Integrada (CAPI), Ajuntament de Reus  
**Esperança Vallejo:** infermera i màster en Bioètica, gestió de casos de l'Àrea Bàsica de Salut grup SAGESSA  
**Tània Cuadrado i Lupe Roa:** treballadores socials, àmbit de Pediatria. S'incoporen al final dels grups de discussió

Participants en els dos grups de discussió (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

## Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Sabadell

**Núria Albi:** metge de família, directora dels tres Centres d'Atenció Primària de Salut de la Zona Nord de Sabadell

**Soledad Casas:** infermera, adjunta a infermeria de l'Àrea Bàsica de Salut de la Zona Nord de Sabadell

**Inés Escribano:** treballadora social, cap de serveis socials de la Zona Nord de l'Ajuntament de Sabadell

**Regina Liñán:** treballadora social, cap de Negociat de la Gent Gran i Dependència de l'Ajuntament de Sabadell

**Mari Carmen Aragón:** treballadora social, gent gran i dependència del Centre d'Atenció Primària de la Zona Nord de l'Ajuntament de Sabadell

**Carme Cecilla:** educadora social, àmbit de la infància del Centre d'Atenció Primària de la Zona Nord de Sabadell

**Cristina Cobo:** infermera del Centre d'Atenció Primària de la Zona Nord de Sabadell

**Montserrat Curtiellas:** infermera del Centre d'Atenció Primària de Sabadell Nord

**Vanessa Martínez:** treballadora social del Centre d'Atenció Primària Can Oriach de Sabadell

**Lídia Palau:** metge de família del Centre d'Atenció Primària de Salut de la Zona Nord de Sabadell

**Anna Sánchez:** infermera del Centre d'Atenció Primària de Salut de la Zona Nord de Sabadell

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de dos qüestionaris semiestructurats (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

## Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Tona- Mancomunitat de la Plana

**Ester Sarquella:** educadora social, directora de l'àrea de serveis socials de la Mancomunitat de la Plana (\*)

**Rosa Planesas:** infermera, regidora de Benestar i Família de l'Ajuntament de Tona

**Marta Palou:** infermera de la direcció de l'Àrea Bàsica de Salut de Tona

**Mònica Arjona:** infermera, gestora de casos de l'Àrea Bàsica de Salut de Tona

**Cati Blázquez:** metge de família de l'Àrea Bàsica de Salut de Tona

**Eva Capdevila:** educadora social, tècnica d'acció social del Programa d'Envel·liment Actiu de la Mancomunitat de la Plana

**Míriam Clopés:** treballadora social sanitària de l'Àrea Bàsica de Salut de Tona

**Cristina Rufián:** treballadora social de l'àmbit de la dependència als serveis socials de la Mancomunitat de la Plana

**Marta Segalés:** infermera de l'Àrea Bàsica de Salut de Tona

**osep M. Villegas:** terapeuta ocupacional, cap d'envel·liment de Benestar Social del Consell Comarcal d'Osona

**Núria Viñas:** treballadora social, tècnica dels Serveis Socials del Consell Comarcal d'Osona

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de dos qüestionaris semiestructurats (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

(\*) Actualment Ester Sarquella és membre del comitè operatiu del Pla Interdepartamental d'Interacció entre els serveis socials i sanitaris. Aida Guillaument és la coordinadora dels serveis socials a la Mancomunitat de la Plana



**Model col·laboratiu  
d'atenció social i sanitària  
de Vilanova i la Geltrú**

**Rian Anguix:** infermera, adjunta a direcció del projecte Vilanova Pro-Ciutat de les dues Àrees Bàsiques de Salut de l'Institut Català de la Salut a Vilanova i la Geltrú (ABS1 i ABS2)  
**Alícia Bartrina:** infermera, adjunta a direcció del Centre d'Atenció Primària Integrat (CAPI, ABS 3)  
**Rosa Carrasco:** treballadora social, cap d'unitat de treball social de l'àmbit de salut de la zona de referència Costa Ponent  
**Rosa Franc:** treballadora social de les Àrees Bàsiques de Salut de l'Institut Català de la Salut a Vilanova i la Geltrú (ABS1 i ABS2)  
**Miquel Perona:** metge de família, director de les dues Àrees Bàsiques de Salut de l'Institut Català de la Salut a Vilanova i la Geltrú (ABS1 i ABS2)  
**Lourdes Roca:** treballadora social, coordinadora d'atenció a la dependència del Centre d'Atenció Primària Integrat (CAPI, ABS 3)  
**Arantza Rodríguez:** treballadora social, coordinadora de projectes i treball en xarxa a la Regidoria de Serveis Socials de l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú  
**Marta Rovira:** treballadora social, cap de serveis socials de l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú i coordinadora dels serveis socials del Centre d'Atenció Primària de Salut Integrat (CAPI, ABS3)  
**Sílvia Álvarez:** infermera del Centre d'Atenció Primària Integrada (CAPI, ABS III)  
**Antonia Avete:** infermera, gestora de casos de les Àrees Bàsiques de Salut de l'Institut Català de la Salut de Vilanova i la Geltrú (ABS1 i ABS2)  
**Carme Casamajor:** metge de família del Centre d'Atenció Primària de Salut Sant Joan de Vilanova i la Geltrú  
**Montse Diasante:** metge de família del Centre d'Atenció Primària Integrada (CAPI, ABS III)  
**Mireia Farré:** treballadora social d'atenció a la dependència dels Serveis Socials Bàsics de l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú  
**Lara Fernández:** treballadora social dels Serveis Socials Bàsics de Vilanova Ponent  
**Montserrat Martínez:** infermera i psicòloga adjunta a pediatria del Consorci Sanitari del Garraf  
**David Mona:** psiquiatre i coordinador del Centre de Salut Mental del Consorci Sanitari del Garraf  
**Mar Muñoz:** treballadora social dels Serveis Socials Bàsics de l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú  
**Núria Puntí:** educadora social dels Serveis Socials Bàsics de Vilanova Ponent  
**Mercè Sallent:** metge de família del Centre d'Atenció Primària de Salut Sant Joan de Vilanova i la Geltrú  
**Isabel Ràfols:** llevadora del programa d'atenció a la dona del Consorci Sanitari del Garraf  
**Eva Rupi:** treballadora social del servei de la dependència de la Mancomunitat  
**Roser Sangrar:** treballadora social dels Serveis Socials Bàsics de l'Ajuntament de Vilanova i la Geltrú  
**Mònica Serra:** treballadora social de l'àmbit de salut mental d'adults del Consorci Sanitari del Garraf  
**Xus X:** treballadora social, substitució de l'infantojuvenil al Consorci Sanitari del Garraf

Participants en els dos grups de discussió i en la resposta de tres qüestionaris semiestructurats (primer trimestre del 2014; col·líders, grup motor i altres professionals vinculats al model)

# ÍNDIX

---

<b>COL-LABORADORS DE L'AVALUACIÓ EXTERNA.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUM EXECUTIU.....</b>	<b>11</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>19</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY .....</b>	<b>27</b>
<b>INTRODUCCIÓ .....</b>	<b>34</b>
<b>OBJECTIUS .....</b>	<b>36</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>46</b>
1. CARACTERÍSTIQUES ESTRUCTURALS I DE FUNCIONAMENT DELS MODELS .....	46
2. DEFINICIONS CONCEPTUALS I EL PERQUÈ DE TOT PLEGAT.....	61
3. BARRERES I FACILITADORS DELS MODELS COL·LABORATIUS .....	67
4. BENEFICIS I RESULTATS DELS MODELS COL·LABORATIUS MENCIONATS PELS PROFESSIONALS IMPLICATS.....	76
5. ÀREES DE MILLORA I NECESSITATS IDENTIFICADES PELS MODELS .....	81
6. BONES PRÀCTIQUES EN GESTIÓ I ATENCIÓ ALS MODELS COL·LABORATIUS .....	94
7. PROPOSTA DE MARC CONCEPTUAL I INDICADORS PER AVALUAR DE FORMA QUANTITATIVA ELS MODELS COL·LABORATIUS D'ATENCIÓ SOCIAL I SANITÀRIA.....	111
<b>CONCLUSIONS I RECOMANACIONS PER L'ACCIÓ.....</b>	<b>114</b>
<b>ABREVIATURES I SIGLES.....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>122</b>
<b>ANNEX.....</b>	<b>124</b>

**ANNEX 1.** Classificació dels discursos *joint comissioning*-avaluació National Health Service

**ANNEX 2.** Síntesi dels resultats de cada model col·laboratiu avaluat en el projecte

**ANNEX 3.** Carta convidant als models col·laboratius a participar en l'avaluació externa

**ANNEX 4.** Qüestionari semiestructurat i guions per a la conducció dels grups de discussió

**ANNEX 5.** Informes qualitatius de cas complets de cada model col·laboratiu (resultats dels grups de discussió amb professionals)

## RESUM EXECUTIU

---

### ANTECEDENTS I OBJECTIUS

Durant el 2013 s'inicien diversos projectes demostratius territorials que pretenen millorar la continuïtat i la integració assistencial de les persones amb necessitats sanitàries i socials, com potenciar un model d'atenció centrat en les persones i aprofundir en la interacció entre els agents implicats. En aquests models col·laboratius s'hi vinculen de manera principal els serveis socials bàsics (que depenen dels ajuntaments locals i/o consells comarcals) i els equips d'atenció primària de salut (que depenen de l'Institut Català de la Salut i/o d'altres proveïdors).

S'encarrega a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)<sup>a</sup> l'avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària. En aquest projecte, s'ha utilitzat un abordatge qualitatiu de casos que descriu i explora algunes experiències integrades d'atenció social i sanitària a Catalunya i pretén comprendre i descriure el fenomen d'estudi (els models col·laboratius i els seus beneficis/resultats) a partir de les experiències i opinions dels professionals implicats. Vol contribuir també a identificar trets comuns i de millor pràctica d'aquestes experiències i aprofundir en les necessitats en les distintes fases de desplegament de cada model. Cal tenir present que aquest projecte incorpora tant l'avaluació d'aspectes relacionats amb l'organització i la gestió, com l'atenció social i sanitària dels models col·laboratius, amb els següents objectius:

- a) Descriure l'organització i el funcionament de les experiències identificades (principalment la col·laboració formal entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut) i identificar les millors pràctiques.
- b) Identificar les barreres i els facilitadors d'aquests models col·laboratius.
- c) Identificar els beneficis i els resultats esperats i les àrees de millora dels models col·laboratius.
- d) Proposar un model conceptual d'avaluació i un grup mínim comú d'indicadors.

### METODOLOGIA

#### ❖ *Models col·laboratius participants i criteris d'inclusió*

Es tracta d'un estudi qualitatiu de casos (descriptiu i exploratori, en el qual cada model es planteja com un cas que cal entendre com un únic fenomen d'estudi en profunditat) i que ha inclòs la participació de nou models col·laboratius, dels quals set es troben en fases més inicials de desplegament i dos amb més trajectòria en el temps. La majoria d'iniciatives són encàrrecs institucionals del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut com a pilots territorials i comencen el seu desplegament l'any 2013 (**figura 1**). Els criteris d'inclusió d'un cas (model col·laboratiu) van ser els següents: ser referent territorial, incorporar bones pràctiques en gestió o atenció integrada entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut i/o de coordinació entre diferents nivells assistencials (ex. atenció primària de salut i hospital d'aguts) o entre diferents proveïdors. També es va tenir en compte que ja haguessin col·laborat en projectes previs com el PRODEP (Programes d'Atenció a la Dependència), programes de prevenció i atenció a la cronicitat o altres experiències referents en aquest àmbit.

---

<sup>a</sup> Encàrrec del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut en el marc del Pla Interdepartamental d'Interacció entre els Serveis Socials i Sanitaris (PIAISS).

### ❖ **Contingut i tècniques de recollida d'informació**

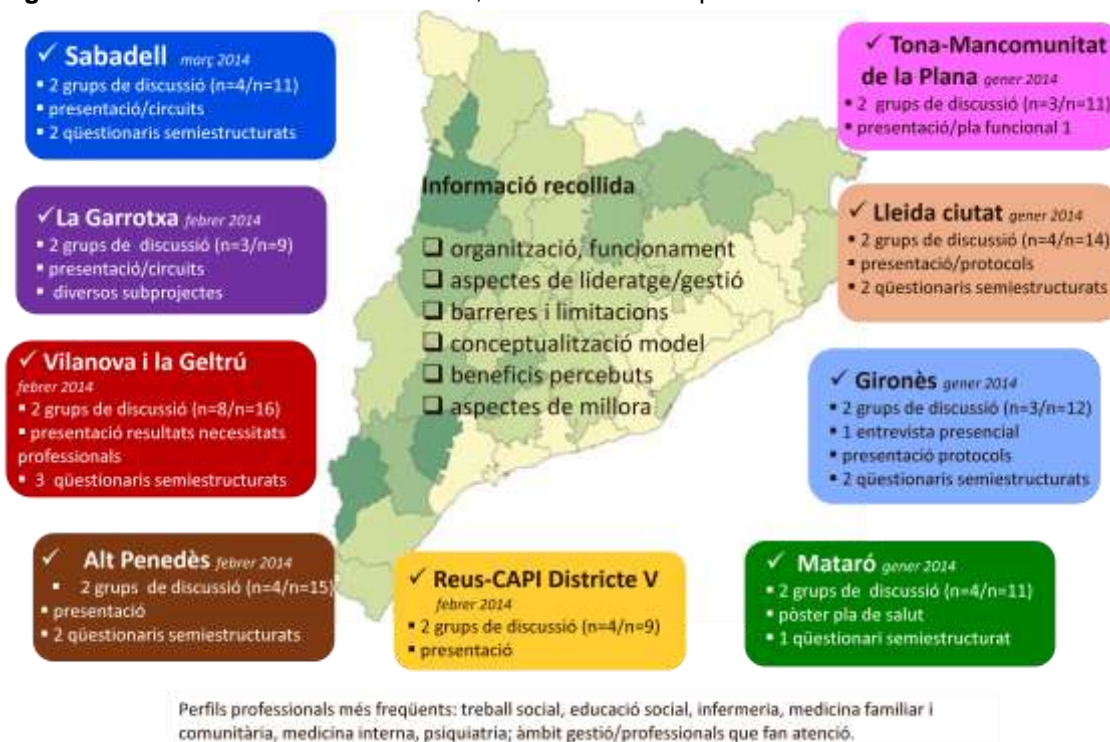
Es va confeccionar un qüestionari semiestructurat per recollir informació de l'estructura i el funcionament de cada model, la població atesa i els aspectes de context i lideratge per tal que fossin complimentats pels líders de cada iniciativa abans o just després de les reunions presencials (**figura 1**). Es van realitzar dos grups de discussió amb els professionals implicats clau a cada model:

- Grup de discussió A: amb els líders i el grup motor de cada experiència a avaluar en un grup més reduït (grup triangular amb 3-4 persones), amb una durada mitjana de 90 minuts. Es va recollir informació del context històric i de proveïdors, el seu funcionament i organització, estratègies per al seu desplegament, barreres i facilitadors i aspectes relacionats amb el lideratge i l'abast del model. En un dels models es va fer, a més, una entrevista amb una de les líders per aprofundir en alguns aspectes de context i lideratge de l'encàrrec institucional.
- Grup de discussió B: amb els líders, el grup motor i altres professionals clau vinculats al model col·laboratiu (amb unes 7 a  $\geq 12$  persones), amb una durada mitjana de 180 minuts. Es va recollir informació sobre la percepció de beneficis observats i vivències com a professionals del model, la seva opinió sobre què implicava treballar en un model col·laboratiu i de manera més coordinada i integrada i sobre les barreres i els facilitadors. Es van recollir també les necessitats identificades i les millors pràctiques de cada model i aspectes de millora.

Es van portar a terme un total de divuit grups de discussió i una entrevista a les seues dels models col·laboratius (**figura 1**) entre gener i març del 2014. Els perfils acadèmics més freqüents van ser de l'àmbit de treball social, educació social, infermeria, medicina familiar i comunitària i psiquiatria, i incloïen tant perfils directius com de gestió i planificació i professionals de primera línia en l'atenció social i sanitària dins els models col·laboratius avaluats.

Els grups de discussió eren moderats per una investigadora i una altra co-moderadora prenia notes durant la dinàmica de grup (intuïcions analítiques inicials o preanàlisi). Tots els grups van ser gravats en format àudio. També es va realitzar un buidatge de cada sessió (transcripció) amb *verbatim* clau per descriure els resultats més rellevants de les grans àrees temàtiques. Una analista qualitativa sènior va realitzar l'anàlisi qualitativa de contingut i del discurs. Els resultats van ser revistats per les dues investigadores que van participar en el treball de camp. Es va contrastar cada informe qualitatiu de cas amb la documentació lliurada (pla funcional, protocol, informació al web, circuits, etc.) i els qüestionaris semiestructurats resolts pels models, per tal d'assolir la idoneïtat de les categories temàtiques i el sentit global dels resultats obtinguts. Cada informe qualitatiu de cas va ser retornat als professionals de cada model i validat per ells, abans de realitzar l'anàlisi global de síntesi de les nou experiències avaluades.

**Figura 1.** Models col·laboratius avaluats, informació i tècniques de recollida



## RESULTATS

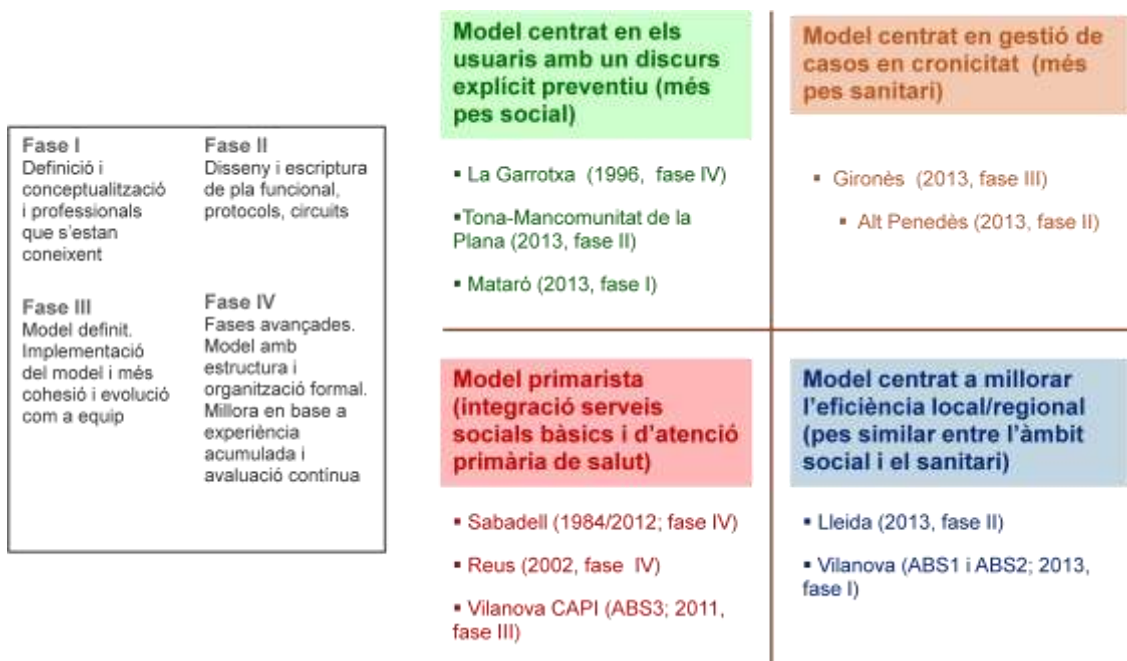
Les nou experiències són heterogènies quant als proveïdors, població diana, fases d'evolució i perfils professionals. Tanmateix, hi ha quatre perfils de models que poden considerar-se que engloben el conjunt d'experiències (figura 2). Només algunes experiències, possiblement perquè són de les més antigues, sembla que han assolit la fase de consolidació amb una llarga experiència acumulada i avaluació (d'auditoria i continuada). Destaquen per la trajectòria i l'experiència de treball col·laboratiu i pel fort lideratge estratègic i motivacional en el seu desplegament i pel suport polític i dels gestors/directius als proveïdors implicats. Totes les experiències sorgeixen recentment com a encàrrec per millorar l'eficiència i la qualitat de l'atenció, encara que algunes iniciatives fa dècades que estan en funcionament (Sabadell, la Garrotxa, Reus).

La majoria d'iniciatives es dirigeixen a qualsevol població amb risc de necessitat en salut i social i només dos dels models es focalitzen exclusivament en l'àmbit d'atenció a les persones amb problemes de salut crònics (altres àmbits d'actuació són: dependència, infància i adolescència, maltractaments) (figura 2). També s'han definit iniciatives per identificar necessitats organitzatives i fomentar el treball d'equip i visions més integrades d'atenció i prevenció en usuaris amb major risc de necessitats socials i en salut. Com a barreres hi ha les resistències dels professionals als canvis que permetrien posar l'usuari al centre de l'atenció/organització, una visió i atenció integrada i les resistències de les institucions i els proveïdors que tenen objectius propis i sistemes d'informació no compartits.

Els professionals participants en l'avaluació consideren que un model col·laboratiu d'atenció social i sanitària va més enllà de l'atenció coordinada (considerada una manera de treballar més informal entre diferents professionals) i de l'atenció integrada (ahora un pas més enllà de l'atenció coordinada, que implica, entre altres aspectes, tenir objectius comuns i una visió global dels pacients) (figura 3). El model col·laboratiu com a concepte implica treball d'equip, coordinació i atenció integrada i sobretot passar de la informalitat a la formalitat dels processos i

de l'organització i atenció social i sanitària (escrivint, protocol·litzant, fent que les institucions i els proveïdors es posin d'acord en objectius comuns).

**Figura 2.** Classificació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària segons l'abast/objectius, lideratge, fase en la qual es troben i any d'inici



**Figura 3.** Conceptes sobre què implica un «model col·laboratiu» d'atenció social i sanitari segons l'opinió dels professionals implicats

- ❖ La persona al centre de l'atenció
- ❖ Visió holística de la persona
- ❖ Compartir punts de vista, **decidir de manera conjunta**, treballar com un equip
- ❖ Un equip multidisciplinari
- ❖ Relació més propera i més àgil dels professionals
- ❖ Calen una sèrie de **circuits diferenciats**
- ❖ Planificació i visites conjuntes
- ❖ Una **finestra única o múltiples finestres per una resposta única**
- ❖ **Plans d'intervenció individuals compartits i decisions compartides** que es realitzen a través de comissions
- ❖ Les dues parts en **igualtat de condicions**
- ❖ Implica **acord, consens i objectius comuns**
- ❖ **Coordinar-se d'una manera més formal, més sistematitzada, una manera de organitzar-se millor**

Conceptes entorn del que implica un «model col·laboratiu d'atenció social i sanitari» segons els professionals (\*)



Als discursos dels professionals no emergeixen conceptes com el de «pressuposts compartits»

(\*) A partir dels discursos dels professionals participants.

Entre els beneficis principals verbalitzats pels professionals destaquen, per exemple, una major seguretat i confort percebuts pels professionals a l'hora de prendre decisions, major agilitat i eficàcia dels processos, i foment del benestar i apoderament dels usuaris (i famílies; **taula 1**). En aquest sentit s'argumenta una forma més eficient d'identificar les necessitats de la persona i adequar els serveis a aquestes necessitats. Els professionals implicats en els models identifiquen necessitats i àrees de millora tant a nivell micro com a nivell meso que caldria que tinguessin en compte els decisors i planificadors (**taula 2**)

**Taula 1.** Opinió i percepcions dels professionals dels models col·laboratius sobre els beneficis i els resultats esperats d'aquesta forma d'organització

<i>Grups / àmbits</i>	<i>Beneficis i resultats esperats d'una major atenció integrada entre l'àmbit social i el sanitari</i>			
<b>Per als professionals</b>	Atenció més preventiva i identificació de necessitats en salut i socials	Seguretat dels professionals i més facilitat per a la feina	Més coneixement i comprensió de l'altre i recursos disponibles	Valorització de la feina de treball social (òptica salut)
<b>Per als gestors</b>	Optimització de recursos i evitar duplicitats	Millora de la qualitat assistencial	Més agilitat de processos (eficiència)	Més satisfacció dels professionals i els usuaris
<b>Per als usuaris i els cuidadors</b>	Més seguretat i tranquil·litat (no es mareja tant els usuaris i els cuidadors)	Respostes més individualitzades i basades en la seva necessitat	Disminueix l'estigma de ser usuari de serveis socials	Facilita l'accessibilitat
<b>Per al sistema</b>	Permet actuacions preventives i avançar-se a situacions	Millora la confiança i la valoració dels serveis sociosanitaris públics	Es rendabilitzen molt millor els recursos i es detecten millor les necessitats	En l'àmbit del sistema es desestigmatitza l'ajuda social

**Taula 2.** Necessitats i àrees de millora identificades pels models col·laboratius

❖ <b>Millora de la gestió i la dotació de recursos</b>
❖ <b>Sistemes d'informació compartits</b> -finestra única virtual amb resposta única, entorn informàtic segur
✓ <b>Cal reforçar l'atenció primària de salut i social</b> -els objectius dels dos departaments han d'anar encaminats a dotar de recursos i eines l'atenció primària, sigui integrada o no estructuralment
✓ <b>Superar les diferències entre proveïdors i focalitzar-se en l'atenció centrada en el pacient</b> -objectius comuns entre agents proveïdors, institucions i departaments -objectius comuns ben definits + atenció centrada en la persona
✓ <b>Treballar la col·laboració amb l'especialitzada en el model col·laboratiu</b> -integració amb l'àmbit de salut mental i definir rols dels professionals de l'àmbit biomèdic -necessitat d'implicació real dels professionals de la salut per una integració real -definir estratègies (formatives i institucionals) per superar la visió fragmentada del pacient
✓ <b>Fer pedagogia i divulgació dels models d'atenció centrada en els pacients</b> -implementació del model biomèdic social i afectiu: informar, comunicar i guiar -acompanyar en el canvi i facilitats per la visió holística dels professionals
✓ <b>Escriure i legitimar</b> -amb canvis professionals, és important que quedi escrit -la voluntat professional i la confiança no és suficient per avançar; ha d'estar implementat, reconegut i valorat -cal descriure i resoldre rols dels treballadors socials de l'àmbit de la salut i del social

En quant a la proposta d'un marc de referència i indicadors per a l'avaluació quantitativa dels models, es va seguir l'abordatge conceptual d'un estudi previ per avaluar programes d'atenció a la cronicitat i es proposa un grup mínim d'indicadors per avaluar els models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya (figura 4). Aquesta proposta d'indicadors incorpora conceptes que descriguin la població amb necessitats socials i sanitàries atesa en els models col·laboratius, aspectes clau del procés relacionats amb l'ús dels serveis, així com conceptes en torn a l'eficiència i adequació dels serveis inclosos als models. La proposta de resultats a mesurar per comparar els models, tot i estar relacionats més directament amb l'atenció sanitària rebuda, permetrien mesurar en quina mesura una major atenció integrada entre l'àmbit social i sanitari poden millorar l'eficiència i adequació de l'atenció així com la satisfacció dels usuaris davant d'aquesta atenció i els seu benestar entre altres aspectes.

**Figura 4.** Proposta d'un grup mínim d'indicadors per avaluar de manera quantitativa els models col·laboratius d'atenció social i sanitària

<p><b>1. Caracterització de la població amb necessitats socials i sanitàries</b> (persones amb risc i/o ateses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persones amb dependència reconeguda (viuen a casa, institucionalitzades)</li> <li>▪ Pacients crònics complexos/malaltia crònica avançada</li> <li>▪ Persones amb diagnòstics/discapacitats, nivell de dependència o risc</li> <li>▪ Pacients amb descompensacions</li> <li>▪ Persones amb necessitats socials i sanitàries no cobertes</li> <li>▪ Persones amb servei de teleassistència</li> <li>▪ Persones ateses als models col·laboratius específics</li> </ul>
<p><b>2. Caracterització dels aspectes clau del procés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Llistes d'espera/temps de resolució de serveis específics</li> <li>▪ Evitació de duplicitats</li> <li>▪ Intervencions conjuntes d'atenció social i sanitàries</li> <li>▪ Activitats d'atenció a domicili</li> <li>▪ Visites professionals (també visites conjuntes/entrevistes)</li> <li>▪ Altres usos de serveis</li> <li>▪ Reunions conjuntes de professionals</li> </ul>
<p><b>3. Resultats intermedis</b> efectivitat/adequació/eficiència</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalitzacions potencialment evitables</li> <li>▪ Ingressos hospitalaris no programats i reingressos</li> <li>▪ Dies acumulats d'hospitalització per any</li> <li>▪ Estada mitjana hospitalària</li> </ul>
<p><b>4. Resultats finals</b> Efectivitat/atenció centrada als usuaris/eficiència</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Satisfacció dels usuaris (i cuidadors)</li> <li>▪ Resultats percebuts pels pacients (ex. qualitat de vida, benestar...)</li> <li>▪ Càrrega del cuidador</li> <li>▪ Satisfacció/benestar dels professionals</li> <li>▪ Costos</li> </ul>

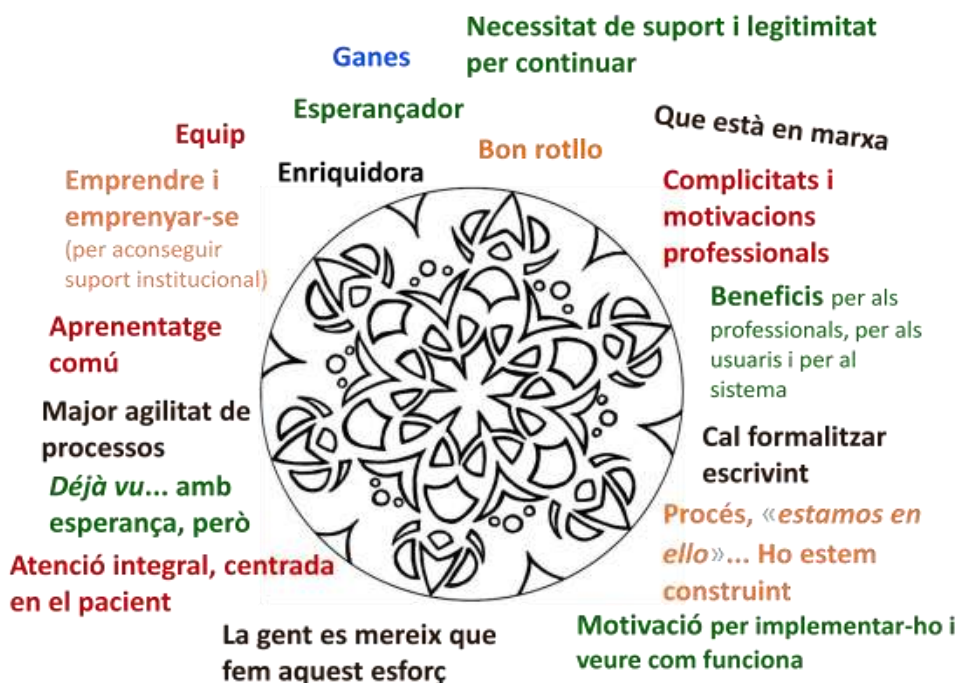
(\*) A partir dels discursos dels professionals, els qüestionaris, documentació rebuda i projectes d'avaluació previs AQUAS



## CONCLUSIONS I RECOMANACIONS PER ALS DECISORS

Aquest treball d'avaluació ha permès recollir la veu i la perspectiva dels professionals vinculats als models col·laboratius i identificar les seves necessitats a l'hora d'avançar en el desplegament (figura 5).

Figura 5. Resum de paraules clau expressades pels professionals al final de cada sessió



## RECOMANACIONS DELS MODELS COL-LABORATIUS PER ALS DECISORS

### Algunes recomanacions estratègiques clau

- ✓ Suport institucional amb recursos i *feedback* de comunicació
- ✓ El Pla Interdepartamental ha de ser potenciador d'atenció integrada i dotar de recursos i estructures per dur-la a terme
- ✓ Anar cap a un model de l'atenció centrada en la persona real
- ✓ El Pla Interdepartamental és important per tal de marcar les directrius clares per a tots els models
- ✓ Facilitar recursos (i formalitzar-los de manera institucional) i motivar (estendre el projecte) els professionals per tal de garantir la continuïtat
- ✓ A llarg termini, caldrà pensar a crear un tercer sistema (sistema de «producció» conjunt social i sanitari)
- ✓ Priorització de sistemes d'informació compartits
- ✓ Implicació (lligam institucional) entre salut, benestar i ajuntaments
- ✓ Acompanyar en el canvi: són canvis de competències, de model, de metodologies de treball; i tot això genera moltes resistències
- ✓ Repensar el paper de l'atenció primària i dotar-la d'eines i de recursos. L'atenció primària hauria de ser un dels eixos claus
- ✓ Legitimar el treball col·laboratiu: incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; hores i feina dedicades
- ✓ Cal legitimitació i posicionament dels departaments (social i salut) per establir objectius comuns contemplats en els contractes programa, els territoris o els mecanismes de cooperació (el que hi ha en aquests moments no és suficient)

- 
- ✓ La voluntat política ha d'estar molt clara
  - ✓ Els professionals s'han de conèixer per poder treballar junts
  - ✓ Des de la carrera (sobretot en l'àmbit sanitari) seria important ensenyar que és important la relació, no tan sols el vincle amb pacient, sinó la relació i el coneixement del seu entorn i el treball en equip i integrat
-

## RESUMEN EJECUTIVO

---

### ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Durante el año 2013 se iniciaron diversos proyectos demostrativos territoriales con el objetivo de mejorar la continuidad e integración asistencial de las personas con necesidades sanitarias y sociales, potenciar un modelo de atención centrado en las personas, así como profundizar en la interacción entre los agentes implicados. En estos modelos colaborativos se vinculan principalmente los servicios sociales básicos (que dependen de los ayuntamientos locales y/o consejos comarcales) y los equipos de atención primaria de salud (que dependen del Institut Català de la Salut y/o otros proveedores).

Se encargó a la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)<sup>b</sup> la evaluación externa de 9 modelos colaborativos de atención social y sanitaria. En este proyecto, se ha utilizado un abordaje cualitativo de casos que describe y explora algunas experiencias integradas de atención social y sanitaria en Cataluña, así como comprender y describir el fenómeno de estudio (los modelos colaborativos y sus beneficios/resultados) a partir de las experiencias y opiniones de los profesionales implicados. Quiere contribuir también a identificar rasgos comunes y de mejor práctica de estas experiencias y profundizar en las necesidades en las distintas fases de desarrollo de cada modelo. Hay que tener presente que este proyecto incorpora tanto la evaluación de aspectos relacionados con la organización y gestión, como la atención social y sanitaria de los modelos colaborativos, con los objetivos siguientes:

- a) describir la organización y funcionamiento de las experiencias identificadas (principalmente la colaboración formal entre los servicios sociales básicos y la atención primaria de salud) e identificar las mejores prácticas
- b) identificar las barreras y los facilitadores de estos modelos colaborativos
- c) identificar los beneficios y resultados esperados y áreas de mejora de los modelos colaborativos
- d) proponer un modelo conceptual de evaluación y un grupo mínimo común de indicadores

### METODOLOGÍA

#### ❖ *Modelos colaborativos participantes y criterios de inclusión*

Se trata de un estudio cualitativo de casos (descriptivo y exploratorio, en el que cada modelo se plantea como un caso que hay que entender como un único fenómeno de estudio en profundidad) y que ha incluido la participación de nueve modelos colaborativos, de los cuales siete se encuentran en fases más iniciales de desarrollo y dos cuentan con una mayor trayectoria en el tiempo. La mayoría de iniciativas son encargos institucionales del Departamento de Bienestar y Familia y el Departamento de Salud como modelos piloto territoriales y empezaron su desarrollo en el año 2013 (**figura 1**). Los criterios de inclusión de un caso (modelo colaborativo) fueron los siguientes: ser referente territorial, incorporar buenas prácticas en gestión o atención integrada entre los servicios sociales básicos y la atención primaria de salud, y/o de coordinación entre diferentes niveles asistenciales (p. ej. atención primaria de salud y hospital de agudos) o entre diferentes proveedores. También se tuvieron en cuenta iniciativas que hubieran colaborado en proyectos previos como el PRODEP (Programas

---

<sup>b</sup> Encargo del Departamento de Bienestar Social y Familia y el Departamento de Salud en el marco del Plan Interdepartamental de Interacción entre los Servicios Sociales y Sanitarios (PIAISS).

de Atención a la Dependencia), programas de prevención y atención a la cronicidad u otras experiencias referentes en este ámbito.

### ❖ **Contenido y técnicas de recogida de información**

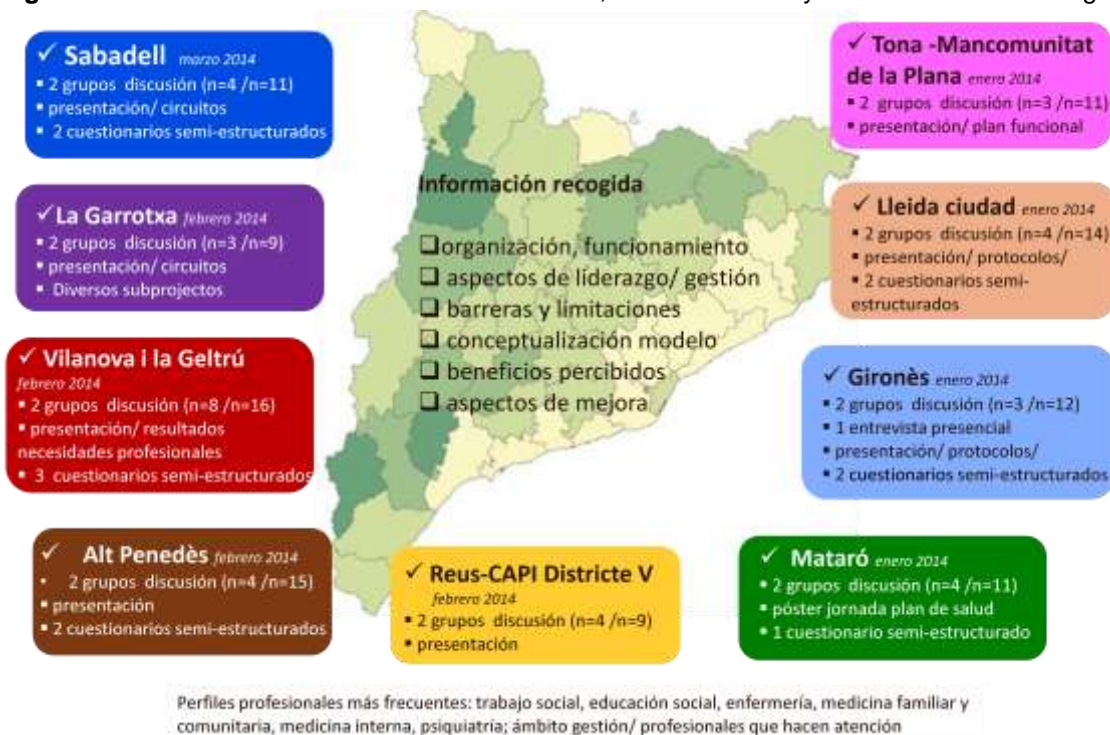
Se confeccionó un cuestionario semiestructurado para recopilar información de la estructura y el funcionamiento de cada modelo, la población atendida y los aspectos de contexto y liderazgo, para ser cumplimentado por los líderes de cada iniciativa antes o justo después de las reuniones presenciales (**figura 1**). Se realizaron dos grupos de discusión con los profesionales más implicados en cada modelo:

- Grupo de discusión A: con los líderes y grupo motor de cada experiencia para evaluar en un grupo más reducido (grupo triangular con tres o cuatro personas), con una duración media de 90 minutos. Se recogió información del contexto histórico y de proveedores, su funcionamiento y organización, estrategias para su desarrollo, barreras y facilitadores y aspectos relacionados con el liderazgo y alcance del modelo. En uno de los modelos se realizó, además, una entrevista con una de las líderes para profundizar en algunos aspectos de contexto y liderazgo del encargo institucional.
- Grupo de discusión B: con los líderes, grupo motor y otros profesionales clave vinculados al modelo colaborativo (con unas 7 a  $\geq$  12 personas), con una duración media de 180 minutos. Se recogió información sobre la percepción de beneficios observados y vivencias como profesionales dentro del modelo, su opinión sobre qué implica trabajar en un modelo colaborativo y de forma más coordinada e integrada, así como sobre las barreras y facilitadores. Se recogieron también las necesidades identificadas, así como mejores prácticas de cada modelo y aspectos de mejora.

Se llevaron a cabo un total de 18 grupos de discusión y una entrevista en las sedes de los modelos colaborativos (**figura 1**) entre enero y marzo de 2014. Los perfiles académicos más frecuentes fueron del ámbito de trabajo social, educación social, enfermería, medicina familiar y comunitaria y psiquiatría, y se incluyeron tanto perfiles directivos, de gestión y planificación y profesionales de primera línea en la atención social y sanitaria dentro de los modelos colaborativos evaluados.

Los grupos de discusión fueron moderados por una investigadora y una comoderadora tomaba notas durante la dinámica de grupo (intuiciones analíticas iniciales o preanálisis). Todos los grupos fueron grabados en formato audio. También se realizó un vaciado de cada sesión (transcripción) con *verbatim* clave para describir los resultados más relevantes de las grandes áreas temáticas. Una de las investigadoras (analista cualitativa senior) realizó el análisis cualitativo de contenido y del discurso. Los resultados fueron revisados por las dos investigadoras que participaron en el trabajo de campo. Se contrastó cada informe cualitativo de caso con la documentación entregada (plan funcional, protocolo, información en la web, circuitos, etc.) y los cuestionarios semiestructurados cumplimentados por los modelos, con el fin de alcanzar la idoneidad de las categorías temáticas y el sentido global de los resultados obtenidos. Cada informe cualitativo de caso se retornó y validó por parte de los profesionales clave de cada modelo colaborativo antes de realizar el análisis global de síntesis de las nueve experiencias evaluadas.

**Figura 1.** Modelos colaborativos evaluados, información y técnicas de recogida



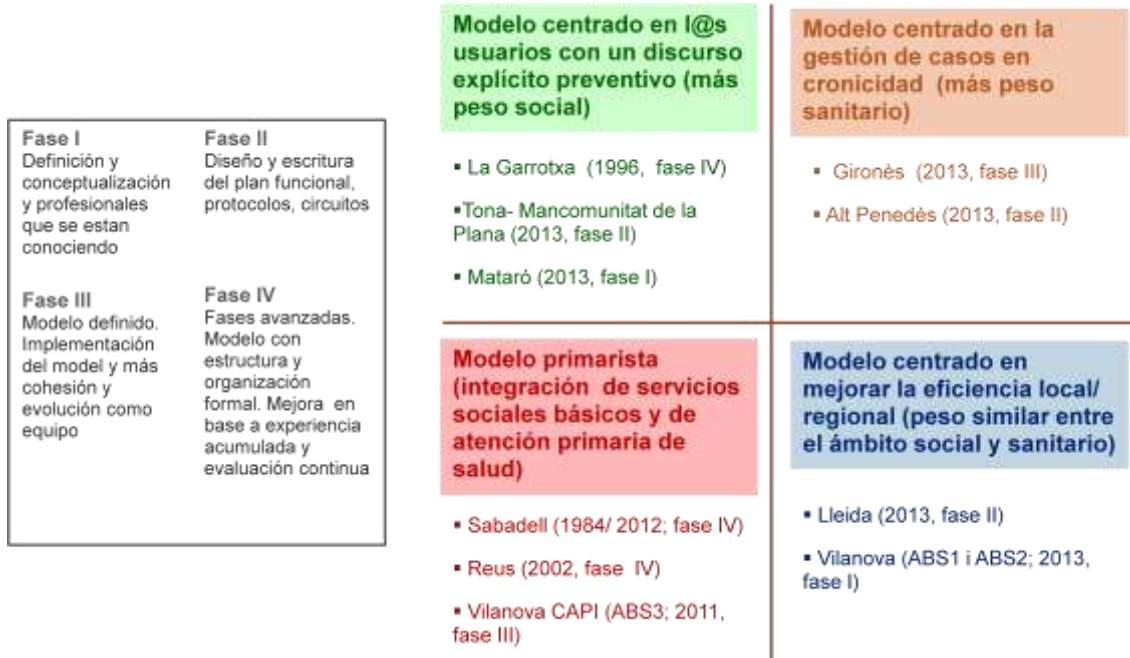
## RESULTADOS

Las nueve experiencias son heterogéneas en cuanto a sus proveedores, población diana, fases de evolución y perfiles profesionales implicados. Sin embargo, hay cuatro perfiles de modelos que pueden considerarse y que engloban el conjunto de experiencias (figura 2). Solo algunas experiencias, posiblemente por ser de las más antiguas, parecen haber alcanzado una fase de consolidación con una larga experiencia acumulada y han realizado una evaluación del modelo (de auditoría y continuada). Destacan por la trayectoria y experiencia de trabajo colaborativo y fuerte liderazgo estratégico y motivacional en su desarrollo, así como el apoyo político y de los gestores/directivos a los proveedores implicados. Todas las experiencias surgen recientemente como encargo para mejorar la eficiencia y calidad de la atención, aunque algunas iniciativas llevan desde hace décadas en funcionamiento (Sabadell, La Garrotxa, Reus).

La mayoría de las iniciativas se dirigen a cualquier población con riesgo de necesidad en salud y social y solo dos de los modelos se focalizan exclusivamente en el ámbito de la atención a las personas con problemas de salud crónicos (otros ámbitos de actuación son la dependencia, la infancia y la adolescencia, el maltrato) (figura 2). También se han definido iniciativas para identificar necesidades organizativas y fomentar el trabajo de equipo y visiones más integradas de atención y prevención en usuarios con mayor riesgo de necesidades sociales y de salud. Como barreras se encuentran las resistencias de los profesionales a los cambios que permitirían poner al usuario en el centro de la atención/organización, una visión y atención integrada, así como las resistencias de las instituciones y proveedores que tienen objetivos propios y sistemas de información no compartidos. Los profesionales participantes en la evaluación consideran que un «modelo colaborativo» de atención social y sanitaria va más allá de la atención coordinada (considerada una forma de trabajo más informal entre diferentes profesionales) y de la atención integrada (al mismo tiempo un paso más allá de la atención coordinada, que implica, entre otros aspectos, tener objetivos comunes y una visión global de los pacientes) (figura 3). El modelo colaborativo como concepto implica trabajo de equipo, coordinación y atención integrada y, sobre todo, pasar de la informalidad a la formalidad de los

procesos y de la organización y atención social y sanitaria (escribiendo, protocolizando, haciendo que las instituciones y proveedores se pongan de acuerdo con objetivos comunes).

**Figura 2.** Clasificación de los modelos colaborativos de atención social y sanitaria según el alcance/objetivos, liderazgo, la fase en la que se encuentran y el año de inicio.



**Figura 3.** Conceptos sobre qué implica un «modelo colaborativo» de atención social y sanitaria según la opinión de los profesionales implicados



(\*) A partir de los discursos de los profesionales participantes

Entre los beneficios principales verbalizados por los profesionales destacan, por ejemplo, la mayor seguridad y confort percibida por los profesionales a la hora de tomar decisiones, la mayor agilidad y eficacia de los procesos, y el fomento del bienestar y apoderamiento de los usuarios (y familias; **tabla 1**). En este sentido se argumenta una forma más eficiente de identificar las necesidades de la persona y adecuar los servicios a estas necesidades. Finalmente, los profesionales implicados a los modelos identifican necesidades y áreas de mejora tanto a nivel micro como meso que se deberían tener en cuenta por parte de los decisores y planificadores (**tabla 2**)

**Tabla 1.** Opinión y percepciones de los profesionales de los modelos colaborativos sobre los beneficios y resultados esperados de esta forma de organización

<i>Grupos/ámbitos</i>	<i>Beneficios y resultados esperados de una mayor atención integrada entre el ámbito social y sanitario</i>			
<b>Para los profesionales</b>	Atención más preventiva e identificación de necesidades en salud y sociales	Seguridad de los profesionales y mayor facilidad para el trabajo	Más conocimiento y comprensión del otro y recursos disponibles	Puesta en valor del trabajo social (óptica salud) realizado
<b>Para los gestores</b>	Optimización de recursos y evitar duplicidades	Mejora de la calidad asistencial	Mayor agilidad de los procesos (eficiencia)	Mayor satisfacción de los profesionales y usuarios
<b>Para los usuarios y cuidadores</b>	Mayor seguridad y tranquilidad (no se marea tanto a los usuarios y cuidadores)	Respuestas más individualizadas y basadas en su necesidad	Disminuye el estigma de ser usuario de servicios sociales	Facilita la accesibilidad
<b>Para el sistema</b>	Permite actuaciones preventivas y adelantarse a situaciones	Mejora la confianza y valoración de los servicios sociosanitarios públicos	Se rentabilizan mucho mejor los recursos y se detectan mejor las necesidades	A nivel de sistema se desestigmatiza la ayuda social

**Tabla 2.** Necesidades y áreas de mejora identificadas por los modelos colaborativos

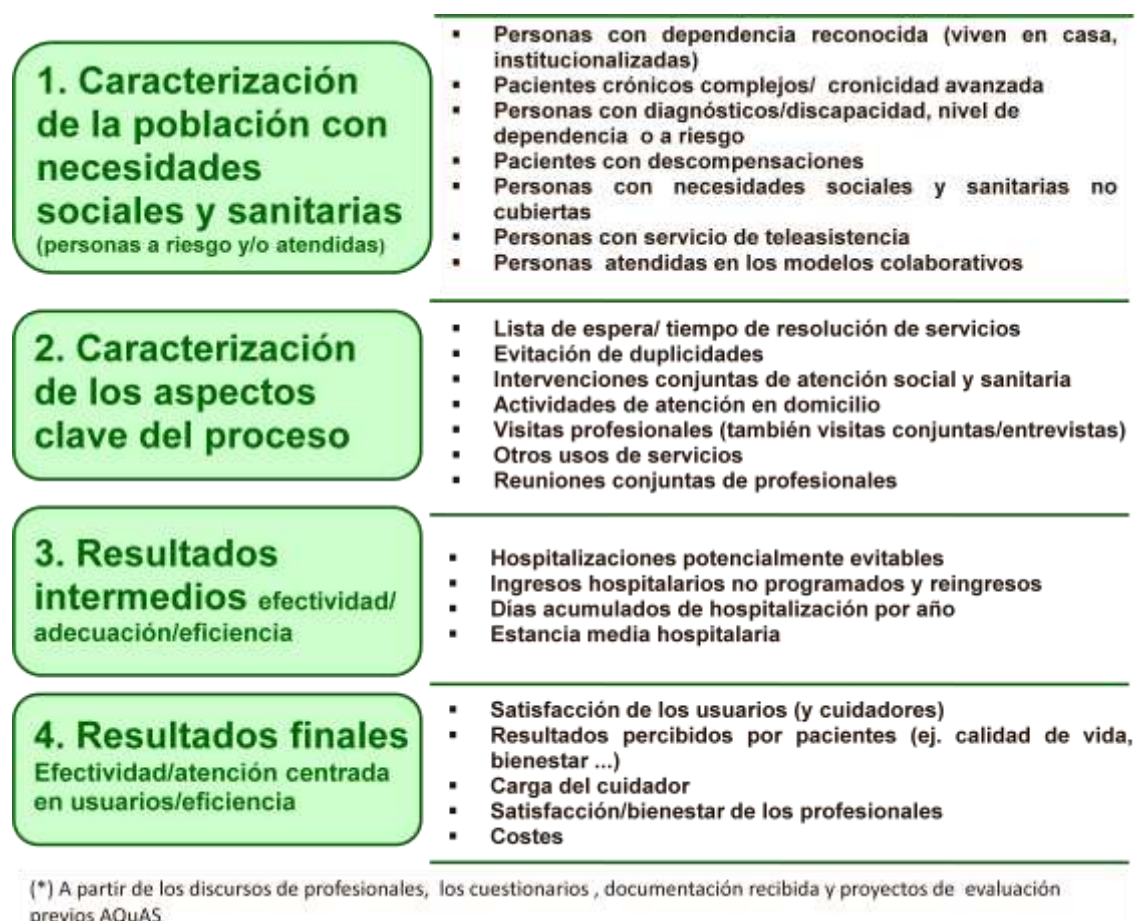
❖ <b>Mejora de la gestión y dotación de recursos</b>
❖ <b>Sistemas de información compartidos</b> - ventana única virtual con respuesta única, entorno informático seguro
✓ <b>Necesidad de reforzar la atención primaria de salud y social</b> - los objetivos de los dos Departamentos deben dirigirse a dotar de recursos y herramientas a la atención primaria, sea esta integrada o no estructuralmente
✓ <b>Superar las diferencias entre proveedores y focalizarse en la atención centrada en el paciente</b> - objetivos comunes entre agentes proveedores, instituciones y departamentos - objetivos comunes bien definidos + atención centrada en la persona
✓ <b>Trabajar la colaboración con la atención especializada en el modelo colaborativo</b> - integración con el ámbito de salud mental y definir roles de los profesionales del ámbito biomédico - necesidad de implicación real de los profesionales de la salud por una integración real - definir estrategias (formativas e institucionales) para superar la visión fragmentada del paciente
✓ <b>Hacer pedagogía y divulgación de los modelos de atención centrada en los pacientes</b> - implementación del modelo biomédico-social y afectivo: informar, comunicar y guiar - acompañar en el cambio y facilidades para la visión holística de los profesionales
✓ <b>Escribir y legitimar</b> - con cambios profesionales, es importante que quede escrito - la voluntad profesional y creencia no es suficiente para avanzar; debe estar implementado,

reconocido y valorado

- es necesario describir y resolver roles de los trabajadores sociales del ámbito de la salud y social

En relación a la propuesta de un marco de referencia e indicadores para la evaluación cuantitativa de los modelos, se siguió el abordaje conceptual de un estudio previo para evaluar programas de atención a la cronicidad en Cataluña así como la propuesta de indicadores por parte de los propios modelos colaborativos (figura 4). Esta propuesta de indicadores incorpora conceptos para describir la población con necesidades sociales y sanitarias atendida en los modelos colaborativos, aspectos clave del proceso relacionados con el uso de servicios, así como conceptos entorno a la eficiencia y adecuación de los servicios incluidos en los modelos. La propuesta de resultados a medir para comparar los modelos, a pesar de estar relacionados más directamente con la atención sanitaria recibida, permitirían medir en que medida una mayor atención integrada entre el ámbito social y sanitario pueden mejorar la eficiencia y adecuación, así como la satisfacción de los usuarios de dicha atención y su bienestar entre otros aspectos.

**Figura 4.** Propuesta de un grupo mínimo de indicadores para evaluar de manera cuantitativa los modelos colaborativos de atención social y sanitaria

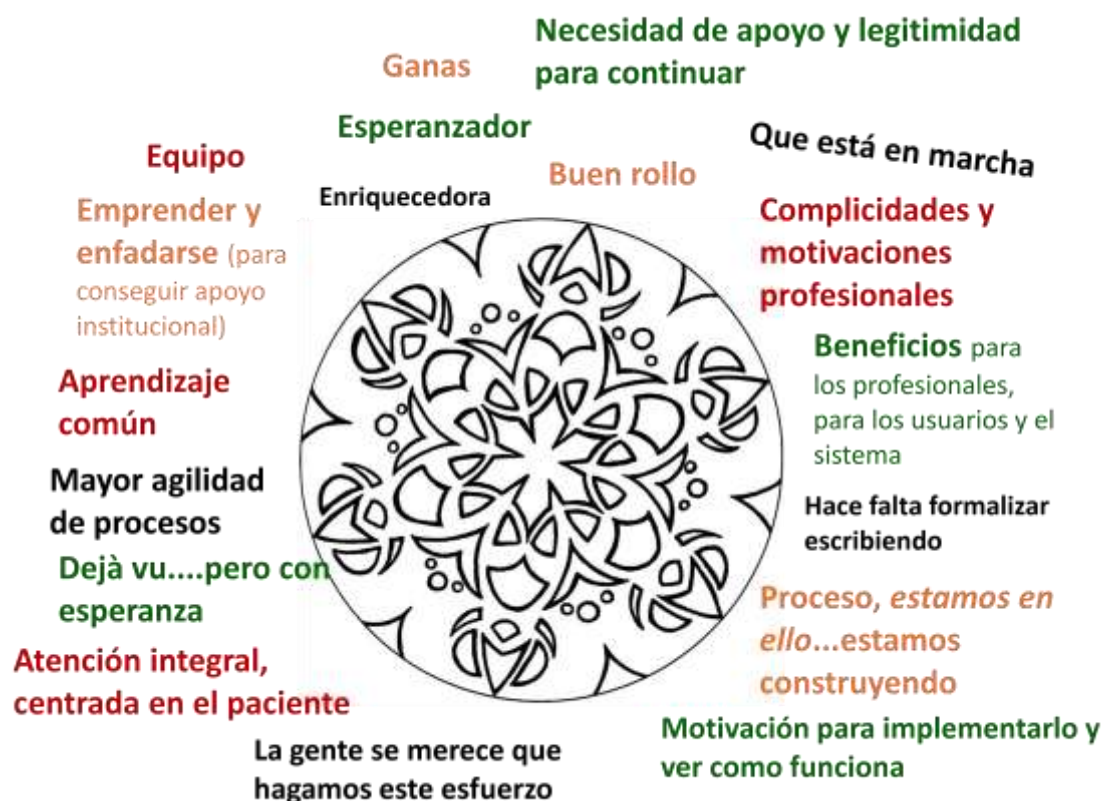




## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LOS DECISORES

Este trabajo de evaluación ha permitido recoger la voz y perspectiva de los profesionales vinculados a los modelos colaborativos e identificar sus necesidades a la hora de avanzar en el desarrollo (figura 5).

Figura 5. Resumen de palabras clave expresadas por los profesionales al final de cada sesión



## RECOMENDACIONES DE LOS MODELOS COLABORATIVOS PARA LOS DECISORES

### Algunas recomendaciones estratégicas clave

- ✓ Apoyo institucional con recursos y *feedback* de comunicación
- ✓ El Plan Interdepartamental debe ser potenciador de atención integrada y dotar de recursos y estructuras para llevarla a cabo
- ✓ Hay que ir hacia un modelo de la atención centrada en la persona real
- ✓ El Plan Interdepartamental es importante para marcar las directrices claras para todos los modelos
- ✓ Facilitar recursos (y formalizarlos de manera institucional) y motivar (extender el proyecto) a los profesionales con el fin de garantizar la continuidad
- ✓ A largo plazo, habrá que pensar en crear un tercer sistema (sistema de «producción» conjunto social y sanitario)
- ✓ Priorizar los sistemas de información compartidos
- ✓ Implicación (vínculo institucional) entre salud, bienestar y ayuntamientos
- ✓ Acompañar en el cambio: son cambios de competencias, de modelo, de metodologías de trabajo; y todo esto genera muchas resistencias
- ✓ Replantearse el papel de la atención primaria y dotar de herramientas y de recursos. La atención primaria debería ser uno de los ejes fundamentales

- 
- ✓ Legitimar el trabajo colaborativo: incentivar, valorar y reconocer el trabajo colaborativo; horas y trabajo dedicados
- 
- ✓ Legitimar y posicionamiento de los Departamentos (social y salud) para establecer objetivos comunes contemplados en los contratos programa, territorios o mecanismos de cooperación (el que hay en estos momentos no es suficiente)
- 
- ✓ La voluntad política debe estar muy clara
- 
- ✓ Es necesario que los profesionales se conozcan para poder trabajar juntos
- 
- ✓ Desde la carrera universitaria (grado, sobre todo en el ámbito biomédico) sería muy recomendable enseñar que es importante la relación, no solo el vínculo con el paciente sino la relación y conocimiento de su entorno y trabajo en equipo e integrado
-

## EXECUTIVE SUMMARY

---

### BACKGROUND AND OBJECTIVES

In 2013 several regional pilot projects were set up aiming to improve continuity and integration of care in people with health and social needs, to promote a patient-centred model of care and to forge stronger bonds between the principal stakeholders involved. Within these cooperative models the principal connection is made between basic social services (which depend on local town and/or county councils) and the primary health care (which depend on the Catalan Institute of Health and/or other service providers).

The Agency of Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS as per the Catalan acronym) was responsible for the independent evaluation of the 9 collaborative social and health care models. This project includes a qualitative approach based on case studies to describe and explore integrated health and social care initiatives in Catalonia and seeks to understand and describe the issue under investigation (collaborative models and their benefits/results) based on the experience and feedback from the professionals involved. The objective was also to help identify common features and best practices from these experiences and acquire a more in-depth understanding of the needs at different stages of development of each model. It is important to bear in mind that this project incorporates both the evaluation of aspects related to the organization and management as well as the social and health care provision of collaborative models, with the following objectives:

- a) to describe the organization and operation of the initiatives identified (principally, the formal collaboration between basic social services and primary health care) and identify best practices
- b) to identify the barriers and facilitators of these collaborative models
- c) to identify the benefits, expected results and areas for improvement of these collaborative models
- d) to propose a conceptual model and a shared minimum group of indicators

### METHODOLOGY

#### ❖ *Participant collaborative models and inclusion criteria*

This is a qualitative case study (exploratory and descriptive in which each model is presented as a case to be approached and contemplated as a unique phenomenon of in-depth study) involving participation from 9 collaborative models, 7 of which are in the initial stages of development and 2 more longer-term models. Most initiatives are institutional commissions from the Department of Social Services & Family Welfare and the Department of Health deployed as regional pilots in 2013 (**figure 1**). The inclusion criteria for a case (collaborative model) were the following: being a regional reference, incorporate best practices in management and integrated care between basic social services and primary health care, and/or coordination between different care levels (e.g., primary health care and acute hospital care) or between different service providers. It also took into account initiatives that have collaborated in previous projects, such as PRODEP (Dependence Care Programs), programs for the prevention and care of chronicity or other related experience in this field.

### ❖ *Content and data collection techniques*

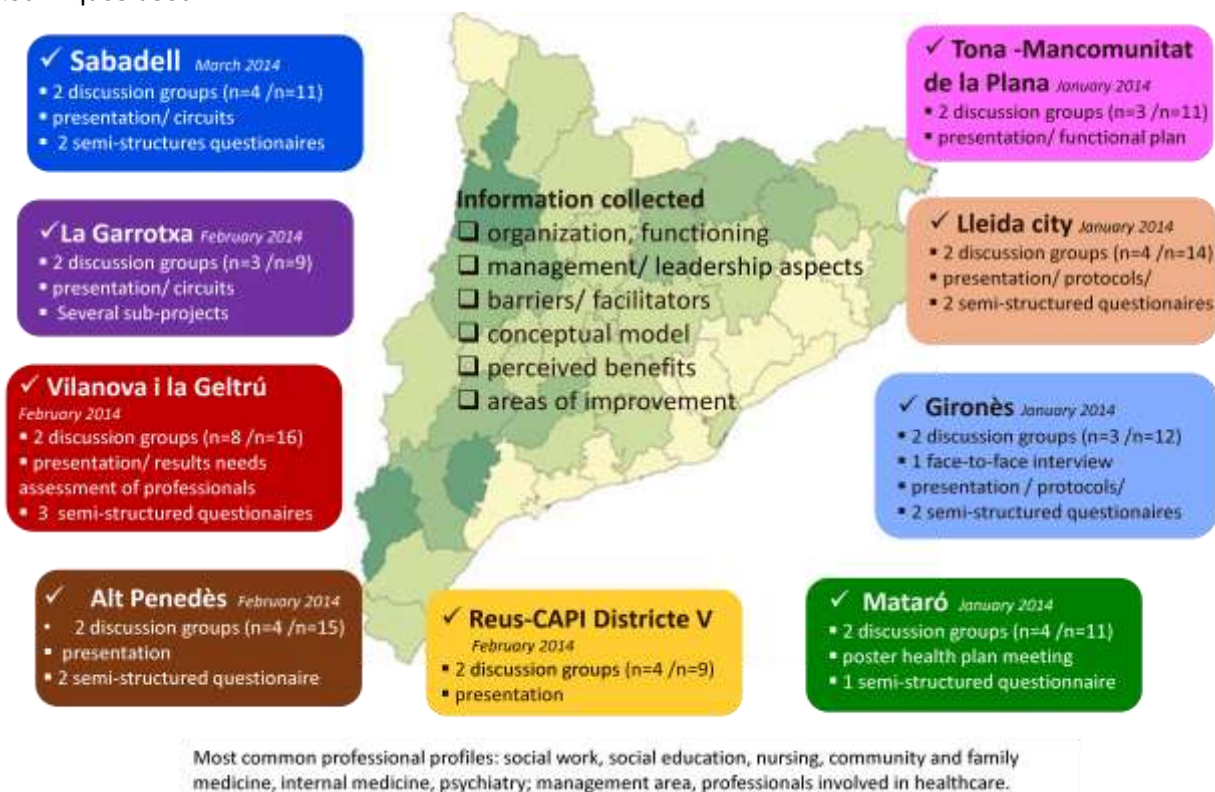
We used a semi-structured questionnaire to gather information on the structure and operation of each model, the population served and the aspects of context and leadership to be completed by the leaders of each initiative before or just after the face-to-face meetings (**figure 1**). We conducted two discussion groups with key professionals involved in each model:

- Discussion Group A: with the leaders and driving group from each initiative in a smaller group (triangle group of 3-4 people) and with an average duration of 90 minutes. Information regarding the historical context was collected from service providers, operation and organization, strategies for implementation, obstacles and facilitators and aspects of leadership and scope of the model. In addition, one models carried out an interview with one of the leaders to obtain a more in-depth knowledge of certain aspects regarding context and leadership of institutional assignments.
- Discussion Group B: with leaders, driving groups and other key professionals involved in the collaborative model (between 7 to  $\geq 12$  people) and with an average duration of 180 minutes. Information was collected concerning the perceived benefits and their experience as professionals with the model, their opinion about what is involved when working with a collaborative model in a more coordinated and integrated manner as well as the barriers and facilitators. Data was also collected regarding the needs identified, best practices of each model and areas requiring improvement.

In total, 18 discussion groups and interviews were conducted in the headquarters of these collaborative models (**figure 1**) between January and March 2014. The more common academic profile was that of a professional in the field of social work, social education, nursing, family and community medicine and psychiatry. Those involved came from both sectors of their respective fields; management, planning and administration, as well as frontline professionals in the collaborative health and social care models appraised.

The discussion groups were moderated by a researcher and another co-moderator took notes throughout group sessions (pre-analysis or initial analytical insights). An audio only recording was made of each group. Each session was then transcribed including "key word-for-word" comments to depict the most relevant results from the principal subject areas. A senior qualitative analyst then performed a qualitative analysis of content and discourse. The results were reviewed by two researchers who participated in the fieldwork. Each qualitative case report was contrasted with its associated documentation (functional plan, protocol, information from the Internet, circuits, etc.) and semi-structured questionnaires completed by each model, in an effort to ensure the suitability of subject categories and overall interpretation of the results obtained. Each qualitative case report is returned and validated by professionals from each collaborative model prior to performing the summarized global analysis of the 9 experiments appraised.

**Figure 1.** Collaborative models appraised, information collected and information collection techniques used



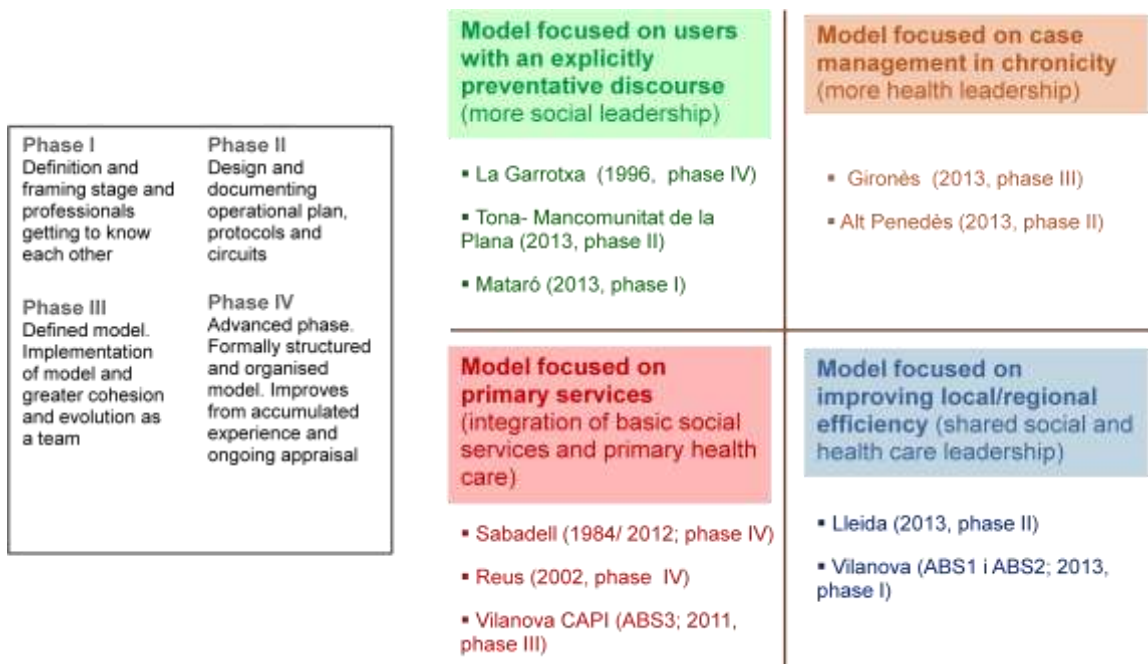
## RESULTS

The 9 initiatives differ in terms of service providers, target population, phases of development and profiles. However, there are 4 model profiles that can be discerned and which encompass the overall experience (figure 2). Only certain initiatives appear to have reached the consolidation phase with significant experience and assessment of the model (through audit and continuous improvement), possibly due to the fact that they are the most veteran. These models stand out from the rest for their trajectory, collaborative work experience, and strong strategic and motivational leadership in their deployment, as well as the support from political circles, management and administrators towards the service providers involved. All experiments are derived from a recent commission to improve efficiency and quality of care, while other initiatives have been in operation for decades (Sabadell, La Garrotxa, Reus).

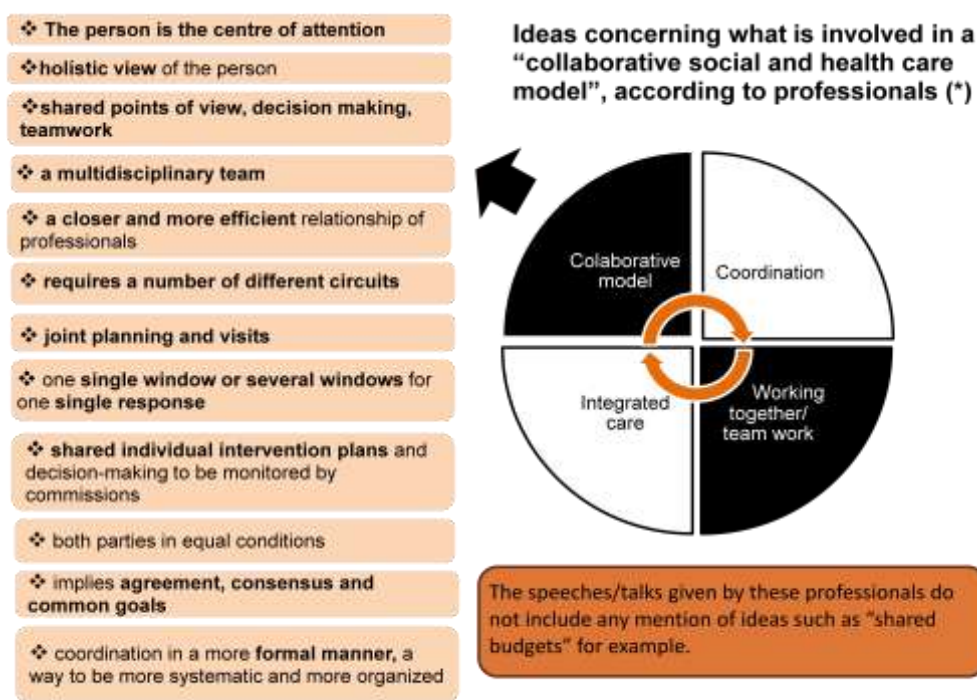
The majority of these initiatives are designed to target any population at risk of social and health deficiencies, whereas only 2 models focus exclusively on the field of care for people with chronic health problems (other areas of activity are dependent care, childhood and adolescence, abuse) (figure 2). Initiatives have also been defined to identify organizational needs and promote teamwork and encourage a more integrated concept of care and prevention in users at greater risk of experiencing health and social deficiencies. Barriers include resistance to change in professionals that would ensure the user be placed at the centre of attention/organization, integrated view and care, as well as resistance from institutions and service providers who employ their own private objectives and information systems. The professionals participating in the evaluation believe that a “collaborative” social and healthcare model goes beyond coordinated care (considered a more informal way for professionals to work together) and integrated care (one step beyond coordinated care which, among other things,

involves sharing common goals and an overall view of patients) (figure 3). The collaborative model, as a concept, involves teamwork, coordination and integrated care, transforming informal processes, organization and social and health care, into more formal versions (documenting, preparing literature, making practices protocol, striking an agreement between institutions and service providers regarding common goals).

**Figure 2.** Classification of collaborative models of social and health care according to scope/objectives, leadership, the phase they are currently in and year of definition.



**Figure 3.** Concepts regarding what is involved in a social and health care “collaborative model” derived from feedback from the professionals involved.



(\*) based on speeches/talks given by participating professionals

The main benefits most commonly articulated by professionals were that of greater perceived professional security and comfort in decision-making, increased process agility and efficiency, and promoting the welfare and empowerment of users (and families; **table 1**). In this regard the report argues its case for a more efficient way to identify the patients' needs and tailor services to meet these needs. Finally, professionals involved in the different models identified the deficiencies and areas requiring improvement at both micro and mesolevel, which should be taken under consideration by decision-makers and planners (**table 2**).

**Table 1.** Opinions and perceptions from professionals working in the collaborative models concerning the benefits and outcomes of this form of organization

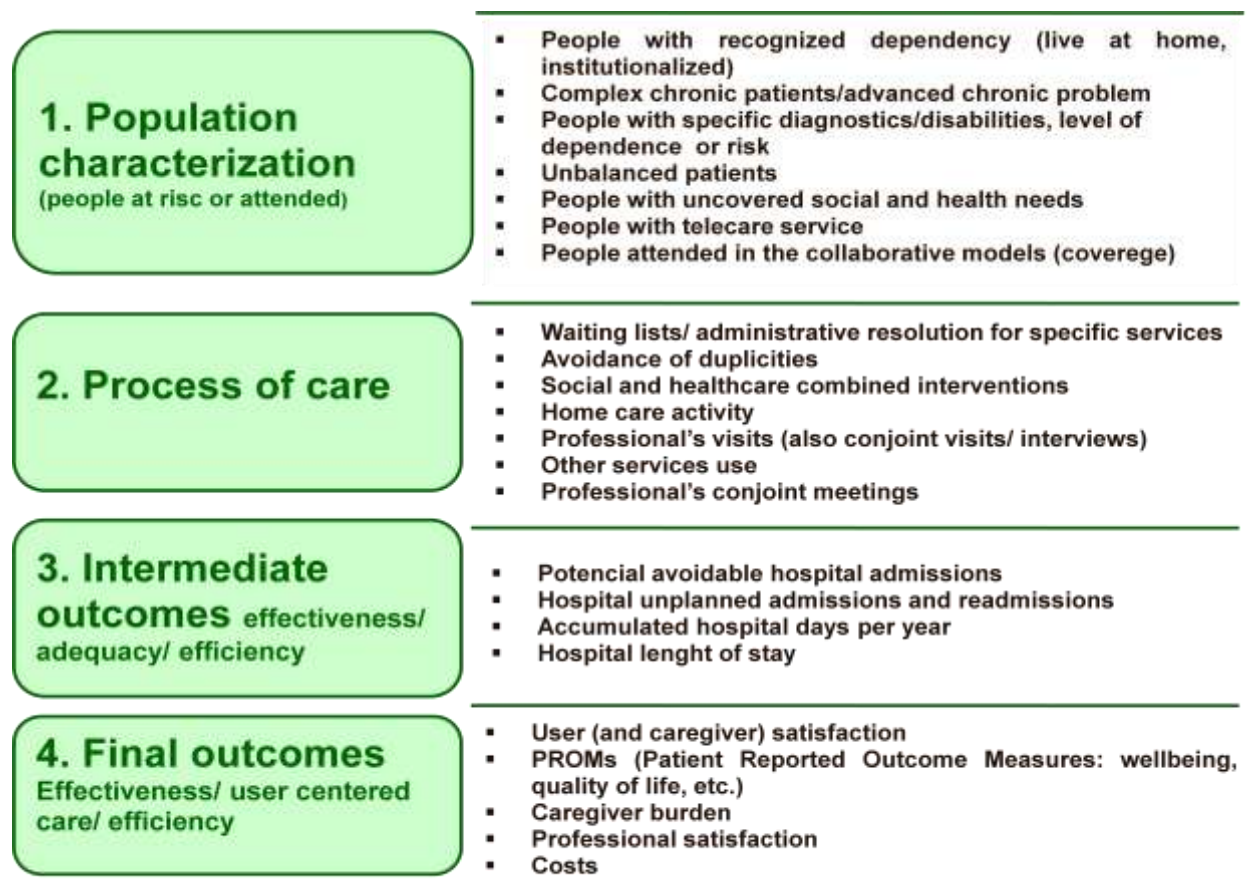
<i>Group/environment</i>	<i>Projected benefits and results of greater integration between social and health care services</i>			
<b>For professionals</b>	More preventive care and identification of health & social needs	Professional security and better working facilities	Greater mutual understanding and knowledge and the resources available	Enhancing the work of social work (health perspective)
<b>For administrators</b>	Optimization of resources and avoid duplication	Improving quality of care	More agile processes (efficiency)	Enhanced professional and user satisfaction
<b>For users and caregivers</b>	More security and peace of mind (less confusion for users and caregivers)	More individualized care focused more on your need	Decrease stigma of being social service user	Facilitate accessibility
<b>For the system</b>	Enable preventative action and to pre-empt certain situations	Improve confidence in and rating of public social and healthcare services	Greater viability of resources and better needs analysis	Challenging the stigma associated with social services system

**Table 2.** Needs and areas requiring improvement identified in collaborative models

❖ <b>Improved management and resource allocation</b>
❖ <b>Shared information systems</b> - single virtual window with single answer , secure computing environment
✓ <b>A need to strengthen the primary health and social care</b> -the objectives of the 2 departments should be designed to provide the tools and resources for primary care, regardless of whether it is structurally integrated or not
✓ <b>Overcoming differences between service providers and focusing on patient-centred care</b> - Common objectives between service providers, institutions and departments clearly defined common goals + patient-centred care
✓ <b>Cultivate collaboration initiatives with special attention on the collaborative model</b> -integration with field of mental health and defining professional roles in the biomedical field - real need for involvement of health professionals in order to ensure real integration - define strategies (educational and institutional) to address the fragmented view of patients
✓ <b>Educating and disseminating patient-centred care models</b> - implement biomedical, social and emotional model: to inform, communicate and guide - accompanied throughout transformation, assisted by a more comprehensive professional view
✓ <b>Document &amp; legitimize</b> -it is important to document developments when dealing with professional changes -a professional will and belief is not enough to make progress; changes must be implemented, acknowledged and evaluated -it is necessary to define and resolve the role played by social workers in social and health care areas

As for the proposal of a framework and indicators for quantitative evaluation of the collaborative models, a reference model was proposed following a previous study to assess chronic care programs and proposals of a group of indicators to assess the models from the professionals involved in Catalonia (figure 4). This proposal incorporates concepts of indicators that describe the population with social and health needs in the models, key aspects of the process relating to the use of services and concepts around the efficiency and appropriateness of the services. The proposed results to compare integrated care initiatives, although are related more directly with the healthcare received, would allow to measure the extent to which greater integrated care between the social and health can improve the efficiency and adequacy and user satisfaction and wellbeing among other aspects.

**Figure 4.** Proposal of a minimum set of indicators to assess quantitatively collaborative models of health and social care



(\*) From the speeches of professionals, questionnaires, documentation received and previous evaluation projects AQuAs

## CONCLUSIONS AND RECOMENDATIONS FOR DECISION MAKERS

This assessment work has enabled the documentation of opinions and the perspective from professionals involved in collaborative models and to identify their needs when it comes to advancing deployment (figure 5).



**Figure 5.** Summary of comments and conclusive phrases used by professionals at the end of each session



## RECOMMENDATIONS OF COLLABORATIVE MODELS FOR DECISION MAKERS

### Key strategic recommendations

- ✓ Institutional support and resources with communication feedback is required
- ✓ The Interdepartmental Plan must be a stimulator for integrated care and providing the resources and structures necessary to successfully carry it out
- ✓ Development towards a real patient-centred care model
- ✓ The Interdepartmental Plan is important to set down clear guidelines applied to all models
- ✓ Resources must be provided (through formal institutional channels) and the professional involved must be encouraged (expanding project) to ensure continuity
- ✓ In the long term, considering the creation of a third system must be taken into account (a joint health and social system of "production")
- ✓ Shared information systems must be prioritized
- ✓ Institutional involvement between health, welfare and local councils (institutional bond)
- ✓ Usher in change: these are changes in responsibilities, model, working methodology; and all of this generates huge resistance
- ✓ Rethink the role of primary care and provide the necessary tools and resources. Primary care must be one of the main pillars here
- ✓ Legitimation and support of the models: encourage, recognize and appreciate collaborative work; the effort and hours dedicated
- ✓ Departments must be positioned and legitimized (health and social services) to establish the common goals referred to in the program contracts, regions or cooperation mechanisms (the current one is insufficient)
- ✓ Political will must be clear
- ✓ Professionals must know each other in order to work together
- ✓ Demonstrate the importance of the relationship, not only the connection with patients but rather the relationship and knowledge of one's environment, teamwork and in an integrated manner from the university degree stage (especially in health services)

# INTRODUCCIÓ

---

Durant el 2013 s'inicien diversos projectes demostratius territorials que pretenen millorar la continuïtat i la integració assistencial de les persones amb necessitats sanitàries i socials, potenciar un model d'atenció centrat en les persones i aprofundir en la interacció entre els agents implicats. En aquests models col·laboratius s'hi vinculen principalment els serveis socials bàsics (que depenen dels ajuntaments locals i/o consells comarcals) i els equips d'atenció primària de salut (depenen de l'Institut Català de la Salut i/o altres proveïdors) sota l'impuls de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departament de Benestar Social i Família i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) del Departament de Salut i del Pla Interdepartamental d'Atenció Social i Sanitària (PIAISS).<sup>c</sup> El PIAISS es defineix com un eix que facilita una estratègia de coordinació i planificació compartida entre tots dos departaments.

Hi ha diverses definicions del que implica una major atenció coordinada, integrada i centrada en el usuari, que cal tenir presents per entendre el que són aquest tipus de projectes demostratius i d'interacció entre els serveis socials bàsics i els sanitaris. Així, per atenció coordinada, es podria entendre el grau de coordinació del personal professional per assolir una atenció integrada del pacient dintre d'una organització i entre diverses organitzacions al llarg del temps, que s'intenta assolir amb la posada en marxa de processos transversals i el disseny de processos de manera conjunta entre àmbits assistencials (**Ministerio de Sanidad, 2007**). D'altra banda, una atenció integrada (usualment anomenada *comprehensive care*) inclou les entrades, el lliurament, la gestió i l'organització dels serveis relacionats amb el diagnòstic, el tractament, la cura, la rehabilitació i la promoció de la salut (**Gröne O, 2002**). Es podria definir com una forma de millorar els serveis en relació amb l'accés, la qualitat, la satisfacció de l'usuari i l'eficiència. Val a dir que tant al pla de salut de Catalunya 2011-2015 com en les línies estratègiques del PIAISS es contempla explícitament una major promoció de l'atenció coordinada i integrada de serveis.<sup>d</sup>

L'avaluació de l'atenció coordinada i/o integrada entre serveis socials i sanitaris implica abordar un fenomen complex, i, com a tal, es considera rellevant tenir en compte diferents abordatges metodològics que facilitin la seva comprensió i els significats de la realitat estudiada. A través d'una revisió exhaustiva de la literatura, es troba poca evidència dels resultats i beneficis de l'atenció social i sanitària en publicacions internacionals. En un estudi publicat al Regne Unit per la National Health Service (NHS)<sup>e</sup> (**Dickinson, H., 2013**), es van avaluar experiències amb integració de proveïdors i sistemes de pagament conjunts («*joint commissioning of social and health care*») entre l'àmbit social i el sanitari. També s'hi exploren les experiències, els significats i l'opinió dels resultats de cinc models pilot a través d'un estudi qualitatiu de casos i les veus dels professionals implicats. S'identifiquen a través de la literatura tres discursos clau entorn del que implica l'anomenada *joint commissioning* entre l'àmbit social i sanitari: discurs de la prevenció, discurs de l'apoderament i discurs de l'eficiència.

---

<sup>c</sup>. Pla Interdepartamental d'Interacció entre els Serveis Socials i Sanitaris (PIAISS): [http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/piaiss\\_presentacio\\_ledesma.pdf](http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3609/piaiss_presentacio_ledesma.pdf)

<sup>d</sup>. Pla de Salut 2011-2015 disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf)

<sup>e</sup>. DICKINSON, H.; GLASBY, J.; NICHOLDS, A.; JEFFARES, S.; ROBINSON, S.; SULLIVAN, H. *Joint commissioning in health and social care: an exploration of definitions, processes, services and outcomes*. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme. National Institute for Health Research. Southampton, 2013.

En el moment de definició del present estudi d'avaluació no es van identificar gaires estudis en el context internacional que descriguessin els beneficis atribuïts a una atenció i prevenció més integrada i coordinada entre el món social i sanitari dirigida a persones amb necessitats en aquests dos àmbits, més enllà dels que s'identifiquen en la revisió de la literatura en el projecte abans mencionat de l'NHS (HUDSON, B., 2011; European Science Foundation, 2013). Recentment s'ha publicat un estudi en el qual es fa una comparació de resultats de l'atenció integrada en diversos països i context estatal, tot i que es focalitzen sobretot en l'àmbit de salut i la cronicitat (BUSSE, R., 2014; GOODWIN, N., 2014; NUÑO-SOLINÍS, R., 2013). Alguns estudis portats a terme a Catalunya han avaluat la coordinació o atenció integrada de serveis amb major èmfasi de la perspectiva sanitària, en la qual s'identifiquen barreres o facilitadors en la coordinació d'organitzacions integrades sanitàries (VARGAS, I., 2006), aspectes de millora del procés en l'àmbit de la dependència (avaluació dels projectes demostratius PRODEP; Fundació Avedis Donabedian, 2006 i 2008) o s'avalua la qualitat de l'atenció mitjançant indicadors encara que només en un àmbit (ex. l'atenció social a Barcelona; DIBA 2011).

En un projecte previ publicat per l'AQuAS, es va realitzar un consens ampli d'experts per la prioritització d'un grup mínim d'indicadors per avaluar l'atenció sanitària en l'àmbit de cronicitat (AQuAS, 2013). Alguns d'aquests indicadors podrien ser rellevants per a l'avaluació de l'atenció integrada entre l'àmbit social i sanitari; per exemple, indicadors per caracteritzar la població i descriure el seu ús de serveis (el volum de població atesa en diferents programes d'atenció a la cronicitat, el volum de població atesa amb dispositius alternatius a l'hospitalització convencional, el volum de població atesa amb dependència), o indicadors d'adequació, efectivitat o eficiència com la taxa de pacients que tenen una valoració multidimensional integral realitzada, la reducció d'estades hospitalàries o reingressos hospitalaris atribuïts a una major atenció integrada. Tot i així, és important mencionar que s'han identificat algunes barreres inicials a l'hora d'implementar els 18 indicadors seleccionats a partir de fonts d'informació disponibles per a l'avaluació. Entre altres aspectes destaquen els reptes en el càlcul dels numeradors i denominadors per descriure de la mateixa forma a la població amb necessitats complexes (ex. pacients crònics complexos o amb fragilitat a nivell de tot Catalunya) a tots els programes/ models, l'enllaç de dades procedents de diferents fonts d'informació per calcular alguns indicadors transversals (ex. pacients contactats 48 hores post-alta hospitalària que requereix en aquest cas informació de l'àmbit hospitalària i d'atenció primària de salut), o el fet de necessitar suficient temps d'evolució dels programes que inclouen una major integració de serveis per evidenciar el seu impacte i resultats (ex. benestar o estat de salut dels usuaris).

Per tal d'identificar trets comuns i diferencials així com millors pràctiques de les iniciatives pilot d'atenció integrada entre l'àmbit social i sanitari a Catalunya així com resultats inicials d'aquests models es va demanar a l'AQuAS una avaluació externa. Donat que les iniciatives estaven en fases inicials de desplegament s'esperava que els resultats d'aquesta avaluació facilitarien el desenvolupament d'un pla funcional de cada model i s'identifiquessin necessitats dels professionals i institucions participants perquè els decisors a diferents nivells donguessin suport en el seu desplegament. En el present projecte<sup>f</sup> s'ha utilitzat un abordatge qualitatiu de casos que descriu i explora algunes experiències integrades d'atenció social i sanitària a Catalunya i pretén comprendre i descriure el fenomen d'estudi (els models col·laboratius i els seus beneficis/resultats) a partir de les experiències i opinions dels professionals implicats. Es pretén entendre el fenomen d'estudi i identificar trets comuns i diferenciadors que facilitin

---

<sup>f</sup>. Encàrrec del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut en el marc del Pla Interdepartamental d'Interacció entre els Serveis Socials i Sanitaris (PIAISS).

l'avanç dels 9 models col·laboratius avaluats. Per tal d'entendre els beneficis calia identificar i descriure els trets clau d'aquestes iniciatives. D'altra banda, es requeria especificar les seves barreres i facilitadors i les necessitats dels professionals per fer recomanacions de millora continua als proveïdors i decisors. En definitiva, es volien identificar trets comuns i de millor pràctica d'aquestes experiències i aprofundir en les necessitats en les distintes fases de desplegament de cada model avaluat.

## OBJECTIUS

---

El present estudi incorpora tant l'avaluació d'aspectes relacionats amb l'organització i la gestió com l'atenció social i sanitària de 9 models col·laboratius, amb els següents objectius específics:

- a) Descriure l'organització i el funcionament de les experiències identificades amb el model col·laboratiu (de manera principal entre els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut) i identificar les millors pràctiques.
- b) Identificar les barreres i els facilitadors d'aquests models.
- c) Identificar els beneficis i els resultats esperats i les àrees de millora.
- d) Proposar un model conceptual d'avaluació i un grup mínim comú d'indicadors per l'avaluació quantitativa i comparada dels models.

## METODOLOGIA

---

Per tal d'assolir els objectius de l'estudi, es va considerar adient basar l'avaluació incorporant un abordatge qualitatiu. Com que la majoria d'experiències incorporen relativament poca trajectòria en el temps i dificultat d'aïllar el benefici i els resultats d'aquesta manera més integrada d'atenció de forma quantitativa, es va determinar la necessitat de tenir en compte la veu dels professionals implicats de l'àmbit de planificació i gestió com a professionals dedicats a l'atenció de persones amb necessitats socials i sanitàries a cada model col·laboratiu.

### ❖ Disseny de l'estudi i la inclusió de models col·laboratius

Es va definir un estudi qualitatiu de casos descriptiu i exploratori en el qual cada cas (model col·laboratiu) pogués ser analitzat com a fenomen en si mateix i se'n poguessin extreure característiques clau i de bona praxi i també evidenciar els seus beneficis.

Els criteris d'inclusió (**taula 1**) es van establir amb l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) i el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC): a) ser referent territorial (en projectes de cronicitat, atenció a la dependència, etc.); b) incorporar bones pràctiques de gestió o atenció entre serveis socials bàsics i atenció primària de salut i/o coordinació entre nivells assistencials i proveïdors; c) ser encàrrecs institucionals del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut per fer desplegament del model col·laboratiu social i sanitari; d) altres models col·laboratius amb més trajectòria en el temps que poguessin ajudar a entendre els beneficis i l'impacte d'una atenció més integrada de serveis i professionals del món social i sanitari. Es van tenir en compte col·laboracions prèvies en el Programa d'Atenció a la Dependència (PRODEP), PPAC o altres experiències.

Es van avaluar de manera externa 9 models col·laboratius, set iniciatives pilot amb menys trajectòria en el temps d'evolució / desplegament i dues experiències amb més llarga trajectòria per entendre el context de desenvolupament, els trets comuns, els facilitadors i les barreres i també els beneficis observats pels professionals vinculats a cada model. La majoria d'iniciatives eren encàrrecs institucionals del Departament de Benestar Social i Família i del Departament de Salut i van començar el seu desplegament el 2013 i es troben en fases d'elaboració de protocols i guies de bones pràctiques assistencials.

### ❖ Recollida d'informació per a l'avaluació

#### **Qüestionari semiestructurat i altra documentació clau**

Es va portar a terme una revisió de la literatura per tal d'identificar iniciatives internacionals i nacionals d'experiències d'atenció integrada, coordinada, o de col·laboració conjunta entre l'àmbit social i sanitari. La finalitat era identificar projectes i avaluacions de models similars per la proposta metodològica i el tractament de l'avaluació dels models col·laboratius entre l'àmbit social i sanitari a Catalunya.

**Taula 1. Models col·laboratius d'atenció social i sanitaris inclosos i característiques bàsiques**

<b>Model (província)</b>	<b>Any Inici</b>	<b>Encàrrec institucional</b>	<b>Principals organismes vinculats</b>
<b>Alt Penedès</b> (Barcelona)	2013	Sí	-Ajuntament/ Consell Comarcal (serveis socials bàsics) -Àrea Bàsica de Salut Rural -hospital d'aguts comarcal de referència -socio sanitari
<b>Gironès</b> (Girona)	2013	Sí	-Institut d'Assistència Sanitària (IAS) -Consorti de Benestar Social (CBS) -atenció primària (Institut Català de la Salut-ICS; *juny del 2014 aprox.)
<b>La Garrotxa</b> (Girona)	1996	No	-Consorti d'Acció Social de la Garrotxa (CASG) -atenció primària de salut i social -salut mental -nivell hospitalari d'aguts -àmbit de residències -centres de dia -programa d'atenció domiciliària i equips de suport -serveis de suport a domicili
<b>Lleida</b> (Lleida)	2013	Sí	-Ajuntament (serveis socials bàsics) -sector/ regió sanitària del Servei Català de la Salut (Catsalut) -centres d'atenció primària ICS -atenció domiciliària
<b>Mataró</b> (Barcelona)	2013	Sí	-Consorti Sanitari (CSM): àrea bàsica de salut (centre d'atenció primària), hospital comarcal, hospital socio sanitari, programa d'atenció domiciliària, equip de suport -Ajuntament (serveis socials bàsics i atenció a la dependència)
<b>Reus</b> (Tarragona)	2002	Sí	-grup SAGESSA i Ajuntament: àrea bàsica de salut i equip bàsic d'assistència social en un centre d'atenció primària integrat (atenció primària en salut i serveis socials bàsics de l'Ajuntament), hospital d'aguts, salut mental -educació primària i secundària
<b>Sabadell</b> <b>(Barcelona)</b>	1984; 2012	No	-àrea bàsica de salut i equip bàsic d'assistència social en centre d'atenció primària integrat (atenció primària en salut de l'ICS i serveis socials bàsics de l'Ajuntament)
<b>Tona-Mancomunitat de la Plana</b> (Barcelona)	2013	Sí	-Mancomunitat (programa de dinamització de la gent gran, serveis socials bàsics, atenció a la dependència) -ajuntaments (regidories) -Àrea Bàsica de Salut de Tona (centre d'atenció primària i residències geriàtriques)
<b>Vilanova i la Geltrú(*)</b>	2013	Sí	-Consorti Sanitari (CSG): àrees bàsiques de salut (atenció primària de salut i serveis socials) i Ajuntament (serveis socials bàsics), salut mental, pediatria, socio sanitari

(\*) A Vilanova i la Geltrú hi ha un centre d'atenció primària de salut integrat (CAPI), que incorpora l'atenció primària de salut i els serveis socials bàsics, que depèn de l'Ajuntament des del 2003.

L'equip investigador del present projecte va participar en una jornada de presentació dels models col·laboratius institucionals i es va demanar a cada model informació clau (presentacions descriptives amb els antecedents, objectius, fase de desplegament i tractament, protocols, plans funcionals o altra documentació). Es va enviar una carta formal institucional signada per dos membres del comitè executiu del Pla Interdepartamental d'Interacció entre els Serveis Socials i Sanitaris (direcció general de l'ICASS i del Servei Català de la Salut-Catsalut) al mes d'octubre del 2013, seguida d'un missatge signat per la direcció de l'AQuAS i de l'equip de recerca (**annex 3**).

Es va elaborar un qüestionari semiestructurat dirigit als líders de cada model col·laboratiu per recollir informació sobre la seva estructura i el seu funcionament, la població atesa i els aspectes de context i lideratge per tal que fos contestat pels responsables de cada iniciativa, i també els guions per a la conducció dels grups de discussió amb els líders i el grup motor de cada iniciativa (**taula 2a i 2b i annex 4**).

**Taula 2b.** Continguts del qüestionari semiestructurat dirigit als líders de cada model

---

**Secció A. Descripció de l'estructura, el funcionament i l'organització de la iniciativa**

- dades identificatives
- objectius i desenvolupament
- àmbits assistencials i professionals implicats
- cartera de serveis / activitats principals
- estratègia i organigrama
- accessibilitat dels usuaris
- sistemes d'informació i comunicació
- aspectes de qualitat de l'atenció

**Secció B. Descripció de les característiques de la població atesa**

- volum d'usuaris atesos i característiques
- identificació i seguiment dels usuaris

**Secció C. Lideratge i canvi organitzatiu**

**Taula 2b.** Continguts dels guions dels grups de discussió amb els líders i el grup motor de cada model

---

**Secció A i B. Context del model, organització i funcionament** (grup de discussió A)

**Secció C. Lideratge i canvi organitzatiu** (grup de discussió A)

**Secció D. Conceptualització del model col·laboratiu i integració de serveis** (grup de discussió B)

- definicions / conceptualització del model col·laboratiu
- definicions / conceptualització de l'atenció integrada
- definicions / conceptualització de l'atenció coordinada

**Secció E. Facilitadors i barreres del canvi organitzatiu** (grup de discussió B)

- facilitadors en el procés de desplegament i en el desenvolupament
- barreres en el procés de desplegament i en el desenvolupament
- aspectes de millora del model

**Secció F. Beneficis d'una atenció integrada** (grup de discussió B)

- per als professionals implicats en el model
  - per als usuaris i familiars
  - per al conjunt del sistema
  - proposta d'indicadors per avaluar els models col·laboratius
- 

Es va enviar un qüestionari semiestructurat per recollir informació de l'estructura i el funcionament de cada model, la població atesa i els aspectes de context i lideratge per tal que fos contestats pels líders de cada iniciativa al mes de novembre del 2013. Es van portar a terme dos grups de discussió de cada model col·laboratiu per recollir la veu dels professionals implicats, tant dels col·líders i els responsables dels models col·laboratius com dels professionals de primera línia i els coordinadors (**figura 1 i 2**).

- ✓ Grup de discussió A: amb els líders de cada model en un grup de discussió més reduït (en alguns casos grups triangulars), amb una durada aproximada d'una hora i mitja. Es va recollir informació del context històric i dels proveïdors, del seu funcionament i de la seva organització, de les estratègies per al seu desplegament, de les barreres i els facilitadors i sobre aspectes relacionats amb el lideratge i l'abast del model (seccions A, B i C principalment, vegeu la taula 2a).
- ✓ Grup de discussió B: es va fer un altre grup amb els líders, el grup motor i altres professionals vinculats al model col·laboratiu que es dediquen a l'atenció social o sanitària (professionals de primera línia), amb una durada aproximada de dues hores i mitja. Es va recollir informació sobre la seva percepció de beneficis observats i vivències com a professionals dins del model, la seva opinió sobre què implicava un model col·laboratiu i el treball més coordinat i integrat i també sobre les barreres i els facilitadors (seccions A, D, E i F principalment, vegeu la taula 2b).

Els grups de discussió es van fer a les seus de cada model col·laboratiu (**figura 2**). En general es feien dos grups del mateix model col·laboratiu el mateix dia, des de gener a principis de març del 2014. Es van organitzar un total de divuit grups de discussió i una entrevista.<sup>9</sup> En aquest darrer cas, per entendre amb més profunditat aspectes de lideratge i l'inici d'un dels models col·laboratius, com també recomanacions estratègiques a nivell meso i macro addicionals a la recollides durant els grups de discussió.

A la primera part de la sessió es revisaven els qüestionaris semiestructurats que havien contestat i s'aprofundia en el context d'inici i els aspectes de lideratge i gestió del model col·laboratiu (grup discussió A). A la segona part, s'introduïen aspectes tractats amb els líders a la primer part, i es continuava amb els aspectes facilitadors i les barreres detectades pels professionals implicats, els aspectes de millora i les millors pràctiques («de què us sentiu més orgullosos com a model?»), tant del vessant de gestió com del vessant de l'atenció. Es demanava als professionals que descrivissin amb les seves paraules què entenien per model col·laboratiu, atenció integrada i coordinació i en donessin exemples. També es va recollir la seva opinió sobre els beneficis que percebien d'un model d'atenció col·laboratiu i possibles indicadors per a l'avaluació quantitativa / comparada d'aquests models. Es va concloure cada sessió fent una ronda de paraules i frases conclusives de l'avaluació externa per part de cada professional participant al grup de discussió.

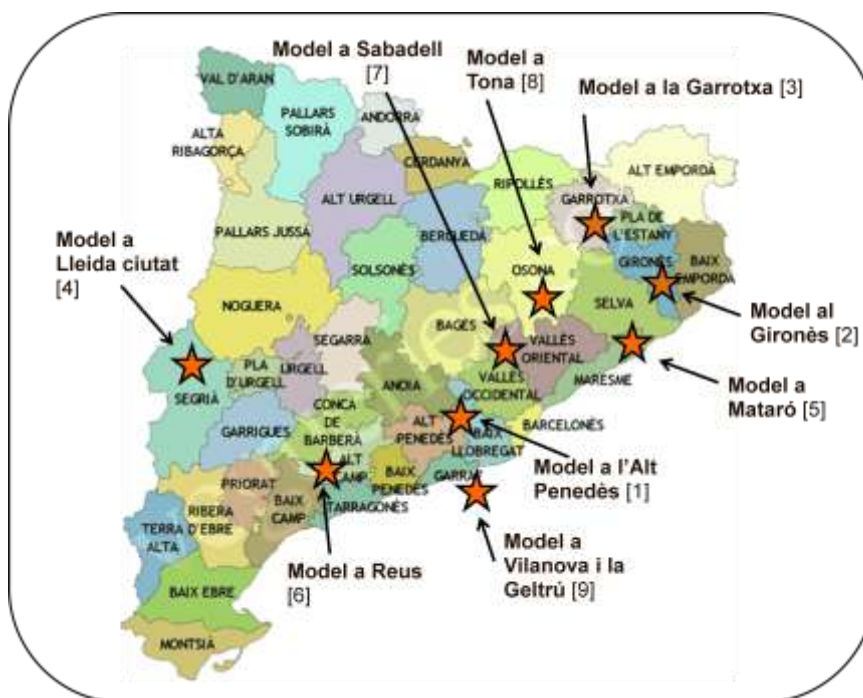
Cada grup va ser moderat per dues persones de l'equip d'investigació, una de les quals va ser la conductora principal de la reunió i l'altra prenia notes i analitzava els punts clau i feia el resum de cada sessió. Aquestes sessions es van gravar amb àudio per al seu posterior buidatge i anàlisi qualitativa.

---

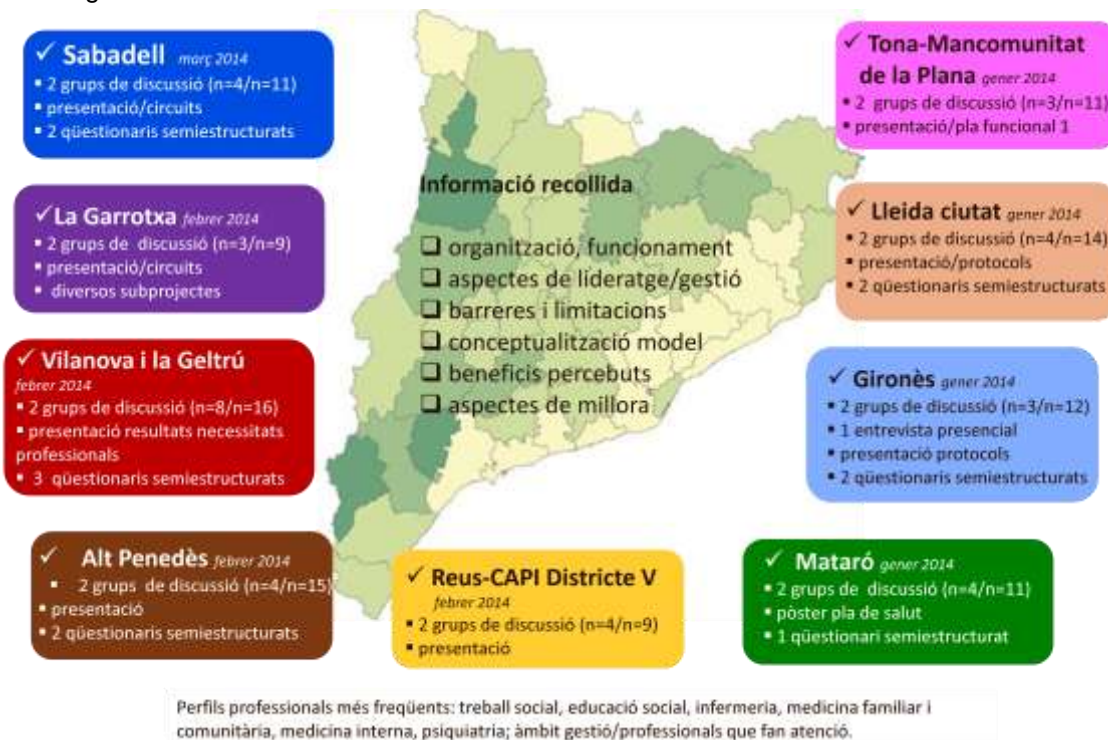
<sup>9</sup>. L'entrevista es va realitzar amb una de les líders del model col·laboratiu del Gironès per entendre amb més profunditat alguns aspectes relacionats amb el context institucional i el lideratge del projecte que no es van poder recollir durant els grups de discussió d'aquest model.



**Figura 1.** Models col·laboratius d'atenció social i sanitària participants en l'avaluació externa



**Figura 2.** Descripció de les sessions i de la documentació recollida a cada model per ordre cronològic de realització



**Taula 3.** Característiques demogràfiques i perfils professionals dels participants en l'avaluació externa de cada model col·laboratiu d'atenció social i sanitària

Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària	Volum participants	Gènere	Disciplina / perfil acadèmic	Perfil professional
<b>Alt Penedès</b>	n: 4 grup de discussió A n: 15 grup de discussió B	dones: 14 homes: 1	treball social: 11 (àmbit social i sanitari) infermeria: 2 medicina familiar i comunitària: 1 medicina interna: 1	àmbit de gestió: 5 àmbit d'atenció: 10
<b>Gironès</b>	n: 3 grup de discussió A n: 12 grup de discussió B n: 1 entrevista presencial	dones: 11 homes: 2	treball social: 4 (àmbit social i sanitari) infermeria: 6 medicina familiar i comunitària: 1 medicina preventiva i salut pública: 1 estudiant en pràctiques (treball social): 1	àmbit de gestió: 4 àmbit d'atenció: 9
<b>La Garrotxa</b>	n: 3 grup de discussió A n: 9 grup de discussió B	dones: 9 homes: 2	treball social: 7 (àmbit social i sanitari) infermeria: 1 medicina familiar i comunitària: 1 medicina psiquiàtrica: 1 medicina geriàtrica: 1	àmbit de gestió: 6 àmbit d'atenció: 5
<b>Lleida</b>	n: 4 grup de discussió A n: 14 grup de discussió B	dones: 13 homes: 1	treball social: 9 (àmbit social i sanitari) infermeria: 3 educació social: 1 medicina familiar i comunitària: 1	àmbit de gestió: 6 àmbit d'atenció: 8
<b>Mataró</b>	n: 4 grup de discussió A n: 11 grup de discussió B	dones: 10 homes: 1	treball social: 10 (àmbit social i sanitari) medicina familiar i comunitària: 1	àmbit de gestió: 5 àmbit d'atenció: 6

**Taula 3.** Característiques demogràfiques i perfils professionals dels participants en l'avaluació externa de cada model col·laboratiu d'atenció social i sanitària [Continuació]

Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària	Volum de participants	Gènere	Disciplina / perfil acadèmic	Perfil professional
<b>Reus</b>	n: 4 grup de discussió A n: 9 grup de discussió B	dones: 10 homes: 1	treball social: 5 (àmbit social i sanitari) educació social: 2 infermeria: 2 medicina familiar i comunitària: 1 medicina preventiva i salut pública: 1	àmbit de gestió: 4 àmbit d'atenció: 7
<b>Sabadell</b>	n: 4 grup de discussió A n: 11 grup de discussió B	dones: 11	treball social: 4 (àmbit social i sanitari) educació social: 1 infermeria: 3 medicina familiar i comunitària: 2	àmbit de gestió: 4 àmbit d'atenció: 7
<b>Tona-Mancomunitat de la Plana</b>	n: 3 grup de discussió A n: 11 grup de discussió B	dones: 10 homes: 1	treball social: 3 (àmbit social i sanitari) educació social: 2 infermeria: 4 medicina familiar i comunitària: 1 terapeuta ocupacional: 1	àmbit de gestió: 4 àmbit d'atenció: 7
<b>Vilanova i la Geltrú</b>	n: 8 grup de discussió A n: 16 grup de discussió B	dones: 22 homes: 2	treball social: 12 (àmbit social i sanitari) educació social: 1 infermeria: 6 medicina familiar i comunitària: 4 medicina psiquiàtrica: 1	Àmbit de gestió: 10 àmbit d'atenció: 14

❖ Anàlisi qualitativa i validació dels resultats<sup>h,i</sup>

Durant cada sessió (grup de discussió) es van prendre notes i es va fer una preanàlisi que fou revisada per les dues investigadores que van participar en el treball de camp. Es va realitzar un buidatge (transcripció) de cada grup classificat segons les categories temàtiques clau (taula 2b i noves emergents de cada grup) a partir de les gravacions de cada sessió, tot incorporant-hi informació de qui deia què per a l'anàlisi qualitativa global del discurs posterior. Cada buidatge va incloure també *verbatim* clau que van conferir solidesa a les categories temàtiques i als resultats clau de cada sessió.

A partir dels buidatges de cada sessió es va fer una anàlisi qualitativa de contingut i del discurs per entendre el fenomen d'estudi (es tractava de comprendre primer cada model com un fenomen en si mateix i en un segon pas tots els models col·laboratius de manera global). Es va realitzar una anàlisi de cada cas (model col·laboratiu) i els resultats van ser revisats per les investigadores per assegurar la idoneïtat de les categories temàtiques i el sentit global. Aquests resultats qualitatius de cas es van contrastar amb els resultats dels qüestionaris semiestructurats i altra documentació.

Al llarg de l'anàlisi i la revisió dels resultats qualitatius s'han tingut en compte diverses estratègies per assegurar el seu rigor i la seva validesa. A més de la comparació de resultats entre analistes i de la triangulació dels resultats qualitatius amb altra documentació i resultats, es va enviar un informe qualitatiu de cas als participants en cada grup de discussió (col·líders i grup motor) per a la seva validació abans de l'anàlisi qualitativa global. Es van fer alguns canvis menors que no modificaven els resultats principals ni l'essència descrita de cada model. D'altra banda, es van presentar els resultats preliminars per a la seva comprovació.

Finalment, es va fer una anàlisi qualitativa global per identificar els trets comuns i diferencials dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària. Val a dir que es tracta d'una fotografia dels models en un moment determinat en el temps (primer trimestre del 2014). Un dels temes clau d'aquesta avaluació és l'heterogeneïtat dels models i el procés continu d'evolució com a model organitzatiu. Cal tenir en compte aquest aspecte a l'hora d'interpretar els resultats.<sup>j</sup>

Durant el procés d'avaluació externa, l'equip d'investigació va fer alguns canvis en els mètodes planificats com a conseqüència de la realitat observada en el treball de camp i la reflexivitat de l'equip investigador. Es resumeixen algunes reflexions de l'equip sobre el que s'ha après en l'aproximació qualitativa d'avaluació i l'estudi de cas portat a terme:

- ❖ S'identifiquen pocs estudis que avaluin els resultats i els beneficis de models col·laboratius d'atenció social i sanitaris en l'àmbit europeu o a Catalunya.
- ❖ L'avaluació externa es va plantejar com a encàrrec dels dos Departaments per reforçar i facilitar als models col·laboratius la identificació de trets comuns, escriure el seu pla funcional i documentar els beneficis d'aquest tipus d'atenció i dels models de gestió.

<sup>h</sup>. CALDERÓN GÓMEZ, C. *Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura*. Forum: Qualitative Social Research, 2009.

<sup>i</sup>. VÁZQUEZ NAVARRETE, M.L. (coord.). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Cursos GRAAL 5. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

<sup>j</sup>. Els models mencionen, durant el retorn i la validació, que s'han produït canvis estructurals, organitzatius i evolució en el desplegament. Aquests canvis no s'han tingut en compte en els resultats per poder acabar les anàlisis.

- ❖ De manera inicial, l'avaluació externa incloïa set models, gairebé tots en fases inicials de desplegament (inici al 2013). L'avaluació es va estendre a 9 models col·laboratius (dos amb més trajectòria en el temps) per poder aprofundir en les barreres i els facilitadors i en els beneficis / resultats a curt i mitjà termini.
- ❖ Els qüestionaris es van dissenyar per recollir en alguns apartats informació de models amb més trajectòria en el temps (població atesa; seguiment dels usuaris).
- ❖ Es van realitzar dos grups de discussió a cada model (un grup triangular i un grup de discussió) amb líders i professionals, en lloc d'una entrevista semiestructurada i un grup de discussió, com estava previst de manera inicial. Es van convocar més persones del grup motor i s'acabava plantejant una dinàmica de grup més que una entrevista cara a cara semiestructurada (es va definir així a l'hora de concertar les agendes amb els professionals de cada model per organitzar les visites i sessions).
- ❖ Es va realitzar només una entrevista a una líder d'un dels models col·laboratius per entendre el lideratge institucional i estratègic del seu model.
- ❖ Les dinàmiques van ser molt enriquidores per a l'equip i també per als models. Tot i així, el fet que participaven en un mateix grup professionals de diferents disciplines i perfils que disposaven de diferent nivell d'informació sobre el desplegament del model va dificultar la conducció dels grups i la comprensió per part de tots de l'objectiu de les reunions en algun cas (grups de discussió heterogenis que enriqueixen el discurs). La dinàmica grupal en si servia de vegades com a reflexió i coneixement dels professionals vinculats i de l'estat del projecte i de la seva evolució com a model.
- ❖ Inicialment es va observar una certa susceptibilitat per part de l'equip motor en alguns casos envers l'avaluació externa coordinada des de l'AQuAS i la identificació de barreres i les fases de desplegament. Com a model, el desplegament es considera encàrrec institucional per part del PPAC i l'ICASS (Departament de Salut i Departament de Benestar Social i Família) que s'inicia pocs mesos abans de l'avaluació. Tot i així, es considera que l'avaluació ha estat enriquidora per als participants com s'ha mostrat en els seus comentaris al final de cada sessió de treball.
- ❖ Es va observar diferent ritme de desplegament per diferències estructurals, proveïdors, acords i enfocaments dels models.
- ❖ S'ha realitzat una anàlisi qualitativa en profunditat que aporta resultats potencialment útils per als models, els professionals, els proveïdors i els decisors (escriure el model, deixar – lo documentat, identificar barreres i facilitadors, àrees de millora, millors pràctiques, necessitats a nivell micro, meso i macro, etc.). Es tracta d'una avaluació externa portada a terme en un moment i un tall determinat en el temps (primer trimestre del 2014), que incorpora l'avaluació de models organitzatius (tant de gestió com de l'atenció social i en salut) que es troben en fase de desplegament i en contínua evolució.
- ❖ En previsió de l'heterogeneïtat i els canvis estructurals i organitzatius i l'acompliment d'objectius amb l'evolució dels models col·laboratius, s'acorda no incorporar les actualitzacions dels darrers mesos, tot i tenir-les en compte a nivell genèric com a procés natural en el desplegament d'aquest tipus de models organitzatius.

# RESULTATS

---

## 1. Característiques estructurals i de funcionament dels models

### Resultats més destacats

- ✓ Les 9 experiències són heterogènies quant als seus objectius, proveïdors, població diana, fases d'evolució i perfils professionals implicats. Tot i així, sembla que els models es poden agrupar en quatre perfils principals (**vegeu les figures 2 i 3, més informació a l'Annex 2 i 5**): a) segons si estan centrats en els usuaris amb un discurs explícit preventiu amb més pes social; b) segons si estan centrats en gestió de casos en cronicitat amb més pes sanitari; c) segons si són models primaristes amb integració de serveis socials i sanitaris; d) segons si estan centrats a millorar l'eficiència local / regional i presenten un equilibri entre l'àmbit social i sanitari.
- ✓ Les diferents experiències estan en fases desiguals de desenvolupament, però gairebé totes s'inicien el 2013: a) en fases inicials de definició i coneixement dels professionals (contruint equip, per exemple, fase 1, Mataró, Vilanova i la Geltrú ABSI i ABSII) o de disseny i escriptura del seu pla funcional (fase 2: Lleida, Tona), b) en fases més avançades de desplegament i d'implementació del model (fase 3: Gironès o CAPI Vilanova i la Geltrú). Només algunes experiències col·laboratives, segurament pel fet de ser de les més antigues, semblen haver assolit la fase de consolidació amb molta experiència acumulada i avaluació (d'auditoria i continuada), en fase de formalització del model i avaluació de la millora contínua (Reus, la Garrotxa o Sabadell).
- ✓ Pocs models col·laboratius disposen de pla funcional o circuits escrits, encara que tots destaquen per la trajectòria i l'experiència de treball col·laboratiu i el fort lideratge estratègic i motivacional en el seu desplegament. Tots han participat en experiències col·laboratives prèvies (ex. PRODEP, SEVAD o PPAC). Dintre dels seus objectius es proposa millorar la coordinació de serveis/àmbits, millorar la qualitat i l'eficiència, evitar duplicitats i detectar necessitats socials i sanitàries, com també millorar el benestar dels usuaris; han definit iniciatives per identificar necessitats organitzatives i fomentar el treball d'equip i visions més integrades d'atenció i prevenció en usuaris amb major risc de necessitats socials i en salut.
- ✓ En els models, hi col·laboren principalment professionals de l'àmbit de serveis socials bàsics que depenen dels ajuntaments/consells comarcals i àrees bàsiques de salut (que depenen de l'Institut Català de la Salut, de consorcis sanitaris comarcals o regionals).

**Taula 4.** Dimensions, atributs, objectius i abast dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya (\*)

Estudi de cas (model col·laboratiu)	Dimensions/atributs dels serveis que es volen millorar o assolir	Discursos en relació amb el seu abast segons la classificació National Health Service (vegeu l'Annex 1)	Altres discursos latents quant al seu abast
<b>Alt Penedès</b> [1]	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Continuitat assistencial</li> <li>+ Qualitat assistencial</li> <li>+ Accessibilitat</li> <li>+ Seguretat dels usuaris</li> <li>+ Apoderament dels usuaris</li> <li>+ Apoderament dels professionals</li> <li>+ Satisfacció dels usuaris</li> <li>+ Estat de salut dels usuaris</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* de la qualitat assistencial</li> <li>* pacients/usuaris al centre dels serveis i el sistema</li> <li>* benestar / apoderament dels professionals</li> </ul>
<b>Gironès</b> [2]	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Continuitat assistencial</li> <li>+ Qualitat assistencial</li> <li>+ Adequació dels serveis a les necessitats dels usuaris</li> <li>+ Acompanyament/accessibilitat</li> <li>- Utilització de serveis d'alt cost (hospitalitzacions urgents, duplicitats)</li> <li>+ Millora de l'eficiència</li> <li>+ Estat de salut dels usuaris i els cuidadors</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'apoderament</li> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* de la qualitat assistencial</li> <li>* usuaris i cuidadors al centre dels serveis i el sistema</li> </ul>
<b>La Garrotxa</b> [3]	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Integració de serveis, processos, carteres</li> <li>+ Qualitat assistencial</li> <li>+ Adequació dels serveis a les necessitats</li> <li>+ Eficàcia de serveis</li> <li>+ Eficiència de serveis</li> <li>+ Atenció centrada en la persona</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* persones al centre dels serveis i el sistema</li> <li>* de la qualitat assistencial</li> </ul>
<b>Lleida ciutat</b> [4]	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Coordinació de serveis</li> <li>+ Atenció integrada social i sanitària</li> <li>+ Qualitat assistencial</li> <li>+ Adequació dels serveis a les necessitats</li> <li>+ Benestar de la ciutadania</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* de la qualitat assistencial</li> <li>* millora del benestar</li> <li>* persones al centre dels serveis i el sistema</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 4 [Continuació].** Dimensions, atributs, objectius i abast dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya (\*)

Estudi de cas (model col·laboratiu)	Dimensions/atributs dels serveis que es volen millorar o assolir	Discursos en relació amb el seu abast Segons la classificació National Health Service (vegeu l'Annex 1)	Altres discursos latents quant al seu abast
<b>Mataró [5]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Coordinació assistencial</li> <li>+ Atenció integrada</li> <li>+ Qualitat assistencial</li> <li>+ Abordatge efectiu i diferenciat</li> <li>+ Evitar duplicitats</li> <li>+ <b>Vigilància dels</b> usuaris (prevenció de risc, vulnerabilitat) <b>i cuidadors</b> (risc de claudicació)</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*de la qualitat assistencial</li> <li>*apoderament dels professionals/lideratge</li> </ul>
<b>Reus [6]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Millorar els circuits informatius entre els professionals al centre</li> <li>+ Establir plans de treball conjunts</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* persones al centre dels serveis i el sistema</li> <li>* equitat entre professionals</li> <li>* de la qualitat assistencial</li> </ul>
<b>Sabadell [7]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Enfocament interdisciplinari de problemàtiques socials i en salut</li> <li>+ Coordinació de serveis</li> <li>+ Interrelació i comunicació</li> <li>+ Detecció de necessitats socials i en salut de persones, famílies i comunitat</li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*de la qualitat assistencial</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.



**Taula 4 [Continuació].** Dimensions, atributs, objectius i abast dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya (\*)

Estudi de cas (model col·laboratiu)	Dimensions/atributs dels serveis que es volen millorar o assolir	Discursos en relació amb el seu abast segons la classificació NHS (vegeu l'Annex 1)	Altres discursos latents quant al seu abast
<b>Tona- Mancomunitat de la Plana [8]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ <b>Atenció integrada i coordinada</b></li> <li>+ <b>Atenció planificada, factible i proactiva</b></li> <li>+ <b>Qualitat assistencial</b></li> <li>+ <b>Adequació dels serveis a les necessitats</b></li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* persones al centre dels serveis i el sistema</li> <li>*de la qualitat assistencial</li> </ul>
<b>Vilanova i la Geltrú [9]</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ <b>Cooperació institucional al territori</b></li> <li>+ <b>Atenció més integrada i coordinada</b></li> <li>+ <b>Qualitat assistencial i del sistema</b></li> <li>+ <b>Adequació dels serveis a les necessitats</b></li> <li>+ <b>Benestar de la ciutadania</b></li> </ul>	<p><b>Discurs principal al model:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de l'eficiència</li> </ul> <p><b>Altres discursos presents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* de prevenció</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*de la qualitat assistencial</li> <li>*benestar de la ciutadania</li> <li>* usuaris al centre dels serveis i el sistema</li> <li>* equitat entre professionals</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 5.** Característiques estructurals i d'organització dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària (\*)

Estudi de cas (models col·laboratius)	Alt Penedès	Gironès	La Garrotxa	Lleida ciutat	Tona-Macomunitat de la Plana	Mataró	Sabadell	Reus	Vilanova i la Geltrú
<b>Comarca (província)</b>	Alt Penedès (Barcelona)	Gironès (Girona)	La Garrotxa (Girona)	Segrià (Lleida)	Osona (Barcelona)	Maresme (Barcelona)	Vallès Occidental (Barcelona)	Baix Camp (Tarragona)	Garraf (Barcelona)
<b>Principals institucions implicades</b>	-Ajuntament -Consell Comarcal -Consorci Sanitari de l'Alt Penedès	-Institut d'Assistència Sanitària -Consorci Benestar Social *Institut Català de la Salut (ICS)	-Consorci d'Acció Social -Institut d'Assistència Sanitària -ICS	-Ajuntament -Regió sanitària de Lleida -ICS	-Mancomunitat de la Plana -Ajuntament -ICS	-Ajuntament -Consorci Sanitari del Maresme	-Ajuntament	-Ajuntament -SAGESSA	-Ajuntament -ICS
<b>Població (cobertura)</b>	24 municipis	7 municipis	21 municipis	Lleida ciutat-2 zones	Municipi de Tona	Mataró centre	Sabadell-2 CAP i 1 UGAP	Reus-Districte V	Vilanova i la Geltrú
<b>Tipus</b>	Rural, semirural i urbà	Rural, semirural i urbà	Rural, semirural i urbà	Urbà	Rural, semirural	Urbà	Urbà	Urbà	Urbà
<b>Lideratge salut i social</b>	+ Salut	+ Salut	+ Social	= Salut/ Social	+Social	+ Social	+ Salut	= Salut/Social	= Salut/Social
<b>Participació altres projectes previs</b>	-PRODEP -PPAC	-PRODEP -PPAC -Viure en família -SEVAD	PRODEP	PRODEP PPAC	PRODEP	PRODEP SEVAD	PRODEP	PRODEP	PRODEP
<b>Els professionals implicats coneixen el model en profunditat</b>	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	-col·líders -grup motor	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	- col·líders -grup motor -tots/ majoria	-col·líders -grup motor
<b>Disposen de pla funcional comú escrit</b>	No	No	No	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	No	No	No
<b>Disposen de circuits definits pel model</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	No	No
<b>DAFO/ avaluació necessitats/ indicadors</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Identificació de les millores en l'avaluació externa</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Canvis institucionals/ direcció/ coordinació</b>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	No	No	<input checked="" type="checkbox"/>	No	No	No	<input checked="" type="checkbox"/>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. PRODEP: programa d'atenció a la dependència; PPAC: programa de prevenció i atenció a la cronicitat; SEVAD: servei de valoració a la dependència; ICS: Institut Català de la Salut

**Taula 6.** Característiques dels models d'atenció social i sanitària en relació amb els principals àmbits assistencials implicats (\*)

Estudi de cas (models col·laboratius)	Àmbits assistencials implicats							
	Serveis socials bàsics	Atenció i suport domiciliaris	Atenció i servei a la dependència	Àrea bàsica de salut (atenció primària de salut)	Hospital d'aguts (especialitzada)	Hospital sociosanitari	Atenció salut mental (primària i especialitzada)	Residències geriàtriques
<b>Alt Penedès</b>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Gironès</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>La Garrotxa</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Lleida</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
<b>Mancomunitat de la Plana-Tona</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Mataró</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Sabadell</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
<b>Reus</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Vilanova i la Geltrú</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Definicions conceptuals: a) serveis socials bàsics; b) atenció i suport domiciliaris; c) atenció i servei a la dependència; d) àrea bàsica de salut (atenció primària de salut); e) hospital d'aguts (atenció especialitzada en salut); f) hospital sociosanitari; g) atenció salut mental (atenció primària de salut i atenció especialitzada); h) residències geriàtriques.

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

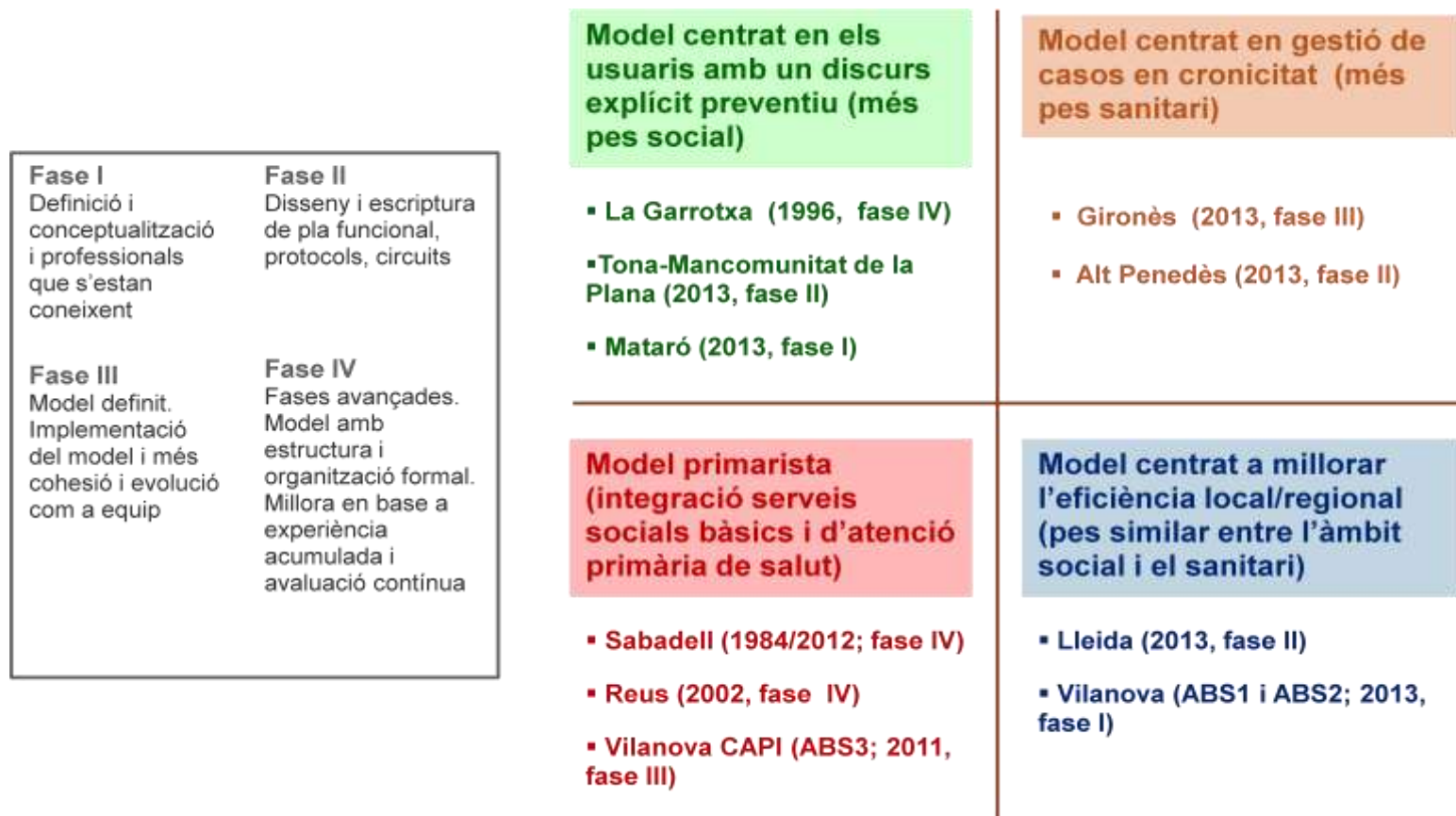
**Taula 7.** Característiques dels models d'atenció social i sanitària amb relació a la població diana a la qual es dirigeixen (\*)

Estudi de cas (models col·laboratius)	Població diana a la qual es dirigeixen						
	Qualsevol població susceptible d'intervenció comuna	Cronicitat (**)	Dependència	Violència i maltractament	Salut mental i drogues	Cuidadors	Altres
Alt Penedès		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Gironès		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
La Garrotxa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lleida		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Mancomunitat de la Plana-Tona		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Mataró		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Sabadell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vilanova i la Geltrú	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

(\*\*) Pacient crònic complex i pacient amb malaltia crònica avançada amb problemàtica social.

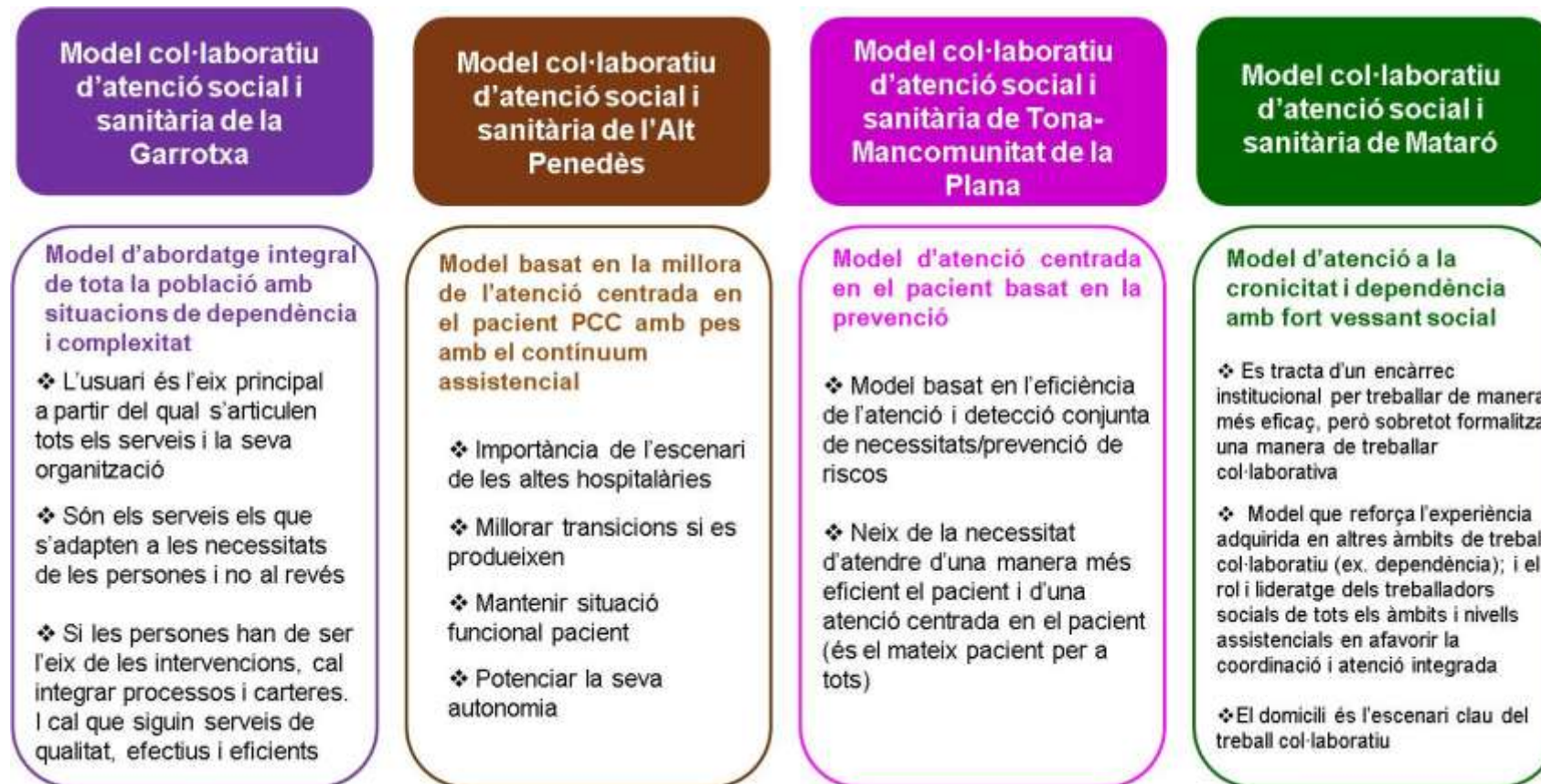
**Figura 3.** Classificació dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària segons el seu abast/ objectius, lideratge, fase en la que es troben i l'any d'inici



(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió a cada model.

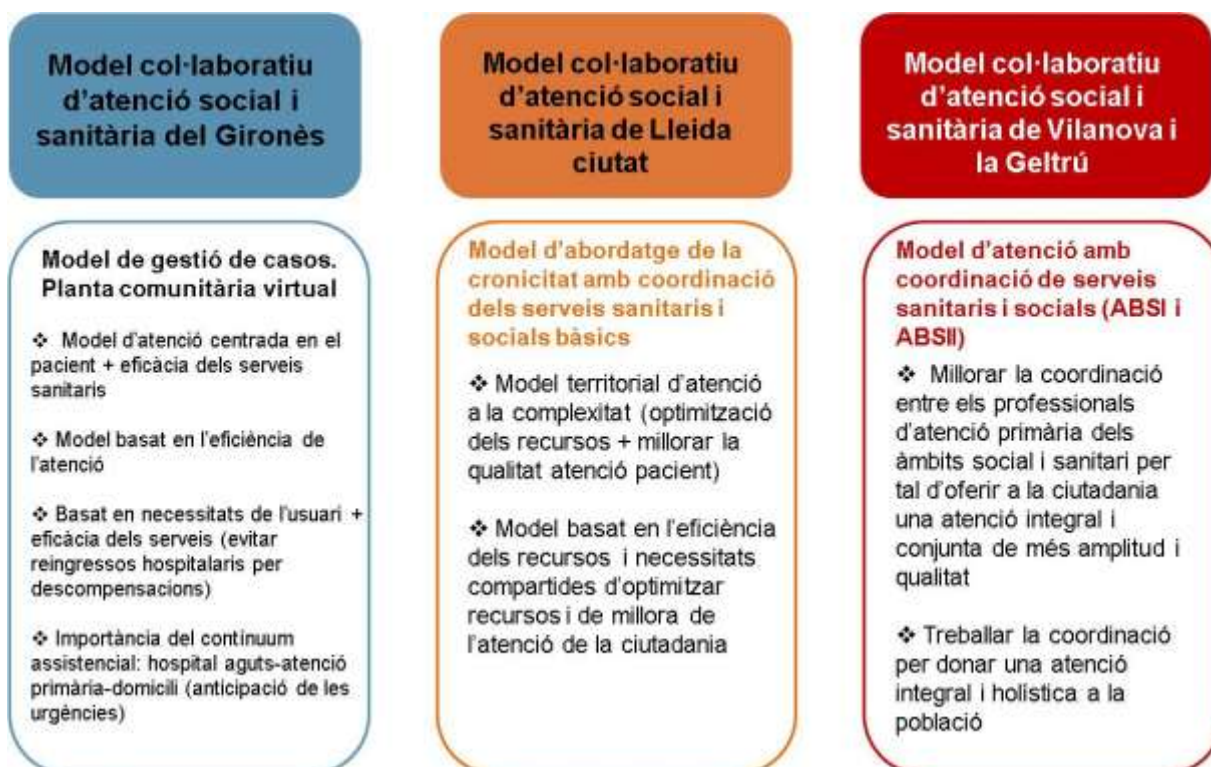
## Tipologies de models col·laboratius segons els objectius (\*)

Figura 4a. Models d'atenció centrada en el pacient amb situació de dependència o complexitat

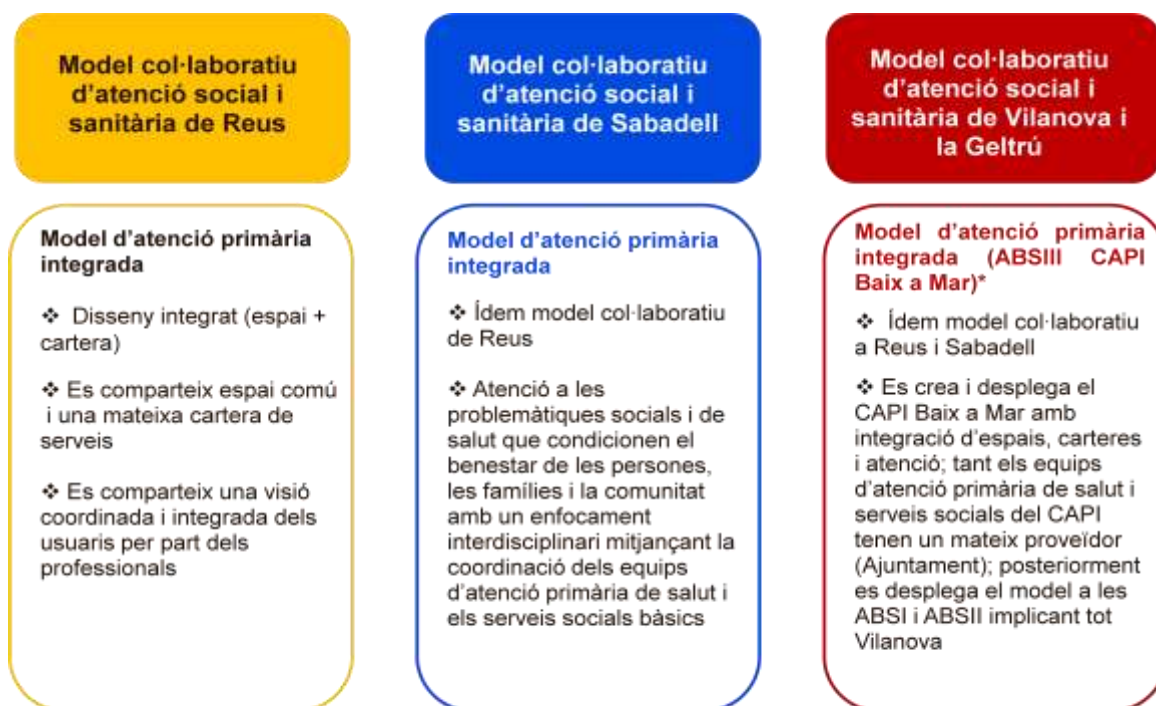


(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Figura 4b.** Models mixtos: atenció centrada en el pacient + l'eficiència dels serveis sanitaris



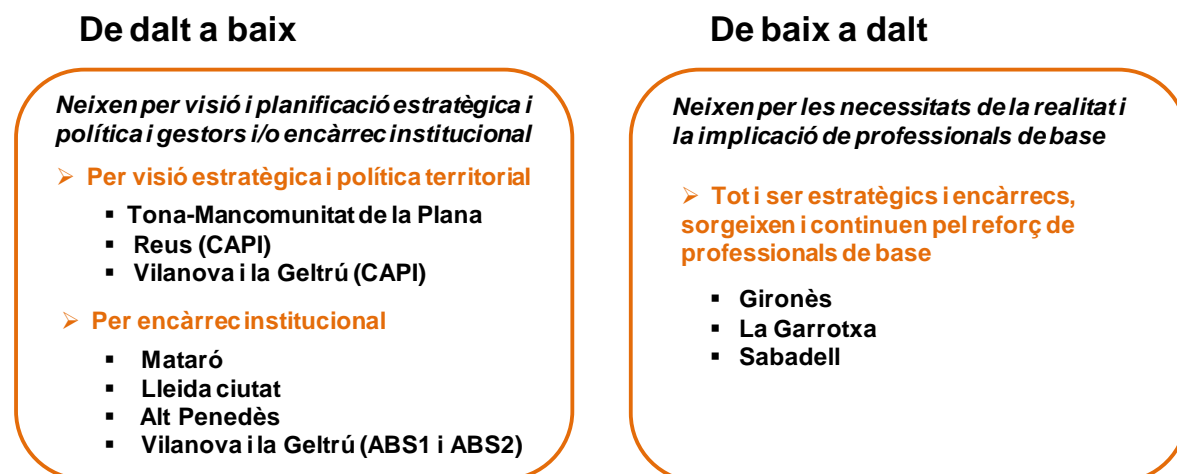
**Figura 4c.** Models primaristes: atenció primària de salut i social integrada



(\*) L'encàrrec institucional inclou el model col·laboratiu a l'ABS I i ABS II

## Tipologies de models segons els motius de creació (\*)

Figura 5. Perfils de models col·laboratius d'atenció social i sanitària segons el motiu de creació



(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. CAPI: centre d'atenció primària integrada; ABS: àrea bàsica de salut

Taula 8. Models segons el motiu de creació i la tipologia

De dalt a baix	
➤ Per visió estratègica i política al territori	➤ Per encàrrec institucional
<p><b>Tona-Mancomunitat de La Plana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planificació estratègica i visió política local i comarcal</li> <li>▪ Voluntat política local + lideratge fort dels líders</li> </ul> <p><b>CAPI Reus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visió d'atenció integral interioritzada (voluntat del proveïdor + polítics)</li> </ul> <p><b>CAPI Vilanova i la Geltrú (ABS III)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voluntat clara per part de les direccions tècniques i polítiques locals d'ambdós àmbits (lideratge estratègic) + lideratge motivacional dels col·líders del model</li> <li>▪ Vivència positiva de l'encàrrec institucional</li> </ul>	<p><b>Mataró</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentiment d'una certa imposició; no neix d'una inquietud pròpia o d'una necessitat del territori</li> <li>▪ En l'encàrrec, té més pes el vessant salut (PCC), ja que el vessant social no té tanta experiència d'haver treballat de manera coordinada amb aquest grup. Des del vessant sanitari es justifica la prioritat d'aquesta població perquè hi havia moltes duplicitats</li> </ul> <p><b>Lleida ciutat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A partir de l'encàrrec vol generar estructura i continuïtat (definir circuits, llenguatge unificat-diccionari comú) i elements estratègics per garantir-ho</li> </ul> <p><b>Alt Penedès</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporar els serveis socials al Programa d'Atenció a la Cronicitat</li> </ul> <p><b>Vilanova i la Geltru(ABS I i ABS II)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amb el desplegament de l'encàrrec es vol estendre el model col·laboratiu d'atenció social i sanitària a tota la ciutat</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. ABS: àrea bàsica de salut; PCC: pacient crònic complex



**Taula 9.** Models segons el motiu de creació i la tipologia

**De baix a dalt**  
➤ **Neixen per les necessitats de la realitat i la implicació de professionals de base**

**Gironès**

- Neix de l'observació per part de l'equip d'infermeria de les necessitats pròpies del dia a dia

**La Garrotxa**

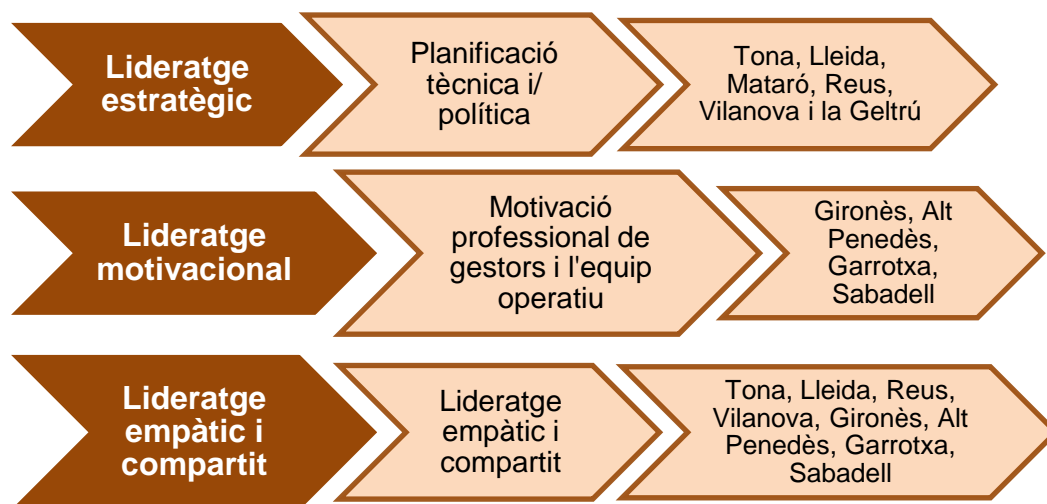
- La mateixa realitat i les necessitats de les persones van anar configurant el model

**Sabadell**

- Neix de la realitat actual; la població ha canviat i té noves necessitats que demanen aquest tipus d'atenció

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Figura 6.** Tipologia dels models col·laboratius segons l'estil de lideratge<sup>11</sup>



(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

<sup>11</sup>. *Liderazgo, poder, autoridad y empatía según Max Weber*. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia-2/liderazgo-poder-autoridad-y-empatia-segun-max-weber.htm>

**Figura 7.** Altres classificacions i tipologies dels models col·laboratius



(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. PCC: pacient crònic complex; ABS: àrea bàsica de salut; CAPi: centre d'atenció primària integrada

## Fases de desenvolupament dels models col·laboratius d'atenció social i sanitària

- ✓ Els models estudiats també es poden classificar segons les fases de desplegament en les quals es troben. A partir del que ens han explicat els models, es poden definir les següents fases de desplegament:
  - ✓ **Fase 1: Definició i conceptualització del projecte i professionals que s'estan coneixent**
  - ✓ **Fase 2: Disseny i escriptura del pla funcional, protocols, circuits**
  - ✓ **Fase 3: Model definit. Implementació**
  - ✓ **Fase 4: Fases avançades. Formalització del model, avaluació i millora continuada**

**Taula 10a.** Fases de desenvolupament: models que es troben en fases inicials (\*)

---

## MODELS EN FASES INICIALS DE DESPLEGAMENT

### Fase 1 (inicial): Definició i coneixement

#### ❖ Mataró:

- Definició i conceptualització (definir el que hem de fer, etc.)
- Coneixement entre professionals
- Es troben en els inicis com a equip
- Peces d'un puzle per encaixar

#### ❖ Vilanova i la Geltrú (desplegament de l'ABSI i l'ABSII):

- Fase inicial de coneixença entre els professionals, no tant dels col·líders, sinó del grup motor i dels professionals que realitzen atenció a usuaris implicats en els models; també en fase de desplegament d'un model propi (els primers mesos de desplegament han tingut com a referència el model Vilanova i la Geltrú CAPI –CAPI Baix a Mar)

### Fase 2: Disseny i escriptura del pla funcional

#### ❖ Lleida:

- Fase inicial de disseny del model de governança i gestió. També de conèixer-se i anar-se trobant. Han escrit diferents documents i protocols consensuats dintre el model

#### ❖ Tona-Mancomunitat de la Plana:

- S'han definit estructures i el pla funcional i ara s'estan coneixent i ampliant funcions

---

#### ❖ Alt Penedès:

- En fase de disseny i primeres fases d'implementació; no tant de conèixer-se, sinó de construcció

---

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. CAPI: centre d'atenció primària integrat

**Taula 10b.** Fases de desenvolupament: models que es troben en fases més avançades de desplegament (\*)

---

## MODELS EN FASES MÉS AVANÇADES DE DESPLEGAMENT

---

### Fase 3: Implementació del model

#### ❖ Gironès:

Implementació i experiència com a equip. Han escrit plans funcionals i protocols i treballen com a equip. Defineixen les seves fases pròpies com:

- Fase 1. Generació del projecte amb predominança inicial del vessant salut
- Fase 2. Apoderament institucional
- Fase 3. Coneixement, comunicació i adaptació al canvi
- Fase 4 (actual). Començar a caminar junts com a equip

Al juliol del 2014 es produeix canvi d'equip i lideratge per la part de salut

---

#### ❖ CAPI Vilanova i la Geltrú (ABS3):

- Model avançat i implementat. S'han passat per altres fases, però encara han de superar resistències professionals per càrregues de feina, visions diferents, etc.
- 

### Fase 4: Formalització del model + avaluació i millora contínua

#### ❖ Reus (CAPI districte V):

Grup compacte, amb experiència i consolidat com a equip. Tots són professionals del centre i treballen amb objectius comuns. L'usuari és de tots i està al centre. Han passat per les següents fases:

- Fase 1. Es comença a treballar al mateix edifici, però sense conèixer-se
  - Fase 2. Apareixen les primeres resistències i defenses del territori propi, en especial amb certs professionals i metges
  - Fase 3. El fet de compartir el dia a dia i les relacions informals pels passadissos van apropant postures i trencant barreres
  - Fase 4. Implementació amb èxit: urgències amb objectius comuns que agilitzen procediments
  - Fase 5. Ara cal passar d'una fase d'«informalitat» a «formalitat» amb la creació de documentació per fer model
- 

#### ❖ La Garrotxa:

Han passat per diverses fases:

- Fase 1. Equip que té un objectiu comú (persona) +coneixement+ confiança
  - Fase 2. Necessitat de lideratge per tirar endavant el projecte
  - Fase 3. Implicació de tots els agents en comissions de treball
  - Fase 4 (actual). Cal posar-se a escriure; estandardització de l'avaluació amb suport extern i formalització del model en residències (escenari rellevant)
- 

#### ❖ Sabadell:

- Es tracta del primer model creat al 1984.
  - Durant anys ha tingut un caire més informal (per voluntat dels professionals) que va desaparèixer formalment quan va marxar el líder.
  - En aquests moments es troba en fase de revisió i redefinició per a la millora a causa de l'experiència acumulada i l'avaluació. Al 2012 s'enceta de nou (es troben en la fase 2).
  - La seva fase 1 (segona volta a partir del 2012) ha inclòs:
    - a) el desplegament del model amb estructura (comissió mitxa de treball formada per professionals sanitaris i socials de les institucions implicades)
    - b) acords: 1. definició del pla d'acció: tipus de programa, diagnòstic i propostes de tractaments, circuits i coordinacions establertes, avaluació i conclusions; 2. identificació de la població diana (qualsevol persona amb problemes socials i de salut); 3. identificació de situacions de dificultats i mancances de coordinació (DAFO)
- 

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. CAPI: centre d'atenció primària integrat; ABS: àrea bàsica de salut; DAFO (debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats).

---

## 2. Definicions conceptuals i el perquè de tot plegat

### Resultats més destacats

- ✓ En el discurs dels professionals implicats s'identifiquen trets clau que haurien de tenir els models col·laboratius d'atenció social i sanitària quant a la seva conceptualització, gestió de recursos humans, cultura organitzativa i aspectes qualitatius intangibles però fonamentals.
- ✓ Els professionals participants en l'avaluació consideren que un model col·laboratiu d'atenció social i sanitària va més enllà de l'atenció coordinada (considerada una forma de treball més informal entre diferents professionals) i de l'atenció integrada (un pas més enllà de l'atenció coordinada, que implica, entre altres aspectes, tenir objectius comuns i una visió global dels pacients). El model col·laboratiu com a concepte implica treball d'equip, coordinació i atenció integrada, i, sobretot, passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció social i sanitària (escrivint, protocol·litzant, fent que les institucions i els proveïdors es posin d'acord amb objectius comuns; **vegeu figura 10, taules 11 i 12; més informació als Annexos 2 i 5**).

**Figura 8.** Conceptes sobre què implica la coordinació assistencial segons els professionals implicats en els models col·laboratius<sup>12</sup>

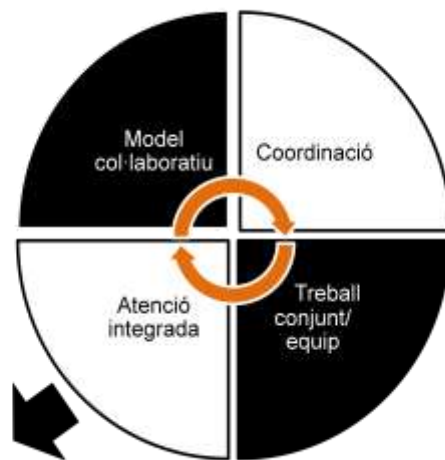


(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

12. Definició adaptada d'un Informe Anual del Sistema Nacional de Salut 2007: grau de coordinació del personal professional per assolir una atenció integrada del pacient dintre d'una organització i entre diverses organitzacions al llarg del temps; s'intenta assolir amb la posada en marxa de processos transversals i el disseny de processos de manera conjunta entre atenció primària i especialitzada.

**Figura 9.** Conceptes sobre què implica l'atenció integrada segons els professionals implicats en els models col·laboratius (\*)

- ❖ També s'associa a tenir **objectius comuns**
- ❖ Seria que el punt de partida fos el mateix (espai, funcions, etc.)
- ❖ Integració és un sistema integrat en un altre; no hi ha igualtat. Voldria dir que un sistema estaria integrat dins d'un altre
- ❖ Un concepte associat a salut. A salut estem més habituats a fer servir el concepte d'integració. Perquè **diferents professionals amb diferents disciplines han de treballar amb un fi comú**
- ❖ Integració és un pas més (que la coordinació)
- ❖ Fa referència a un tercer sistema
- ❖ Integral i integrada és diferent. *Caldria diferenciar quan parlem d'integral i d'integrada. Té connotacions diferents; en tot cas s'integren serveis, recursos, i la intervenció integral és en tots els vessants*
- ❖ Una visió global del pacient
- ❖ En la definició de salut [OMS], es contemplen els aspectes físics, psicològics i socials; o sigui que hem de ser-hi tots



Tres clau extrets de l'opinió dels professionals sobre què implica conceptualment una «atenció integrada»

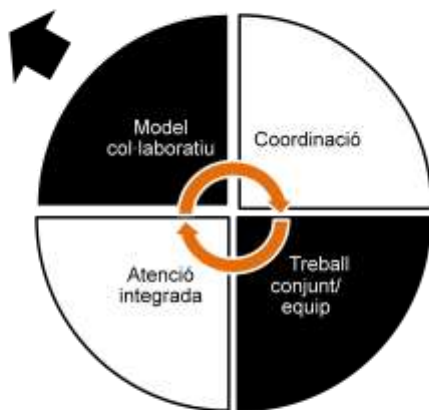
OMS: Organització Mundial de la Salut, 1948

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Figura 10.** Conceptes sobre què implica un model col·laboratiu d'atenció social i sanitària segons els professionals implicats en els models (\*)

- ❖ La persona al centre de l'atenció
- ❖ Visió holística de la persona
- ❖ Compartir punts de vista, **decidir de manera conjunta**, treballar com un equip
- ❖ Un equip multidisciplinari
- ❖ Relació més propera i més àgil dels professionals
- ❖ Calen una sèrie de **circuits diferenciats**
- ❖ Planificació i visites conjuntes
- ❖ Una finestra única o múltiples finestres per una resposta única
- ❖ Plans d'intervenció individuals compartits i decisions compartides que es realitzen a través de comissions
- ❖ Les dues parts en igualtat de condicions
- ❖ Implica acord, consens i objectius comuns
- ❖ Coordinar-se d'una manera més formal, més sistematitzada, una manera d'organitzar-se millor

Conceptes entorn del que implica un «model col·laboratiu d'atenció social i sanitari» segons els professionals (\*)



Als discursos dels professionals no emergeixen conceptes com el de «pressupostos compartits»

(\*) A partir dels discursos dels professionals participants

**Taula 11.** Alguns trets clau que hauria de tenir un model col·laboratiu d'atenció social i sanitària

## Què fa que un model sigui col·laboratiu?

En preguntar als participants quins són els aspectes o les característiques propis que fan que es pugui parlar d'un model col·laboratiu, s'esmenten els següents:

### 1. Una relació més propera i més àgil entre els diferents serveis que atenem la població

- «Jo m'imagino que s'ha de tractar d'una relació més propera i més àgil entre els diferents serveis que atenem la població. Jo entenc això, facilitar la comunicació.»

### 2. Un intercanvi d'informació més fluid (des del vessant social)

- «Nosaltres, el que esperem d'aquest model col·laboratiu, és poder tenir una relació més fluida d'intercanvi d'informació, i que després, des de sanitat, sapigueu també quina és la nostra feina.»
- «Jo, en aquests casos, faig de pont, no una intervenció directa; per tant, aquesta figura s'ha de poder eliminar. Ells han de poder treballar amb equip directament; la treballadora social de salut no hauria de ser un interconnector.»

### 3. Un coneixement dels dos àmbits (des del vessant de salut)

- «Jo, respecte a les expectatives del model col·laboratiu, crec que el que és molt important, i ja s'ha dit, és el coneixement dels dos àmbits i dels recursos que té cada un. Saber-ho també et determina una mica l'abast de la actuació; fins on arribes i on t'has de quedar.»
- «Jo veig molt important el fet de conèixer-nos, perquè jo desconec tot el que feu a serveis socials de l'Ajuntament; jo conec individualment alguna cosa perquè hi he tingut contacte, però res més.»

### 4. Bones intencions, però moltes barreres

- «S'estan treballant coses comunes, però, a nivell operatiu operatiu, no ho veig efectiu. Hi ha intencionalitat, hi ha coses que s'estan instaurant, estem compartint coses, però, per exemple, a nivell informàtic, continuem amb els mètodes de sempre: el correu, el telèfon, la reunió, etc.»
- «Anem per bon camí, perquè hi ha bones intencions; el PCC ha sigut el subjecte, però fins i tot parlem de fer-ho extensiu a altres àmbits, pacients o usuaris. Ja és molt que s'hagi creat aquesta manera de funcionar.»

### 5. Són dues realitats molt diferents i costa d'unificar procediments

- «Jo, el que penso, és que són dues realitats molt diferents; tenim prioritats diferents, temps diferents, terminologies diferents...»
- «I és que els socials, dins de salut, tampoc no tenim el mateix llenguatge.»
- «Els tenen una urgència i en dues hores tenen el recurs, i, a nivell social, és un altre temps, i el recurs no és tan immediat. **I això, als metges, els costa d'entendre-ho.**»

### 6. Des de la visió de salut, treballar de manera col·laborativa ens permet donar un tracte més global al pacient, tenir totes les visions i treballar de manera conjunta

- «Et dona punts de vista que de vegades, des de salut, no veus, i això és molt important.»

### 7. Tenir com a objectiu comú el pacient

- «Si col·laborem, algun objectiu hem de tenir en comú, en aquest cas seria el pacient.»
- «La motivació comuna la tens sempre; és el pacient; d'alguna manera és com treballes sobre el pacient.»
- «De vegades no importa tant a qui se li ha demanat; el més important és la necessitat, i després ja ens combinem nosaltres per darrere. El pacient no ha d'anar cada vegada a demanar el servei, sinó que nosaltres hem de dir: "Hem detectat això". I, a partir d'aquí, fem tota la cuineta.»

### 8. Tenir objectius comuns

- «Jo penso que nosaltres podem col·laborar, però no fem una atenció integrada; col·laborem, ens passem informació, però no hi ha un objectiu en comú. En canvi, l'atenció integrada vol dir que hi ha col·laboració, però que també hi ha un objectiu comú.»

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. PCC: pacient crònic complex

**Taula 11.** Alguns trets clau que hauria de tenir un model col·laboratiu d'atenció social i sanitària [Continuació]

### Què fa que un model sigui col·laboratiu?

En preguntar als participants quins són els aspectes o característiques propis que fan que es pugui parlar d'un model col·laboratiu, s'esmenten els següents:

#### 9. Tenir un pla de treball comú

- «I, sobretot, tenir un pla de treball comú.»
- «Que el perfil de pacient sàpiga que jo, per exemple, com a referent de salut, i la L, per exemple, com a referent de social, estem aquí. I, a partir d'aquí, jo crec que hi ha més eines que podem fer servir. Però, per exemple, jo mai no havia fet domicils; fer un pla conjunt i veure quins objectius ens marquem, jo crec que és això.»
- «No és només definir un traspàs d'informació, sinó definir un pla de treball conjunt.»
- «En poder-ho parlar entre tots, veiem l'usuari en tots els seus vessants.»

#### 10. Dos sistemes que estan en una mateixa situació

- «Nosaltres veiem que, **com a model col·laboratiu, hi ha dos sistemes que estarien en la mateixa situació**, en igualtat de condicions, no sé com dir-ho, però que hi ha dos sistemes l'objectiu dels quals és col·laborar. La diferència que jo veig és que, quan estem parlant d'integració, voldria dir que un sistema estaria integrat dins d'un altre i no seria aquest cas.»

#### 11. Quan a l'estructura, ja implica un consens, un acord organitzacional i uns objectius comuns

- «Hi ha una estructura al darrere i no depèn únicament de la bona voluntat dels professionals. Parteix més de compartir objectius estructurals i no tan sols d'atenció.»
- «Moltes vegades depèn de les relacions entre els professionals, de les persones de les diferents organitzacions, de la bona voluntat, i fins i tot del *feeling*. **Mentre que parlar d'un model col·laboratiu ja implica un consens, un acord organitzacional; i també és una actitud, col·laborar amb una meta comuna; potser parteix més de compartir objectius estructurals i no únicament d'atenció.**»

#### 12. Comporta que hi hagi establerts tota una sèrie de circuits diferenciats, etc.

- «Sí, i sobretot implicarà **que hi hagi establerts tota una sèrie de circuits diferenciats, etc.**»

#### 13. Està tot més sistematitzat i permet organitzar-se millor

- «En el model col·laboratiu, **acabaràs fent coordinacions també, però d'una manera més sistematitzada**. I ara, segurament, ho farem d'una manera molt **més formal, no duplicarem, ens ajudarà a organitzar-nos millor.**»

#### 14. Una manera de treballar que optimitza recursos

- «**I han de fer un pla d'acció**, perquè tots els recursos siguin més aprofitables i perquè tota la millora que tingui sigui la més gran possible dins de la seva situació.»
- «I és una manera, tot participant i compartint informació, de crear plans i de **treballar per optimitzar els recursos**, que se'n perden molts.»

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.



**Taula 12.** Diferències clau percebudes pels professionals implicats entre treballar en un model col·laboratiu *versus* treballar en l'atenció convencional. Alguns exemples

<b>Quines diferències clau es perceben? Alguns exemples</b>	
<b>❖ La planificació i les visites conjuntes</b>	<p>Un dels aspectes que destaca <b>una de les professionals de l'àmbit sanitari com a manera de treballar col·laborativa és el de planificar les visites conjuntes</b>; es tracta de compartir valoracions i no duplicar feina, cosa que en un model d'atenció convencional pot produir-se.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ «<b>Acordar visites; planificar la visita de manera conjunta: quan la farem, com la farem per no duplicar feina. Compartir escales de valoracions</b>; si ja s'han passat escales de valoració, no tornar-les a passar.»</li> </ul>
<b>❖ L'anticipació i la facilitació del contínuum assistencial</b>	<p>Per altra banda, des del vessant social, també es fa referència que en un model col·laboratiu <b>es treballa de manera proactiva (anticipant-se) i coordinada per facilitar el contínuum assistencial</b> i que la persona atesa pugui rebre una millor atenció sense haver d'explicar tota la seva història cada cop que entra en un servei o es troba davant d'un professional diferent.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ «Per a mi voldria dir que, <b>quan algú està a l'hospital, i de l'hospital se'n va a casa, a la Planta Virtual, que nosaltres puguem estar en coordinació per aquesta persona i que no t'hagin de tornar a explicar-ho tot com si comencessin de nou.</b>»</li> </ul> <p>Des de l'àmbit sanitari, es valora especialment <b>la possibilitat d'anticipar situacions a partir de la informació i la comunicació prèvia de necessitats d'un pacient que s'ha d'atendre.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ «Potser la paraula correcta és <b>l'anticipació</b>; ja sabràs el que et vindrà abans que et vingui, <b>a través de passar la informació i comunicar les necessitats.</b>»</li> <li>▪ «Podries passar, per exemple, una valoració social, l'ajuda a domicili que necessiti i <b>continuar estant informada a través del seguiment del cas per part de la Planta Virtual.</b>»</li> </ul>
<b>❖ L'atenció centrada en la persona. Tots treballem per la mateixa persona</b>	<p>En la definició del que són, les veus del grup motor d'un dels models amb més trajectòria estan d'acord a considerar que un model col·laboratiu és aquell en què la <b>persona està al centre de l'atenció.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ «Les persones no són de ningú, i, per tant, nosaltres existim per donar suport a la persona. Treballar integradament vol dir que treballem per aquella persona; si ho fem per separat, és una altra cosa. Si ho fem conjuntament, i amb l'espai de paraula, segurament...»</li> </ul>
<b>❖ Decisions compartides entre professionals (àmbits, nivells i disciplines diferents)</b>	<p>Treballar sota un model col·laboratiu també contempla <b>decisiones compartides.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ «Conjuntament decidim què farem; és com una anàlisi del cas: farem això, farem allò i ens tornem a trobar i a parlar-ne.»</li> </ul> <p>Compartir punts de vista, decidir de manera conjunta, treballar com un equip; <b>en definitiva, tenir una visió de primària com una visió holística de la persona és treball integrat i és model col·laboratiu.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ «Des de primària no ens coordinem, fem un treball integrat; és salut i social. Saps que pots anar a trucar al despatx de la persona que està allà treballant amb tu i comentar-li el que sigui. Si tu tens la teva visió, però després la de l'altre i l'altre, al final tens una visió integral d'aquella persona. I això és molt important.»</li> <li>▪ «Anem tots junts per aquella persona, tots decidim, i aquella persona ens veu com un equip; quan l'usuari ens ha anat veient, no ens diferencia d'un lloc a un altre.»</li> <li>▪ «Quan tens aquesta visió, ets facilitador de poder treballar d'aquesta manera; una visió més holística, integral, biopsicosocial, i que penso que en algunes àrees encara no hi és, i penso que ha d'anar traspuant.»</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 13a.** Exemple de treballs col·laboratius en l'àmbit social i salut

<b>El treball col·laboratiu: procediments de treball conjunt</b>
<b>Exemple de les visites a domicili</b>
<b>En parlar del treball col·laboratiu que s'ha començat, l'escenari que més es destaca són les visites que es realitzen conjuntament al domicili</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ «Les visites a domicili són l'escenari on es pot veure la importància del treball en conjunt, ja que es treballa el cas de manera conjunta i es té la visió més àmplia.»</li></ul> <b>Les visites conjuntes van molt bé per als usuaris, perquè els professionals unifiquen les visions; i, alhora, el usuaris van aprenent de la visió dels professionals</b> <p>En el cas concret de les visites, són molt importants per als usuaris, perquè, quan parlen amb qualsevol professional, perceben que es té una mateixa visió, i això els tranquil·litza i els fa sentir segurs.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ «Nosaltres tenim una visió més sanitària i de garantir que faci bé els tractaments i que faci bé les coses; i, en canvi, els altres fan preguntes diferents, miren altres coses dins del domicili, i tu vas escoltant, i aquesta visió també te la vas fent teva...»</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 13b.** Exemple de treballs col·laboratius en l'àmbit social i salut

<b>El treball col·laboratiu: procediments de treball conjunt</b>
<b>Exemple d'un cas de treball conjunt</b> <i>(tots els professionals intervenen en un cas i es coordinen)</i>
«Aleshores vam anar amb la M (infermera) a fer el domicili. Resulta que la senyora és esquizofrènica, però es va deixar punxar per la M –feia mesos que no es prenia la medicació. »[...] En el moment de punxar-la, <b>visualitzem també signes de maltractament, blaus per part de la filla.</b> » <b>Truquem a salut mental</b> perquè ens donin hora urgent. » <b>Vam prioritzar el cas</b> , vam buscar espais de trobada. »Vaig estar parlant amb la M (Cap SS AP) al migdia, a la tarda <b>vam anar a l'hospital de X amb la E, vam fer la visita a la filla, que havia tingut una nena, i després vam anar al domicili.</b> »Hi ha un treball previ amb les llevadores, per comentar aquest cas, i jo dic: “Ningú de serveis socials ho coneix això?” [...] <b>Així que jo, quan la A (companya) em truca, ja estic al corrent que aquesta persona viu en aquest entorn i amb aquestes necessitats.»</b>
<b>Conclusió:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Va ser <b>una actuació des de la prevenció</b>. Jo crec que és molt important que la treballadora social fos allà a l'ambulatori...</li><li>• La prevenció de tot això és que estem davant d'un domicili de risc, però conegut. <b>Conèixer el risc, identificar situacions de risc, les necessitats, ja és prevenció.</b></li><li>• <b>És molt important normalitzar les situacions per evitar apagar focs.</b></li></ul>

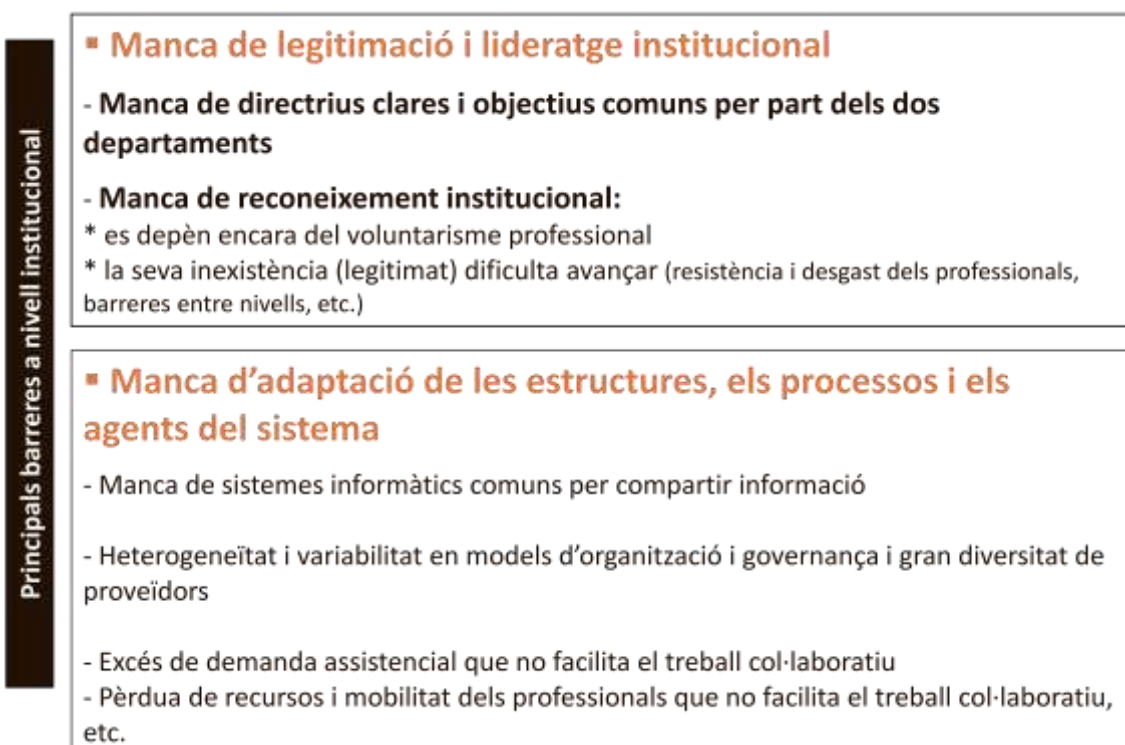
(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

### 3. Barreres i facilitadors dels models col·laboratius

#### Resultats més destacats

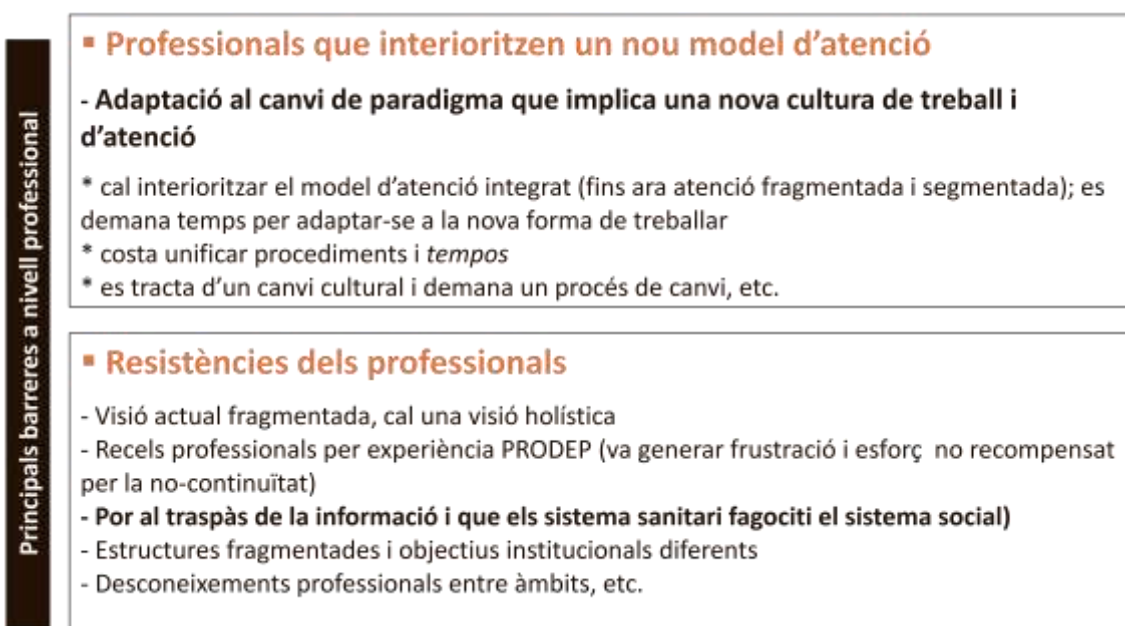
- ✓ Darrere dels models hi ha un paradigma holístic de l'atenció i un model de gestió que necessita unes directrius clares i legitimització institucional, una adaptació de les estructures i la interiorització del model per part dels professionals i dels proveïdors. Tanmateix, en totes les experiències avaluades, s'han trobat facilitadors, propis o comuns, de lideratges estructurals i professionals referents (ex. gestió de cas), que fan o han fet que els models s'hagin pogut desenvolupar amb més o menys trajectòria (**vegeu resum a les figures 11 i 12 i més informació als annexos 2 i 5**)
- ✓ Quant a les barreres principals, destaca la manca de legitimització i el lideratge institucional, la manca d'adaptació d'estructures, processos i agents del sistema, com també el fet que els professionals estan interioritzant un nou model d'atenció i hi ha resistències al canvi organitzatiu, a la manera de treballar i a les diferents visions
- ✓ Els facilitadors més rellevants per a la creació i el desplegament dels models col·laboratius són, d'una banda, el context: importància de l'històric, de les institucions, els proveïdors i les persones implicades (tenir històric de treball col·laboratiu i referències prèvies: PRODEP, PPAC, SEVAD o altres), i, de l'altra, la mida, la delimitació territorial i les estructures organitzatives que promouen el treball en equip, la multidisciplinarietat i l'atenció coordinada i integrada. Altres qüestions relacionades amb el lideratge, la motivació i la creença en el model per part de persones clau dels models i dels professionals referents i els equips destaquen com a qüestions importants en tot el procés de definició i desplegament dels nous models col·laboratius avaluats de manera externa en aquest projecte.

**Figura 11a.** Principals barreres en la creació i el desplegament dels models col·laboratius.  
Nivell institucional



(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Figura 11b.** Principals barreres en la creació i el desplegament dels models col·laboratius.  
Nivell professional



(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. PRODEP: programa d'atenció a la dependència

**Figura 12a.** Principals facilitadors en la creació i el desplegament dels models col·laboratius. De context i estructurals externs

**Facilitadors context i estructurals externs**

- **Facilitadors de context: importància de l'històric, les institucions i els proveïdors territorials**
  - Tenir històric de cultura col·laborativa i treball transversal (institucions locals i professionals)
  - Tenir proveïdors amb visió d'atenció coordinada/integrada
  - Experiència prèvia de treball col·laboratiu, elaboració de protocols i circuits
  - Cultura d'anys de treball com a equip
  - Voluntat política en els àmbits local i comarcal, etc.
- **Facilitador institucional**
  - Transmissor d'esperança i continuïtat
- **Facilitador instrumental: Aplicatiu eCap**
- **Facilitador del territori: mida i delimitació territorial**
  - Comarca petita sense rivalitat de capitalitat; s'han posat d'acord els polítics i els proveïdors
  - Delimitació territorial similar d'àrees bàsiques salut i social, etc.

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Figura 12b.** Principals facilitadors en la creació i el desplegament dels models col·laboratius. Institucions i professionals interns.

**Facilitadors interns institucions i professionals**

- **Facilitadors de gestió**
  - Lideratges, motivacions i creença en el model d'atenció integral
  - \* lideratges compartits, lideratge institucional, lideratge motivacional i creença en el projecte, voluntarisme dels professionals de base
  - Tenir una bona planificació estratègica
  - Definició d'eines de gestió i atenció integrada (comissions de treball, eines de detecció de necessitats, DAFO...), etc.
- **Facilitadors d'estructura i funcionament**
  - Professionals referents: treballadors socials, infermeria, figures interconectores
  - Equips de treball multidisciplinaris que s'alimenten i sumen
  - Compartir espais (per als models que ho tenen) "físics" i "per la paraula"
  - \* Facilita una cartera de serveis única + única porta d'entrada
  - \* Permet més coneixement entre professionals i accés més fàcil per la relació entre passadissos
  - \* Permet fer equip; tots són treballadors de l'àrea bàsica de salut
  - \* Si no estructuralment, compartir espais de paraula, i visites conjuntes

⇓

**Permeten conèixer la feina de l'altre, ampliar la visió, detectar necessitats de salut i socials conjuntament**

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats

## Principals barreres en l'àmbit institucional

**Taula 14.** Principals barreres en la creació i el desplegament dels 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària mencionades pels professionals implicats (\*)

### Manca de legitimació i lideratge institucional

**La manca de directrius clares i objectius comuns per part dels departaments**  
*(més present en les experiències menys desenvolupades i que necessiten guiatge i acompanyament)*

- ❖ Provoca una **sensació d'orfenesa** i de no tenir clars els objectius que es pretenen
- ❖ Encara es tracta de **dos sistemes amb visions molt diferents**
- ❖ La lògica de les diferents administracions fa que els acords institucionals no arribin a la base. **Els sistemes encara són massa rígids**
- ❖ Es percep un **lideratge desigual entre Departaments**; el Departament de Benestar Social i Família té un rol més passiu i de poc lideratge
- ❖ **Des del vessant social** d'alguns models, es té la **percepció que Salut vol imposar-se**, cosa que genera actituds de resistència (Mataró, Garrotxa)

**La manca de reconeixement institucional**  
*(més present en els models que ja tenen experiències col·laboratives informals)*

- ❖ **Encara es funciona per voluntarisme professional**, manca la legitimació institucional amb tot el que comporta (avaluar protocols i actuacions, cedir temps i espais per a la dedicació al treball col·laboratiu, superar resistències professionals, etc.)
- ❖ **La seva inexistència dificulta avançar** (reticència i desgast dels professionals, barreres entre nivells, etc.)

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 14.** Principals barreres mencionades pels professionals implicats en els 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària  
[Continuació] (\*)

**Manca d'adaptació d'estructures, processos i agents del sistema**

**La no-existència de sistemes informàtics per compartir informació (aspecte clau)**  
*(present en tots els models)*

- ❖ Es tracta d'una **estructura clau per poder treballar de manera col·laborativa**
- ❖ **El fet de no disposar-ne dificulta la coordinació i el treball integral**; dobles registres en sistemes diferenciats, necessitat de traspàs d'informació entre persones, impossibilitat de poder extreure dades per anàlisi i avaluació, etc.
- ❖ **La Llei de protecció de dades és un impediment important**: Quina informació es pot compartir? De quina manera?

**Heterogeneïtat i variabilitat en models d'organització i governança tant en serveis socials com a salut i gran diversitat de proveïdors**

- ❖ **Objectius diferents per a proveïdors diferents**
- ❖ **No hi ha coincidència en la zonificació (territorial)** en els àmbits de salut i social
- ❖ **Fonts de derivació de múltiples proveïdors** que dificulten la detecció de les necessitats de salut i socials
- ❖ **Aïllament territorial**

**L'excés de demanda assistencial no permet treballar com es voldria en l'àmbit col·laboratiu**  
*(en experiències més desenvolupades)*

- ❖ **Dificultats per treballar de manera interdisciplinària** per manca de temps
- ❖ **La pressió assistencial ha reduït la prevenció i la promoció de salut**. Es dona més prioritat a urgències de salut (situacions agudes)

**La pèrdua de recursos no facilita el treball col·laboratiu**

- ❖ **Dificultats per treballar de manera col·laborativa quan manquen recursos** (retallades, pèrdua de places de residències, sociosanitari, promoció de la salut, etc.)

**No poder compartir espais comuns**  
*(en experiències que n'han tingut i/o ho tenen com a referent)*

- ❖ Compartir espais facilita la feina col·laborativa (converses informals als passadissos, respostes més àgils, compartir el dia a dia, etc., construcció d'equip, etc.)

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

## Principals barreres en l'àmbit professional

Taula 14. Principals barreres mencionades pels professionals implicats en el 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària [Continuació] (\*)

**Els professionals encara estan interioritzant un nou model d'atenció; s'estan adaptant a un canvi de paradigma que implica una nova cultura de treball i atenció, i aquesta adaptació genera resistències**

**Adaptació al canvi de paradigma (present en diferents graus en tots els models)**

- ❖ **Cal interioritzar un nou model d'atenció** (comprendre, visualitzar, fer-se seu el projecte). L'adaptació al canvi de paradigma és entrar en una nova narrativa; fins ara l'atenció ha estat fragmentada i segmentada per sistemes i professionals
- ❖ La interiorització d'una nova manera de treballar **demana temps**
- ❖ Fa poc temps que es treballa col·laborativament i **costa unificar procediments i tempos**
- ❖ **Es tracta d'un canvi cultural** i demana un procés

**Resistències dels professionals (+/- resistències en funció del grau de desenvolupament/desplegament del model)**

- ❖ **Visió actualment fragmentada**; cal tenir una visió holística (més present en professionals sanitaris; els professionals de treball social ja tenen la visió holística pacient incorporada)
- ❖ **Resistències professionals pel territori propi encara presents per l'existència d'àmbits diferents**; les resistències s'han anat superant per la pròpia necessitat dels usuaris
- ❖ **Els professionals sanitaris de l'atenció especialitzada són els que estan menys acostumats a treballar de manera col·laborativa**
- ❖ En alguns casos, **recels professionals per l'experiència amb el PRODEP**, que va generar frustració i esforç no recompensat per la no-continuitat
- ❖ Escepticisme d'alguns professionals per **no tenir directrius clares**
- ❖ **Descontent dels professionals amb pressió assistencial + retallades**
- ❖ **Por al traspàs d'informació** i a les seves conseqüències (denúncies dels pacients) per la Llei de protecció de dades
- ❖ **Postura crítica de certs representants del vessant social** d'alguns models, pel fet de **percebre que es tracta d'un intent d'apropiació de la cartera de serveis**
- ❖ **Por que el sistema sanitari es mengi el sistema social** i que es perdi la identitat social del projecte
- ❖ Desconeixement dels professionals de l'altre àmbit

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. PRODEP: programa d'atenció a la dependència.



## Facilitadors en el desplegament del model col·laboratiu d'atenció social i sanitari

Taula 15. Principals facilitadors mencionats pels professionals implicats en els 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària

### Principals facilitadors de context i estructurals externs

#### Facilitadors de context: importància de l'històric, les institucions i els proveïdors territorials

- ❖ **Tenir com a històric –institucions locals i professionals– experiència en treball transversal** i cultura col·laborativa (Mancomunitat de la Plana, Consorci Acció Social de la Garrotxa, Regidories de Salut i Social de Vilanova i la Geltrú)
- ❖ **Tenir proveïdors amb visió d'atenció coordinada i integrada** (IAS, Grup Sagessa)
- ❖ **Experiència prèvia amb treball col·laboratiu** i elaboració de protocols i circuits (tot i no estar legitimats)
- ❖ **Tradició de col·laboració en el territori** entre diferents proveïdors i l'àmbit de salut (Mataró, Sabadell)
- ❖ **Cultura d'anys treballant com a equip** (la Garrotxa, Sabadell)
- ❖ **Voluntat política en els àmbits local i comarcal** (la Garrotxa, Vilanova i la Geltrú, Tona-Mancomunitat de la Plana)

#### Facilitador institucional: el Pla Interdepartamental

- ❖ Transmissor **d'esperança i continuïtat**
- ❖ L'acord institucional entre Departaments (Pla Interdepartamental) **genera optimisme i motivació**
- ❖ El Pla Interdepartamental **ofereix garantia de continuïtat i esperança de legitimació**
- ❖ Percepció que l'encàrrec es **formalitzarà i es legitimarà**

#### Facilitador instrumental: aplicatiu e-CAP o altres sistemes d'informació compartits

- ❖ Aplicatiu e-CAP (Salut) **molt facilitador en la gestió de casos** (Girona, Reus, Sabadell)
- ❖ Sistemes d'informació compartits entre centres, institucions, nivells assistencials d'un mateix proveïdor o consorcis
- ❖ **Definició de criteris de risc sociosanitari d'usuaris a l'e-CAP**; el programa informa quan hi ha un usuari amb un perfil de risc molt alt (Sabadell)

#### Aspectes de territori; mida i delimitació territorial

- ❖ **Comarca petita** sense rivalitat de capitalitat
- ❖ **La delimitació territorial de les àrees bàsiques de salut i social són les mateixes**

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. IAS: Institut d'Assistència Sanitària de Girona; CAP: centre d'atenció primària

## Principals facilitadors interns (institucions i professionals)

Taula 15. Principals facilitadors mencionats pels professionals implicats en els 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària [Continuació] (\*)

### Facilitadors de gestió

#### Lideratges, motivacions i creença en el model d'atenció integral

- ❖ **Tenir lideratges compartits:** lideratge operatiu d'infermeria i treball social
- ❖ Tenir el lideratge motivacional dels **professionals del vessant social que tenen la visió holística incorporada**
- ❖ Tenir el lideratge d'un **proveïdor amb sensibilitat d'atenció integrada**
- ❖ **Consens i motivació** de l'equip de col·líders i **interiorització i creença en el projecte** per part del grup motor
- ❖ Implicació dels professionals de base i consciència que cal formalitzar-ho
- ❖ **Voluntarisme dels professionals de base;** ha estat molt determinant per a l'existència del treball col·laboratiu informal de moltes experiències

#### Tenir una bona planificació estratègica

- ❖ **Visió estratègica integral en la definició de les estructures organitzatives**
- ❖ **Model col·laboratiu avançat amb institucions, estructures i lideratge amb visió i orientació integrada**
- ❖ La conjuntura social i econòmica actual facilita la consciència de les estratègies de millora en l'atenció

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 15.** Principals facilitadors mencionats pels professionals implicats en els 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària [Continuació] (\*)

### Facilitadors d'estructura i professionals referents

<b>Figura dels treballadors socials</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Es destaca la <b>bona feina de col·laboració entre treballadors socials d'ambdós àmbits</b></li> <li>❖ Des dels professionals de la salut, i d'acord amb l'experiència de treball conjunt, <b>la figura professional de treball social és molt destacada i apreciada: són fonts d'informació informal per detectar necessitats, ensenyen a tenir una visió més àmplia i holística dels pacients, han estat i són figures connectores clau entre els dos àmbits.</b></li> <li>❖ Quan els treballadors socials, independentment de l'àmbit, tenen les mateixes funcions; accés als mateixos recursos + els mateixos nivells intervenció)...</li> </ul>
<b>Figures interconnectores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Figures que <i>faciliten la coordinació i el treball col·laboratiu i integral</i>: gestors de casos, figura de la infermera d'enllaç, referent comunitari de la dependència, infermera domiciliària, etc.</li> </ul>
<b>Equip multidisciplinari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Permet dur a terme un <b>treball més integral i holístic</b></li> <li>❖ Reforça la <b>seguretat de les intervencions</b></li> <li>❖ Ofereix a usuaris i pacients una millor qualitat assistencial, ja que facilita la continuïtat assistencial</li> </ul>
<b>Mateix espai (per als models/experiències que ho tenen)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Facilita una <b>cartera de serveis única + única porta d'entrada</b></li> <li>❖ <b>Més capacitat de resolució d'urgències</b> per proximitat</li> <li>❖ Permet <b>més coneixement entre professionals</b> i un accés més fàcil, ja que hi ha relació entre passadissos.</li> <li>❖ <b>Permet fer equip</b>; tots són treballadors de l'ABS</li> </ul>
<b>Visites conjuntes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Permeten <b>conèixer la feina de l'altre</b></li> <li>❖ Permeten <b>ampliar la visió holística del pacient</b></li> <li>❖ Permetent <b>detectar necessitats de salut i socials conjuntament</b></li> </ul>
<b>Comissions de treball</b>	
<b>Sessions formatives de casos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ordenen, informen, són òrgans decisius</li> <li>❖ Fan equip i faciliten un clima col·laboratiu</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

## 4. Beneficis i resultats dels models col·laboratius mencionats pels professionals implicats

### Resultats més destacats

- ✓ Tant els models amb més trajectòria en el temps que han visualitzat beneficis (tot i que en la majoria poc mesurables i més relacionats amb el procés), com els que s'estan contruint i tenen les seves expectatives, s'esmenten els següents beneficis i resultats esperats, classificats segons es tracti de: beneficis per als professionals i gestors, beneficis per als usuaris i els cuidadors, i, per últim, beneficis per al sistema (**taula 16, figura 13, més informació als Annexos 2 i 5**).
- ✓ Alguns dels resultats percebuts pels professionals com a beneficis per als professionals implicats en el fet de treballar de manera més integrada i en un model col·laboratiu són els següents: una atenció més preventiva i la identificació de necessitats socials i en salut, que ofereixen més seguretat als professionals a l'hora de prendre decisions i faciliten la feina i ofereixen més coneixement i comprensió de l'altre (profesional) i dels recursos disponibles. Quant als beneficis per als gestors i decisors, hi ha el fet que optimitzen els recursos, eviten duplicitats i ofereixen més agilitat de processos (eficiència).
- ✓ Com a beneficis percebuts pels professionals dels models col·laboratius participants en l'avaluació per als usuaris i familiars, s'esmenta que aquesta manera de treballar ofereix més seguretat i tranquil·litat als usuaris i els cuidadors (no se'ls mareja tant), facilita l'accés als serveis i permet donar respostes més individualitzades i basades en la seva necessitat. Per al conjunt de la població i els ciutadans, es destaquen com a beneficis percebuts el fet de permetre millorar la confiança i la valoració dels serveis socials i de salut públics, la rendibilització dels recursos i la detecció ràpida de les necessitats dels usuaris i ciutadans, sobretot dels més vulnerables, i el fet que l'estratègia col·laborativa desestigmatitza rebre ajuda social.
- ✓ Val a dir que pocs models han fet una avaluació interna (auditoria o de millora contínua), però sí que disposen d'indicadors als seus quadres de comandament per al seguiment del rendiment de l'activitat en els models col·laboratius. Es considera que l'avaluació externa permet identificar aspectes de millora, d'utilitat per al desplegament dels models i proposen indicadors específics que es podrien mesurar a curt i mitjà termini. Els resultats (o beneficis) percebuts pels professionals implicats en els models es podrien convertir en indicadors quantificables per al seguiment dels models.

**Taula 16.** Síntesi de beneficis i resultats dels models col·laboratius segons els professionals implicats (\*)

<i>Grups/àmbits</i>	<i>Beneficis i resultats esperats dels models col·laboratius mencionats pels professionals vinculats</i>			
<b>Per als professionals</b>	Permeten una atenció més preventiva i la identificació de necessitats socials i en salut	Ofereixen més seguretat als professionals a l'hora de prendre decisions i facilita la feina	Ofereixen més coneixement i comprensió de l'altre i dels recursos disponibles	Valoritzen l'activitat de treball social (òptica salut)
<b>Per als gestors</b>	Optimitzen els recursos i eviten duplicitats	Milloren la qualitat assistencial	Ofereixen més agilitat de processos (eficiència)	Permeten augmentar la satisfacció dels professionals i dels usuaris
<b>Per als usuaris i els cuidadors</b>	Ofereixen més seguretat i tranquil·litat als usuaris i els cuidadors (no se'ls mareja tant)	Permeten donar respostes més individualitzades i basades en la seva necessitat	Disminueixen l'estigma de ser usuari dels serveis socials	Faciliten l'accessibilitat als serveis
<b>Per al sistema</b>	Permeten actuacions preventives i avançar-se a situacions de vulnerabilitat, crisi	Permeten millorar la confiança i la valoració dels serveis socials i de salut públics	Es rendibilitzen molt més els recursos i es detecten millor les necessitats dels usuaris i els ciutadans, sobretot els més vulnerables	A nivell del sistema, l'estratègia col·laborativa desestigmatitza el fet de rebre ajuda social

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 17a.** Resultats i els beneficis percebuts més destacats pels professionals vinculats als models col·laboratius d'utilitat per als gestors/planificadors (\*)

<b>1. Beneficis i resultats percebuts d'utilitat per als gestors/planificadors</b>
<p>✓ <b>Atenció més preventiva: identificació de les necessitats de salut i socials de les persones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Més detecció de necessitats no cobertes</li> <li>▪ Identificació de necessitats en salut i socials de manera proactiva</li> <li>▪ Permetrà crear espais de treball per detectar necessitats de manera conjunta i poder analitzar casos</li> <li>▪ Treballar conjuntament permet detectar situacions abans que siguin urgents (entrevistes conjuntes, visites conjuntes, reunions conjuntes), comunicar el mateix als usuaris (dir el mateix, plans conjunts) i fer una actuació integral</li> <li>▪ El fet de treballar col·laborativament ha permès detectar més necessitats, tant per la banda sanitària com per la banda social</li> <li>▪ S'eviten ingressos per les activitats de prevenció i identificació de perfils de risc</li> <li>▪ S'eviten situacions més complexes, perquè preveus més</li> </ul>
<p>✓ <b>Optimització de recursos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El fet que no es treballi de manera sociosanitària integrada fa que es perdin recursos i qualitat assistencial</li> <li>▪ Complementarietat de recursos i millor definició d'itineraris d'atenció</li> <li>▪ Evita duplicitats entre professionals (importància de l'espai domicili)</li> <li>▪ Hi ha una inversió en esforç inicial, però a la llarga s'evitaran duplicitats i hi haurà un estalvi. Importància de poder avaluar el model per demostrar beneficis i seguir avançant</li> </ul>
<p>✓ <b>Visió més integrada i holística</b></p>

- Ho facilita el treball en equip (fa que les visions s'apropin i que es pugui parlar un idioma comú)
- L'accessibilitat i millor coneixement entre àmbits

#### ✓ **Millora de la qualitat assistencial**

- Major agilitat dels processos; és la suma d'esforços
- Es guanya temps, més especificitat i eficiència
- Disposar de protocols, circuits, plans funcionals individualitzats i terminologia unificada per ordenar els serveis prestats, reduir la variabilitat i millorar la qualitat assistencial.
- Parlar/discutir/compartir, suma de visions, permet que surtin possibilitats de millora

#### ✓ **Oferirà legitimitat**

- Donarà suport i legitimitat a procediments que fins ara no estaven legitimats

#### ✓ **Ser model d'altres serveis i aportar coneixement**

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 17b.** Resultats i els beneficis percebuts més destacats pels professionals vinculats als models col·laboratius d'utilitat per als professionals (que fan atenció directa a usuaris)(\*)

## **2. Beneficis i resultats percebuts d'utilitat per als professionals que fan atenció**

#### ✓ **El treball en equip ofereix seguretat als professionals a l'hora de prendre decisions i facilita la feina**

- Consens del treball en equip (poder compartir)
- Les situacions de caos es resolen millor amb el treball en equip
- El treball en equip redueix l'estrès (compartir casos)
- Més capacitat de suport en situacions complexes (poder demanar ajuda)
- Sentiment d'estar acompanyat
- Treballar conjuntament facilita la feina i fa que sentis que tens més suport
- La presa de decisions conjuntes dóna seguretat professional
- La suma de les parts fa la força

#### ✓ **Genera més coneixement i comprensió de l'altre**

- En l'àmbit professional, treballar així permetrà conèixer-se i entendre's millor
- Conèixer l'altre permet conèixer límits
- El coneixement de l'altre dóna una visió més àmplia
- El coneixement entre els professionals agilitza els processos i els dóna més seguretat
- Relació professional més fluida

#### ✓ **Ofereix una visió més humanista i holística del pacient**

- En treballar conjuntament, els professionals d'ambdós àmbits veuen l'usuari en tots els seus vessants
- Als metges, els ajuda a entendre la malaltia i a tenir una visió social

#### ✓ **És un aprenentatge mutu i d'apropament entre àmbits**

- Aprenentatge mutu i apropament entre àmbits
- Coneixement de l'altre: des de treballar en equip a decisions compartides (holística)
- Enriquiment professional. Mes satisfacció dels professionals

#### ✓ **Valorització de la feina de treball social (des de l'òptica de salut)**

#### ✓ **Més coneixement dels recursos disponibles**

#### ✓ **Les visites conjuntes unifiquen les visions dels professionals i dels usuaris**

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 17c.** Resum dels resultats i els beneficis percebuts pels professionals vinculats als models col·laboratius d'utilitat per als usuaris i els cuidadors (\*)

### 3. Beneficis i resultats percebuts d'utilitat per als usuaris i els cuidadors

#### ✓ **Atenció més centrada en els pacients i millora de la percepció de la qualitat de l'atenció**

- Millora la percepció de la qualitat i els serveis del pacient en tenir una visió holística
- Es redueix la variabilitat en l'atenció
- Millor percepció de la qualitat de l'atenció (informació més concisa, unificada, millor atesos i més segurs + identificació més clara dels professionals)
- Major confiança i satisfacció amb els professionals

#### ✓ **Millora de la qualitat assistencial**

- Millora la qualitat de l'atenció en treballar de manera integrada
- Les famílies i la persona guanyen en qualitat de serveis
- S'evita que els ingressos siguin més llargs, ja que els tràmits entre institucions i/o serveis es fan de manera més àgil

#### ✓ **Més seguretat i tranquil·litat per a usuaris i cuidadors (no es mareja tant als usuaris i els cuidadors)**

- El pacient està més tranquil quan els professionals es coordinen i es comuniquen
- El pacient està més controlat pel contínuum
- Tranquil·litat de sentir que tot està més controlat (contínuum assistencial); disminució del neguit i l'angoixa (pacients i cuidadors)
- Millor atenció, per visió global; el pacient al centre del sistema
- Transmetre equip al pacient
- Control i tranquil·litat
- Millora la seva qualitat de vida i disminueix el seu patiment
- Una comissió amb la mateixa visió de l'usuari li transmet tranquil·litat i respostes més personalitzades

#### ✓ **Els professionals donen respostes més individualitzades als usuaris i els cuidadors**

- Dintre de les possibilitats que hi ha, el model col·laboratiu vol que l'usuari pugui triar (per exemple, servei d'ajut a domicili)
- Provisió de serveis més d'acord amb les necessitats específiques dels usuaris i els cuidadors

#### ✓ **Es millora i es garanteix el contínuum assistencial**

- Es garanteix la continuïtat per als usuaris i els professionals
- Millora el contínuum assistencial + reducció de reingressos

#### ✓ **Es detecten necessitats no cobertes**

- Es detecten més necessitats, més precoçment i de manera més holística, tant de salut com socials

#### ✓ **Es disminueix l'estigma de ser usuari de serveis socials (és atenció primària; es normalitza)**

- Tenir els serveis socials al centre d'atenció primària (CAP) desestigmatitza els serveis socials
- Ha permès als pacients expressar més necessitats socials; estan més normalitzades

#### ✓ **Facilita l'accessibilitat dels usuaris**

- Model que ofereix **facilitat d'accés**, tant a serveis sanitaris com a socials (per una porta única i una resolució ràpida de situacions)
- Es facilita una porta única d'entrada i hi ha un estalvi de temps

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 17d.** Resum dels resultats i els beneficis percebuts pels professionals vinculats als models col·laboratius d'utilitat per al sistema (\*)

#### **4. Beneficis i resultats percebuts d'utilitat per al sistema**

✓ **En l'àmbit del sistema, es rendabilitzen molt millor els recursos i es detecten millor les necessitats**

- Més detecció de necessitats no cobertes
- Millora l'eficiència i l'eficàcia en l'optimització de recursos
- La manca de recursos no permet ser tan efectius com es voldria
- El sistema col·laboratiu fa que no hi hagi duplicitats, però cal demostrar-ho científicament

✓ **Permet actuacions preventives i avançar-se a situacions**

✓ **En l'àmbit del sistema, el fet de treballar col·laborativament desestigmatiza l'ajuda social**

- El fet de treballar conjuntament al mateix espai ha fet que els usuaris perdin la connotació estigmatitzant de ser atesos pels serveis socials

---

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.



## 5. Àrees de millora i necessitats identificades pels models

### Resultats més destacats

- ✓ En relació amb les àrees de millora i les necessitats identificades, **destaquem les que són millores específiques dels models, a nivell micro**, sobretot les que són globals i, específicament, les més rellevants per als models. Per altra banda, es presenten aquelles necessitats identificades pels models a **nivell meso**, que expressen peticions específiques als proveïdors i a les institucions principals, però, **sobretot, es tracta de peticions dirigides als departaments (tant de Benestar Social i Família com de Salut)**.
- ✓ Entre les necessitats bàsiques mencionades pels professionals dels models col·laboratius, hi ha, entre altres aspectes, la necessitat de millora de gestió i dotació de recursos, la millora dels sistemes d'informació per facilitar una resposta única als usuaris, la necessitat de reforçar l'atenció primària de salut i social, superar les diferències entre proveïdors i focalitzar-se en l'atenció real centrada en els usuaris, fer pedagogia de l'atenció integrada entre els serveis socials i sanitaris des de diferents àmbits, incloent-hi la formació reglada de pregrau i postgrau. Una de les necessitats que mencionen tots els models, independentment de la seva trajectòria (més o menys evolució), és la necessitat d'escriure el model (descriure i documentar el seu model) i legitimar-lo, com també la feina dels professionals implicats (**figura 15, 16 i taules 19 a 22; vegeu més informació als annexos 2 i 5**).

## ÀREES DE MILLORA I NECESSITATS IDENTIFICADES PER EXPERIÈNCIA / MODEL COL-LABORATIU

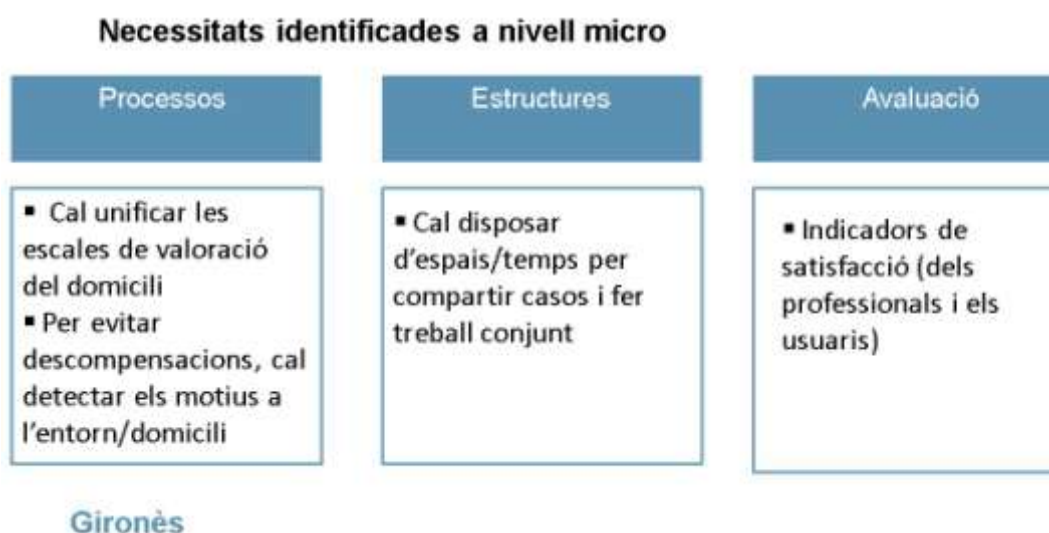
Figura 15. Àrees de millora i necessitats principals expressades per cada model col·laboratiu d'atenció social i salut (\*)

Figura 15a. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de l'Alt Penedès



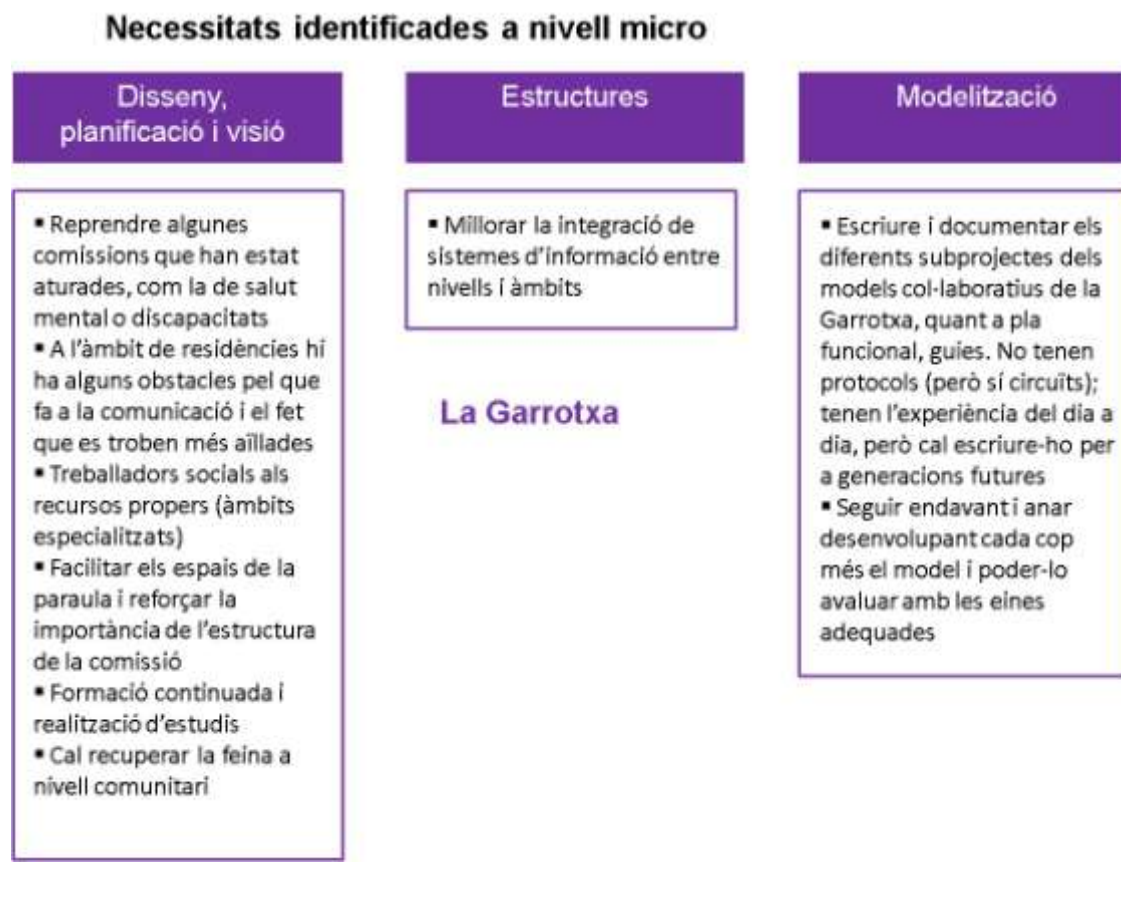
ATDOM: atenció domiciliària

Figura 15b. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària del Gironès

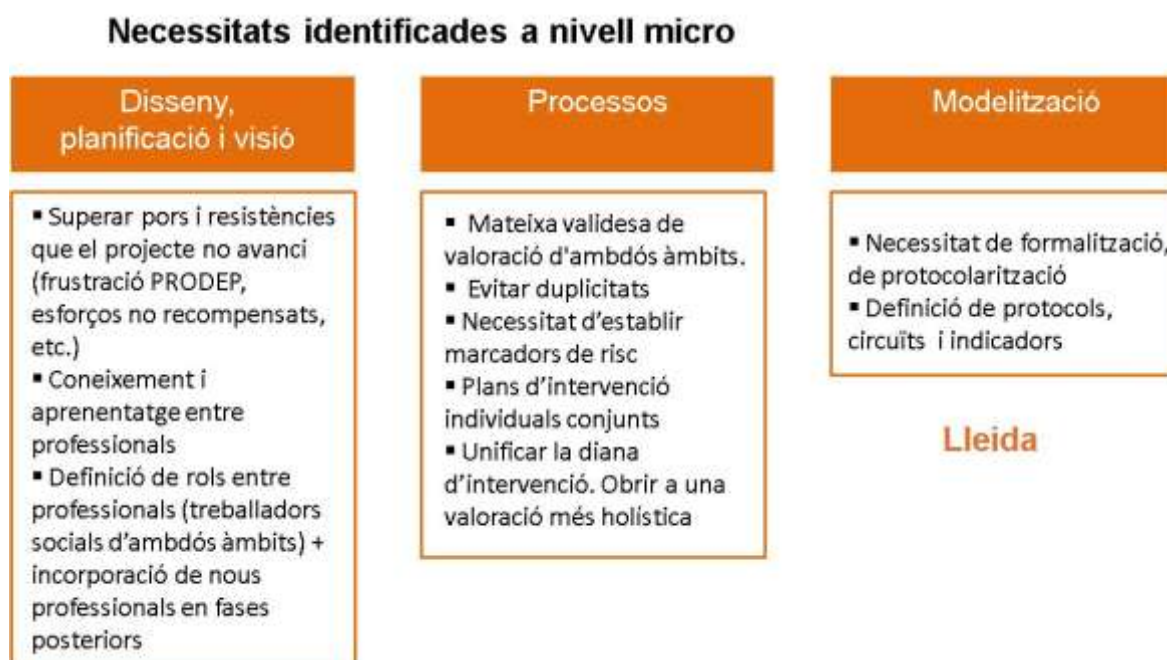


(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Figura 15c.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de la Garrotxa



**Figura 15d.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària a Lleida



PRODEP: programa d'atenció a la dependència

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

Figura 15e. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Mataró

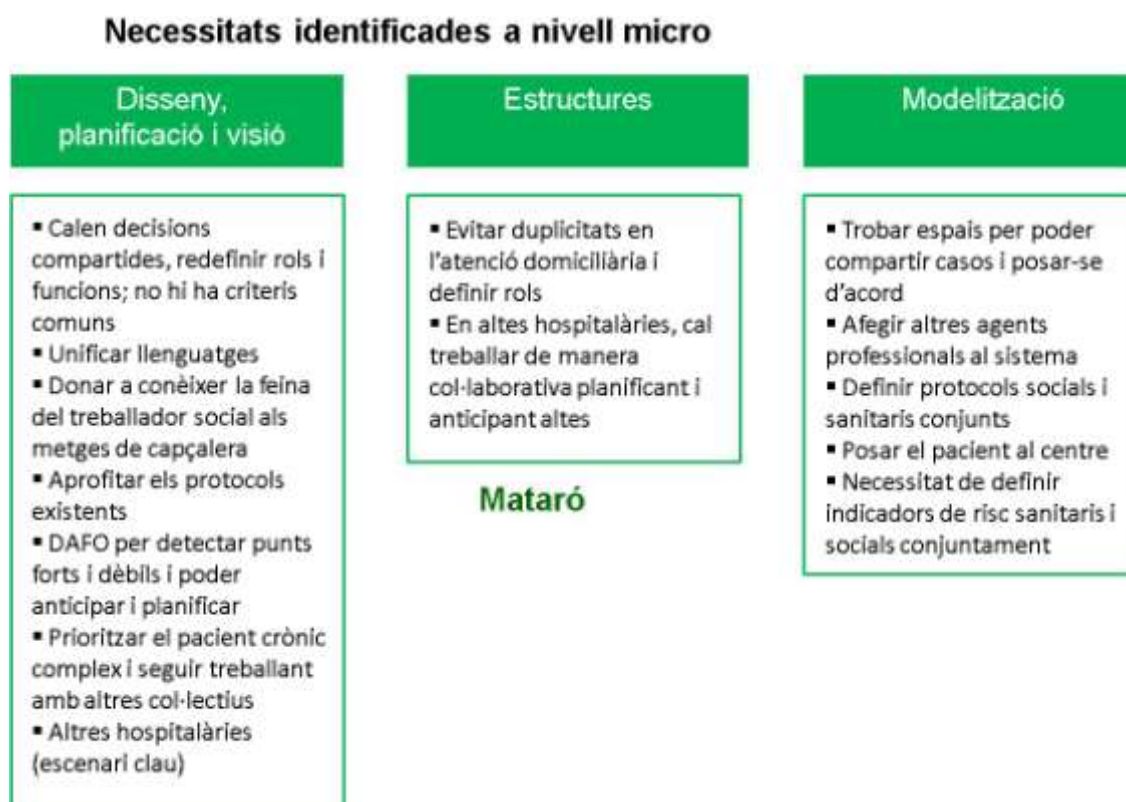
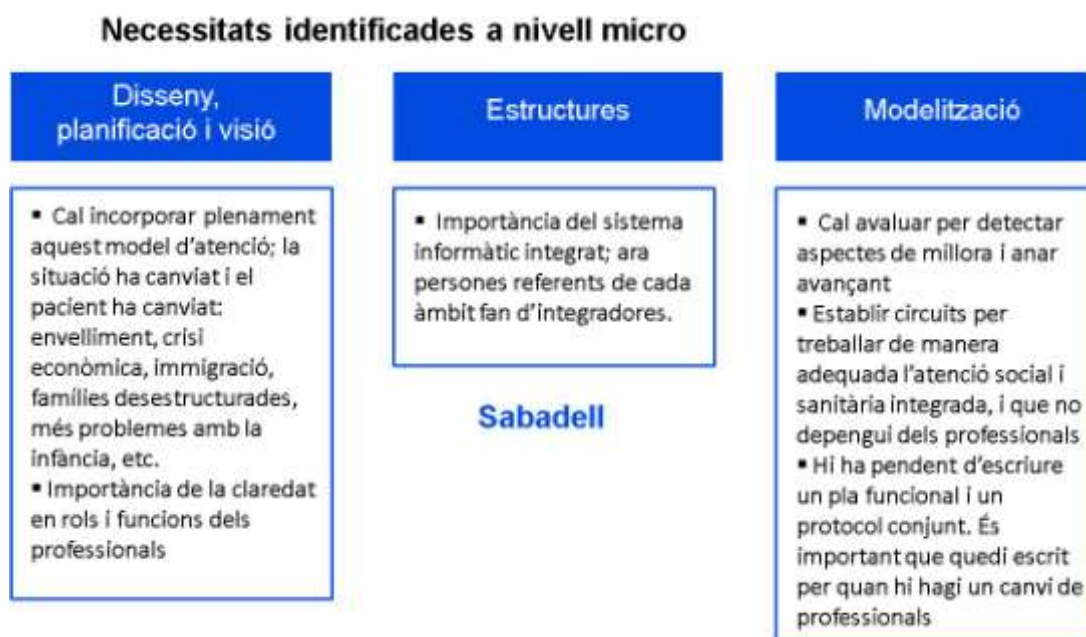


Figura 15f. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Reus

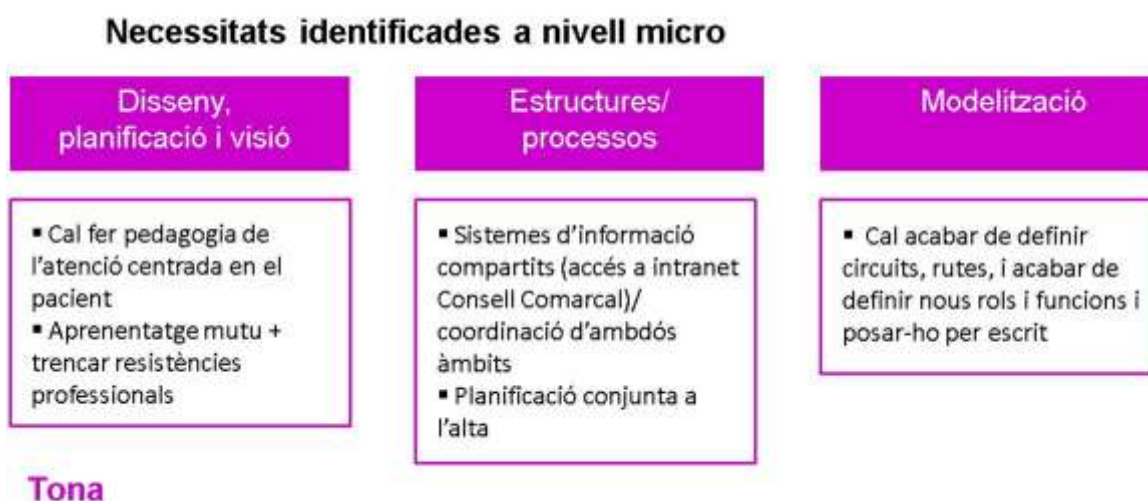


(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Figura 15g.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària a Sabadell

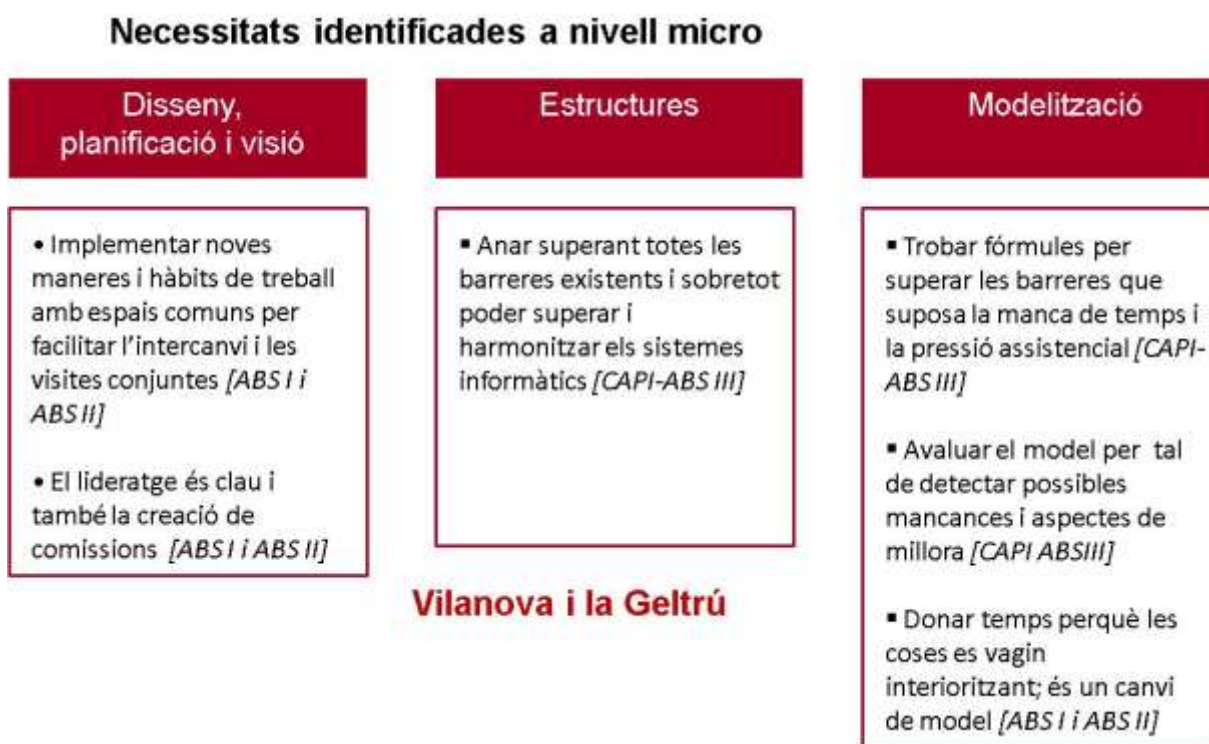


**Figura 15h.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Tona



(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Figura 15i.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Vilanova i la Geltrú



(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. ABS: àrea bàsica de salut; CAPI: centre d'atenció primària integrada.

## ÀREES DE MILLORA I NECESSITATS IDENTIFICADES A NIVELL MESO EXPRESSADES PER CADA MODEL COL-LABORATIU (\*)

**Figura 16a.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de l'Alt Penedès



(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

Figura 16b. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària del Gironès



Figura 16c. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de la Garrotxa

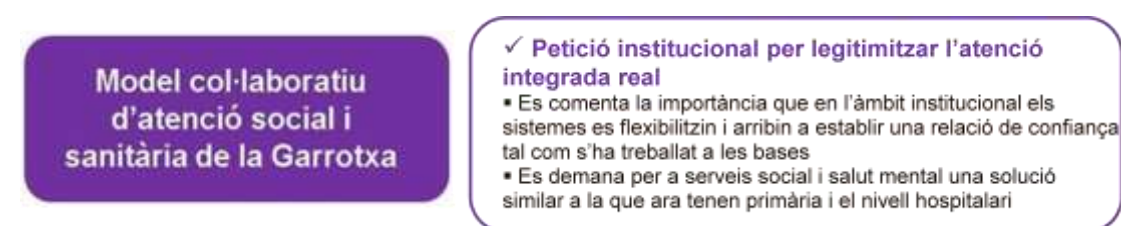


Figura 16d. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Lleida

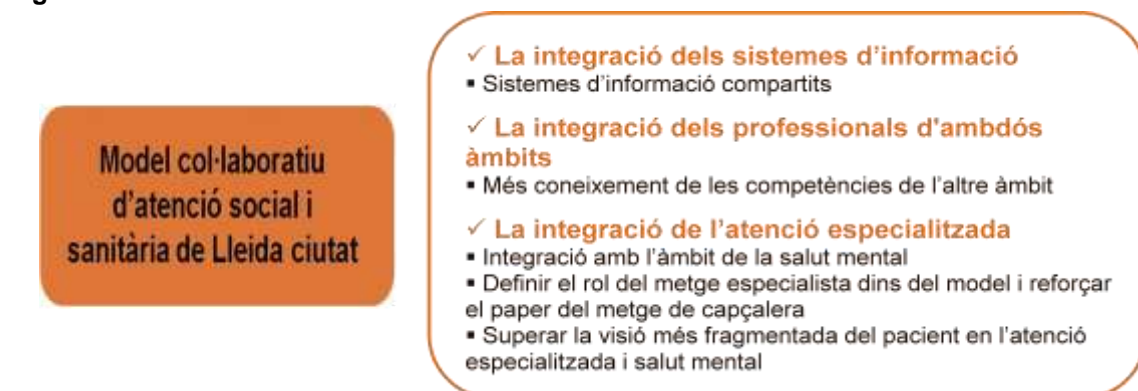
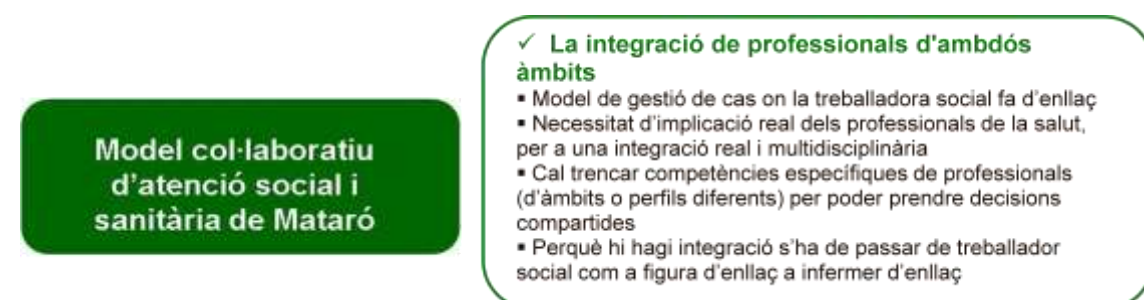
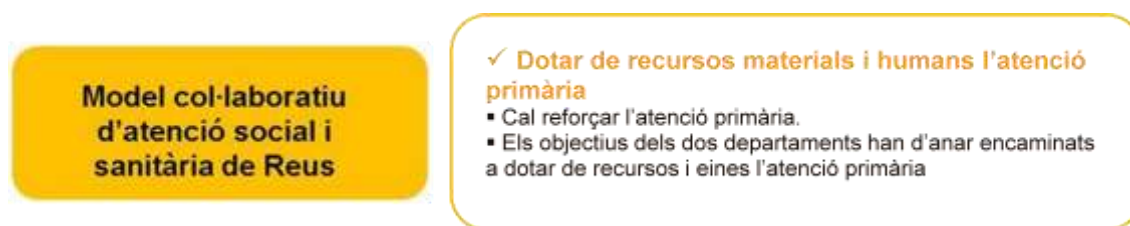


Figura 16e. Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Mataró

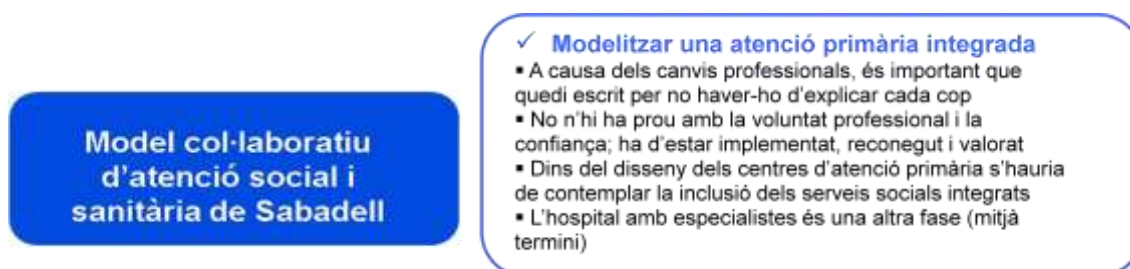


(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

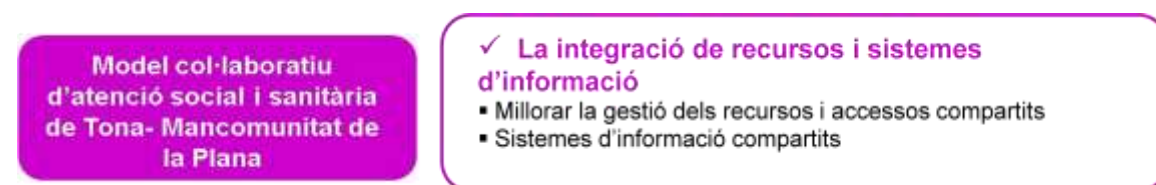
**Figura 16e.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Reus



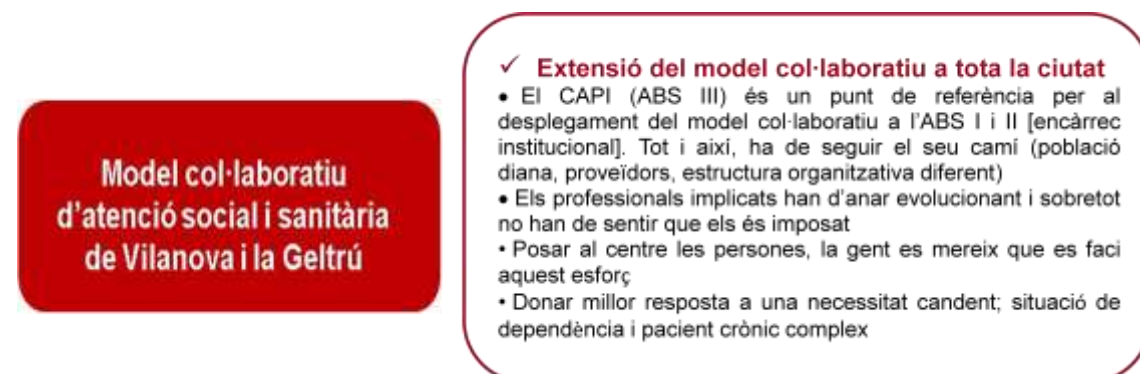
**Figura 16f.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Sabadell



**Figura 16g.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Tona



**Figura 16h.** Model col·laboratiu d'atenció social i sanitària de Vilanova i la Geltrú



(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. CAPI: centre d'atenció primària integrat; ABS: àrea bàsica de salut.



**Taula 19.** Aspectes de millora comuns expressats pels professionals a cada model col·laboratiu d'atenció social i sanitària (\*)

**Aspectes de millora comuns a tots els models (necessitats a nivell micro)**

**1. Aspectes de visió + planificació estratègica en els models per anar cap a un model d'atenció col·laborativa**

**Enfocament, visió i planificació de l'atenció centrada en l'usuari**

- Tenir una **visió més holística** (l'usuari dels serveis té necessitats de salut i socials)
- **Definició de rols entre professionals** (treballadors socials d'ambdós àmbits) + incorporació de nous professionals en fases posteriors
- Redefinir els rols i funcions; no hi ha criteris comuns
- **Unificar llenguatges**
- Construcció i **definició de codis comuns**
- **DAFO per detectar els punts forts i els dèbils** i poder anticipar i planificar
- **Prioritzar els PCC i seguir treballant amb altres col·lectius**
- **Definir els protocols socio-sanitaris**

---

**Trencar les resistències entre professionals mitjançant el coneixement mutu i la superació de pors**

- Aprenentatge mutu + trencar resistències professionals
- Superar pors i resistències que el projecte no avanci (frustració del PRODEP, esforços no recompensats, etc.)
- Reduir la incertesa i l'escepticisme professional
- Coneixement i aprenentatge entre professionals
- Donar a conèixer la feina de treball social als metges de capçalera
- Temps per poder fer desplegament (els professionals necessiten un procés d'aprenentatge i la interiorització del canvi de model)

---

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model. DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats; PCC: pacient crònic complex; PRODEP: programa d'atenció a la dependència.

**Taula 19.** Aspectes de millora comuns expressats pels professionals a cada model col·laboratiu d'atenció social i sanitària [continuació] (\*)

**Aspectes de millora comuns a tots els models (necessitats a nivell micro)**

**2. Facilitar estructures i espais per a la realització del treball conjunt**

Disposar d'**espai i temps** per compartir casos i fer treball conjunt

**Trobar espais** per poder compartir casos i posar-se d'acord

- Cal  **reprendre anàlisis de casos en sessions conjuntes** (s'ha deixat per manca de temps i per la pressió assistencial)
- **Unificar i formalitzar** procediments i **vocabulari comú**
- **Fons documental** de prestacions comú
- Facilitar **els espais de la paraula** i reforçar la importància de l'estructura de la comissió

**3. Millora en processos**

**En les altes hospitalàries**

- Planificació conjunta d'altes hospitalàries
- En altes hospitalàries, cal treballar de manera col·laborativa planificant-les i anticipant-les
- Altes hospitalàries (escenari clau)

**Al domicili**

- Cal unificar escales de valoració en la valoració del domicili
- Per evitar descompensacions, cal detectar motius en l'entorn/domicil
- Evitar duplicitats en l'atenció domiciliària i definir rols

**Validar la valoració d'ambdós àmbits**

- Mateixa validesa de valoració d'ambdós àmbits. Evitar duplicitats

**Necessitat d'establir marcadors de risc**

**Plans d'Intervenció individuals conjunts**

**Aprofitar protocols existents**

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 20.** Aspectes de millora en models col·laboratius d'atenció social i sanitària en fases de construcció expressats pels professionals (\*)

**Aspectes de millora en models en fase de construcció (necessitats a nivell micro)**

<b>4. Models en desenvolupament</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cal acabar de definir circuits, rutes i acabar de definir nous rols i funcions i posar-ho per escrit</li><li>➤ Cal unificar la diana d'intervenció. Cal obrir-se a una valoració més holística</li><li>➤ Definició de protocols, circuits i indicadors</li><li>➤ Està pendent escriure el pla funcional i el protocol conjunt</li><li>➤ Importància de la claredat en rols i funcions dels professionals</li></ul>
<b>5. Models que han de passar de la informalitat a la formalitat</b>	<p><b>Escriure circuits i protocols</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Establir circuits per treballar de manera adequada l'atenció sociosanitària integrada i que no depengui dels professionals</li><li>➤ És important que quedi escrit per quan hi hagi canvi de professionals</li><li>➤ Escriure i documentar els diferents subprojectes del model col·laboratiu de la Garrotxa, quant a pla funcional, guies. No tenen protocols (sí circuits); tenen l'experiència del dia a dia, però cal escriure per a generacions futures</li></ul> <p><b>Importància del sistema informàtic integrat; ara, persones referents de cada àmbit fan d'integradores</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Millorar la integració de sistemes d'informació entre nivells i àmbits</li></ul> <p><b>Cal incorporar plenament aquest model d'atenció; la situació ha canviat i el pacient ha canviat: envelliment, crisi econòmica, immigració, famílies desestructurades, més problemes amb la infància, etc.</b></p> <p><b>Cal avaluar per detectar aspectes de millora i anar avançant</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir endavant i anar desenvolupant cada cop més el model i poder-lo avaluar amb les eines adequades</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

**Taula 21.** Aspectes de millora mencionats pels professionals als models col·laboratius d'atenció social i sanitària avaluats amb més trajectòria d'evolució (\*)

**Aspectes de millora en models en fase de més evolució (necessitats a nivell micro)**

**Millores en àrees específiques**

**Promoció de la salut**

- ✓ **Recuperar la feina en l'àmbit comunitari**
  - Cal dur a terme accions per millorar la comunicació amb la població immigrant
  - Cal reprendre la tasca comunitària (eliminada per les retallades)

---

**Escenari del domicili**

- ✓ **Treballar més l'escenari del domicili ATDOM per prevenció tant de salut com social.**
  - En els PCC és molt important garantir el bon retorn al domicili

---

**Àmbit de la salut mental, residències i altres àmbits**

- ✓ **Afegir altres agents professionals i àmbits al sistema**
  - Incorporar l'àmbit de salut mental
  - Incorporar la xarxa de residències geriàtriques
- ✓ **Reprendre algunes comissions que han estat aturades, com la de salut mental o la dels discapacitats**
- ✓ **En relació amb l'experiència específica en l'àmbit de les residències, hi ha alguns obstacles pel que fa a la comunicació i el fet que es troben més aïllades**

---

**El rol dels cuidadors**

- ✓ **La figura del cuidador com a agent clau:**
  - Treballar preventivament amb el cuidador i l'entorn (incorporar les necessitats dels cuidadors)

---

**Formació continuada i realització d'estudis avaluatius**

---

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

## ÀREES DE MILLORA I NECESSITATS IDENTIFICADES A NIVELL GLOBAL

Taula 22. Aspectes de millora globals dels models col·laboratius (\*)

❖	<b>Millora de la gestió i de la dotació de recursos</b>
❖	<b>Sistemes d'informació compartits</b> -Finestra única virtual amb resposta única, entorn informàtic segur
✓	<b>Cal reforçar l'atenció primària de salut i social</b> -Els objectius dels dos departaments han d'anar encaminats a dotar de recursos i eines l'atenció primària, sigui aquesta integrada o no estructuralment
✓	<b>Superar les diferències entre proveïdors i focalitzar-se en l'atenció centrada en el pacient</b> - Objectius comuns entre agents proveïdors, institucions i departaments - Objectius comuns ben definits + usuari al centre
✓	<b>Treballar la col·laboració amb l'especialitzada</b> -Integració amb l'àmbit de salut mental. Cal, per a serveis socials i de salut mental, una solució similar a la que ara tenen els serveis primaris de salut i els hospitals d'aguts -Definir el rol del metge especialista dins del model i reforçar el paper del metge de capçalera -Necessitat d'implicació real dels professionals de la salut per a una integració real i multidisciplinarietat -Superar la visió més fragmentada del pacient en atenció especialitzada i salut mental -L'hospital amb especialistes pertany a una altra fase (mitjà termini) -Necessitat d'implicació real dels professionals de la salut per a una integració real
✓	<b>Fer pedagogia i divulgació dels models d'atenció centrada en els usuaris</b> -Implementació del model biomèdic, social i afectiu: informar, comunicar i guiar -Acompanyar en el canvi i facilitar per a la visió holística dels professionals -Definir estratègies (formatives i institucionals) per superar la visió fragmentada de l'usuari
✓	<b>Escriure i legitimar</b> -Per quan hi ha canvis professionals, és important que quedi escrit -La voluntat professional i la confiança no són suficients per avançar; ha d'estar implementat, reconegut i valorat -Cal descriure i resoldre els rols dels treballadors socials de l'àmbit de la salut i el social
✓	<b>Reforçar el rol de les figures de gestores de casos</b> - Un model de gestió de cas en què el treballador social o infermers (entre altres perfils professionals) fan d'enllaç entre els àmbits assistencials i serveis
✓	<b>Definir la complexitat social per l'avaluació de l'atenció integrada</b>
✓	<b>Cal resoldre els conflictes entorn als rols de treballadors socials sanitaris i socials</b>

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.

## 6. Bones pràctiques en gestió i atenció als models col·laboratius

### Resultats més destacats

- En tots els models es destaquen **bones pràctiques i pràctiques que poden ser exemples per a altres models.**
- Es tracta de bones pràctiques pel que fa a **aspectes de gestió i governança**, i també específicament **elements clau** del model i pràctiques destacades, i de les quals **se senten orgullosos, a nivell d'atenció social i sanitària (taules 23 a la 27; més informació als Annexos 2 i 5).**

#### **Bones pràctiques en gestió i governança:**

Aquestes pràctiques s'ordenen d'acord amb els següents criteris: **bones pràctiques per a la fase inicial del desplegament, bones pràctiques relatives a elements d'estructura i serveis del model, bones pràctiques en relació amb els processos, i, per últim, bones pràctiques en els models/experiències en què es comparteix espai**

#### **Bones pràctiques en atenció social i salut:**

Pel que fa a les bones pràctiques o als elements considerats exemplars en relació amb el model d'atenció establert, es configuren **cinc models o maneres diferents d'enfocar l'atenció coordinada o integrada entre l'àmbit de salut i l'àmbit social.**

**Taula 23a.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Alt Penedès) (\*)

Model de l'Alt Penedès	Bones pràctiques	
	En gestió/governança	En atenció
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Model que s'inicia identificant necessitats entre àmbits i professionals</li> <li><input type="checkbox"/> DAFO amb fortaleces i aspectes a millorar i polir per poder evitar dualitats, duplicacions</li> <li><input type="checkbox"/> Circuits en elaboració</li> <li><input type="checkbox"/> Població diana ben definida</li> <li><input type="checkbox"/> Plataforma informàtica que connecta tres nivells assistencials</li> <li><input type="checkbox"/> Conèixer-se ha estat molt important i també poder obrir canals de comunicació per trobar-se i tractar temes comuns</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Referent comunitari (àmbit de dependència a nivell de territori) i figura de gestor de casos</li> <li><input type="checkbox"/> Equip multidisciplinari i d'àmbits diferents</li> <li><input type="checkbox"/> Derivació directa al sociosanitari quan hi ha claudicació familiar</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats.

**Taula 23b.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Gironès) (\*)

Model del Gironès	Bones pràctiques	
	En gestió/governança	En atenció
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tarannà de la direcció de l'hospital de promocionar una manera integradora de treballar en l'àmbit salut (IAS)</li> <li><input type="checkbox"/> Lideratge empàtic i motivacional: que tothom se senti igualment valorat i inclòs; marge per al desenvolupament professional i la motivació; base tècnica i coneixement; cedir i ser generós en el col·lideratge</li> <li><input type="checkbox"/> Disposen de pla funcional i circuits</li> <li><input type="checkbox"/> Model basat en l'atenció i també en la prevenció (anticipar-se)</li> <li><input type="checkbox"/> El pla d'inclusió de serveis socials territorials com a model de bona pràctica (treball transversal, en xarxa, interdepartamental amb altres institucions)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Planta Comunitària Virtual per a la gestió del cas (similar <i>Virtual Ward King's Foundation</i> a Londres)</li> <li><input type="checkbox"/> Valoració integral de l'usuari al domicili</li> <li><input type="checkbox"/> Potencien la visió comunitària i el manteniment de la persona al domicili</li> <li><input type="checkbox"/> Figura de la infermera d'enllaç (referent)</li> <li><input type="checkbox"/> Població diana definida i bases de dades per al seguiment (usuari i cuidador) de l'àmbit de salut</li> <li><input type="checkbox"/> Guia cuidador de persones amb dependència</li> <li><input type="checkbox"/> Aprenentatge mutu entre professionals i treball d'equip (posar-se d'acord per no duplicar feines, per exemple)</li> <li><input type="checkbox"/> Innovació en les ganes de treballar de manera diferent</li> <li><input type="checkbox"/> L'usuari (pacient) i el cuidador com a decisors actius en el procés assistencial</li> <li><input type="checkbox"/> Evitar ingressos mitjançant la millora en l'adherència al tractament</li> <li><input type="checkbox"/> Continuïtat segura de les cures pal·liatives</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. IAS: Institut d'Assistència Sanitària de Girona



**Taula 23c.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (la Garrotxa) (\*)

Model de la Garrotxa	Bones pràctiques	
	En gestió/governança	En atenció
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gestió i governança estratègica posant d'acord diferents visions i polítiques locals i territorials</li> <li><input type="checkbox"/> En el cas de la gent gran i la dependència, s'han definit figures de coordinadors de carteres</li> <li><input type="checkbox"/> Tenen diversos nivells d'integració:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nivell d'integració total entre els serveis bàsics d'atenció primària sanitària i social; es crea la figura única de la treballadora social al centre d'atenció primària (CAP); les carteres de serveis socials i de salut són integrades.</li> <li>2) Alguns aspectes específics entre les carteres de serveis socials bàsics i serveis sanitaris especialitzats                   <ul style="list-style-type: none"> <li>-A l'equip de PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport) es va formar l'equip del SAD (Servei d'Ajut a Domicili)</li> <li>-S'han definit fórmules i estratègies comarcals juntament amb la Generalitat per elaborar un model de planificació dels recursos de la gent gran de la comarca, residències i centres de dia</li> <li>3) S'han definit uns instruments d'integració conjunts de planificació, organització i derivació a través de les comissions de treball:                       <ul style="list-style-type: none"> <li>-les comissions de treball garanteixen el continu assistencial i ordenen temes comarcals</li> <li>-tenen un paper estratègic com a generadores de cultura de treball i creació d'equip</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Els serveis bàsics d'atenció social i els serveis bàsics d'atenció sanitària estan totalment integrats. Això vol dir que, a més de tenir una cartera de serveis integrada, a tots els usuaris d'aquestes àrees bàsiques se'ls fa una intervenció interprofessional</li> <li><input type="checkbox"/> Per a l'accés a la cartera de serveis, hi ha un únic criteri a tota la comarca; tant si és des de salut com des de l'àmbit social (ConSORCI d'Acció Social)</li> <li><input type="checkbox"/> En el model col·laboratiu s'hi han integrat alguns aspectes de la cartera de serveis entre els serveis socials bàsics i els serveis sanitaris especialitzats (sis subprojectes)</li> <li><input type="checkbox"/> Equip multidisciplinari format per metges de família i infermeres de primària, treballadores socials de l'àmbit de primària, hospital i salut mental i metges psiquiatres. Tenen incorporada una visió holística com a equip sense diferenciar si es tracta d'un àmbit o nivell o altre</li> <li><input type="checkbox"/> Cal destacar la veu del representant de salut mental, per la seva visió històrica, i, alhora, per l'aportació d'experiència de treball coordinat que es fa des de l'àmbit de salut mental</li> <li><input type="checkbox"/> Bona comunicació i entesa entre professionals de base de l'atenció primària (social i sanitària)</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 23d.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Lleida) (\*)

	Bones pràctiques	
	En gestió/governança	En atenció
<b>Model de Lleida</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Lideratge estratègic i motivacional que defineix un model amb pes en la seva governança i operativització inicial</li><li>❑ Superació de diferències en ideologia i color polític (govern i gestió de diferents entitats i institucions de diferents administracions) per a la definició d'acord i el desplegament del model col·laboratiu</li><li>❑ Model que vol generar estructura i continuïtat (definint circuits, llenguatge unificat-diccionari comú) i elements estratègics per garantir el que és essencial del model i la relació entre iguals (àmbit social i en salut)</li><li>❑ Descripció de cartera de serveis de l'àmbit social i salut per compartir i diagrama de processos únic</li><li>❑ Revisió d'experiències que han funcionat</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ <i>Bon feeling</i> i bona entesa entre professionals per treballar en equip i de manera coordinada / intrínsecament integrada en l'àmbit social</li><li>❑ Proposta d'informació mínima que cal compartir entre els àmbits social i sanitari</li><li>❑ Equip multidisciplinari d'experts (encara que els professionals de l'àmbit mèdic i especialitzat no hi estan presents); en aquests moments el pes es troba: 1) en els professionals de l'àmbit direcció/gestió, 2) en els professionals d'infermeria i treball social (lideratge tècnic)</li><li>❑ Figura de la gestora de casos que facilita les transicions i la coordinació entre àmbits assistencials</li><li>❑ Lideratge natural dels treballadors socials de l'àmbit salut i social que han fet un canvi cultural cap a una atenció més coordinada/integrada (han obert camí)</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 23e.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Mataró) (\*)

Model de Mataró	Bones pràctiques	
	En gestió/governança	En atenció
	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Experiència de diferents models de coordinació i procediments de fa 10-15 anys (àmbit social i àmbit social en salut)</li><li>❑ Bona entesa entre els professionals de treball social d'ambdós àmbits (salut i social), que ha permès que col·laborin i que es treballi de manera coordinada</li><li>❑ Lideratge clau dintre del model que s'atorga als treballadors socials tant de l'àmbit social com de salut en tots els nivells assistencials implicats (hospital, sociosanitari, atenció primària, serveis socials bàsics, etc.). Es considera un lideratge compartit</li><li>❑ El protocols en altres poblacions que no siguin de cronicitat, com infància, dependència, maltractaments o aspectes de mutil·lació genital femenina (població molt present al territori del Maresme), estan molt treballats a l'àmbit social del model col·laboratiu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Figura clau d'interconnexió i facilitadora de les comunicacions del treballador social amb els professionals de l'àmbit sanitari. Es manifesta que hi ha territoris on es parla més amb infermeria i on el treballador social no té cap paper</li><li>❑ Un tret definitori i característic del model a Mataró és la importància concebuda al domicili i a l'atenció domiciliària</li><li>❑ Bona voluntat dels professionals a l'hora de coordinar-se i treballar conjuntament més enllà del suport institucional</li><li>❑ Treballar de manera coordinada és intrínsec en el treball social; és la seva manera de treballar</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 23f.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Reus) (\*)

Model de Reus	Bones pràctiques En gestió/governança
	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Model amb visió integrada i integral de tota la persona. La gent té una única porta d'entrada al sistema i els professionals tenen una manera única de treballar, cosa que ajuda a coordinar-se per la proximitat que ofereix als professionals</li><li>❑ Un dels punts forts és que, en situacions d'urgència, l'actuació és coordinada i ràpida (estan al mateix lloc, tenen un objectiu comú; els procediments, els protocols, la manera d'actuar, els coneixen tots)</li><li>❑ A través del coneixement mutu, d'alguna enganxada i d'enfadar-se en un moment donat, han pogut explicar-se els uns als altres fins on arriben els límits de la seva actuació</li><li>❑ S'ha fet un balanç de punts forts i punts febles (DAFO) i un Pla estratègic d'implementació en el context d'encàrrec institucional</li><li>❑ Existència de la figura de coordinadora del model que fa funcions de gestió de l'equip</li><li>❑ Lideratge clau del coordinador-director del CAPI (lideratge motivacional) amb el col·lideratge dels responsables de l'àmbit social (cap de serveis social de l'Ajuntament del Reus) i coordinadores tècniques</li><li>❑ Una de les solucions que es va donar per minimitzar les diferències entre els sistemes va ser que tothom al centre portés bata blanca i ajustar terminologies, per exemple, del que s'entenia per <i>urgència</i></li><li>❑ Es matisa que l'entrada per rebre atenció social pot ser des de qualsevol professional</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats; CAPI: centre d'atenció primària integrada.

**Taula 23f.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Reus) (Continuació) (\*)

### Bones pràctiques

#### Model de Reus

#### En atenció

- Des d'ambdós àmbits es detecten necessitats de cada un i s'avaluen les situacions de manera global (per ex.: visites conjuntes)
- Model que situa les persones i els cuidadors al centre del sistema, i, d'aquesta manera, tots els professionals col·laboren per al bé del pacient de manera multidisciplinària
- Per a l'atenció als infants i per detectar casos de risc, la col·laboració amb pediatria i amb els professionals del model col·laboratiu al CAP és bàsica
- El model col·laboratiu i els sistemes d'informació permeten que, davant d'alguna sospita de necessitat social per part d'un professional sanitari (un pediatre per exemple), es pot consultar l'episodi de treball social amb informació que el pot ajudar a entendre millor el cas; també pot saber qui és la referent per saber amb qui ha de parlar
- S'està portant a terme el banc d'ajudes tècniques; és l'Ajuntament qui ho munta i ho paga. El servei el fa la Fundació Pere Mata, amb la part ocupacional de malalts mentals severes
- Sempre s'ha intentat, per convicció i per necessitat, donar una accessibilitat molt fàcil i molt ràpida a tots els usuaris. I aquesta accessibilitat comporta una flexibilitat a l'hora de portar les agendes
- S'han adaptat a les formes de treballar; s'ha trobat un punt d'equilibri per poder pensar en el pacient i sortir una mica de la casa en què cadascú se sent còmode. El nexa ha estat la gestió de casos
- Ara hi ha infermeres d'atenció domiciliària. Aquestes professionals es coordinen amb altres professionals com el metge o la infermera del CAP
- Eficàcia en el control de casos de violència de gènere; el seguiment del cas és molt ràpid, tots els professionals estan en alerta davant d'un cas de sospita de violència física o psicològica
- Els metges especialistes vénen un dia al mes, una hora, per parlar de pacients compartits al CAPI (per exemple, de temes de medicació, d'actuació o del que calgui). A nivell de coordinació aquestes reunions (comissions de treball) resulten eficients. Aquestes coordinacions inclouen professionals de l'àmbit de salut mental i drogodependències, i de l'àmbit de pediatria
- Tenen un projecte de ciutat d'«atenció integrada al menor i a les famílies» i es fa intervenció directa a les escoles de la zona

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. CAPI: centre d'atenció primària integrat

**Taula 23g.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Sabadell) (\*)

	Bones pràctiques
<b>Model de Sabadell</b>	<b>En gestió/governança</b> <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Model del 84 a Sabadell: primer model de col·laboració entre primària sanitària i serveis socials a Catalunya. És referent perquè va ser el primer i és històric. Fa trenta anys que treballen de manera col·laborativa</li><li>❑ Projecte comunitari com a iniciativa pròpia per iniciativa del grup de líders i el grup motor amb un plantejament comunitari amb tres línies: escola, farmàcies i social. Van considerar que on trobaven el dèficit més important era en la relació. La necessitat prové tant de la necessitat social com de les necessitats de l'usuari, com de les necessitats en salut, com de la pròpia formació que ha anat evolucionant (biomèdica i social)</li><li>❑ S'han definit criteris/variables per a la definició d'usuaris comuns amb risc social i sanitari, objectius clars i que tothom hi estigui implicat. Un problema sanitari i social s'ha de definir bé per donar millors resultats a l'usuari. Es van fer reunions per presentar la cartera de serveis i els professionals, com també un circuit a cada centre, amb un referent social i un sanitari a cada un.</li><li>❑ S'ha decidit fer una agenda de coordinació</li><li>❑ Un tema important és poder compartir espais (per treballar en l'àmbit social i en salut de primària és molt important compartir espais); en altres àmbits, com el treball amb les escoles, no cal</li><li>❑ Per garantir la igualtat d'oportunitats de tots els ciutadans en l'accés als serveis socials, tots els centres d'atenció primària (CAP) tenen un horari de matí i tarda (de 8.00 a 20.30 hores); hi ha reserva d'una hora diària a tots els CAP per atendre situacions d'urgència; en horari nocturn, d'atenció urgent a través de la policia municipal; també s'atenen persones que no tenen vinculació amb el territori (transeünts) i altres urgències</li><li>❑ Hi ha una única referent de treball social al CAP que evita duplicacions de funcions</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 23g.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Sabadell) Continuació (\*)

<b>Bones pràctiques</b>	
<b>Model de Sabadell</b>	<b>En atenció</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Primer van definir el pacient que havien de visitar conjuntament i van definir el risc sanitari</li><li><input type="checkbox"/> S'han definit ítems generals i específics per identificar pacients amb risc social i en salut. Es va fer una petita prova pilot i la validació</li><li><input type="checkbox"/> S'ha tingut bona comunicació amb tot el que és la Llei de dependència, omplir documentació, informar-se i intercanviar informació</li><li><input type="checkbox"/> Han definit un codi comú (Z60) que indica que l'usuari està inclòs en el model col·laboratiu i poden fer una extracció comuna de dades des de l'àmbit de salut i social</li><li><input type="checkbox"/> Es fan plans individualitzats de prevenció i promoció de la salut d'acord amb necessitats identificades. La filosofia és que no es farà el tractament quan ja no hi hagi més remei, sinó que ja es preveuen les situacions (per exemple, al CAP, les llevadores detecten moltes noies embarassades a l'institut i el que fan és un treball amb elles de preparació psicològica per al naixement del bebè i després aquest treball el continuarà l'educadora social)</li><li><input type="checkbox"/> Cal desenvolupar de manera individualitzada un pla del pacient. A l'agenda han definit uns pacients a partir dels quals desenvoluparan un pla de treball, en faran un seguiment</li><li><input type="checkbox"/> Dins del model col·laboratiu, tenen un programa dirigit als cuidadors: «Cuidem els cuidadors». S'ha avaluat el programa</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 23h.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Tona) (\*)

Model de Tona	Bones pràctiques	
	En gestió/governança	En atenció
	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Anàlisi DAFO per com donar atenció social i sanitària a les persones en situació de cronicitat i altres situacions de risc del municipi de Tona</li><li>❑ Estudi dels recursos que es tenen a la comarca (es va arribar a la conclusió que, tot i voler una cartera de serveis i una finestra única, no es podia tenir en aquests moments i en aquesta fase del projecte)</li><li>❑ Reconeixement del projecte al Pla de Salut (Sitges 2013) i premi del grup B-Salut</li><li>❑ Cultura de treballar la transversalitat (ja no tan sols de decidir projectes conjunts, sinó de coneixement i reconeixement de l'altre)</li><li>❑ Lideratge compartit dintre del model en diferents línies de treball i eixos transversals que conflueixen en un objectiu comú</li><li>❑ Línia d'atenció al pacient a les residències geriàtriques (es dona assistència des del CAP com si fos una visita domiciliària).</li><li>❑ Els treballadors ocupacionals, els psicòlegs i els fisioterapeutes (residències) no estan disponibles en l'àmbit de serveis socials bàsics o centre d'atenció primària. S'han demanat hores d'aquests professionals per a la seva col·laboració en el model a canvi de fer un taller d'envelliment actiu de la gent gran</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Model col·laboratiu que aborda tota la població de la piràmide de Kaiser</li><li>❑ Treball transversal a través de la comissió local de dependència, referent de dependència de serveis socials de l'Ajuntament, unitat d'atenció a la complexitat del CAP (UAC)</li><li>❑ Tenen la màxima informació de cada cas i treballen conjuntament en avaluacions integrals</li><li>❑ Línia de prevenció i promoció de la salut de la base de la piràmide de Kaiser (més innovador). Un exemple d'activitat transversal en aquest àmbit és el desenvolupament de tallers gratuïts per promoure l'envelliment actiu (taller de lleure i salut).</li><li>❑ També hi ha una comissió d'envelliment actiu amb professionals de salut i serveis socials en què s'està treballant en un pla d'actuació conjunt del 2014 perquè la captació d'usuaris sigui més àmplia..</li><li>❑ Banc d'ajuts tècnics que fa anys que està en funcionament integrat</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats. CAP: centre d'atenció primària



**Taula 23i.** Pràctiques que es destaquen en gestió/governança i en atenció a cada model col·laboratiu (Vilanova i la Geltrú) (\*)

<b>Model de Vilanova i la Geltrú</b>	<b>Bones pràctiques</b>	
	<b>En gestió/governança</b>	<b>En atenció</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ La ciutat de Vilanova i la Geltrú destaca per tenir un desplegament total en totes les ABS de la ciutat i els serveis socials bàsics. Comença a partir de l'experiència al CAPI (amb espai compartit) i posterior encàrrec institucional el 2013 de desplegament del model col·laboratiu a les dues ABS de l'ICS</li><li>❑ Lema del model col·laboratiu actual: «Construir relacions i moure voluntats exigeix conèixer-nos»</li><li>❑ S'ha elaborat una enquesta dirigida als professionals sanitaris i socials per detectar les necessitats i la percepció en relació amb el nou model</li><li>❑ Assessorament directe a través d'incorporar dintre del grup motor del model col·laboratiu de Vilanova (ABS I i ABS II) professionals vinculats al CAPI (ABS III): «No podeu treballar junts si no us coneixeu». Conèixer-se vol dir: què feu, què no feu, quins recursos teniu i quins no teniu, qui sou i com us organitzeu; primer de tot cal saber què fa cada part de vosaltres (salut i social)</li><li>❑ Es destaca la multidisciplinarietat del grup de col·líders i el grup motor</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Voluntat del professionals d'establir lligams en els serveis socials de base i salut; voluntat dels professionals que cada persona que arribi a qualsevol dels recursos sigui tractat d'una manera molt igualitària (essència clau del model)</li><li>❑ Creença i visió d'oportunitat amb la implementació del model col·laboratiu, de millorar l'atenció</li><li>❑ El treball social es fa en xarxa; els sanitaris estan més acostumats a treballar sols i a la consulta</li><li>❑ Els treballadors socials tenen una visió holística de la persona, amb una mirada a la família i a l'entorn social d'aquell cas, i això permet treballar en xarxa i coordinar-se amb altres serveis (escola, salut, serveis socials, etc.)</li><li>❑ Des de salut mental, sí que hi ha una llarga tradició de treball conjunt amb serveis socials; han definit un espai interdisciplinari que comparteixen les àrees bàsiques de salut i salut mental. Cada professional exposa el seu cas i els diferents professionals veuen si poden aportar alguna cosa o no de la seva disciplina i en aquella sessió es decideix què es farà i quin(s) professional(s) atendran els pacients</li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. ABS; àrea bàsica de salut; CAPI: centre d'atenció primària integrat; ICS: Institut Català de la Salut .

**Taula 24.** Bones pràctiques dels models col·laboratius en la seva fase inicial de definició i conceptualització (\*)

<p>❖ <b>Planificació estratègica del model, pla funcional i escriptura del model</b> (<i>La Garrotxa, Tona, Gironès, Lleida</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>El Consorci (institucions) amb visió de planificació única</b> per a tota la comarca facilita sistemes col·laboratius</li><li>✓ <b>Definició dels eixos transversals</b> d'actuació que conflueixen en objectius comuns</li><li>✓ Definició estratègica del model basat en l'<b>atenció i en la prevenció</b> (anticipació de les urgències)</li><li>✓ <b>Definició i generació d'escriptura que generi continuïtat</b> (escriptura de circuits, protocols, diagrama de processos, descripció de la cartera de serveis d'ambdós àmbits, glossari terminològic comú)</li><li>✓ <b>Aprofitar models de coordinació i procediments –protocols– ja existents</b></li></ul>
<p>❖ <b>DAFO per analitzar la situació i les necessitats del model i identificar-les</b> (<i>Tona, Reus, Alt Penedès</i>)</p>
<p>❖ <b>Lideratges forts: empàtics i estratègics</b> (<i>Tona, Gironès, Lleida</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ lideratge empàtic i compartit</li><li>○ lideratge estratègic i motivacional amb pes a la governança</li></ul>
<p>❖ <b>Accions informatives i de coneixement dels professionals en fase inicial</b> (<i>Contemplades en desplegament a l'ABSI i l'ABSIII de Vilanova i la Geltrú + pla funcional Sabadell</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>enquesta de la percepció i les necessitats dels professionals sanitaris i socials</b> envers el projecte de model col·laboratiu</li><li>✓ <b>jornades per informar, implicar i motivar els professionals en el nou model.</b> Saber cada part que fa l'altre</li><li>✓ reunions de <b>presentació de professionals</b></li></ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. ABS: àrea bàsica de salut; DAFO: debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats.

**Taula 25.** Bones pràctiques dels models col·laboratius en relació amb elements, estructures i serveis (\*)

<p>❖ <b>Figures coordinadores/interconnectores del model</b> (<i>presentes en gairebé tots els models</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>coordinadors</b>, referent comunitari, infermeres d'enllaç, gestores de casos / de complexitat</li> <li>✓ carteres de serveis i circuits amb <b>un referent social i un referent sanitari</b></li> </ul>
<p>❖ <b>Comissions de treball</b> (<i>destaquen en els models de la Garrotxa, Tona i Vilanova i la Geltrú en la definició del pla de desplegament ABSI i ABSII</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ estructures organitzatives conjuntes amb <b>rol coordinador, informatiu i decisor</b></li> <li>✓ <b>comissions que garanteixen el contínuum assistencial</b> + ordenen temes</li> <li>✓ també fan un <b>paper estratègic com a generadores de cultura de treball i creació d'equip</b></li> <li>✓ serveis d'atenció (gent gran, dependència, etc.) coordinats per comissions-carteres</li> </ul>
<p>❖ <b>Figura única de treballador social al CAP i carteres de serveis integrades</b> (<i>present a la Garrotxa, Sabadell, Reus i Vilanova i la Geltrú-CAPI ABS III</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ realitzen totes les funcions</li> <li>✓ tenen accés a tots els recursos d'ambdós àmbits</li> </ul>
<p>❖ <b>Àrees d'atenció integrada específiques</b> (<i>ambdues a la Garrotxa, un dels models més desenvolupats</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>serveis sanitaris especialitzats i serveis socials: PADES-SAD.</b> PADES forma equips SAD per a atenció domiciliària en la cronicitat avançada</li> <li>✓ <b>model de planificació de recursos en residències i centres de dia</b> (metges CAP en centres de dia propers)</li> </ul>
<p>❖ <b>Elements de procés</b> (<i>ambdós presents al model de Sabadell</i>)</p> <p>❖ <b>Per etiquetatge de la població diana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ criteris/variables per la definició d'usuaris comuns amb risc social i sanitari a Sabadell</li> </ul> <p>❖ <b>Per coordinació de reunions de treball multidisciplinàries</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ agenda de coordinació per a reunions interdisciplinàries (interconsultes del vessant salut)</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. ABS: àrea bàsica de salut; CAP: centre d'atenció primària; PADES: programa d'atenció domiciliària i equips de suport; SAD: servei d'ajuda a domicili).

**Taula 26.** Bones pràctiques dels models col·laboratius en relació amb l'atenció integrada en un espai compartit

<p>❖ <b>Atenció Primària Integrada a un CAPI</b> (<i>models de Reus, Vilanova i la Geltrú-ABS III, Sabadell</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ espai compartit</li> <li>✓ construït de nou i amb el disseny del Pla Funcional realitzat conjuntament -<b>punt de vista integral</b> (<i>Reus, Vilanova i la Geltrú</i>)</li> <li>✓ creació d'<b>equip conjunt</b></li> <li>✓ <b>direcció compartida</b></li> </ul>
<p>❖ <b>Comissions de treball</b> (<i>destaquen en els models de la Garrotxa, Tona, Vilanova i la Geltrú en la definició del pla de desplegament ABSI i ABSII</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ estructures organitzatives conjuntes amb <b>rol coordinador, informatiu i decisor</b></li> <li>✓ <b>comissions que garanteixen el contínuum assistencial</b> + ordenen temes</li> <li>✓ fan un <b>paper estratègic com a generadores de cultura de treball i creació d'equip</b></li> <li>✓ serveis d'atenció (gent gran, dependència, etc.) coordinats per comissions-carteres</li> </ul>

❖ **Figura única de treballador social al CAP i carteres de serveis integrades** (present a la Garrotxa, Sabadell, Reus, Vilanova i la Geltrú-CAPI ABS III)

- ✓ realitzen totes les funcions
- ✓ tenen accés a tots els recursos d'ambdós àmbits

❖ **Treballar en un mateix espai** (Reus ABS V, Vilanova i la Geltrú ABSIII, Sabadell, La Garrotxa)

- ✓ coneixement mutu i **apropament entre professionals dels diferents àmbits** (tots són treballadors dels CAP)
- ✓ **minimitzar les diferències entre sistemes**: tots amb bata blanca o unificació terminològica + atenció integrada per qualsevol professional del centre + equip Metge, Infermera, Treballadora Social (Reus)
- ✓ **l'accessibilitat dels serveis socials als CAP ha ajudat a desestigmatitzar l'ús dels serveis socials** (Reus, Vilanova i la Geltrú, Sabadell, la Garrotxa)

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. ABS: àrea bàsica de salut; CAP: centre d'atenció primària; ICS: Institut Català de la Salut

**Taula 27.** Bones pràctiques dels models col·laboratius que es configuren al voltant del tractament de la cronicitat (\*)

**Taula 27a.** Bones pràctiques del model de tractament integral i global de la cronicitat contemplant tota la població de la piràmide de Kaiser (Tona-Mancomunitat de la Plana)

❖ **La definició d'eixos d'actuació en l'atenció a la cronicitat**

- ✓ eix de l'atenció a les residències geriàtriques
- ✓ eix de prevenció i promoció de la salut

❖ **Estructures**

- ✓ comissió local de dependència

❖ **Serveis**

- ✓ banc d'ajudes tècniques

❖ **Professionals inteconnectors**

❖ **gestors de casos de la complexitat**

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 27b.** Bones pràctiques del model de gestió de casos: Planta Comunitària Virtual-Atenció hospitalària al domicili (Gironès)

❖ **Població diana**

- ✓ una població diana definida + bases de dades per a seguiment dels usuaris i cuidadors

❖ **Equip multidisciplinari**

- ✓ visió de l'equip multidisciplinari (permet anticipació i millors valoracions). Bona coordinació entre diferents nivells i àmbits

❖ **Domicili com a escenari clau** per a la detecció de necessitats, per evitar ingressos, per a valoracions integrals, etc.

❖ **Visites conjuntes a domicili**

- ✓ on es realitza una **valoració integral**
- ✓ **detecten necessitats** de salut i socials
- ✓ **permet el coneixement de professionals** de l'altre àmbit
- ✓ àmplia **visió holística**

❖ **Agents**

- ✓ **figura de la infermera enllaç** de la Planta Virtual com a interconnectora entre

<ul style="list-style-type: none"> <li>professionals, nivells i àmbits</li> <li>✓ <b>cuidadors com a actors clau</b> apoderats</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Elements facilitadors del procés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>guia cuidador</b> de les persones amb dependència</li> <li>✓ <b>treballar en l'adherència al tractament</b> per evitar ingressos/reingressos</li> <li>✓ <b>contínuum al domicili de les cures pal·liatives</b></li> </ul> </li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 27c.** Bones pràctiques del model de tractament de la cronicitat amb coordinació dels serveis sanitaris i socials bàsics (Lleida i Alt Penedès)(\*)

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>L'atenció coordinada prové principalment dels professionals</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Treball de coordinació entre treballadores socials d'ambdós àmbits</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El treball social ja té implícit la manera de treballar integrada</li> <li>✓ lideratge natural dels treballadors socials d'ambdós àmbits que han promogut el canvi cultural cap a una atenció més integrada</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Figura de la gestora de casos i el referent comunitari de dependència</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ facilita les transicions i coordinacions entre nivells assistencials (figura interconnectora)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Models amb vocació d'equip multidisciplinari;</b> actualment, el pes està en professionals d'infermeria i treball social (lideratge operatiu compartit), però, en un futur, s'hi vol incorporar la resta de professionals sanitaris (primària i especialitzada)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Elements facilitadors del procés:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ fons documental de prestacions comú</li> <li>✓ diccionari terminològic comú</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Elements facilitadors del procés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>guia cuidador de</b> persones amb dependència</li> <li>✓ <b>treballar en l'adherència al tractament</b> per evitar ingressos/reingressos</li> <li>✓ <b>contínuum al domicili de les cures pal·liatives</b></li> </ul> </li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

**Taula 27d.** Bones pràctiques del model d'atenció primària integrada (Reus + Vilanova i la Geltrú + Sabadell + la Garrotxa). Es tracta dels models més desenvolupats

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Model centralitzat en un mateix espai ABS i model d'atenció centrada en la persona</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ el mateix espai facilita la coordinació</li> <li>✓ és un model en què usuaris i cuidadors estan al centre del sistema. Tots els professionals treballen pel bé del pacient de manera multidisciplinària</li> <li>✓ millora les <b>deteccions de casos de risc</b>, perquè tots els professionals estan en alerta i s'ho comuniquen <ul style="list-style-type: none"> <li>• la coordinació amb pediatria permet detectar casos de risc en infància</li> <li>• bona detecció de casos de violència de gènere (tots els professionals estan alerta)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Agents i professionals</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ equip multidisciplinari (tots són professionals de l'ABS/CAPI)</li> <li>✓ voluntat dels professionals d'establir lligams</li> <li>✓ creença i visió del model col·laboratiu com una millora de l'atenció (l'han experimentada)</li> </ul> </li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model. ABS: àrea bàsica de salut; CAPI: centre d'atenció primària integrat

**Taula 27e.** Bones pràctiques del model d'atenció coordinada entre serveis socials i sanitaris (Mataró, el menys desenvolupat). Estadi inicial

- ❖ **Basat en la coordinació entre treballadors socials d'ambdós àmbits**
  - ✓ **lideratge clau atorgat als treballadors socials** d'ambdós àmbits i en qualsevol nivell
  - ✓ **treballador social com a figura clau d'interconnexió** amb professionals de l'àmbit sanitari
  - ✓ **molt bona entesa entre treballadors socials** d'ambdós àmbits
  - ✓ **el treball coordinat és intrínsec al treball social**; es valoritza
  - ✓ **protocols** en poblacions com **infància, dependència, maltractaments o mutilació genital femenina**, molt treballats des de l'àmbit social (sentiment d'orgull)
  - ✓ importància clau del **domicili i l'atenció domiciliària**
  - ✓ amb voluntat d'avançar cap a un model d'atenció primària integrada si se superen els temors i les resistències

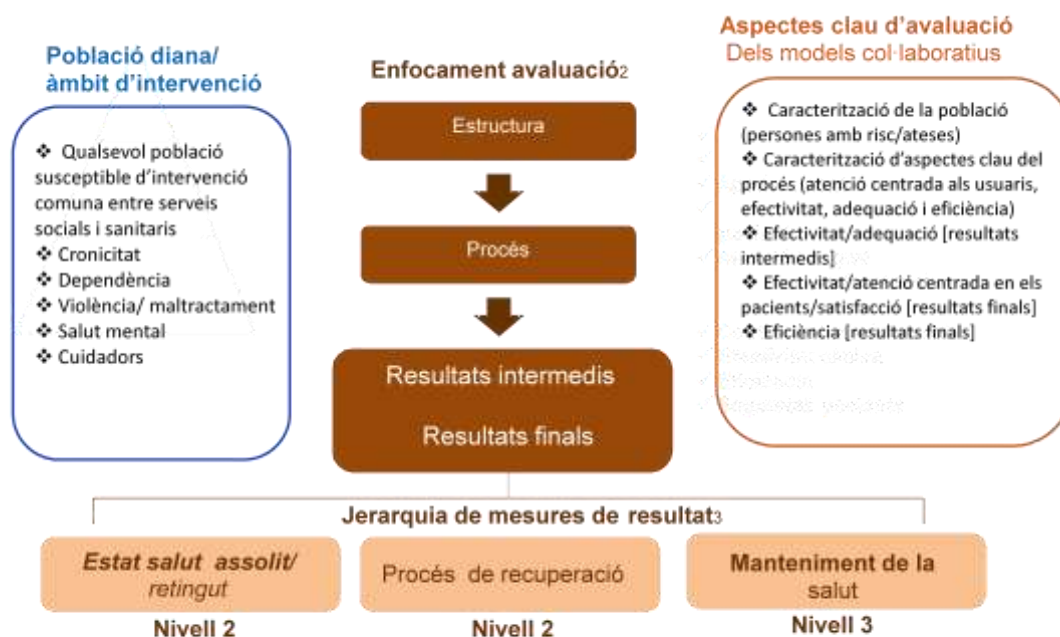
(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

## 7. Proposta de marc conceptual i indicadors per avaluar de forma quantitativa els models col·laboratius d'atenció social i sanitària

### Resultats més destacats

- En base a una experiència prèvia d'avaluació de programes d'atenció a la cronicitat (principalment de l'àmbit sanitari) es proposa un model conceptual per avaluar de forma quantitativa els models col·laboratius d'atenció social i sanitària. **(figura 13 i 14 i taula 18; més informació als Annexos 2 i 5).**
- El model conceptual que es proposa incorpora per una banda la població diana a la que es dirigeixen els models col·laboratius, l'enfocament d'avaluació de la qualitat assistencial que proposa Donabedian (estructura, procés i resultats de l'atenció), l'enfocament d'avaluació de sistemes de salut de Porter que enfatitza els resultats de l'atenció que els classifica en nivells en base al poder mesurar l'estat de salut assolit o retingut, procés de recuperació o el manteniment de la salut i per últim diferents dimensions dels models a avaluar que en aquest cas enfatitzen tot el que sigui la major homogeneïtzació de la caracterització de la població atesa de forma conjunta pels serveis socials i sanitaris, així com elements clau del procés i la efectivitat i eficiència de l'atenció integrada.
- Es proposen un grup d'indicadors en base a les propostes mencionades pels professionals als models col·laboratius avaluats en aquest projecte i els que es fan servir a cada model. Com s'ha mencionat enfatitzen indicadors per la caracterització de la població atesa i descripció de necessitats socials i en salut (ex. persones amb diagnòstics/ discapacitats, nivell de dependència o risc), caracterització dels aspectes clau (ex. evitació de duplicacions, reunions conjuntes de professionals), resultats intermedis que mesuren l'adequació i efectivitat així com resultats finals d'aquests models col·laboratius (ex. satisfacció dels usuaris, resultats percebuts pels usuaris i cuidadors, càrrega del cuidador, benestar dels usuaris i professionals o costos).

**Figura 13.** Proposta de marc conceptual per avaluar de manera quantitativa els models col·laboratius d'atenció social i sanitària mitjançant indicadors



1. Distribució segons grups diana dels models col·laboratius. 2. Aproximació a l'avaluació i classificació segons A. Donabedian. 3. Aproximació a l'avaluació segons M.E. Porter

Adaptat d'un model conceptual previ AQUAS per avaluar l'atenció sanitària a la cronicitat

**Figura 14.** Proposta d'un grup mínim d'indicadors per avaluar de manera quantitativa els models col·laboratius d'atenció social i sanitària

<p><b>1. Caracterització de la població amb necessitats socials i sanitàries</b> (persones amb risc i/o ateses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persones amb dependència reconeguda (viuen a casa, institucionalitzades)</li> <li>Pacients crònics complexos/malaltia crònica avançada</li> <li>Persones amb diagnòstics/discapacitats, nivell de dependència o risc</li> <li>Pacients amb descompensacions</li> <li>Persones amb necessitats socials i sanitàries no cobertes</li> <li>Persones amb servei de teleassistència</li> <li>Persones ateses als models col·laboratius específics</li> </ul>
<p><b>2. Caracterització dels aspectes clau del procés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llistes d'espera/temps de resolució de serveis específics</li> <li>Evitació de duplicitats</li> <li>Intervencions conjuntes d'atenció social i sanitàries</li> <li>Activitats d'atenció a domicili</li> <li>Visites professionals (també visites conjuntes/entrevistes)</li> <li>Altres usos de serveis</li> <li>Reunions conjuntes de professionals</li> </ul>
<p><b>3. Resultats intermedis</b> efectivitat/adequació/eficiència</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalitzacions potencialment evitables</li> <li>Ingressos hospitalaris no programats i reingressos</li> <li>Dies acumulats d'hospitalització per any</li> <li>Estada mitjana hospitalària</li> </ul>
<p><b>4. Resultats finals</b> Efectivitat/atenció centrada als usuaris/eficiència</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfacció dels usuaris (i cuidadors)</li> <li>Resultats percebuts pels pacients (ex. qualitat de vida, benestar...)</li> <li>Càrrega del cuidador</li> <li>Satisfacció/benestar dels professionals</li> <li>Costos</li> </ul>

(\*) A partir dels discursos dels professionals, els qüestionaris, documentació rebuda i projectes d'avaluació previs AQUAS



**Taula 18.** Conceptes d'indicador proposats pels models col·laboratius avaluats d'atenció social i sanitària

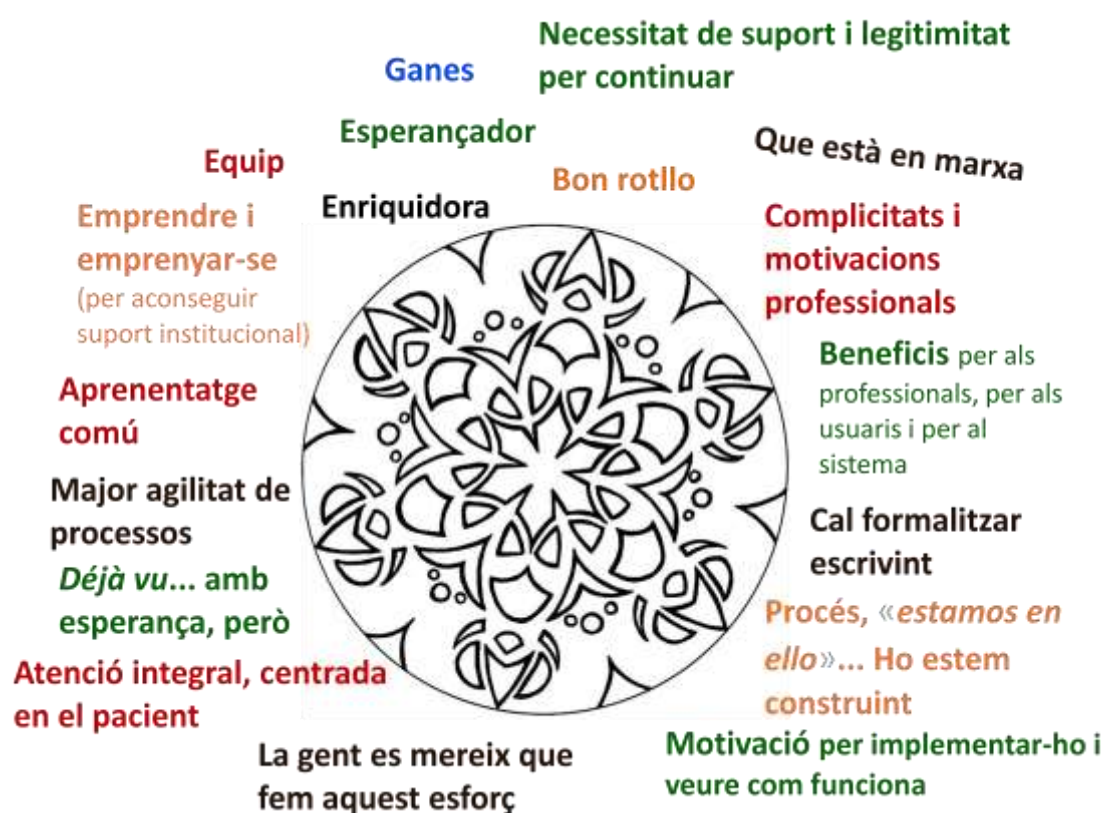
Tipus	Model col·laboratiu	Proposta d'indicadors i indicadors amb els quals han treballat
Indicadors per identificar la població diana en el model col·laboratiu	❖ Tona-Mancomunitat de la Plana	<p><b>Dependència:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de persones amb reconeixement de dependència que es troben a l'àmbit del domicili familiar</li> <li>▪ Nombre de persones amb reconeixement de dependència que es troben institucionalitzades</li> </ul> <p><b>Pacient crònic complex (PCC) / malaltia crònica avançada (MACA):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de pacients amb marca de situació de vida PCC (pacient crònic complex)</li> <li>▪ Nombre de pacients amb marca de situació de vida MACA (malaltia crònica avançada)</li> </ul> <p><b>Població amb situació de risc / amb servei de teleassistència:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de pacients amb diagnòstic de depressió, malaltia pulmonar obstructiva crònica, diabetis, insuficiència cardíaca</li> <li>▪ Percentatge de persones majors de 65 anys amb dispositiu de teleassistència</li> <li>▪ Nombre de dones amb servei de teleassistència mòbil (violència masclista, maltractaments i en centres de salut mental)</li> <li>▪ Calen nous indicadors i un enfocament més qualitatiu d'avaluació</li> </ul>
Indicadors per mesurar l'atenció preventiva (evitar urgències) + ús dels serveis sanitaris (optimització de recursos)	❖ Gironès	<p><b>Ingressats a la Planta Comunitària Virtual (PCV):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre de pacients ingressats a la PCV</li> <li>▪ Nombre de pacients ingressats a la PCV amb treball conjunt de serveis socials bàsics</li> </ul> <p><b>Hospitalitzacions evitables i reingressos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa d'hospitalitzacions evitables</li> <li>▪ Reingressos als 7, 30 i 90 dies</li> </ul>
	❖ Mataró	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es treballa únicament amb l'indicador d'evitar ingressos urgents, clau per controlar situacions desbordants</li> </ul>
	❖ Reus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'indicador de reingressos ha de contemplar factors de correcció pensant en la situació social, l'accessibilitat al sistema, etc.</li> <li>▪ Treballar coordinadament disminueix els ingressos; l'atenció al cuidador i un servei d'ajut a domicili potent poden evitar molts ingressos</li> </ul>
Indicadors per avaluar el model d'atenció primària integrada	❖ Vilanova i la Geltrú	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CAPI (en procés d'avaluació) amb 12/13 indicadors: nivell d'accessibilitat, satisfacció de la qualitat, satisfacció de l'usuari, utilització de serveis de qualitat, cobertura, nombre d'intervencions conjuntes, evolució de la cobertura de l'atenció domiciliària (avaluació del funcionament del model; registre de visites = agilització del procés)</li> </ul>
	❖ Sabadell	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cal avaluar tant el procés com els resultats. Es demana ajuda a l'AQUAS per desenvolupar indicadors d'avaluació de l'impacte en beneficis per a usuaris. S'ha fet: a) una enquesta de satisfacció als professionals per avaluar pre i post la implantació del model; b) s'ha fet l'avaluació de si s'acompleixen o no els objectius definits en el pla de treball amb l'usuari; c) calen indicadors del resultat; d) la codificació del nombre de visites, els reingressos, els serveis...</li> </ul>
Indicadors per a l'autoavaluació del model i poder realitzar una millora contínua	❖ La Garrotxa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manifesten dificultats amb l'avaluació. L'avaluació s'entén com una possibilitat de millora contínua</li> <li>▪ Es realitzen reunions valoratives anuals sense estar estandarditzades</li> <li>▪ Es mesura la satisfacció dels usuaris i també la satisfacció dels professionals amb la feina que fan</li> <li>▪ Parlen de l'avaluació que creuen que haurien de fer i que s'ha de sistematitzar: avaluar si treballar de manera col·laborativa és més eficaç, evita duplicitats i optimitza recursos</li> <li>▪ Temps de resolució de serveis; per exemple, quant triga el servei de teleassistència</li> <li>▪ Grau de coneixement dels pacients descompensats</li> <li>▪ Mesurar en el temps els contactes amb treball social</li> </ul>

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats, altra documentació i grups de discussió de cada model.

# CONCLUSIONS I RECOMANACIONS PER L'ACCIÓ

El present projecte ha permès recollir la veu dels professionals vinculats a models col·laboratius, que ha estat de molta utilitat per a l'avaluació d'experiències innovadores d'atenció social i en salut i per generar recomanacions d'actuació per als decisors i proveïdors (figura 24).

**Figura 24.** Resum de paraules clau expressades pels professionals dels models col·laboratius al final de cada sessió



(\*)Extret dels grups de discussió de cada model.

A partir dels discursos dels professionals es va recollir una síntesi de recomanacions per l'acció dirigides als proveïdors i decisors entre ells els Departament de Benestar Social i Família i Departament de Salut que es sumeritzen a continuació:

## Recomanacions dels models col·laboratius per al decisors

(dirigides als proveïdors i als Departaments)

Model col·laboratiu social i en salut	Recomanacions estratègiques clau
<b>Alt Penedès</b>	✓ Suport institucional amb recursos i <i>feedback</i> de comunicació
<b>Gironès</b>	✓ El Pla Interdepartamental ha de ser potenciador de l'atenció integrada i ha de dotar-la de recursos i estructures per dur-la a terme
<b>La Garrotxa</b>	✓ Anar cap a un model d'atenció realment centrat en la persona ✓ El Pla Interdepartamental és important per tal de marcar les directrius clares per a tots els models
<b>Lleida</b>	✓ Per tal de garantir la continuïtat, facilitar recursos (i formalitzar-los de manera institucional) i motivar (estendre el projecte) els professionals ✓ A llarg termini, pensar a crear un tercer sistema (sistema de «producció» conjunt social i sanitari) d'atenció social i sanitària ✓ Priorització de sistemes d'informació compartits ✓ Implicació (lligam institucional) entre salut, benestar i ajuntaments
<b>Mataró</b>	✓ Acompanyar en el canvi: són canvis de competències, de model, de metodologies de treball; i tot això genera moltes resistències
<b>Reus</b>	✓ Repensar el paper de l'atenció primària i dotar-la d'eines i de recursos. L'atenció primària hauria de ser un dels eixos clau ✓ Incorporar la visió i la manera de treballar integrada als plans curriculars (sobretot en l'àmbit biomèdic)
<b>Sabadell</b>	✓ Legitimar el treball col·laboratiu: incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; les hores i la feina dedicades
<b>Tona</b>	✓ Legitimació i posicionament dels Departaments (social i salut) per establir objectius comuns contemplats als contractes del programa, als territoris o als mecanismes de cooperació (el que hi ha en aquests moments no és suficient)
<b>Vilanova i la Geltrú</b>	✓ La voluntat política ha d'estar molt clara ✓ Els professionals s'han de conèixer per poder treballar junts ✓ Des de la carrera seria important ensenyar que és important la relació, no tan sols el vincle amb el pacient, sinó la relació i el coneixement del seu entorn

(\*) Resultats extrets dels qüestionaris semiestructurats i dels grups de discussió de cada model.

## Sugerències model col·laboratiu Alt Penedès

- ✓ full de ruta i premisses clares dels Departament per seguir avançant
- ✓ responsabilitat pública i política per apostar pels models col·laboratius
- ✓ necessitat de reduir la variabilitat territorial

- ✓ **Cal recolzament institucional amb recursos i feedback de comunicació**
- 

## Sugerències model col·laboratiu Gironès

- ✓ **cal divulgar el model d'atenció: informar, comunicar, guiar**
  - implementació model biomèdic-social i afectiu—divulgar
- ✓ **menys pressió assistencial per poder realitzar treball col·laboratiu de manera adequada**
- ✓ **cal dotar de recursos per dur a terme realment l'atenció integrada**
  - hi ha visió integrada però les estructures no sempre acompanyen
- ✓ **cal recolzament dels Departaments amb directrius clares i més lideratge de Benestar social**
  - Departaments paraigües i facilitadors
  - Departament Benestar Social ( paper + directriu i lideratge)
  - hi ha visió integrada però les estructures no sempre acompanyen

- ✓ **El Pla Interdepartamental (PIASS) a de ser potenciador d'atenció integrada i dotar de recursos i estructures per dur-la a terme**

PIASS: Pla Interdepartamental d'Atenció Social i Sanitària

---

## Sugerències model col·laboratiu La Garrotxa

- ✓ **cap a un model de l'atenció centrada en la persona real**
  - cal que hi hagi una intenció ferma que es tracti d'un canvi cap a un model d'atenció centrat en la persona
  - que vagi més enllà d'un tema econòmic
- ✓ **donar sol·lució als aspectes tècnics i a la unificació dels sistemes d'informació**
- ✓ **ajuda en la dotació als centres amb més recursos humans per poder fer una feina col·laborativa de qualitat**

- ✓ **Cal anar cap a un model de la atenció centrada en la persona real**

- ✓ **Pla Interdepartamental [PIASS] és important per tal de marcar unes directrius i línies estratègiques clares per a tots els models col·laboratius**

PIASS: Pla Interdepartamental d'Atenció Social i Sanitària

---

### Suggerències del model col·laboratiu de Lleida

- ✓ Per tal de garantir la continuïtat, cal facilitar recursos i motivar els professionals
- ✓ A llarg termini, caldrà pensar a crear un tercer sistema: atenció socialsanitària

---

### Suggerències del model col·laboratiu de Mataró

- ✓ Fomentar la visió holística a tots els professionals
- ✓ Cal definir criteris comuns entre els dos àmbits i donar directrius clares
  - Ajudar a superar pors que el món sanitari es mengi el món social (reduir pors amb la informació i directrius clares)
- ✓ Legitimar el treball col·laboratiu
  - Dotar de recursos i facilitar gestions amb protocols avalats
  - Trobar espais de treball per detectar necessitats de manera conjunta i posar-se d'acord en una estratègia d'intervenció conjunta
  - Introduir formació de treball social entre metges i infermeres
- ✓ Per actuar preventivament cal reforçar la primària

- ✓ Cal acompanyar en el canvi: són canvis de competències, de model, de metodologies de treball; i tot això genera moltes resistències

---

### Suggerències del model col·laboratiu de Reus

- ✓ El Pla interdepartamental [PIASS] pot ser una oportunitat per solucionar els problemes presents al territori
  - Cal identificar els problemes i donar-hi solució
- ✓ Caldria incorporar una visió i forma de treballar integrada en plans curriculars

- ✓ Cal repensar el paper de l'atenció primària i dotar-la d'eines i recursos. L'atenció primària hauria de ser un dels eixos claus

### Suggerències del model col·laboratiu de Sabadell

- ✓ **Legitimar el treball col·laboratiu**
  - Cal incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; hores i feina dedicades.
- ✓ **L'ajuda i el suport institucional és molt important** (en legitimació, en suport motivacional, en avaluació, etc.)
- ✓ **Cal un pla estratègic ben definit per donar directrius clares**
  - Full de ruta i premisses clares dels departaments per seguir avançant

✓ **Cal legitimar el treball col·laboratiu: incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; hores i feina dedicades**

---

### Suggerències del model col·laboratiu de Tona

- ✓ Cal suport, legitimació i posicionament clar dels agents institucionals
- ✓ Cal que el Departament de Benestar Social i Família tingui un paper directriu i més lideratge en el Pla Interdepartamental
- ✓ Tot i haver après de l'experiència PRODEP, caldria superar temors i la possible frustració que el model es quedi pel camí
- ✓ Necessitat de sistemes d'informació que es parlin i consens en relació al que cal compartir

✓ **Cal legitimació i posicionament dels departaments (social i salut) per establir objectius comuns contemplats als contractes del programa, territoris o mecanismes de cooperació (el que hi ha en aquests moment no és suficient)**

---

### Suggerències del model col·laboratiu de Vilanova i la Geltrú

- ✓ **La voluntat política ha d'estar molt clara**
  - ✓ **Des de la carrera seria important ensenyar que és important la relació, no només el vincle amb el pacient sinó la relació i el coneixement del seu entorn**
-

## Necessitats identificades i recomanacions per als decisors (*dirigides als proveïdors i als Departaments*) (\*)

### ❖ Fer pedagogia i divulgació d'un nou model d'atenció centrat en el pacient

- **Implementació del model biomèdic-social i afectiu.** Divulgació del nou model d'atenció (informar, comunicar, guiar)
- **Acompanyar en el canvi** (són canvis de competències, de model, de metodologies de treball; i tot això genera moltes resistències)
- **Facilitats per fomentar la visió holística a tots els professionals**
- Que l'interès dels departaments vagi més enllà del tema econòmic i sigui un pas més en un nou posicionament de l'atenció més centrat en la persona

---

### ❖ Dotar de recursos i estructura per facilitar el desenvolupament i la implementació del model col·laboratiu

### ❖ Pot haver-hi una visió integrada, però manquen estructures (sistemes d'informació compartida)

- Donar solució als aspectes tècnics i a la unificació dels sistemes d'informació
- Facilitar recursos per garantir la continuïtat
- Dotar de recursos i facilitar gestions amb protocols avalats
- Ajuda en la dotació als centres amb més recursos humans per poder fer una feina col·laborativa de qualitat

---

### ❖ Per actuar preventivament cal reforçar la primària

- Cal repensar el paper de l'atenció primària i dotar-la d'eines i recursos
- L'atenció primària hauria de ser un dels eixos clau

---

### ❖ Donar espai/temps i reconeixement legítim per dur a terme el model

- Menys pressió assistencial
- Cal incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; les hores i la feina dedicades
- L'ajuda i el suport institucional és molt important (en legitimació, en suport motivacional, en avaluació, etc.)

---

### ❖ Introduir la formació en treball social entre metges i infermeres

- Caldria incorporar la visió i la manera de treballar integrada en plans curriculars

---

### ❖ Resoldre el tema de treball social (conflicte entre els rols i les funcions)

- Cal resoldre i definir estratègies per reduir un cert conflicte amb les treballadores socials de salut per por de perdre el seu posicionament actual. Això s'aplica al model de la Garrotxa (són les treballadores de salut d'altres àrees bàsiques de Catalunya que veuen en el model de la Garrotxa una amenaça al seu posicionament actual; en aquest sentit hi ha por al canvi i que es forci a un únic model organitzatiu)

## Necessitats identificades i recomanacions per als decisors (*dirigides als proveïdors i als Departaments*) (\*)

### ❖ **Més directrius i lideratge**

- 
- ❖ **Més directrius i facilitats per part dels departaments**
  - ❖ **El Pla Interdepartamental té un paper clau:** potenciador de l'atenció integrada + recursos i estructures per dur-la a terme
  - ❖ **Cal definir criteris comuns entre els dos àmbits**
    - Calen directrius clares de les institucions i legitimació; consideren que l'existència del Pla Interdepartamental és important per tal de marcar unes directrius i línies estratègiques clares per a tots els models col·laboratius
  - ❖ **Objectius dels departaments explícits** (Benestar Social i Família, a més de Salut)
  - ❖ **El Pla interdepartamental pot ser una oportunitat per tal de solucionar problemes presents al territori. S'entreuu voluntat i ganes d'entesa entre departaments. Cal que s'identifiquin els problemes i donar-hi solució**
    - Full de ruta i premisses clares dels departaments per seguir avançant
  - ❖ **Cal un pla estratègic ben definit per donar directrius clares**
    - Cal que els sistemes es flexibilitzin i arribin a establir una relació de confiança, tal com s'ha treballat a les bases

- 
- ❖ **Rol de motivar professionals i garantir continuïtat**
  - ❖ **Departament de Benestar Social i Família (paper + directriu i lideratge); cal que s'equipari al nivell del Departament de Salut, que és més proactiu i avançat a nivell de planificació estratègica**
  - ❖ **Ajudar a superar pors que el món sanitari es mengi el món social (reduir pors amb informació i directrius clares)**
  - ❖ **Suport institucional amb recursos i *feedback* de comunicació**
  - ❖ **Reduir la variabilitat territorial**
  - ❖ **A llarg termini, necessitat de crear un tercer sistema. Atenció sociosanitària**
- 

(\*) Resultats extrets dels grups de discussió de cada model.



## ABREVIATURES I SIGLES

---

ABS	Àrea Bàsica de Salut
AP	Atenció primària
AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
ATDOM	Atenció domiciliària
CAPI	Centre d'atenció primària integrat
CAP	Centre d'atenció primària
DAFO	Debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats
ICASS	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials
ICS	Institut Català de la Salut
MACA	Malaltia crònica avançada
NHS	National Health Service
OMS	Organització Mundial de la Salut
PCC	Pacient Crònic Complex
PCV	Planta Comunitaria Virtual
PIASS	Pla Interdepartamental
PIIC	Plan individual compartit
PPAC	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat
PRODEP	Programa de dependència
QVRS	Qualitat de vida relacionada amb la salut
SEVAD	Servei d'atenció domiciliària
TS	Treball social

## BIBLIOGRAFIA

---

- BUSSE, R.; STHAL, J.** «Integrated Care Experiences and Outcomes In Germany, The Netherlands, and England». *Health Affairs*, 33 (2014), ps. 1549-1558. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0419
- CALDERÓN GÓMEZ, C.** «Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura». *FORUM: Qualitative Social Research*, 10 (2) (2009), art 17.
- DICKINSON, H.; GLASBY, J.; NICHOLDS, A.; JEFFARES, S.; ROBINSON, S.; SULLIVAN, H.** *Joint commissioning in health and social care: an exploration of definitions, processes, services and outcomes*. Southampton: National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme. National Institute for Health Research, 2013.
- DICKINSON, H.; GLASBY, J.; NICHOLDS, A.; SULLIVAN, H.** «Making sense of joint comissioning: three discourses of prevention, empowerment and efficiency». *BMC Health Services Research*, 13 (Suppl. 1) (2013), S6; <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/S1/S6>
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA.** *11a edició del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials. Resultats any 2011*. Versió de lliure difusió. Barcelona 2013.
- EUROPEAN SCIENCE FOUNDATION.** *Standing Committee for the Social Sciences (SCSS). Developing a new understanding of enabling health and wellbeing in Europe. Harmonising health and social care delivery and informatics support to ensure holistic care*. 2014. Disponible a: [http://www.esf.org/fileadmin/Public\\_documents/Publications/Health\\_Wellbeing\\_Europe.pdf](http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/Health_Wellbeing_Europe.pdf)
- FUNDACIÓ AVEDIS DONABEDIAN.** *Avaluació dels projectes demostratius (PRODEP). Informe primera fase*. Barcelona 2006.
- GENERALITAT DE CATALUNYA.** *Model col·laboratiu entre serveis sanitaris i socials. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Institut Català d'Assistència Social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2013 [presentació]
- GOODWIN, N.; DIXON, A.; ANDERSON, G.; WODCHIS, W.** *Providing integrated care for older people with complex needs. Lesson from seven international studies*. Londres: The Kings Fund, 2014.
- GRÖNE, O.; GARCÍA-BARBERO, M.** *Trends in Integrated Care. Reflections on Conceptual Issues*. Copenhagen: World Health Organization, 2002.
- GRUP DE TREBALL D'AVALUACIÓ DE LA CRONICITAT.** *Desenvolupament d'un marc conceptual i indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat. Primer informe*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2013 (en edició). Disponible a: [www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cronicitat\\_marc\\_conceptual\\_aiaqs2013\\_enrevisio.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cronicitat_marc_conceptual_aiaqs2013_enrevisio.pdf)
- GRUP DE TREBALL D'AVALUACIÓ DE LA CRONICITAT.** *Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat. Segon informe*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2013 (en edició). Disponible a: [www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cronicitat\\_indicadors\\_aiaqs2013\\_enrevisio.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cronicitat_indicadors_aiaqs2013_enrevisio.pdf)

**HUDSON, B.** «Ten years of jointly commissioning health and social care in England». *International Journal of Integrated Care*, 11 (2014). URN:NBN:NL:UI:10-1-101296/ijic2011-5 – <http://www.ijic.org/>

**INSTITUT U. AVEDIS DONABEDIAN.** *Disseny del model d'organització i atenció a les persones en situació de dependència a la comunitat*. Barcelona 2008.

**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.** *Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Aspectos básicos de gestión de la calidad en el ámbito sanitario capítulo 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

**PLUYE, P.; NHA HONG, Q.** «Combining the power of stories and the power of numbers: mixt methods research and mixt reviews». *Ann. Rev. Public Health*, 35 (2014), ps. 29-45.

**NUÑO-SOLINÍS, R.; FERNÁNDEZ-CANO, P.; MIRA, J.J.; TORO-POLANCO, N.; CONTEL, J.C.; GUILABERT-MORA, M.; SOLAS, O.** *Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad*. *Gac. Sanit.*, 27 (2013). Ps. 128–34.

**MUIR GRAY, J.A.** *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*, 1997.

**VARGAS, I.; VÁZQUEZ, M.L.** «Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña». *Gac. Sanit.*, 21 (2007), ps.114-23.

**VÁZQUEZ, M.L. (coord).** *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. «Materials», 168. Barcelona: Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

### DISCURSOS IDENTIFICATS EN LA LITERATURA EN PROJECTE NATIONAL HEALTH SERVICE (JOINT COMMISSIONING IN SOCIAL AND HEALTH CARE)(\*)

(\*) El terme *joint commissioning of social and health care* no es pot extrapolar al de *models col·laboratius d'atenció social i en salut* com a tractament o organització, però s'incorpora en tots dos casos la interrelació de serveis i programes, el treball conjunt, la coordinació i la integració de serveis socials i sanitaris, entre altres aspectes.

Discursos sobre *joint commissioning* identificats en la literatura. Avaluació NHS

	<i>joint commissioning</i> com a prevenció	<i>joint commissioning</i> com a poderament	<i>joint commissiong</i> com a eficiència
<b>Què hauria d'assolir la <i>joint commissioning</i></b>	Prestar serveis de prevenció a través de la intervenció precoç. Això hauria de reduir les desigualtats, millorar la qualitat dels serveis i fer els serveis més accessibles.	Ha d'involucrar els pacients, els usuaris dels serveis i els cuidadors en la coproducció de serveis. Un enfocament basat en els usuaris ( <i>user-led</i> ) hauria de promoure l'autocura, i, en fer-ho, transformar l'atenció en salut i social de l'enfocament basat en els professionals ( <i>professionally-led</i> ).	El que és important és la millora de l'eficiència i la reducció del malbaratament i la duplicació dels serveis en salut i socials. Al seu torn això també hauria de millorar l'accés i el rendiment dels serveis.
<b>Pràctiques organitzacionals que donen suport a la <i>joint commissioning</i></b>	L'enfocament aquí està al voltant de les pràctiques comissionades conjuntes i del fet de fer utilització «plena» de la <i>Joint Strategic Needs Assment</i> i d'identificar gaps de necessitat	El que és important és la manera com treballem amb els usuaris i els cuidadors de serveis i la gestió de les relacions complexes. El desenvolupament de competències professionals i la formació poden ajudar.	Una gestió més eficaç de la informació pot ajudar a identificar els malbarataments. El que és important és la relació amb els proveïdors d'atenció i com aquests es contracten i es gestiona el rendiment.

Font (traduït de): DICKINSON, H.; GLASBY, J.; NICHOLDS, A.; SULLIVAN, H. «Making sense of joint commissioning: three discourses of prevention, empowerment and efficiency». *BMC Health Services Research*, 13 (Suppl 1) (2013), p. S6.



Membre fundador



Membre corporatiu

*ciberesp*

Membre corporatiu