



MÀSTER EN PROMOCIÓ DE LA SALUT

TREBALL FINAL DE MÀSTER

L'atenció centrada en la persona a Catalunya: identificació de les seves bases a partir d'un procés de participació i consens

Rosa Maria Trabal Tañá

Tutores: Dra. Carme Bertran, Dra. Dolors Juvinyà i Sra. Enriqueta Pujol

28 de juliol de 2016



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**



Generalitat de Catalunya
**Programa de prevenció i atenció
a la cronicitat**

AGRAÏMENTS

A la Dra. Carme Bertran i a la Dra. Dolors Juvinyà, per confiar en mi des del primer moment i per la seva orientació al llarg del procés de realització del treball.

A la Sra. Enriqueta Pujol, per estar sempre disponible i per les seves aportacions i orientacions metodològiques.

A la Sra. Assumpció González i a la Sra. Paloma Amil, per oferir-me l'oportunitat de deixar formar part d'aquest estudi i del seu equip.

A tots els companys del màster, per estar al meu costat al llarg de tot el curs i pels ànims i suport constant que m'han donat per poder finalitzar aquest treball

A la meva família, pel seu suport incondicional, i especialment a en Jos, perquè des del principi em va encoratjar a iniciar aquest repte i pel temps que no li he pogut dedicar.

*The goal is to change the clinical paradigm from
“what’s the matter” to “what matters to you”*

All Party Parliamentary Committee on Global Health Conference May 2014

ÍNDEX

RESUM.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓ.....	7
1.1 L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA.....	7
1.2 ELS EFECTES DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA.....	10
1.3 UN NOU PARADIGMA.....	11
1.4 MARC LEGAL I SITUACIÓ.....	13
1.5 L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA A LA PRÀCTICA.....	15
2. OBJECTIUS.....	17
2.1 OBJECTIU GENERAL.....	17
2.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	17
3. METODOLOGIA.....	18
3.1 TIPUS D'ESTUDI.....	18
3.2 ÀMBIT D'ESTUDI.....	18
3.3 POBLACIÓ D'ESTUDI.....	18
3.4 MOSTRA.....	18
3.5 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ.....	19
3.5.1 Criteris d'inclusió.....	19
3.5.2 Criteris d'exclusió.....	20
3.6 VARIABLES D'ESTUDI.....	20
3.7 INSTRUMENTS I RECOLLIDA DE DADES.....	21
3.8 DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT.....	22
3.8.1 Etapa preparatòria dels grups nominals.....	22
3.8.2 Etapa de desenvolupament dels grups nominals.....	23
3.8.3 Etapa de verificació i síntesi de dades.....	24
3.9 ANÀLISI DE DADES.....	24
3.10 ASPECTES ÈTICS.....	25
4. RESULTATS.....	27
4.1 PARTICIPANTS DE L'ESTUDI.....	27

4.2 ELEMENTS CLAU DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA	29
4.3 CATEGORITZACIÓ DE LES PROPOSTES	30
4.3.1 Resultats globals.....	30
4.3.2 Resultats per dimensions de l'ACP	31
4.4 ELEMENTS DE CONSENS SOBRE QUINES ACCIONS S'HAN DE DUR A TERME	36
4.5 ELEMENTS DE CONSENS SOBRE COM S'HAN DE DUR A TERME LES ACCIONS.....	38
4.6 ÀMBIT D'INCIDÈNCIA PRINCIPAL DE LES PROPOSTES	40
5. DISCUSSIÓ DE RESULTATS	44
5.1 SÍNTESI I INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS.....	44
5.2 PUNTS FORTS I LIMITACIONS DE L'ESTUDI	46
5.3 LÍNIES DE RECERCA FUTURA	47
5.4 APLICABILITAT I UTILITAT DE L'ESTUDI.....	47
6. CONCLUSIONS.....	49
7. BIBLIOGRAFIA.....	51
8. ANNEXOS	55
8.1 MODEL TARGETES QUÈS I COMs	55
8.2 PÒSTERS	56
8.3 RESUM DE L'ETAPA DE DESENVOLUPAMENT DELS GRUPS NOMINALS.....	57

RESUM

Introducció: L'atenció centrada en la persona (ACP) és aquella que s'ajusta a les preferències, necessitats i valors individuals de la persona i que permet que aquesta pugui participar en la presa de decisions clíniques. L'ACP apareix fruit de la necessitat de donar una resposta adequada als nous reptes que planteja l'actual context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic; i a l'interès creixent de que el sistema sanitari s'adapti a les necessitats de les persones. A més, hi ha clara evidència dels efectes beneficiosos que té pels individus i les seves famílies, pels professionals, per les comunitats i pels sistemes sanitaris.

Objectiu: Descriure el procés de participació i consens de diferents agents per a poder identificar les bases del model d'ACP en l'àmbit territorial de Catalunya en relació a les següents dimensions: alfabetització en salut, drets i deures, presa de decisions compartida, planificació de decisions anticipades i model d'atenció no presencial.

Metodologia: Estudi descriptiu d'un procés de participació i consens mitjançant una etapa de desenvolupament de grups nominals i una etapa de verificació i síntesi dels resultats. S'ha dut a terme a l'àmbit territorial de Catalunya amb professionals de l'Institut Català de la Salut (ICS) de diferents disciplines i àmbits d'atenció, membres del Programa Pacient Expert Catalunya® i representats de la ciutadania. Per a la recollida d'informació s'ha utilitzat una versió modificada de la tècnica de grup nominal. S'han seleccionat 200 persones que s'han distribuït en 5 grups per a cadascuna de les dimensions de l'ACP. A aquestes se'ls ha demanat que consensuïn propostes per aconseguir un model idoni d'ACP en el si de l'ICS amb visió 2025. Posteriorment, 28 persones han dut a terme un procés de verificació i síntesi dels resultats de la tècnica de consens.

Resultats: De totes les propostes fetes pels 5 grups s'han identificat 10 elements clau pel desenvolupament de l'ACP que incideixen principalment en l'àmbit organitzatiu. De la categorització de les propostes es desprèn que desenvolupar els models assistencials és l'acció més important. Pel que fa als elements de consens sobre el que hauria de passar només hi ha hagut consens dels dos grups en la prioritització de les propostes en una de les cinc dimensions, mentre que per a les propostes sobre el que s'hauria de canviar hi ha hagut consens en tres dimensions.

Conclusions: La tècnica de grup nominal ha facilitat la intervenció dels participants a l'hora d'expressar les propostes. La implementació de l'ACP requereix un canvi del model i de les estratègies assistencials en el que la persona sigui l'eix central de l'atenció. Les propostes principals que han consensuat els participants per a totes les dimensions de l'ACP són que proporcionar informació adequada als usuaris perquè puguin participar en la presa de decisions és allò que hauria de passar i que millorar la formació dels professionals és allò que s'hauria de canviar per fer possible l'ACP. L'ACP incideix principalment en l'àmbit organitzatiu.

Paraules clau: atenció centrada en la persona (ACP), tècnica de grup nominal, sistema sanitari català.

ABSTRACT

Introduction: Person-Centred Care (PCC) considers the preferences, needs and values of individuals and allows them to participate in clinical decision making. The PCC appears as a result of the need to provide an adequate answer to the new challenges posed by the current social, medical, epidemiological, economic and demographic context; and the growing interest of the health system to meet the needs of the people. In addition, there is clear evidence of the beneficial effects of the PCC for individuals and their families, professionals, communities and for the health system.

Objective: The objective of this study was to describe the process of participation and consensus of various stakeholders in order to identify the basis of the model PCC in the region of Catalonia in relation to the following dimensions: health literacy, rights and responsibilities, shared decision making, planning decisions on anticipated demand and non-attendance healthcare model.

Methodology: Descriptive study of a process of participation and consensus through a stage of development of nominal groups and a step of verification and synthesis of the results. It was conducted in the region of Catalonia with professionals from the Catalan Institute of Health (ICS) from different disciplines and areas of attention, members of the Expert Patient Programme Catalunya® and representatives of the society. A modified version of the nominal group technique was used for data collection. Up to 200 people were selected and distributed in 5 groups according to each of the dimensions of the PCC. The participants of the study were asked to get consensus on proposals to reach a suitable model for PCC within ICS by 2025. Afterwards, 28 people undertook a process of verification and synthesis of the results of the technical consensus.

Results: Among all the proposals made by the 5 groups, a total of 10 key elements were identified for the development of PCC, which are mainly related to the organization level. Categorization of the proposals shows that developing healthcare models is the most important action. Regarding the elements of consensus about what should be done, there was only consensus between two groups in one of the five dimensions concerning the prioritization of the proposals. While for proposals on what should be changed, there was consensus in three dimensions.

Conclusions: The nominal group technique facilitated the involvement of participants when proposals were presented. The implementation of the PCC requires a change of the model and of the healthcare strategies were individuals are the focus of attention. The main proposals agreed by participants in all dimensions of the PCC are that, on one hand, suitable information should be provided to users so they can participate in decision-making, and on the other hand, training of professionals should be improved to enable the PCC. The PCC focuses mainly on the organizational level.

Key words: Patient-Centred Care (PCC), nominal group technique, Catalan health system.

1. INTRODUCCIÓ

1.1 L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'atenció centrada en la persona (ACP) com aquella actuació en la que la persona és l'eix entorn el qual giren la resta de les dimensions relacionades amb la intervenció basada en l'evidència científica, amb l'organització del servei, amb l'equip, amb la interdisciplinarietat i amb l'ambient (1).

El seu origen s'atribueix a la psicologia humanista i concretament a Rogers i a la seva teràpia centrada en el client. Els principis de la psicologia humanista són l'interès per centrar-se en la persona i en el significat que aquesta atorga a la seva experiència; la dignitat de la persona com a valor central; l'atenció a la capacitat de decidir, a la creativitat o a la necessitat d'autorealització; i l'interès en el desenvolupament ple del potencial inherent a cada persona (2). En aquesta línia, Rogers va formular la teràpia centrada en el client l'any 1961, una teràpia que partia de la premissa que l'individu és qui millor coneixement té d'ell mateix i qui posseeix els mitjans per a l'autocomprensió i per al canvi del seu concepte, de les seves actituds i del seu comportament. En aquest procés de canvi, Rogers emfatitzava el rol no-directiu del terapeuta, el qual és considerat un element essencial i qui és l'encarregat de proporcionar un clima favorable i d'acompanyar a la persona en la presa de consciència dels aspectes que vol modificar a la seva vida i orientant-lo en l'adopció de les estratègies més convenientes per aconseguir-ho (3).

Per la *Health Foundation*, l'ACP significa proporcionar una atenció que permeti a les persones aconseguir els resultats en salut i viure la vida que desitgen. El seu punt de partida és el respecte a l'autonomia de la persona a través de compartir el poder i la responsabilitat. Es tracta d'incorporar a la persona en el centre del procés d'atenció, procurant que tingui sempre un projecte vital de futur construït des de la màxima autonomia possible, en el seu propi entorn i independentment del seu problema de salut (4).

Per l'*Institute of Medicine*, l'ACP és aquella que respecta i respon a les preferències, necessitats i valors individuals de les persones, assegurant que tots aquests elements orienten la presa de decisions clíniques. Aquest enfocament fomenta una interacció en la que el professional de la salut i el pacient s'involucren en l'intercanvi bidireccional d'informació, s'exploren els valors i preferències dels pacients i s'ajuda als pacients i a les seves famílies a prendre decisions clíniques. Perquè els professionals sanitaris puguin oferir una atenció personalitzada i en sintonia amb les necessitats del pacient, aquests han de conèixer-lo com a persona individual però també com a membre d'un context determinat, on les circumstàncies familiars i les normes culturals influeixen a l'hora de prendre les decisions sobre la seva cura, l'adherència al tractament, la prevenció de malalties, etc. (5).

En aquesta mateixa línia, Rodríguez destaca que l'objectiu de l'ACP és proposar i consensuar el tipus d'atenció i recolzament necessari partint del respecte pel món de valors de la persona i de la seva pròpia perspectiva, de manera que amb la intervenció del professional s'afavoreixi la màxima autonomia per continuar controlant la pròpia vida. Així, la persona es converteix en el referent i el

motor del seu procés d'atenció i el pla d'actuació s'elabora amb la seva participació. És a dir, no es tracta de desenvolupar les intervencions professionals "des de dalt", sinó de que el pla d'accions s'elabori amb la participació activa de la persona afavorint d'aquesta manera la preservació i l'estímul de la seva autonomia moral per prendre decisions i mantenir el control de la seva pròpia vida (2).

El fet que el concepte d'ACP sigui encara un tema emergent provoca que no hi hagi un acord universal i consensuat sobre el seu significat (6). No obstant, la *Health Foundation* reconeix els següents principis com aquells que haurien de ser comuns: una atenció personalitzada, coordinada i autoritzada en la que la persona és tractada amb respecte, dignitat i compassió (7). En aquest mateix sentit, una revisió de la literatura duta a terme pel *National Ageing Research Institute* entre els anys 2004 i 2007 recull que les principals característiques de l'ACP són l'enfocament holístic, el repartiment del poder i la responsabilitat, l'accessibilitat i la flexibilitat del professional sanitari i del servei, la coordinació i la integració, i l'ambient propici per a l'ACP (8). Tanmateix, l'*International Alliance of Patients' Organizations* identifica els següents principis bàsics en els quals es basa l'ACP: l'apoderament, la participació del pacient en l'elaboració de polítiques sanitàries, l'accés i el suport, i la informació (9). A continuació, a la figura 1 es mostren les particularitats de l'ACP a partir de la revisió de les diferents definicions.

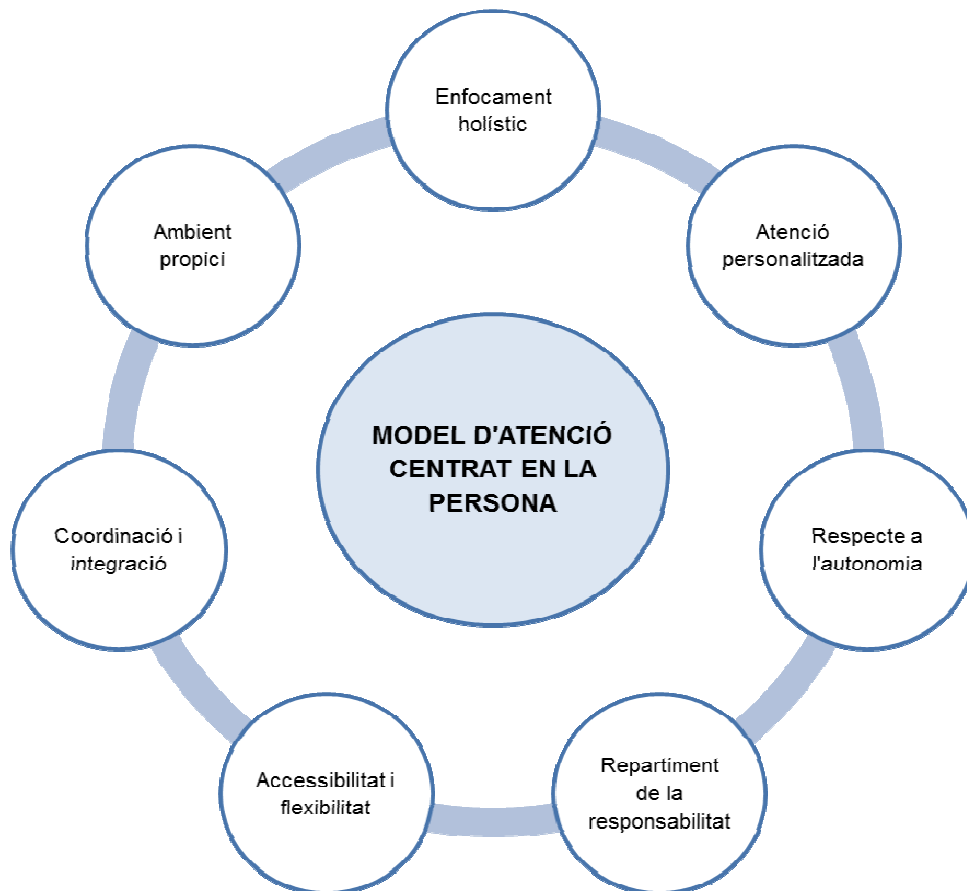


Figura 1: Característiques del model d'Atenció Centrada en la Persona. Elaboració pròpia a partir de les diferents definicions revisades.

A Catalunya, el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) defineix l'ACP com aquella atenció que posa la persona en el centre del sistema amb l'objectiu de millorar la seva salut, la seva qualitat de vida i el seu benestar, respectant la seva dignitat i els seus drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció. Es tracta d'un model que cerca l'equilibri entre els valors ètics, les normatives, els consens internacionals, el coneixement i el rigor metodològic (10).

Així doncs, l'ACP significa reconèixer els diferents coneixements i experiències de les persones que utilitzen els serveis de salut i treballar conjuntament de manera que es respecti la seva autonomia. Per tant, tenint en compte que el temps que la majoria de persones passen en contacte amb els serveis de salut representa només una mínima part de les seves vides, l'ACP pretén que el tractament i l'atenció que els professionals de la salut proporcionen reflecteixin les necessitats i aspiracions d'aquestes en la seva vida en general (11). L'ACP ajuda a evitar que les persones es vegin privades del control de la seva pròpia vida i que es converteixin en simples espectadores i consumidores de l'atenció que se'ls dispensa. Es basa en la creença profunda de que cap persona és igual i que cadascú té diferents interessos i necessitats i, per tant, la individualització ha de ser el valor central de les persones que ofereixen recolzament a les persones (12).

Per tot això, Redding destaca que cal veure l'atenció des dels ulls de la persona que la rep, i no únicament a través dels serveis i de l'organització. És important entendre l'impacte que té en la vida d'una persona el fet de tenir necessitats sanitàries i de fer ús dels diferents serveis sanitaris, situació que sovint els pot ser difícil de gestionar. Per això, quan els professionals es plantegen com atendre'ls, cal que es posin al lloc de l'altre i a partir d'aquí que es plantegin com integrar-se al voltant de la persona i preguntar-se com podrien fer-li la vida més fàcil (13). Els professionals de la salut han d'atendre a les persones com a individus i com a membres d'una família i d'una comunitat, i no només com a parts anatòmiques amb símptomes o trastorns que requereixen un tractament. Això requereix una visió biopsicosocial que té en compte tots els factors que influeixen en la salut i en el funcionament de la persona, considerant els seus problemes físics, emocionals i socials, el seu passat i el seu futur, i la realitat del món en el que viuen (11). Sense aquesta perspectiva global de la persona no es pot comprendre el seu patiment i els problemes als quals ha de fer front (1).

Aquest plantejament comporta que la relació entre el professional sanitari i el pacient sigui de col·laboració, i que per tant, es superi la concepció del professional com a expert i la del pacient que segueix les seves instruccions. Es tracta d'una relació en la que el professional i el pacient treballen de forma conjunta per poder entendre què és important per a la persona, per prendre decisions sobre el tractament de forma conjunta i per identificar i aconseguir els seus objectius. L'ACP ressalta la importància de veure el pacient com una persona digna i capaç, qui conjuntament amb el professional sanitari dissenya el pla d'atenció (7,14).

1.2 ELS EFECTES DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

En referència a l'eficàcia de l'ACP, una revisió sistemàtica de Coulter realitzada el 2006 destaca tres troballes principals que són claus per donar prioritat a l'ACP. En primer lloc, que proporcionar informació clara i útil és un element molt important de suport perquè les persones s'involucrin en la presa de decisions i que aquestes eleccions siguin positives (15,16). En segon lloc, es ressalta el fet de que la participació del pacient en la presa de decisions, entesa com el procés mitjançant el qual la persona s'involucra de forma activa i igualitària amb el professional mèdic a l'hora d'escollir la seva cura i el seu tractament, condueix a millors decisions clíniques (15,17). Per últim, s'entén el suport a l'autogestió integrada, que inclou totes les accions que duen a terme les persones per reconèixer, tractar i gestionar la seva atenció mèdica de forma independent o en col·laboració amb el sistema de salut, com una manera de que aquestes es sentin més segures i compromeses en el moment en que són encoratjades a l'autogestió per part dels professionals (15,18).

Però més enllà de la millora del procés assistencial en el qual participa l'usuari, s'ha demostrat que l'aplicació del model d'ACP també té efectes en altres aspectes que van més enllà de l'experiència viscuda en relació a l'assistència sanitària. En primer lloc, l'ús de l'ACP en els serveis de salut influeix en múltiples factors personals com ara la satisfacció del pacient, la motivació, l'adherència al tractament i, conseqüentment, en els resultats en salut (11) i en qualitat de vida (19). En segon lloc, aporta a l'assistència sanitària valors fonamentals com la dignitat, la seguretat i el respecte (5,20,21). En tercer lloc, fomenta la responsabilitat del pacient per a la seva salut i la seva participació en tots els aspectes de la seva cura, com ara l'elecció del tractament, fet que millora l'adherència al tractament i el control de les malalties cròniques (22,23). A més, les persones són més propenses a involucrar-se en comportaments preventius com poden ser tenir visites periòdiques, prendre mesures de detecció i immunitzacions, mantenir una dieta equilibrada i fer exercici de forma regular, entre d'altres (21). En quart lloc, millora el benestar dels pacients de forma directa, a través de la reducció de l'ansietat i la depressió, i també de manera indirecta, per la construcció de la confiança i el suport social. En cinquè lloc, és útil per reduir les desigualtats socioeconòmiques, ètniques i racials, doncs els pacients que formen part de grups marginals tendeixen a fer menys preguntes i a obtenir menys informació que els seus companys en situacions iguals. El desenvolupament de l'ACP ajuda a salvar aquestes desigualtats i té en consideració les diferències culturals pel que fa a les creences en salut (24). Per últim, que el ciutadà participi de forma activa en la cura de la seva salut i benestar és un element clau ja que millora el seu nivell de coneixements, millora l'experiència i el coneixement sobre l'ús dels serveis socials i sanitaris, té un impacte positiu en la seva salut i promou el benestar i la qualitat de vida. Tot això promou que els pacients facin un ús més adequat dels serveis sanitaris, fet que repercuteix en la disminució de costos millorant la sostenibilitat del sistema (5,10).

En aquest sentit, l'OMS remarca que els beneficis de l'ACP es produeixen a nivell individual i familiar, a nivell comunitari, a nivell professional i a nivell del sistema sanitari (veure taula 1) (25).

Taula 1: Beneficis potencials de l'ACP. Font: WHO, 2015.

BENEFICIS DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA	
Pels individus i les seves famílies	Pels professionals sanitaris
<ul style="list-style-type: none"> - Millora la satisfacció amb l'atenció rebuda i la relació amb els professionals sanitaris. - Millora l'accés i l'oportunitat d'atenció. - Millora l'alfabetització en salut i les habilitats en la presa de decisions que promouen l'autonomia. - Millora la participació en la planificació de les cures. - Augmenta la capacitat d'auto-gestió i de control de les condicions de salut a llarg termini. - Millora la coordinació de l'atenció en els diferents àmbits d'atenció. 	<ul style="list-style-type: none"> - Millora la satisfacció professional. - Redueix el síndrome de "burn-out". - Millora les aptituds dels professionals perquè puguin assumir una gamma més àmplia de responsabilitats. - Disposen d'oportunitats per aprendre noves habilitats.
Per les comunitats	Pels sistemes sanitaris
<ul style="list-style-type: none"> - Millora l'accés a l'atenció, en particular per als grups marginats. - Millora els resultats en salut i promou comunitats més saludables. - Millora la capacitat de les comunitats per gestionar i controlar les malalties infeccioses i respondre a les crisis. - Major confiança de la comunitat en els serveis d'atenció. - Major participació i representació de la comunitat en la presa de decisions sobre la utilització dels recursos sanitaris - Clarificació sobre els drets i responsabilitats dels ciutadans en relació a l'atenció sanitària. - Atenció més sensible a les necessitats de la comunitat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permet un canvi en l'equilibri de l'atenció perquè els recursos s'assignen en funció de les necessitats. - Millora l'equitat i l'accés a l'assistència per a tothom. - Millora la seguretat del pacient a través de la reducció dels errors mèdics i dels esdeveniments adversos. - Augmenta la captació en els programes de detecció i prevenció. - Redueix les hospitalitzacions i la durada de l'estada. - Redueix l'ús innecessari dels serveis de salut i els temps d'espera en atenció. - Redueix la duplicació de les inversions i dels serveis de salut. - Redueix els costos generals de l'atenció per càpita. - Redueix la mortalitat i la morbiditat.

1.3 UN NOU PARADIGMA

Des de fa dècades, la societat està vivint una important transformació de la qual els canvis estructurals en són els més destacats, per com afecten el funcionament de la societat i perquè es mantindran al llarg del temps. Un d'aquests canvis és l'augment de l'envelliment de la població, degut a una baixa natalitat i a una major longevitat. Aquest fenomen ha vingut acompanyat d'un sobreenvelliment, ja que la gent gran cada vegada és més gran, i hi ha una franja de persones majors de 65 anys cada vegada més àmplia. Aquesta tendència de la població, que genera un

ràpid augment de la fragilitat i la dependència de les persones ocasionant un augment de les seves necessitats sociosanitàries, pot considerar-se un èxit però també constitueix un repte per a la societat que ha d'adaptar-se a aquest fet per a millorar al màxim la salut i la capacitat funcional de les persones així com la seva participació social i la seva seguretat. Això, no solament repercuteix en un augment de la demanda de recursos sinó que comporta una sèrie de canvis en els sistemes de salut que han de permetre que totes les persones hi tinguin accés i que han de proporcionar uns serveis que responguin a les preferències personals i que estiguin coordinats entorn a les seves necessitats al llarg de la seva vida (25), característiques que es vinculen al model d'ACP. Per tant, per la *Health Foundation*, si es vol proporcionar una atenció que ofereixi a les persones la millor qualitat de vida possible, s'ha de repensar la relació entre les persones i els serveis que ofereixen les cures (7).

A més, hi ha hagut un interès creixent per part de la societat d'aconseguir uns sistemes de salut més equitatius, integradors i justos, així com una constatació de la necessitat de tenir una perspectiva més integral sobre l'eficàcia del conjunt del sistema de salut (1). Entorn això, hi ha un ampli consens de que el sistema sanitari ha de canviar per passar de ser un servei centrat en el tractament de la malaltia a un que també generi salut (26) i que s'adapti a les necessitats de les persones per ajudar-les a implicar-se en la cura de la seva salut i benestar (10).

Tal i com senyalen Ruiz, Perestelo, i Coulter, en les últimes dècades, la participació ciutadana ha adquirit gran rellevància en l'àmbit de la salut, i són el nou rol del pacient (com a agent actiu, gestor i generador de la seva salut) i el paradigma de l'ACP, algunes de les fites més importants en la millora de l'atenció sanitària. La participació dels pacients suposa una nova manera d'entendre la relació entre aquests i els professionals i els sistemes de salut, des del prisma del coneixement, el maneig i el control de la seva pròpia salut, fins a la influència que poden arribar a tenir en la planificació de polítiques sanitàries. D'aquesta manera, el lloc que tradicionalment ocupava la consulta i el professional sanitari davant qualsevol símptoma o signe d'alarma, avui en dia el comencen a tenir altres recursos de la informació, com ara l'accés a Internet, i la formació sanitària a l'abast dels pacients i la ciutadania. La consideració de que els pacients poden ser experts en la seva pròpia malaltia obre la porta a la seva participació en la salut, i d'aquesta manera s'accepta que adoptin un paper més actiu en les decisions que afecten a la seva salut. Això inclou l'alfabetització en salut, la presa de decisions compartida i la millora de la qualitat dels processos d'atenció sanitària i dels resultats (27,28).

Segons Ahmad, Ellins, Krelle i Laurie, avui en dia la majoria de les persones que necessiten fer ús dels serveis de salut no es senten satisfetes amb el fet de seure, deixar-se fer i escoltar allò que el professional creu que és millor. Les persones tenen la seva pròpia visió sobre el que és millor per a elles mateixes i per a les seves prioritats a la vida. Per això, els professionals de la salut han de ser flexibles per satisfer les seves necessitats i els sistemes de salut s'han d'ajustar a aquestes necessitats i no a la inversa, fet que implica que la persona usuària del sistema de salut és un membre més en la planificació de la seva cura. Les seves opinions són importants i han de ser respectades i, per tant, quan es planifica l'actuació cal pensar en l'efecte que aquesta tindrà en totes les esferes que conformen la persona (29). L'ACP, més enllà dels objectius que

aconsegueixi per la vida d'una persona, té valor per ella mateixa, pel fet que implica la participació de la persones en la presa de decisions.

Un estudi dut a terme per Coulter i Jenkinson per conèixer les opinions de la població europea sobre la capacitat de resposta dels sistemes de salut del seu país i dels professionals sanitaris va concloure que els pacients europeus volen un rol més autònom en la presa de decisions sobre la cura de la salut. Les conclusions que es varen obtenir varen ser que poc més de la meitat de les persones reconeixen que els professionals els escolten amb atenció, els proporcionen explicacions clares i els deixen temps per a fer preguntes. En aquest sentit, menys de la meitat de les persones admeten tenir prou informació per prendre una decisió informada. També es va observar que les persones més joves són més crítiques que les persones grans i també són qui més expectatives de participació tenen en les decisions de tractament, tot i que la majoria de persones de totes les edats desitja participar activament. Per últim, la majoria dels participants consideren que haurien de poder escollir el professional d'atenció primària i hospitalari i el professional especialista (30). Seguint aquesta línia, en una revisió sistemàtica de la literatura sobre les prioritats dels pacients per a la cura de la pràctica general a l'àmbit europeu dirigida per Coulter, també va aparèixer la participació en la presa de decisions, entre d'altres, com un dels aspectes més altament qualificats (31).

1.4 MARC LEGAL I SITUACIÓ

Fruit de la necessitat de que el sistema de salut i benestar es reorganitzés i emprengués accions transversals, interdepartamentals i integrades i associades a la prevenció, a la promoció i a l'ACP, i amb una visió comunitària i poblacional, l'OMS va elaborar un informe l'any 2008 en el qual es proposaven 4 orientacions normatives que havien de guiar els països en les seves decisions relatives al sistema de salut i al desenvolupament de la salut: la cobertura universal perquè els sistemes fossin equitatius i eficients, les polítiques públiques saludables a partir de la integració de l'enfocament de "salut a totes les polítiques", el lideratge per tal que tots els membres de la societat poguessin expressar les seves necessitats i que rebessin resposta a les seves peticions, i els serveis centrats en la persona per respondre millor a les necessitats de cada individu (32). Així, es recomanava revisar els models d'atenció dels diferents països per tal de que aquests donessin una resposta adequada als nous reptes que plantejava el context demogràfic, social, sanitari, epidemiològic i econòmic.

Posteriorment, l'any 2015, l'OMS va publicar un informe en relació als serveis sanitaris integrats centrats en la persona que reclamava un canvi en la forma en que els serveis de salut són finançats, administrats i subministrats (25). Amb el títol *WHO global strategy on integrated people-centred health services*, aquest document presentava una visió de futur en el qual totes les persones tenen accés als serveis de salut, els serveis responen a les preferències de les persones i estan coordinats entorn les seves necessitats, i on les persones són tractades de manera segura, eficaç i amb qualitat. Per aconseguir-ho, es proposaven cinc orientacions estratègiques interdependents: l'apoderament i la participació de les persones, l'enfortiment de la governabilitat i la rendició de comptes, la reorientació cap a uns models d'atenció més eficients i eficaços, la

coordinació dels serveis entorn les necessitats de les persones, i la creació d'un entorn propici pel canvi.

A l'estat espanyol, el *Sistema Nacional de Salut* va incorporar mitjançant la Llei 41/2002 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, el reconeixement explícit de la capacitat d'elecció i influència dels pacients, tant a nivell individual com col·lectiu, a través de les organitzacions que els representen (33).

A Catalunya s'han produït tres fets primordials en l'àmbit del sector social i sanitari: 1) l'aprovació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, que reconeix de forma explícita el protagonisme de la persona en la presa de decisions sobre la seva salut (34); 2) l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que reconeix els ciutadans en situació de dependència un dret universal i subjectiu que es pot traduir en la concessió d'una sèrie de prestacions (econòmiques o en serveis) adreçades a ajudar i millorar la qualitat de vida d'aquestes persones (35); i 3) l'aprovació de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, que assegura el dret de la ciutadania a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la transformació dels serveis socials i l'enfortiment del quart pilar bàsic de l'estat del benestar.

D'altra banda, el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 articula la reforma del sistema sanitari català sobre tres eixos d'acció per tal de donar resposta a les noves necessitats socials. Per tal d'aconseguir-ho, es prioritza el treball en cinc àrees transversals: major enfocament cap als pacients i famílies, nou model de contractació de l'atenció sanitària, incorporació del coneixement professional i clínic, millora del govern i participació en el sistema, i potenciació de la informació, transparència i avaluació (36). Per al present treball, destaca la importància que dona a l'apoderament del pacient, donant-li més informació, més capacitat de decidir, més col·laboració i més satisfacció. Les actuacions en aquest sentit són dues: per una banda, potenciar la capacitat dels malalts i dels seus familiar per conuiu amb la seva malaltia tot preservant-ne la qualitat de vida i l'autonomia fins on sigui possible i, per altra banda, aprofundir en els sistemes d'avaluació de què ja disposa el CatSalut per adaptar el màxim possible els serveis sanitaris a les demandes dels usuaris. Això implica, entre d'altres, l'ampliació del Programa Pacient Expert Catalunya® (PPE-CAT®), que té la finalitat de millorar la comprensió de la malaltia crònica per part dels pacients que la pateixen mitjançant la transferència i l'intercanvi de coneixements del pacient expert amb la resta de pacients; i de promoure canvis d'hàbits que millorin la qualitat de vida i la convivència amb la malaltia com una part més del procés assistencial (37).

També cal destacar la Carta Catalana de Drets i Deures de les persones en relació amb la salut i l'atenció sanitària elaborada l'any 2015 pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que es constitueix com un contracte social entre les persones i el sistema i que configura un marc de relació en el qual es defineix què esperen les persones del sistema sanitari i com aquestes es comprometen com a agents actius i centrals del mateix. Aquesta carta apareix com a renovació de la de l'any 2002, i vol donar resposta al nou paradigma social marcat pel paper cada vegada més

actiu de les persones en salut i d'un nou paradigma tecnològic que facilita nous models d'interrelació en la societat del coneixement. Així, reconeix a la ciutadania com l'element central de la salut i l'atenció sanitària i estableix un marc de relació basat en la coresponsabilitat entre els agents prestadors de serveis, els professionals i les persones usuàries. La Carta de Drets i Deures de 2015 recull els principis ètics sobre els quals les persones tenen un paper actiu: el reconeixement de la dignitat de la persona, que exigeix que no se li faci cap dany ni ofensa i que se l'atengui quan ho necessiti, el principi de llibertat i autonomia en la presa de decisions, el principi d'igualtat perquè les persones rebin un tracte equitatiu, i el principi d'accés a la informació i el coneixement en salut, per tal de que les persones es puguin coresponsabilitzar en la gestió de la salut. D'aquesta manera, pretén centrar l'atenció en les persones respectant la seva autonomia i sense discriminació entre elles (38).

Així doncs, existeixen múltiples directrius que encaminen els professionals a posar a la persona al centre de l'atenció, i és aquí on apareix el concepte d'ACP com a estratègia per donar resposta a aquests reptes. Tot i així, no es tracta d'un concepte nou, ja que a la Conferència d'Alma-Ata de 1978 l'atenció primària de salut ja va incorporar una visió holística de la salut que anava més enllà del limitat model biomèdic (1). També es va expressar la necessitat de fomentar l'autorresponsabilitat i la participació de l'individu en la planificació, l'organització, el funcionament i el control de l'atenció primària de salut, traient el màxim partit possible dels recursos locals i nacionals i d'altres recursos disponibles amb el fi de desenvolupar mitjançant l'educació apropiada la capacitat de les comunitats per a participar (39).

1.5 L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA A LA PRÀCTICA

Tot i que ningú discuteix la base teòrica de l'ACP, hi ha menys acord en relació a com aplicar-la a la pràctica diària. En aquest sentit, pren especial rellevància el projecte que es presenta a continuació; i és que, des de la consciència que cal garantir una assistència des de la visió de l'ACP que tingui en compte la nova realitat social i cultural emergent a Catalunya, la Direcció Gerència de l'Institut Català de la Salut (ICS) planteja la necessitat de desenvolupar estratègies d'ACP per tal de millorar els resultats en salut i benestar, l'adequació en la utilització dels serveis i la percepció per part de les persones que en són usuàries (10).

Per això, per tal de donar resposta als nous reptes plantejats, el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya (PPAC) conjuntament amb el PIAISS proposen desenvolupar l'estratègia d'ACP dins del marc del model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya, un model que es construeix sobre la base del rol actiu, responsable i apoderat de les persones, dels seus cuidadors i de les seves famílies. Per a fer-ho, el Departament de Salut ha identificat la necessitat d'impulsar l'ACP partint de l'acord previ d'aprofundir en aquest tema a partir dels components que ja s'estaven tractant a través del PPAC i el PIAISS; tots ells relacionats amb l'ACP: alfabetització en salut, drets i deures, presa de decisions compartida, planificació de decisions anticipada, i model d'atenció no presencial.

Conscients de que per aconseguir-ho són necessaris programes i projectes que permetin als equips interprofessionals i als usuaris treballar junts per decidir com fer realitat l'ACP, la

participació dels ciutadans com a iguals en el disseny i el desenvolupament del procés de canvi és un element fonamental en aquest projecte (6). Doncs, les opinions dels usuaris dels sistemes sanitaris han de ser considerades en el disseny, en l'execució i en l'avaluació dels serveis de salut (40) ja que per aconseguir bons resultats en l'atenció de la salut són necessaris compromisos que han de començar per tenir en compte l'opinió dels ciutadans i garantir que aquesta opinió influeixi de forma decisiva en la manera com es dissenyen i funcionen els serveis de salut (1). Per això, cal remarcar la importància que té el fet que en aquest procés d'elaboració de les propostes del model d'ACP s'ha tingut en compte la veu dels ciutadans i usuaris dels serveis de salut pública de Catalunya així com la visió dels professionals de diferents disciplines i àmbits que hi treballen; doncs els diferents professionals de l'àmbit de la salut tendeixen a centrar-se en diversos aspectes en relació a l'ACP, reflectint els seus propis rols professionals i interessos, així com en les persones que exerceixen càrrecs de gestió a diferents nivells (6).

2. OBJECTIUS

2.1 OBJECTIU GENERAL

Descriure el procés de participació i consens d'usuaris dels serveis sanitaris, de representants de la ciutadania i de professionals sanitaris, que ha servit de base per al disseny del model d'Atenció Centrada en la Persona de l'Institut Català de la Salut, partint de cinc dimensions definides a priori: alfabetització en salut, els drets i deures, la presa de decisions compartida, la planificació de decisions anticipades i el model d'atenció no presencial.

2.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Identificar els elements clau de l'Atenció Centrada en la Persona.
2. Distribuir les propostes de les cinc dimensions de l'Atenció Centrada en la Persona en diferents categories.
3. Identificar els elements de consens sobre quines accions s'han de dur a terme en relació a les cinc dimensions de l'Atenció Centrada en la Persona.
4. Identificar els elements de consens sobre com s'han de dur a terme les accions en relació a les cinc dimensions de l'Atenció Centrada en la Persona.
5. Identificar a quin àmbit d'incidència principal pertanyen les propostes de les cinc dimensions de l'Atenció Centrada en la Persona.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPUS D'ESTUDI

Estudi descriptiu d'un procés de participació i consens mitjançant una etapa de desenvolupament de grups nominals i una etapa de verificació i síntesi dels resultats.

3.2 ÀMBIT D'ESTUDI

Àmbit territorial de Catalunya amb professionals de l'àmbit hospitalari i dels equips d'atenció primària gestionats per l'ICS i amb la ciutadania.

Amb una plantilla formada per més de 38.000 professionals, l'ICS és l'empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya i ofereix atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris de tot el territori. Actualment gestiona vuit hospitals (Vall d'Hebron, Bellvitge, Germans Trias, Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Josep Trueta de Girona, Verge de la Cinta de Tortosa i Viladecans) i 287 equips d'atenció primària, tres dels quals a través d'un consorci amb l'Hospital Clínic de Barcelona i un quart amb un altre consorci amb l'Ajuntament de Castelldefels. Com a entitat de referència dins el sistema públic de salut, l'objectiu de l'ICS és contribuir a la millora de la salut i de la qualitat de vida de les persones a través de la prestació d'uns serveis sanitaris innovadors i excel·lents, que abasten tant la promoció de la salut com la prevenció i el tractament de les malalties. A més de l'activitat assistencial, l'ICS desenvolupa una gran activitat científica a través dels set instituts de recerca integrats als centres hospitalaris i d'atenció primària. En el camp de la docència, l'ICS forma en els seus centres 2.300 especialistes de 51 disciplines diferents en ciències de la salut. També acull més de 4.500 alumnes de grau de medicina, infermeria, odontologia i altres ensenyaments. A banda d'això, porta a terme una intensa activitat en formació continuada per a tots els col·lectius professionals (41).

3.3 POBLACIÓ D'ESTUDI

Professionals de l'ICS de diferents disciplines i àmbits d'atenció, membres del Programa Pacient Expert Catalunya (PPE-CAT®) i representats de la ciutadania de Catalunya.

3.4 MOSTRA

Es va fer un mostreig teòric amb diferents perfils d'informants per aconseguir la màxima variabilitat discursiva sobre què hauria de passar i com s'hauria de fer per impulsar i desenvolupar una atenció més centrada en la persona en base a les cinc dimensions enumerades anteriorment. Per això, es varen seleccionar i es va convidar a participar a professionals de totes les disciplines, estaments i àmbits on l'ICS fa acció assistencial, representants dels col·lectius de pacients participants i representants de la ciutadania.

Per decidir el nombre de participants es va seguir el següent procediment. En primer lloc, es volia que per a cada dimensió de l'ACP (alfabetització en salut, els drets i deures, la presa de decisions

compartida, la planificació de decisions anticipada i el model d'atenció no presencial) hi hagués dos grups de treball i que a cada grup hi estiguessin representats totes les disciplines professionals. Tenint en compte les cinc dimensions de treball mencionades, i que es comptava amb deu disciplines professionals diferents, es requerien 100 professionals (deu de cada disciplina). En segon lloc, de la mateixa manera que en el cas anterior, es volia que hi hagués un representat de la ciutadania per a cada grup de treball, de manera que es varen calcular 10 persones. Per últim, per establir el nombre de representats dels pacients, es volia que aquest nombre, juntament amb el nombre de ciutadans/es fos igual al nombre total de professionals, és a dir, que havien de ser 90 persones. D'aquesta manera, el còmput de les persones participants que es necessitaven per a l'etapa de desenvolupament dels grups nominals era de 200.

A l'etapa de verificació i síntesi de dades es varen convocar a les 30 persones que havien estat moderadors/es secretaris/ies de la primera etapa de treball.

3.5 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

3.5.1 Criteris d'inclusió

- Professionals:
 - o Formar part de la plantilla de l'ICS l'any 2015.
 - o Desenvolupar alguna de les següents funcions:
 - Membre dels serveis dels centres corporatius
 - Membre de les gerències territorials
 - Metge/essa d'atenció primària
 - Metge/essa d'atenció hospitalària
 - Personal especialista del programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva
 - Infermer/a d'atenció primària
 - Infermer/a d'atenció hospitalària
 - Treballador/a social
 - Membre de gestió i serveis
 - Membre del Departament de Salut, del CatSalut o del PIAISS.
 - o Motivació en desenvolupar el projecte.
 - o Acceptació de participació en l'estudi (consentiment oral).
- Pacients experts:
 - o Formar part del PPE-CAT® l'any 2015.
 - o Expertesa en el tema com a usuaris dels serveis sanitaris.
 - o Motivació en desenvolupar projecte.
 - o Disposar d'habilitats pel treball en grup.
 - o Acceptació de participació en l'estudi (consentiment oral).
- Representats de la ciutadania:
 - o Disposar d'habilitats comunicatives.
 - o Tenir experiència en processos de presa de decisions.

- Motivació en desenvolupar el projecte.
- Acceptació de participació en l'estudi (consentiment oral).

3.5.2 Criteris d'exclusió

Donades les característiques d'aquest treball no es varen considerar criteris d'exclusió.

3.6 VARIABLES D'ESTUDI

Variables sociodemogràfiques

- **Sexe:** variable qualitativa dicotòmica que diferencia el sexe en home/ dona.
- **Professió¹:** variable qualitativa politòmica que identifica la funció que desenvolupa la persona a l'ICS i que diferencia en membre dels serveis dels controls corporatius/ membre de les gerències territorials/ metge/essa d'atenció primària/ metge/essa d'atenció hospitalària/ personal especialista del programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva/ infermer/a d'atenció primària/ infermer/a d'atenció hospitalària/ treballador/a social/ membre de gestió i serveis/ membre del Departament de Salut, del CatSalut o del PIAISS.
- **Àmbit territorial:** variable qualitativa politòmica que identifica el territori en el qual el professional desenvolupa la seva tasca i que diferencia en Lleida/ Camp de Tarragona/ Barcelona ciutat/ Girona/ Metropolitana sud/ Metropolitana nord/ Catalunya central/ Alt Pirineu i Aran/ Terres de l'Ebre.

Variables relacionades amb les dimensions de l'ACP

- **Alfabetització en salut (AeS):** habilitats personals, cognitives i socials que determinen la capacitat de les persones a accedir, a entendre i a fer servir informació per a promoure i mantenir una bona salut. Implica coneixements, motivació i competències amb la finalitat d'arribar a tenir una opinió motivada i prendre decisions respecte la salut, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, per mantenir i promoure la qualitat de vida al llarg de tota la vida.
- **Drets i deures (DD):** els ciutadans disposen dels següents drets: igualtat i no discriminació de les persones, autonomia del pacient, intimitat i confidencialitat, constitució genètica de les persones, investigació i experimentació científiques, prevenció de la malaltia, informació assistencial i accés a la documentació clínica, accés a l'atenció clínica, informació general sobre els serveis sanitaris, i qualitat assistencial. Els ciutadans tenen deures en relació a: la responsabilització de la salut d'un mateix, la utilització dels recursos, el compliment de les prescripcions, el respecte i el compliment de les mesures sanitàries, la responsabilització de l'ús de les prestacions sanitàries, la utilització adequada de les

¹ Només disponible per a les persones que participaven com a representants dels professionals de l'ICS.

instal·lacions i serveis, el manteniment del respecte a les normes, la facilitació de les dades, la facilitació de signar documents i l'acceptació de l'alta.

- **Presa de decisions compartida (PDC):** estil de relació entre el professional sanitari i el pacient que es pot aplicar a tot tipus d'interacció o de consulta, donat que sempre existeixen diferents opcions, inclosa l'opció de no fer res. Denota un procés interactiu de relació clínica en el que el professional ajuda el seu pacient a escollir quin tractament és el millor per a la seva situació clínica i l'informa de quins riscos i beneficis comporta.
- **Planificació de decisions anticipada (PDA):** procés de diàleg deliberatiu i estructurat mitjançant el qual una persona expressa els seus valors i preferències i d'acord amb aquests i en col·laboració amb el seu entorn i el seu equip de referència, formula i planifica com voldria que fos l'atenció a rebre davant d'una situació de complexitat clínica, malaltia greu o en situació de final de vida; especialment en aquelles circumstàncies en que no estigui en condicions per a decidir.
- **Model d'atenció no presencial (MANP):** les bases del MANP són la identificació segura i inequívoca al sistema, la protecció de les dades i l'autenticació dels diagnòstics, els drets ARCO (accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades personals), la publicació i accés de les dades del pacient, l'ús del "La Meva Salut" com a mitjà per oferir serveis entre professionals i proveïdors de salut, i l'oferiment de serveis al ciutadà per optimitzar tràmits i gestions.

Variables relacionades amb els elements de transformació

- **QUÈ:** allò que hauria de passar per fer possible l'ACP amb visió 2025.
- **COM:** allò que s'hauria de canviar per fer possible els QUÈs.

3.7 INSTRUMENTS I RECOLLIDA DE DADES

Per a la recollida d'informació es va utilitzar com a tècnica de consens una versió modificada dels grups nominals.

Les tècniques de consens, i entre elles la tècnica de grups nominals, són mètodes utilitzats en la investigació amb l'objectiu d'arribar a un acord general o a una convergència d'opinions entorn a un tema concret. La tècnica de grup nominal, que és la que s'utilitza en aquest estudi, és una tècnica especialment dissenyada per resoldre problemes derivats de les situacions en les que és necessari combinar opinions individuals per a arribar a una decisió de grup, especialment quan es requereix la participació d'usuaris o d'altres persones alienes a l'organització sanitària (42).

La tècnica de grup nominal consisteix en una interacció que estableix unes condicions que permeten equilibrar la participació de tots els membres del grup i intenta evitar la pressió que el grup pot exercir sobre l'individu (42,43). Així, aquest procediment defuig de la conformitat i el gregarisme relacionats, entre d'altres, amb la influència de les personalitats dominants, la posició a l'organització de cada membre del grup i de l'amenaça implícita de comentaris dels experts. A

banda d'això, l'elevat grau d'organització d'aquests grups pretén responsabilitzar als participants a centrar-se en la tasca però conservant una fase de discussió interactiva que mantingui un cert grau de satisfacció en les relacions interpersonals, facilitant la creativitat, obligant als membres del grup a participar a la reunió de manera igualitària, i ajudant a l'emergència de les dimensions personals dels problemes. Per tot això, la tècnica de grup nominal tendeix a concloure amb una sensació d'haver assolit l'objectiu de la reunió amb un elevat sentiment de realització i d'interès per conèixer les seves implicacions futures (44).

El desenvolupament de les tècniques de consens és altament estructurat i consisteix, en primer lloc, a exposar i definir clarament el tema a tractar. A partir d'aquí, es dona un temps als assistents perquè puguin reflexionar de forma individual les seves idees en relació al tema plantejat i a continuació les exposin al grup perquè el moderador les anoti a la vista de tots els membres. En aquesta fase no hi ha discussió, només enregistrament de les idees exposades. Una vegada recollides totes aquestes aportacions, s'obre un torn de paraules per a dubtes i aclariments conceptuals i es genera un debat per poder sistematitzar una llista coherent. Aquest debat inclou discussió i anàlisi del significat de cada una de les idees proposades i una valoració sobre l'adequació respecte el tema que es planteja. Després, el moderador recull en una fitxa totes les idees i la reparteix a cada participant perquè cadascú, de manera individual, les prioritzi per ordre d'importància i elabori una llista dels punts que considera més rellevants. Finalment, es mostren totes les classificacions individuals i s'ordenen les idees d'acord amb el còmput total. Aquesta solució final és automàtica ja que s'accepta com a solució les idees proposades millor classificades. Es recomana que el desenvolupament de tota la sessió no duri més de 2 hores. Amb l'ús d'aquest mètode s'assumeix que el consens al qual els membres dels grups han arribat és suficient per la presa de decisions (42,43,45).

Les tècniques de grup nominal són altament adaptables, i en aquest cas es va utilitzar una versió modificada dels grups nominals en el procés de classificació ja que es va dur a terme una primera classificació a nivell grupal a través de l'elaboració d'una llista consensuada exclouent les propostes duplicades.

Pel que fa als instruments utilitzats per a la recollida de dades en el desenvolupament del grup nominal, es varen utilitzar unes targetes d'elaboració pròpia (veure annex 8.1 Model targetes QUÈs i COMs) que un representant de cada subgrup emplenava amb les propostes de QUÈs i COMs.

Per a la votació de la llista conjunta per part dels participants, es varen elaborar uns pòsters (veure annex 8.2 Pòsters) amb el nom del tema de treball i el número de la proposta en relació al decàleg de propostes perquè cada participant pogués votar.

3.8 DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT

3.8.1 Etapa preparatòria dels grups nominals

En una primera fase, l'equip responsable del projecte va planificar la selecció dels participants. En el cas dels professionals, la Direcció Gerència de l'ICS va enviar un correu electrònic a les

direccions de cada territori perquè fossin aquestes les que fessin la selecció dels participants tenint en compte els criteris d'inclusió. Pel que fa als pacients, cada referent territorial del PPE-CAT® va contactar amb aquelles persones que complien els requeriments sol·licitats. Per últim, el contacte amb els participants de la ciutadania es va fer des de la direcció Gerència de l'ICS directament amb persones implicades en els Consells de Salut o en el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya. En cas que una persona respongués que no volia participar, es contactava amb una altra seguint els mateixos procediments descrits anteriorment.

Una vegada identificats els subjectes que participarien en el projecte es va fer la distribució dels grups de treball. Es varen repartir les persones en 5 grups nominals (GN), un per a cada dimensió de treball de l'ACP, de 40 persones cada un; que a la vegada es varen distribuir en 2 subgrups (G1 i G2) de les quals 10 eren professionals, 9 eren pacients del PPE-CAT® i un/a era representant de la ciutadania. Per a aquest repartiment es va tenir en compte, a més, que a cada grup hi hagués representació de tots àmbits territorials de Catalunya. A banda d'això, a cada G1 i G2 hi havia una persona de l'organització que actuava de moderador/a i que conduïa el grup i 2 secretaris/es que eren referents del PPE-CAT® dels diferents territoris de l'ICS i que exercien les funcions d'observadors. Una vegada establerts els GN i els G1 i G2 per a cada dimensió de treball es varen dividir en quartets (en els grups nominals es recomana que hi hagi entre 5 i 9 persones per grup (43,44)), formats per 2 professionals i 2 membres del PPE-CAT® i/o ciutadans/es. En el cas dels representats dels pacients experts i de la ciutadania se'ls va contactar prèviament per preguntar-los-hi quina de les cinc dimensions de treball proposades voldrien tractar i se'ls va assignar el tema que havien escollit per treballar, mentre que en el cas dels professionals es va assignar el tema tenint en compte el seu perfil professional i la seva expertesa amb cada un dels temes.

En la segona fase, es va fer la convocatòria dels participants. Això va incloure el contacte amb els participants que prèviament havien donat el seu consentiment per a confirmar la data de la reunió i el lloc així com l'ordre del dia. A més a més, se'ls va enviar un fulletó amb el programa de la primera jornada de treball. Aquest mateix procediment es va seguir en el cas de les persones que havien de participar en la segona jornada de treball.

En la tercera fase, uns dies abans de la realització de la primera sessió, es va fer una reunió dirigida als moderadors i secretaris dels grups de treball per tal d'explicar-los la metodologia de treball i per entregar-los un document informatiu en el que hi constava la finalitat de la jornada, informació sobre l'ACP i les seves dimensions i informació relativa al desenvolupament de la sessió.

Per últim, es va preparar el lloc i el material necessaris per al desenvolupament de les jornades de treball.

3.8.2 Etapa de desenvolupament dels grups nominals

La primera jornada va tenir lloc el 22 d'abril de 2015 i es va dividir en dues parts, una al matí i una a la tarda.

En la sessió del matí, es varen distribuir les persones en els subgrups G1 i G2 que se'ls havia assignat a l'etapa preparatòria i, posteriorment, en el quartet que els pertocava. A aquests quartets se'ls va demanar que, per consens i en relació a la dimensió de l'ACP entorn la qual els corresponia treballar, identifiquessin 5 QUÈs i 5 COMs per aconseguir un model idoni d'ACP en el si de l'ICS amb visió 2025. Així doncs, de cada G1 i G2 varen sorgir 25 propostes diferents per a cada pregunta que es varen posar en comú entre tots els membres del subgrup per tal de valorar-les i ordenar-les fins a constituir un llistat ordenat de 10 propostes en funció de la rellevància. A continuació, es varen reunir els moderadors i els secretaris dels grups G1 i G2 que compartien les dimensions de treball per consensuar una llista conjunta excloent les propostes que estaven duplicades.

En la sessió de tarda es varen reunir els 40 participants del GN per votar les propostes de la llista conjunta. Per fer-ho, cada participant disposava de 20 gomets, el color del qual variava en funció del grup amb el qual havia col·laborat el matí, i que havia de col·locar entre totes les propostes seguint un criteri de rellevància. Cada persona podia repartir els gomets com considerés oportú, de manera que els podia adjudicar tots a un mateix QUÈ o COM o bé distribuir-los entre més d'un. En aquesta sessió es varen aglutinar tots els participants al mateix temps en un mateix espai per poder gestionar millor el desenvolupament dels grups nominals (veure annex 8.3 Resum de l'etapa de desenvolupament dels grups nominals 8.3).

3.8.3 Etapa de verificació i síntesi de dades

Posteriorment, el dia 17 de juny de 2015, es va dur a terme la segona jornada de treball. L'objectiu d'aquesta era verificar els resultats de la primera jornada i elaborar un plec d'elements clau per fer arribar a la Direcció Gerència de l'ICS les propostes de canvi per al disseny i desenvolupament del Model d'ACP de l'ICS pels propers anys.

En aquesta etapa hi varen participar els moderadors i secretaris dels G1 i G2 de la primera jornada i es varen distribuir en 3 grups de treball. A cada grup se li varen assignar dues dimensions de l'ACP per treballar, de manera que el primer grup va tractar l'AeS i la PDC, el segon grup va treballar la temàtica de DDi la PDA, i l'últim grup va treballar el MAnP i la PDC. Aquesta assignació es va fer respectant el tema de treball de la primera jornada. A continuació, cada grup va redactar un informe fruit d'un procés de debat i acord descrivint les mesures proposades per a cada tema amb visió de treball fins l'any 2025 a partir de les propostes que es van recollir en la primera jornada. Finalment, a partir dels tres informes, es va elaborar un informe comú.

3.9 ANÀLISI DE DADES

Primerament, a partir de totes les propostes recollides a l'etapa de desenvolupament del grup nominal, s'ha elaborat una llista dels elements clau de l'ACP tenint en compte les propostes que més vegades es repetien.

Posteriorment, s'ha fet un anàlisi qualitatiu basat en el buidatge de totes les propostes identificades en les targetes de QUÈs i COMs de cadascun dels quartets de cada dimensió de l'ACP. A partir d'aquest buidatge, i de manera inductiva, s'han elaborat i consensuat deu categories a partir de les quals s'han classificat les propostes. Les categories identificades són: estratègies formatives, estratègies interdepartamentals, desplegament TIC, aspectes normatius i administratius, modelització i estratègies assistencials, marcs d'avaluació, coach i acompanyament de persones, actuacions en societat i ciutadania, habilitats i estratègies en comunicació interpersonal, i professionalisme i ètica. Aquesta estratègia ha permès calcular les freqüències del total de propostes a nivell global i per a cada dimensió de l'ACP.

En tercer lloc, s'han analitzat totes les propostes finals obtingudes de la votació de les propostes de cada dimensió de l'ACP i s'han ordenat segons freqüència de vot. A partir d'aquí, tenint en compte que el criteri d'assoliment de consens s'havia definit com aquell en el que la votació final situa la idea en primera posició, s'ha identificat l'element que ha estat votat amb major freqüència, tant pels QUÈs com pels COMs.

Per últim, s'han classificat els resultats de l'etapa de verificació i síntesi de dades segons la relació amb els següents àmbits d'incidència: persones, professionals, organització i/o sistema sanitari.

3.10 ASPECTES ÈTICS

Aquest estudi contempla les següents premisses ètiques segons l'informe d'Emanuel, Wendler i Grady (46) i l'informe Belmont (47):

- La recerca entorn l'ACP presenta un interès científic i social. Això implica que hi ha interès en obtenir un coneixement que pugui millorar la salut i el benestar dels individus, que els resultats obtinguts es difondran, i que les intervencions estudiades s'hauran de poder implementar.
- La recerca presenta validesa científica. La recerca s'ha fet amb uns objectius clarament definits, s'ha utilitzat una metodologia acurada i un disseny adequat per als objectius proposats, el nombre de subjectes és una quantitat justa i s'ha fet un anàlisi de les dades creïbles.
- La selecció dels subjectes és justa. La selecció s'ha fet en base al criteri ètic de justícia i està clarament explicada l'estratègia emprada en el reclutament per tal que els resultats de la recerca es puguin generalitzar al major nombre de persones.
- En la recerca es persegueix una raó benefici-risc favorable. Es basa en els criteris ètics de beneficència i no maleficència.
- Es realitza una avaluació independent. Donades les característiques del projecte, no ha estat necessari la supervisió per part del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) sinó que s'ha aconseguit l'aprovació de revisors externs del Departament de Salut de Catalunya amb experiència investigadora.

- El vincle que uneix les persones incloses en el treball de recerca amb l'equip investigador és el consentiment informat oral. Les persones que han contactat amb els subjectes participants han estat les encarregades de proporcionar-los la informació suficient explicant els objectius, els beneficis i els rols dels diferents professionals.
- Respecte per als participants. S'ha protegit la intimitat de les persones, el seu anonimat i la confidencialitat de les dades; s'ha respectat la negació dels subjectes a participar en el projecte i l'abandonament dels participants durant la recerca; i s'ha informat els participants en tot moment del procés de la recerca. A més, s'ha contemplat informar els participants dels resultats principals de la recerca quan aquesta estigui finalitzada.

4. RESULTATS

A continuació s'exposen els resultats de l'estudi en diferents apartats seguint l'ordre establert pels objectius específics. A més, s'ha inclòs un punt on s'exposen les característiques principals dels participants de l'estudi.

4.1 PARTICIPANTS DE L'ESTUDI

Taula 2: Característiques dels participants en l'etapa de desenvolupament dels grups nominals.

PARTICIPANTS	SEXE		TOTAL
	Home	Dona	
Membres dels Centres Corporatius	3	7	10
Membres de la gerència territorial	3	7	10
Metges/esses d'atenció primària	3	7	10
Metges/esses d'atenció hospitalària	6	4	10
PE Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva	2	8	10
Infermers/es d'atenció primària	2	8	10
Infermers/es d'atenció hospitalària	1	9	10
Treballadors/es socials	0	10	10
Membres de Gestió i serveis	1	9	10
Departament de Salut/ Cat Salut/ Pla interdepartamental d'atenció en interacció social i sanitària	6	4	10
Participants del Programa Pacient Expert Catalunya®	53	37	90
Representants de la ciutadania	5	5	10
TOTAL	85	115	200

Pel que fa als participants en l'etapa de desenvolupament dels grups nominals, la mostra ha quedat constituïda per 200 persones, de les quals 100 són professionals de totes les disciplines, estaments i àmbits d'atenció de l'ICS, 90 són participants del PPE-CAT® i 10 són persones representants de la ciutadania. El 57,5% (n=115) de la mostra total són dones.

Pel que fa a la mostra de professionals, s'observa que hi ha una representació de 10 persones per a cada funció que es desenvolupa, de les quals un 73% (n=73) són dones.

Seguint amb la distribució segons el sexe, aquesta és més igualada en el cas dels participants del PPE-CAT®, dels quals un 58,9% (n=53) són homes. En el cas dels representants de la ciutadania la distribució per sexe és equitativa.

Taula 3: Distribució dels professionals segons gerència territorial.

ÀMBIT TERRITORIAL	NOMBRE DE PARTICIPANTS
Lleida	8
Camp de Tarragona	7
Barcelona Ciutat	28
Girona	10
Metropolitana Sud	8
Metropolitana Nord	7
Catalunya Central	8
Alt Pirineu i Aran	0
Terres de l'Ebre	1
TOTAL	80

La distribució dels professionals participants segons l'àmbit territorial en el qual desenvolupen la seva tasca, que es pot veure a la taula 3, mostra que el nombre de representants de Barcelona Ciutat és el més elevat, ja que inclou tots els 20 representants dels Centres Corporatius i els del Departament de Salut/ CatSalut/ PIAISS formen part d'aquest àmbit. Pel que fa als altres, la representació és molt similar per tots els àmbits a excepció de l'àmbit territorial de les Terres de l'Ebre, que solament té un representant, i l'Alt Pirineu i Aran que no compte amb cap representat.

A la segona jornada de treball hi varen participar 28 persones, 25 de les quals eren dones i 3 eren homes. Dues persones no hi van poder assistir per falta de disponibilitat de temps per tema d'agenda.

4.2 ELEMENTS CLAU DE L'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

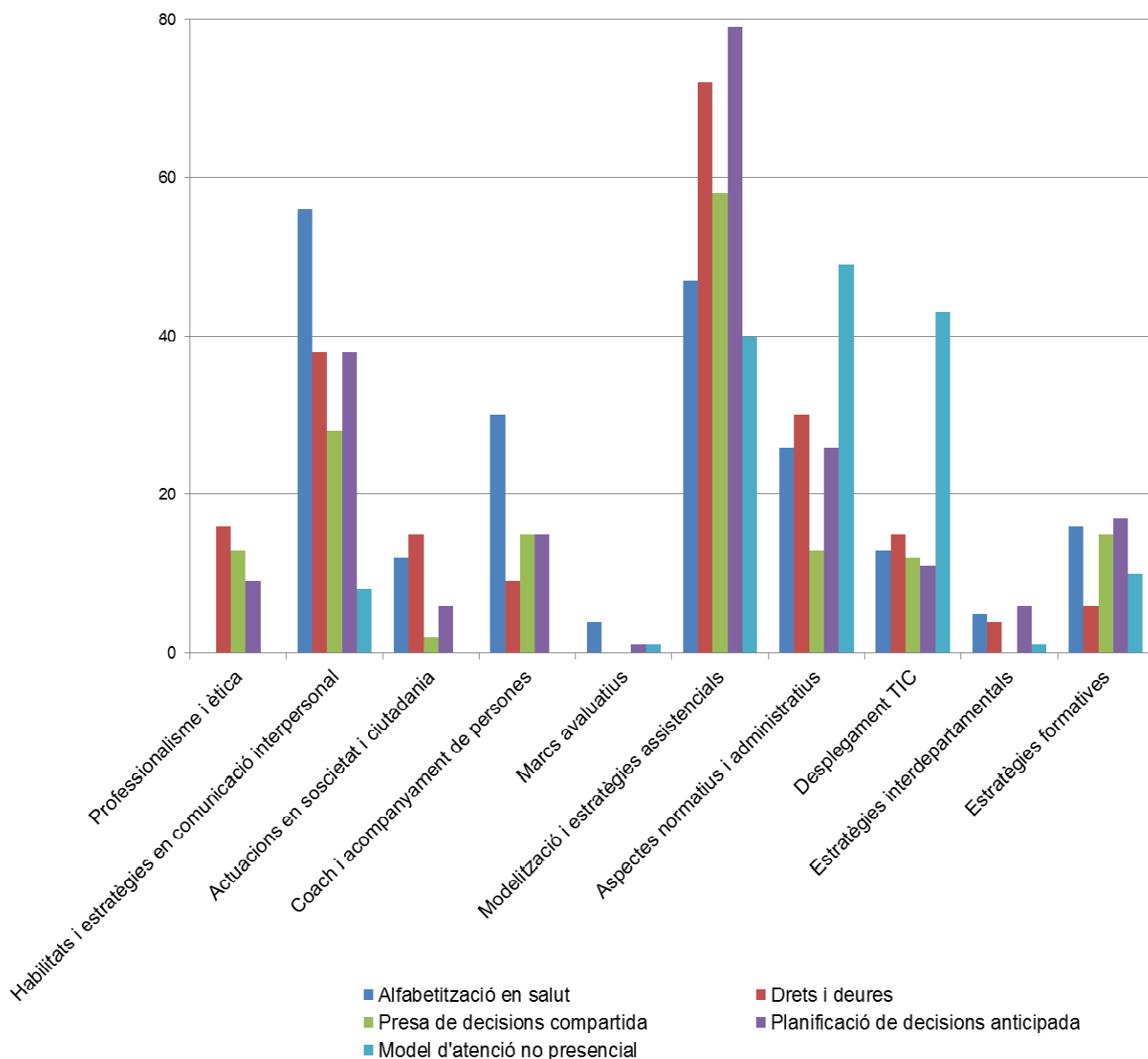
Taula 4: Llista dels elements clau de l'atenció centrada en la persona.

ELEMENT
Dret del pacient a sentir-se escoltat, comprès i valorat.
Millora de les habilitats comunicatives dels professionals.
Dret a un procés de final de vida digne.
Introducció de la formació humanística en pre-grau i post-grau.
Nous espais de participació ciutadana en les polítiques sanitàries i socials.
Participació informada de les persones en les decisions.
Desburocratització de les consultes.
Accés universal del ciutadà a les seves dades.
Més presència a les escoles de la promoció de la salut.
Optimització del potencial de la teleassistència i TIC relacionades amb la salut.

S'han obtingut deu elements clau de l'ACP que han sorgit de de les propostes que més vegades es repeteixen i que es relacionen amb totes les cinc dimensions de l'ACP.

4.3 CATEGORITZACIÓ DE LES PROPOSTES

4.3.1 Resultats globals

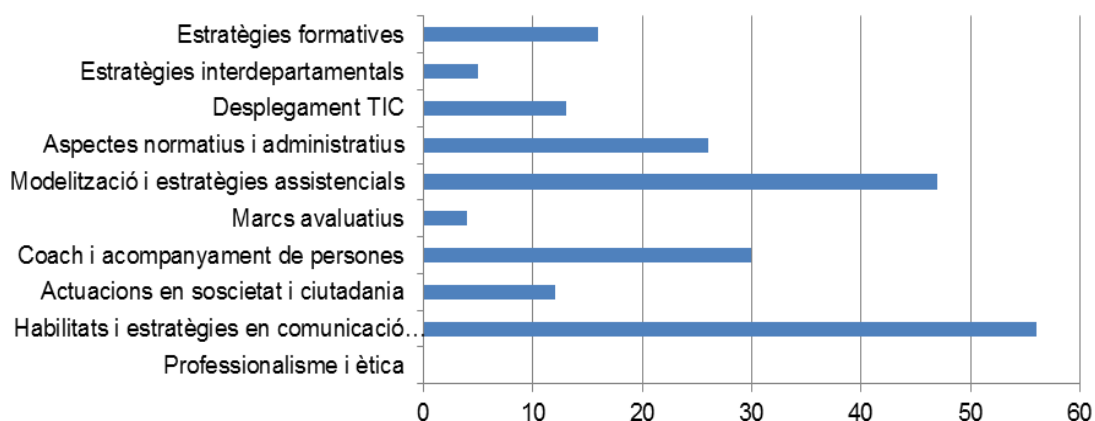


Gràfic 1: Atribució de les propostes de les cinc dimensions de l'atenció centrada en la persona a cada categoria.

Els resultats globals de la categorització de les propostes de QUÈs i COMs mostren que la categoria “Modelització i estratègies assistencials” és la que conté un major nombre de propostes, doncs inclou 296 propostes, xifra que gairebé duplica la de la categoria que ocupa la segona posició, “Habilitats i estratègies en comunicació interpersonal”, amb 168 propostes, i que són el doble de les 144 propostes que inclou la categoria “Aspectes normatius i administratius” que es col·loca en el tercer lloc. Aquests resultats contrasten amb els de la categoria “Estratègies

interdepartamentals”, que reuneix 16 propostes, i amb els de la categoria “Marcs avaluatius”, que amb només 6 propostes es situa en penúltima i última posició respectivament. Entre aquests extrems hi ha el “Desplegament de les TIC” que conté 94 propostes, les dimensions “Coach i acompanyament de persones” i “Estratègies formatives”, amb 69 i 64 propostes incloses respectivament, la dimensió “Professionalisme i ètica” que conté 38 propostes i la dimensió “Actuacions en societat i ciutadania” que té 35 propostes.

4.3.2 Resultats per dimensions de l'ACP



Gràfic 2: Atribució de les propostes de la dimensió “Alfabetització en salut” a cada categoria.

Per a la dimensió AeS destaquen les dimensions “Habilitats i estratègies en comunicació interpersonal” i “Modelització i estratègies assistencials” que es situen en les primeres posicions amb 56 i 47 propostes respectivament. Per a aquesta dimensió, la categoria “Professionalisme i ètica” és l’única que no té representació i les categories “Marcs avaluatius i “Estratègies interdepartamentals” només inclouen 4 i 5 propostes. Les altres categories es situen en les posicions centrals, incloent entre 26 propostes la que ocupa la quarta posició (“Aspectes normatius i administratius”) i 12 propostes la categoria “Actuacions en societat i ciutadania” que es situa en setena posició.

Tenint en compte les propostes pertanyents a les dues categories que inclouen més propostes es veu que l’interès principal dels participants recau en que el pacient tingui la màxima informació possible sobre la seva malaltia per a poder-se coresponsabilitzar de la seva situació:

Que els professionals informin de les possibles complicacions sobre la malaltia del pacient (aguda o crònica). (G1 i G2 AeS)

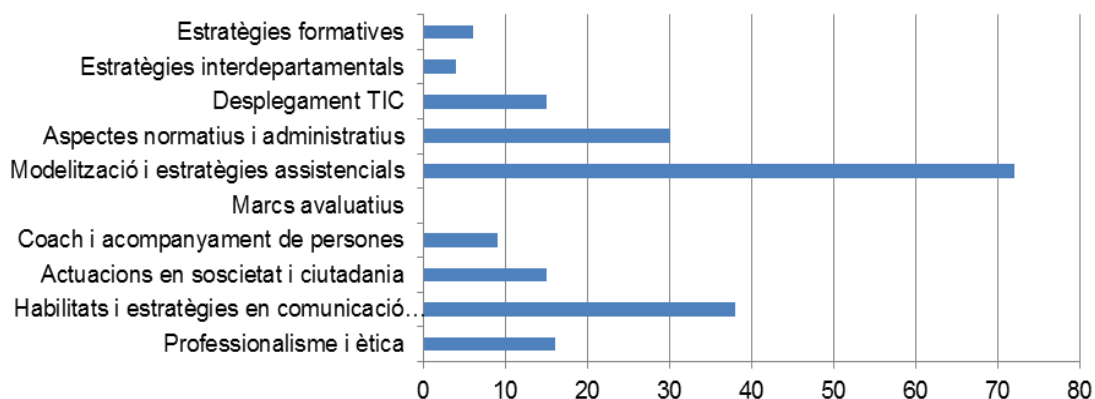
Que els professionals expliquin el perquè de la medicació que es dona i les possibles contraindicacions. (G2 AeS)

Doncs s’observa que en algunes propostes s’hi inclouen disconformitats amb la situació actual:

El professional sanitari "escolta" poc. Poca escolta activa. Figura del pacient passiu. (G1 i G2 AeS)

Menys temps per visita igual a menys informació. (G1 i G2 AeS)

Sobre com aconseguir-ho, els participants proposen la millora de la qualitat de la relació entre l'usuari i el professional, la necessitat de que el professional rebi formació en aquest àmbit (és en aquesta dimensió on les habilitats i estratègies formatives prenen més rellevància) i la possibilitat d'aconseguir informació veraç a través d'altres fonts i/o organitzacions (sobretot a través del PPE-CAT®).



Gràfic 3: Atribució de les propostes de la dimensió “Drets i deures” a cada categoria.

Pel que fa als resultats en relació a la dimensió DD que es poden veure al gràfic 3, coincideixen amb els resultats globals de categorització a excepció de la categoria “Estratègies formatives” i “Coach i acompanyament de persones”, que obtenen resultats inferiors als globals. Així, la categoria “Modelització i estratègies assistencials” sobresurt a les altres amb 72 propostes incloses que contrasten amb les 38 propostes que recull la categoria “Habilitats i estratègies en comunicació interpersonal” que és la que la precedeix i la categoria “Aspectes normatius i administratius”, que amb 30 propostes ocupa la tercera posició. Per a aquesta dimensió, s’observa que la categoria “Marcos avaluatius” no inclou cap proposta.

Per a les dues categories principals, els participants dels dos grups proposen, entre d’altres:

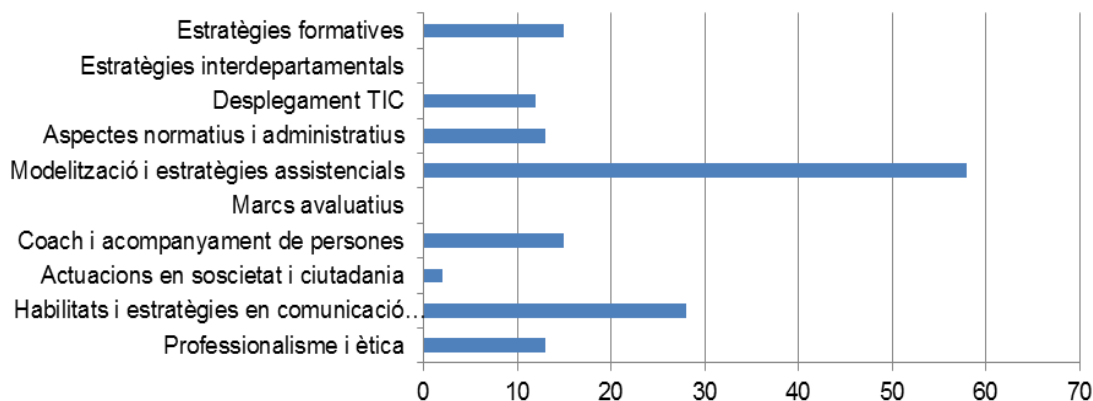
Informació comprensible i clara respecte a la declaració de voluntats anticipades/ presa de decisions compartida. Utilització de llenguatge adequat. Comprovar que la persona ho compren. Respectar el dret de saber o no saber. Respecte a l’ús de confidencialitat. (G1 i G2 DD)

Qualitat de comunicació. Millorar tracte i comunicació organització (està en funció dels professionals). Fer accessible la informació (no coneixement de drets i deures). (G1 i G2 DD)

Així, en relació als DD es veu com els dos grups coincideixen també en fer propostes per a la millora de la comunicació entre el professional i l'usuari, en aquest cas però, perquè aquest últim disposi d'informació sobre quins són els seus drets i deures, sobretot en relació a aspectes com l'autonomia, la intimitat, la confidencialitat, etc.

Per a aquesta dimensió, s’observa que en general els participants proposen drets pels usuaris i deures pels professionals i pel sistema sanitari. No obstant, en aquells casos que els deures van dirigits als pacients i ciutadans, aquests es refereixen únicament al deure de fer un bon ús dels serveis:

... deures: participació i compromís dels ciutadans en serveis privats, públics i utilització de recursos. (G1 i G2 DD)



Gràfic 4: Atribució de les propostes de la dimensió “Presca de decisions compartida” a cada categoria.

Per a la PDC, destaca la “Modelització i estratègies assistencials”, que és la categoria que ocupa la primera posició, doncs totes les 58 propostes que s’han fet per aquesta dimensió hi estan incloses; seguida de la dimensió “Habilitats i estratègies en comunicació interpersonal” que conté 28 propostes. En aquest cas, les dimensions “Marcs avaluatius” i “Estratègies interdepartamentals” no inclouen cap proposta, i les “Actuacions en societat i ciutadania” solament dues. Pel que fa a la resta de dimensions, que es situen en posicions intermitges, el nombre de propostes que hi estan incloses es situen entre les 12 i les 15.

En la dimensió PDC, la “Modelització i estratègies assistencials” és, com en gairebé tots els casos, la categoria que ocupa la primera posició. Per a aquesta categoria, els participants proposen la necessitat de que els professionals sanitaris tinguin una visió integral de l’usuari per a poder-lo tractar millor, tenint en compte la seva situació social, familiar, cultural, etc.; i que l’usuari tingui un únic professional de referència que faciliti aquests aspectes.

Temps i adequació de les agendes per poder portar a terme decisions compartides. (G1 i G2 PDC)

Més coneixement dels professionals pel que fa a l’escala de valors del pacient i sensibilització. (G1 i G2 PDC)

Aconseguir el model bio-psico-social assolit a l’atenció primària a nivell hospitalari. (G1 PDC)

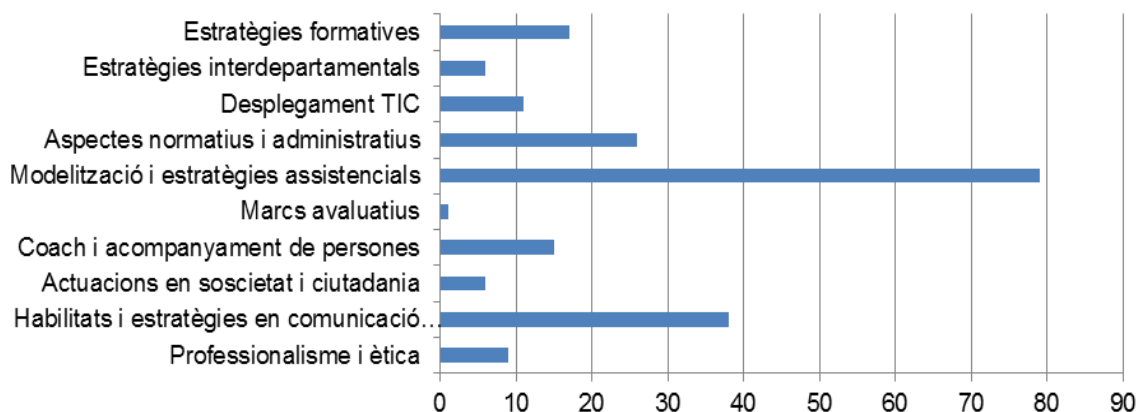
Com en les dimensions anteriors, proposen que el que hauria de canviar perquè l’usuari disposi del coneixement suficient sobre la seva malaltia per poder prendre decisions entorn l’atenció a la seva salut és que els professionals tinguin habilitats que facilitin la comunicació:

Formació facilitada per les direccions en psicologia, habilitats comunicatives, sensibilització dels professionals, treball en equip. (G1 i G2 PDC)

Fomentar la actitud holística entre tots els professionals dels diferents nivells. (G1 i G2 PDC)

A més, es recullen moltes propostes que inclouen certs canvis en les històries clíniques: que incorporin la presa de decisions compartida, que incloguin informació més àmplia del pacient més enllà de la purament mèdica, i que siguin comunes i informatitzades perquè sigui més fàcil compartir la informació entre professionals:

Incorporar a la història clínica necessitats i pensaments de la persona.(G1 i G2 PDC)



Gràfic 5: Atribució de les propostes de la dimensió “Planificació de decisions anticipades” a cada categoria.

Al gràfic 5 es pot veure que la categoria “Modelització i estratègies assistencials” és la que conté un nombre més elevat de propostes per a la dimensió PDA. Aquesta diferència és molt accentuada, i és que les 79 propostes d'aquesta categoria contraresten amb les 38 propostes de la dimensió “Habilitats i estratègies en comunicació” que ocupa la segona posició i les 26 propostes de la dimensió “Aspectes normatius i administratius” que es troba en tercera posició pel que fa al nombre de propostes incloses. En aquest cas, la dimensió “Marcos avaluatius” ocupa l'últim lloc ja que només inclou una proposta. La resta de categories es situen entre la quarta posició (“Estratègies formatives amb 17 propostes”) i la vuitena posició per a les categories “Actuacions en societat i ciutadania” i “Estratègies interdepartamentals” amb 6 propostes incloses cadascuna.

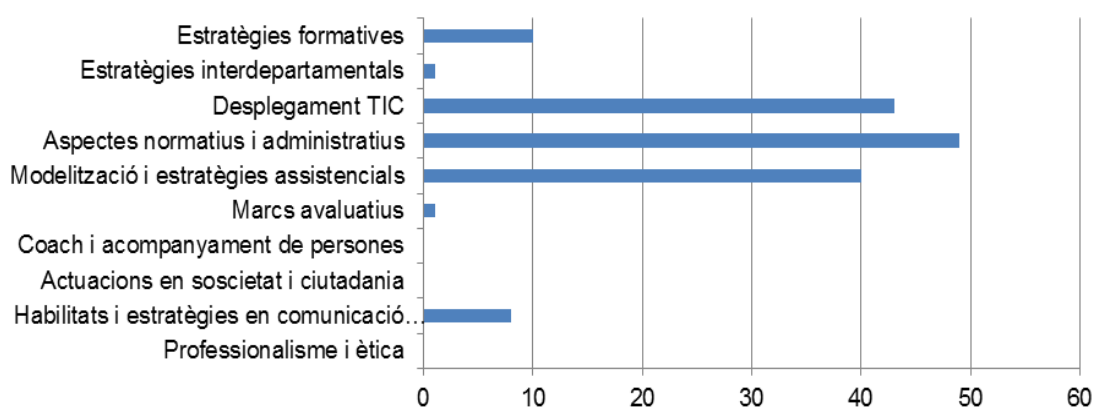
Per a la PDA, l'ordre de les categories amb més propostes incloses correspon amb els resultats globals de categorització. Ressalta que en aquesta dimensió és en la que hi ha més similitud entre totes les propostes, doncs hi ha un consens generalitzat de que el pacient ha de rebre, de la manera més idònia, tota la informació respecte la seva malaltia per a poder prendre decisions sobre com vol viure aquest procés, i de que el professional ha de respectar aquesta decisió. En aquests casos, opinen que el professional ha d'estar molt ben preparat ja que és l'encarregat d'esbrinar quina és la millor manera de transmetre la informació al pacient i d'assegurar-se que aquest la compren correctament:

Disposició d'informació veraç, sense ocultació, de manera gradual i assequible. (G1 i G2 PDA)

Pel que fa a allò que s'hauria de canviar per fer-ho possible, es proposen mesures en dos sentits principals. Per una banda, que els serveis sanitaris disposin de recursos perquè es puguin respectar les decisions dels usuaris i, per altra banda, que els professionals tinguin destresa suficient per saber gestionar aquestes situacions. Així, els participants dels dos grups proposen, entre d'altres mesures:

Que existeixin els recursos sanitaris necessaris per poder complir els desitjos dels pacients (prou llits hospital si el pacient hi decideix anar). (G1 i G2 PDA)

Disposar espai i temps per part dels professionals. (G1 i G2 PDA)



Gràfic 6: Atribució de les propostes de la dimensió “Model d’atenció no presencial” a cada categoria.

Pel que fa al MAnP, el gràfic 6 mostra que les categories “Aspectes normatius i administratius”, “Desplegament TIC” i “Modelització i estratègies assistencials” són les que més propostes recullen, entre 49 i 40. Per a aquesta dimensió hi ha tres categories que no engloben cap de les propostes fetes pels grups: “Coach i acompanyament de persones”, “Actuacions en societat i ciutadania” i “Professionalisme i ètica”. Les categories “Marcs avaluatius” i “Estratègies interdepartamentals” només inclouen una proposta cadascuna.

En relació a les categories de la dimensió MAnP que més propostes inclouen, els grups de treball proposen, entre d’altres, que allò que hauria de succeir és:

Accés a resultats i proves diagnòstiques, telemedicina i que sigui bidireccional. (G1 i G2 MAnP)

Flexibilitat en les visites. Evitar anar als serveis sanitaris i socials per activitats innecessàries. (G1 i G2 MAnP)

Per tant, hi ha la voluntat de que els usuaris puguin tenir accés a tota la informació inclosa a la seva història clínica, principalment a través de la plataforma “La meva salut”, i de que això faciliti i/o eviti les visites que no són estrictament necessàries. Perquè això sigui possible, els membres del grup proposen desenvolupar plataformes interactives, introduir APPs als mòbils, etc., que permetin dur a terme visites virtuals. Un nou sistema que, segons els participants, cal que vagi

acompanyat d'una formació prèvia en noves tecnologies als usuaris així com de grups d'ajuda en informàtica.

4.4 ELEMENTS DE CONSENS SOBRE QUINES ACCIONS S'HAN DE DUR A TERME

Taula 5: Comparació de les propostes per a la dimensió “Alfabetització en salut”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Millorar la informació sobre malalties, medicació prescrita i símptomes de la malaltia assegurant la seva comprensió i que aquesta sigui fiable (Internet, mitjans de comunicació, xarxes socials,..). Donar informació de signes d'alarma de les patologies.	22
	Empatia i relació de confiança poca escolta activa del professional. Crear confiança i vetllar per la seguretat del pacient.	
2	No utilitzar tecnicismes. Vocabulari més comprensible i millorar la comunicació oral i escrita.; Millorar habilitats comunicatives.	27
Global	Empatia i relació de confiança poca escolta activa del professional. Crear confiança i vetllar per la seguretat del pacient.	47

Pel que fa a les propostes sobre allò que hauria de passar per fer possible l'ACP per a la dimensió AeS, el G1 suggereix en primera opció dues propostes: la millora de la informació sobre les malalties i el tractament prescrit; i l'empatia, la relació de confiança i l'escolta activa del professional, que ha de vetllar per la seguretat del pacient. Aquesta última proposta és també la que ha obtingut més vots en el resultat global dels dos grups. En canvi, la prioritat del G2 ha estat la millora de la comunicació oral i escrita, deixant d'utilitzar tecnicismes i millorant les habilitats comunicatives.

Taula 6: Comparació de les propostes per a la dimensió “Drets i deures”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Co-responsabilitat - Pas d'usuari a propietari (participació activa).	30
2	Decisions compartides (ex. escolta activa, quan anem al metge que es respectin les nostres decisions).	34
Global	Decisions compartides (ex. escolta activa, quan anem al metge que es respectin les nostres decisions)	57

Tal i com es mostra a la taula 6, per a la dimensió DD el G1 ha votat com a proposta principal la participació activa i la coresponsabilitat, fent el pas d'usuari a propietari. En canvi, el G2 ha prioritzat la presa de decisions compartida, proposta que ha estat la més votada en el resultat

global, posant com a exemple l'escolta activa, el respecte de les decisions dels usuaris quan van a visitar-se amb el metge/essa, etc.

Taula 7: Comparació de les propostes per a la dimensió “Presa de decisions compartida”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Millorar les habilitats de comunicació dels professionals.	22
	El pacient s'ha de sentir escoltat, compres i valorat.	
2	Conscienciació i responsabilització del pacient que es un malalt. Trencar el paternalisme.	25
Global	Millorar les habilitats de comunicació dels professionals.	42

En tercer lloc, en relació a la PDC el resultat ha estat el següent. Per una banda, el G1 ha votat en primera opció dues propostes diferents: la millora de les habilitats comunicatives dels professionals, i que el pacient es senti escoltat, comprès i valorat. Per altra banda, el G2 ha optat per trencar amb el paternalisme del professional amb l'usuari. La proposta que ha obtingut més vots per part dels dos grups ha estat la primera proposta votada pel G1.

Taula 8: Comparació de les propostes per a la dimensió “Planificació de decisions anticipades”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Desmitificar decisions anticipades.	35
2	Importància de l'entorn familiar.	23
Global	Desmitificar decisions anticipades.	53

Per a la dimensió PDA, la proposta que ha rebut més vots del G1 ha estat la desmitificació de les decisions anticipades, que també ha estat la proposta més votada globalment; mentre que el G2 ha escollit donar importància a l'entorn familiar.

Taula 9: Comparació de les propostes per a la dimensió “Model d’atenció no presencial”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Accés universal a les dades de salut per part del ciutadà (inclosos els menors de 18 anys) i Introducció de dades “La meva salut” al LMS. Accés universal a les dades de salut per part de tots els professionals.	45
2	Accés universal a les dades de salut per part del ciutadà (inclosos els menors de 18 anys) i Introducció de dades “La meva salut” al LMS. Accés universal a les dades de salut per part de tots els professionals.	34
Global	Accés universal a les dades de salut per part del ciutadà (inclosos els menors de 18 anys) i Introducció de dades a “La meva salut”. Accés universal a les dades de salut per part de tots els professionals.	79

Per últim, el MAnP és el que més consens ha obtingut, doncs els dos grups han coincidit que l'accés universal a les dades de salut per part del ciutadà i dels professionals apareix és la més important.

4.5 ELEMENTS DE CONSENS SOBRE COM S'HAN DE DUR A TERME LES ACCIONS

Taula 10: Comparació de les propostes per a la dimensió “Alfabetització en salut”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Millorar la relació entre professional-pacient/ humanització, personalització, respecte i bon tracte. Defugir del paternalisme. Menys burocràcia.	26
2	Millorar la relació entre professional-pacient/ humanització, personalització, respecte i bon tracte. Defugir del paternalisme. Menys burocràcia.	30
Global	Millorar la relació entre professional-pacient/ humanització, personalització, respecte i bon tracte. Defugir del paternalisme. Menys burocràcia.	56

A la taula 10, s'observa que per a la dimensió AeS, la proposta més votada per part dels dos grups ha estat la millora de la relació entre el professional i el pacient, defugint del paternalisme i reduint la burocràcia.

Taula 11: Comparació de les propostes per a la dimensió “Drets i deures”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Augmentar/ Millorar la informació i el coneixement / educació sanitària.	25
2	Augmentar/ Millorar la informació i el coneixement / educació sanitària.	29
Global	Augmentar/ Millorar la informació i el coneixement / educació sanitària.	54

Per a la dimensió DD, els participants dels dos grups han coincidit en les votacions que cal augmentar i/o millorar la informació i el coneixement de l'usuari a través de l'educació sanitària.

Taula 12: Comparació de les propostes per a la dimensió “Presa de decisions compartida”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Més formació humanística a pregrau i postgrau en ètica i habilitats en comunicació. Orientar la formació vers el pacient i no la malaltia.	26
2	Augmentar la formació dels pacients (també del pacient expert).	24
Global	Més formació humanística a pregrau i postgrau en ètica i habilitats en comunicació. Orientar la formació vers el pacient i no la malaltia.	45

Fent referència a la dimensió PDC, tal i com s'observa a la taula 11, el G1 ha escollit la modificació de la formació que reben els professionals sanitaris, proposta que també ha estat la més votada en el global dels dos grups. En canvi, el G2 ha optat per a l'augment de la formació dels pacients més que no pas la dels professionals, incloent-hi també el pacient expert.

Taula 13: Comparació de les propostes per a la dimensió “Planificació de decisions anticipades”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Economia d'escala.	26
2	Fer tutories, grups de treball amb els pacients amb la mateixa situació.	26
Global	Fer tutories, grups de treball amb els pacients amb la mateixa situació.	41

Per a la planificació de decisions anticipades, el G1 ha proposat en primera opció l'economia d'escala. El G2 ha votat fer tutories i grups de treball amb els pacients que es trobin en la mateixa situació, proposta que ha sorgit com a prioritària en les votacions globals dels dos grups.

Taula 14: Comparació de les propostes per a la dimensió “Model d’atenció no presencial”.

GRUP	PROPOSTA	NOMBRE DE VOTS
1	Plataforma que permeti l'accés universal a les dades del ciutadà, definint perfils per personalitzar “La meva Salut” LMS. Connexió dels sistemes d'informació dels diferents proveïdors, amb això es creen sistemes d'intel·ligència artificial. Compartir dades per permetre la utilització de sistemes predictius.	35
2	Plataforma que permeti l'accés universal a les dades del ciutadà, definint perfils per personalitzar “La meva Salut” LMS. Connexió dels sistemes d'informació dels diferents proveïdors, amb això es creen sistemes d'intel·ligència artificial. Compartir dades per permetre la utilització de sistemes predictius.	31
Global	Plataforma que permeti l'accés universal a les dades del ciutadà, definint perfils per personalitzar “La meva Salut”. Connexió dels sistemes d'informació dels diferents proveïdors, amb això es creen sistemes d'intel·ligència artificial. Compartir dades per permetre la utilització de sistemes predictius.	66

Per últim, pel que fa al MAnP, a la taula 13 es pot veure que els dos grups han coincidit en que allò que s'hauria de canviar és la creació d'una plataforma que permeti l'accés universal a les dades del ciutadà amb un perfil personalitzat.

4.6 ÀMBIT D'INCIDÈNCIA PRINCIPAL DE LES PROPOSTES

Taula 15: Actuacions clau en l'Atenció Centrada en la Persona i àmbit d'actuació.

ACTUACIONS	ÀMBIT D'INCIDÈNCIA			
	PERSONES	PROFESSIONALS	ORGANITZACIÓ	SISTEMA SANITARI
Afavorir la integració assistencial, implementant un procés d'atenció únic, coordinat i harmònic, on la persona és l'eix central del mateix.	X	-	-	-
Generar el pas de la condició d'usuari a la de copropietari dels serveis que la persona rep. Aquesta transició cal fer-la visible a tots els nivells assistencials i adaptar-la a la realitat i condicions de cada territori.	X	-	-	-
Assegurar l'accessibilitat com un tema central que permeti, entre d'altres fites, adequar els horaris a les necessitats de les persones, prestar una atenció resolutiva, gestionar les llistes d'espera amb màxima transparència, facilitar l'accés a les segones opinions o gaudir d'una atenció digna i excel·lent al final de la vida.	X	-	-	-
Oferir un model assistencial, d'acord amb els recursos disponibles, capaç de facilitar eines a les persones per a la implicació en la cura de la seva salut i per tal que esdevinguin subjectes actius en el seu procés d'atenció.	X	-	-	-

ACTUACIONS	ÀMBIT D'INCIDÈNCIA			
	PERSONES	PROFESSIONALS	ORGANITZACIÓ	SISTEMA SANITARI
Actualitzar i posar en valor els atributs i els compromisos del professionalisme. En aquest context, hom proposa de crear la figura de líder de professionalitat i ètica dins l'equip de treball.	-	X	-	-
Constituir organismes de creació i innovació per territoris, àmbits, SAP, etc. on els professionals i ciutadans puguin aportar les seves idees que, amb els recursos disponibles, les puguin portar a la pràctica.	X	-	X	-
Crear el model d'ACP de l'ICS, fent partícips als professionals que hi treballen, de manera que se sentin valorats i cuidats, i puguin orientar la seva praxi al model definit.	-	X	X	-
Estimular el sentit autocrític i l'actitud de millora contínua dels equips professionals, reflexionant sobre què cal deixar de fer perquè no aporta valor, i com es poden redissenyar les actuacions que són pertinents per afavorir el canvi de model centrat en la persona.	-	X	X	-
Adaptar les estratègies organitzatives a la realitat i especificitats de cada territori. Cal donar llibertat als professionals que lideren els equips per poder decidir, treballar i solucionar els problemes del territori. Cal enfocar centralment el QUÈ, però donar opcions a que els COMs s'estableixin en termes locals i territorials i centrats en les necessitats i preferències de les persones ateses.	-	X	X	-
Dissenyar i implementar plans de formació que incorporin aspectes relacionats amb el professionalisme, el sentit ètic de la praxi i les habilitats comunicatives. Aquests hauran de ser revisats, actualitzats i mantinguts amb una formació contínua a mida. Aquesta formació ha de formar part del pla d'acollida a nous professionals i, posteriorment, han de ser avaluades les actituds i habilitats adquirides.	-	X	X	-
Fomentar la promoció d'intercanvis entre els professionals dels diferents equips del territori per tal que es coneguin, estableixin complicitats i vincles de confiança i assoleixin, així, els objectius comuns de manera més fàcil.	-	X	X	-
Adequar els RRHH a les necessitats reals del context i de les persones ateses, promovent, per exemple, que la borsa de treball s'orienti al perfil de professional que es necessita per a un lloc de treball, o l'adequació del sistema de nòmines a la feina i els resultats.	-	-	X	-
Donar a conèixer a la població, de manera transparent i accessible, els resultats generats pels equips i els territoris.	-	-	X	-
Assegurar l'actualització periòdica dels paquets avaluatius i la monitorització <i>en ruta</i> dels assoliments.	-	-	X	-

ACTUACIONS	ÀMBIT D'INCIDÈNCIA			
	PERSONES	PROFESSIONALS	ORGANITZACIÓ	SISTEMA SANITARI
Compartir el nou model d'ACP amb els diferents proveïdors que interactuen amb l'ICS, de manera que s'assoleixi un nivell màxim de comunicació entre persones i organitzacions en un context d'atenció integrada.	-	-	X	X
Fixar objectius d'atenció integrada amb visió territorial per tal que tots els agents i estaments professionals s'alineïn amb les mateixes fites i s'afavoreixi un entorn òptim de coordinació i pràctiques col·laboratives.	-	-	X	X
Potenciar l'autonomia de gestió i l'autonomia professional com enfocaments cabdals per aconseguir organitzacions centrades en les persones. Cal defugir de les rigideses directives implementant un funcionament menys gerencial i amb un major enfocament <i>bottom-up</i> . Les direccions han de ser facilitadores de les realitats i les iniciatives dels territoris.	-	-	X	X
Incorporar el vessant humanístic, l'ètica i les habilitats comunicatives en els currículums acadèmics i professionals de la institució.	X	X	X	-
Iniciar accions de formació, informació i educació per als professionals i la ciutadania paral·lelament per tal de millorar la comunicació interpersonal i l'ús de xarxes socials, TIC, etc. Valorar la possibilitat de posar els serveis d'informació a disposició de les necessitats dels professionals i les persones amb els mitjans i recursos adients.	X	X	-	X
Protegir la transformació del model d'atenció centrada en la persona dels canvis polítics, convertint-lo en un projecte estable a llarg termini que permeti implementar el canvi cultural en el Sistema sanitari català. Tanmateix, cal aconseguir que les propostes i actuacions derivades del nou model arribin a la ciutadania i a cada un dels professionals i els impliqui activament.	-	-	-	X
Potenciar i promoure el sentit de la coresponsabilitat des d'edats temperanes (hauria de començar des de l'edat escolar) afavorint la sostenibilitat dels sistemes públics d'atenció a les persones, amb la capacitat per a l'autocura en la seva salut i amb a la presa de decisions compartides.	-	-	-	X
Retornar la centralitat dels valors en l'acte assistencial. El professional ha de poder exercir i combinar aquests valors amb l'evidència i la competència tècnica.	-	X	X	X
Analitzar la vàlua dels professionals tenint en compte l'impacte de la seva acció assistencial sobre les persones ateses en termes de: resultats en salut, eficiència de les actuacions i experiència o vivència percebuda.	X	X	X	X
Aprofundir en els canals de comunicació adreçats als pacients, instaurant la prescripció d'informació associada a resultats. Ex: en la informació que arriba a través de La Meva Salut (analítiques, RX, d'altres), que vagi acompanyada de la informació que es requereixi per fer-la entenedora (breu informe).	X	X	X	X
Definir una línia estratègica 2.0 per tal de millorar la informació i els serveis a la ciutadania, garantint que aquesta sigui implementada a tots els equips.	X	X	X	X

De la classificació de les propostes segons l'àmbit d'incidència es desprèn que, en primer lloc, les propostes en relació als canvis en el model organitzatiu són les més repetides, doncs s'hi inclouen 17 propostes. En segon lloc, hi ha les propostes classificades en l'àmbit de professionals, que conté 12 propostes i, per últim, aquelles relacionades amb les persones i amb el sistema sanitari, que comprenen 10 propostes cadascuna.

Per a l'àmbit de la persones, els diferents grups exposen que s'ha de garantir l'accés als serveis i que aquests afavoreixin les condicions necessàries per a la PDC i la PDA; que cal un apoderament bidireccional, tant dels professionals com de la ciutadania; que cal garantir el dret a decidir a totes les persones sobre el seu procés de final de vida; que l'usuari ha de ser el centre de l'atenció i que aquesta atenció ha d'estar en concordança amb les seves necessitats; que els ciutadans volen ser participants dels dissenys d'estratègies TIC adreçades als nous models relacionals d'atenció no presencial; i que volen col·laborar en els processos de presa de decisions en les polítiques sanitàries.

En l'àmbit organitzatiu es proposa un nou model de gestió en el que els serveis sanitaris i socials estiguin coordinats i integrats; en el que es facilitin espais perquè els ciutadans puguin participar en el disseny de polítiques sanitàries i socials i dissenyar un nou model assistencial amb la participació de les persones; que s'adaptin a les estratègies organitzatives a les característiques de cada territori; i, per últim, que es dissenyin i implementin plans de formació per a professionals que estimulin les actituds i habilitats necessàries pel desenvolupament de l'ACP.

Pel que fa a les propostes que incideixen amb els professionals, moltes d'elles estan relacionades també amb l'àmbit organitzatiu. En aquest sentit es proposa que els professionals participin en el model d'ACP de l'ICS; que s'estimuli el sentit crític dels professionals perquè redissenyin les actuacions per afavorir el canvi a un model d'ACP; que s'implementi formació en aspectes relacionats amb el professionalisme, el sentit ètic de la pràctica i les habilitats comunicatives; i que es faciliti que els professionals de diferents territoris treballin de manera coordinada per a poder assolir els objectius comuns més fàcilment.

En relació a les propostes que incideixen en l'àmbit del sistema sanitari destaca que s'afavoreixin les condicions necessàries perquè els diferents sistemes d'arreu del territori treballin de forma integrada i coordinada per a assolir fites comunes, a la vegada que s'ha de permetre una gestió autònoma de cada organització amb un enfocament *bootom-up*; que el model d'ACP comporti un canvi cultural en el sistema sanitari català; i, per últim, que es fomenti el sentit de responsabilitat en matèria de salut des d'edats primerenques.

Per acabar, considerant aquelles propostes que tenen incidència en tots o gairebé tots els àmbits, hi ha la implementació d'un MAnP per tal de millorar la informació i els serveis a la ciutadania, com pot ser a través de "La Meva Salut"; l'avaluació dels professionals tenint en compte l'impacte que les seves actuacions tenen sobre les persones ateses; la promoció del retorn dels valors com a aspecte central en l'acte assistencial; i, com apareix també en altres propostes per a la resta d'àmbits d'incidències, la formació per als professionals i futurs professionals en termes d'habilitats comunicatives i aspectes humanístics i ètics.

5. DISCUSSIÓ DE RESULTATS

5.1 SÍNTESI I INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS

Pel que fa als elements identificats com a clau per a l'ACP destaca, en primer lloc, la voluntat de les persones de contribuir activament en tot allò que té a veure amb l'atenció a la seva salut, ja sigui a través de la seva participació en les polítiques sanitàries i socials com en la participació en la presa de decisions informada, interès que també s'ha detectat en els estudis de Greenhalgh amb persones amb malalties cròniques (40) i en la revisió sistemàtica duta a terme per Mangin, Stephen, Bisman i Risdon (48). Per a desenvolupar aquest nou enfocament, un dels elements clau que s'ha identificat és la formació des de l'escola en temes de salut com a matèria curricular, doncs un estudi dut a terme amb pacients hospitalitzats a la unitat quirúrgica d'un hospital australià demostra que els participants no coneixen el concepte d'ACP (49). En segon lloc, ressalta la demanda d'humanització del sistema sanitari, ja que els participants esperen dels professionals que els escoltin, els comprenguin i els valorin. Per a aconseguir-ho, es proposa la millora de les habilitats comunicatives dels professionals i la introducció de la formació humanística en pre-grau i post-grau. En aquest sentit, també destaquen el dret a un procés de final de vida digne. Per últim, s'emfatitza l'accés universal del ciutadà a les seves dades, l'optimització del potencial de la teleassistència i les TIC relacionades amb la salut i la desburocratització de les consultes.

A partir de la categorització de QUÈs i COMs de les cinc dimensions de l'ACP, es desprèn que, en global, la "Modelització i estratègies assistencials" és la categoria que més propostes inclou respecte les altres, seguida, en segon lloc, de les "Habilitats i estratègies en comunicació interpersonal" i, en tercer lloc, dels "Aspectes normatius i administratius"; patró que es repeteix per a les dimensions DD i PDA. A més, per a les altres tres dimensions, la "Modelització i estratègies assistencials" es situa en totes elles en la primera o segona opció, motiu pel qual, es pot dir que desenvolupar els models assistencials sembla ser l'acció més important. I és que tal i com assenyalen Collins i Coulter, l'ACP va molt més enllà de tractar a les persones amb compassió, dignitat i respecte, cosa que la majoria dels professionals sanitaris ja fan; es tracta de que el servei estigui ben coordinat i estructurat de manera que recolzi i capaci a les persones per fer-se càrrec de les seves condicions (50).

Pel que fa als elements de consens sobre quines accions s'han de dur a terme, només hi ha hagut consens dels dos grups per a la dimensió MAnP. No obstant, en la resta de temes de treball, la proposta que ha obtingut més vots globalment sempre ha estat la prioritat d'un dels dos grups, essent els membres del grup 1 els que més propostes han aconseguit situar en el resultat global, doncs quatre dels elements que han votat en primera opció han sorgit com a elements més votats del resultat general, per dos elements del grup 2. Pel que fa al resultat global, millorar les habilitats de comunicació dels professionals, que era una de les opcions escollides pel grup 1, va ser la proposta més votada. Sobre les propostes sobre com s'han de dur a terme les accions

proposades per fer possible l'ACP hi ha hagut més consens que en les votacions d'allò que hauria de passar. Així, per a la dimensió AeS, DD i MAnP, els dos grups han coincidit en la prioritització de les propostes.

Una vegada analitzats els elements claus de l'ACP, els resultats obtinguts a partir de la categorització de les propostes i els elements de consens sobre quines accions són necessàries per fer possible l'ACP amb visió 2025 i sobre què s'hauria de canviar perquè això fos possible, es veu que el que apareix a cada dimensió de treball, a excepció de a la dimensió MAnP, és la voluntat dels participants de que l'usuari disposi de tota la informació sobre la seva malaltia per a poder prendre decisions compartides sobre l'atenció a la seva salut. Així, la PDC, tot i que és un tema que s'ha tractat de forma específica, apareix a cada dimensió de treball com a enfocament en què els professionals i els usuaris dels serveis sanitaris prenen les decisions conjuntament en base a la millor evidència disponible. Això implica animar als pacients a pensar sobre les opcions disponibles en relació a la detecció, tractament i gestió de la seva malaltia així com els possibles beneficis i danys de cadascun de les opcions per tal que puguin expressar les seves preferències i que se'ls pugui ajudar a escollir la millor opció per ells. Cada vegada hi ha més països que estan promovent la implementació de la PDC ja que respecta l'autonomia del pacient, promou la participació, té un reconegut imperatiu ètic i hi ha una evidència provada dels beneficis que comporta (51).

A més, en tots els casos apareix la necessitat d'una millora de la formació dels professionals que han de proporcionar aquesta informació, una formació que passa per l'adquisició d'habilitats comunicatives i relacionals però també una formació en l'àmbit humanístic perquè aquests siguin més sensibles i respectuosos a les necessitats dels pacients. Aquestes propostes coincideixen amb els resultats d'un estudi realitzat a Austràlia amb persones amb malalties cròniques amb l'objectiu d'identificar les seves preferències per a poder millorar la qualitat de l'ACP en l'atenció primària. Segons aquest, les iniciatives dirigides a la facilitació d'informació sobre la malaltia, a més d'assegurar l'accés al servei són els elements percebuts com als més prioritaris. Algunes propostes específiques que els participants fan en aquest sentit inclouen la necessitat de que el pacient rebi informació sobre el progrés de la seva malaltia i els resultats de les proves que se li realitzen, i les llistes completes i fiables de fonts d'informació on ells puguin consultar (52). Altrament, un estudi dut a terme també a Austràlia amb persones amb malalties cròniques i amb els seus cuidadors, situa en quart lloc d'importància l'educació i la informació. Pels participants, rebre informació sobre les diferents opcions de tractament i dels serveis de suport possibles, i obtenir més informació sobre els medicaments que reben, perquè s'utilitzin, com s'han d'utilitzar, quins efectes secundaris tenen, etc. és una prioritat important però no la primera. En aquest cas, la prioritat principal d'aquestes persones és l'accés a l'assistència sanitària, referint-se a l'accés físic com a la capacitat d'accedir a l'atenció i al tractament mèdic, sense demora i en un temps raonable; a l'accés mediambiental, que es refereix a disposar d'espais d'estacionament en els centres de salut; i a l'accés social, relacionant-ho a l'assistència sanitària equitativa per a les persones de tots els nivells socioeconòmics (53).

Pel que fa al MAnP, tot i que és el que conté propostes més diferenciades en relació a les altres dimensions, també inclou l'accés a la informació personal com a element clau, tot i que en aquest cas a través de plataformes com ara "La meva salut" i d'altres tecnologies; i la formació com a aspecte necessari perquè els usuaris siguin capaços de fer ús d'aquests sistemes. No obstant, en aquest cas, el desenvolupament de nous sistemes informatius també apareix com a canvi necessari pel desenvolupament de l'ACP. Aquests resultats concorden amb els obtinguts en un grup de discussió sobre l'ACP amb persones expertes i persones usuàries dels serveis de salut de Gran Bretanya en el qual es va discutir, entre d'altres, l'ús de les noves tecnologies per avançar en l'ACP. La llista que aquest grup va elaborar inclou que els pacients puguin estar en contacte amb el seu professional de referència a través de correu electrònic o a través de teleconferència i que es puguin obtenir els resultats de les proves complementària via SMS (50).

Per tot això, es confirma la necessitat que hi ha d'haver un canvi en els plans de formació dels professionals que inclogui formació en relació a l'ACP. Això coincideix amb els resultats sorgits en el procés de discussió sobre l'ACP dut a terme a Gran Bretanya citat anteriorment, on els participants estan d'acord que proporcionar a les persones el suport que necessiten per fer front a la malaltia i controlar la seva salut és una necessitat i que no es pot aconseguir sense la reestructuració dels models tradicionals d'atenció a la salut. Perquè això es produeixi, hi ha hagut consens entre els participants de que una reforma de l'educació mèdica i un fort lideratge dels equips clínics són els canvis essencials (50).

Així doncs, a partir de l'anàlisi tots els resultats, es pot comprovar com les propostes fetes pels participants del treball en totes les dimensions són molt semblants a altres models d'ACP com és el proposat per de *National Voices*, el qual destaca que les bases del model d'ACP han d'incloure (54): les decisions compartides sobre el tractament; l'atenció i el suport a la planificació; la informació, l'educació i el suport a l'autogestió, incloent el suport entre iguals; l'accés als registres personals; i la formació i desenvolupament d'habilitats necessàries per a l'ACP en professionals de la salut. No obstant, aquesta associació també proposa altres elements que en aquests treball no han sorgit com són els pressupostos personals per donar a les persones un major control sobre la forma en què cuiden la seva salut.

5.2 PUNTS FORTS I LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Com a punt fort de l'estudi cal destacar els avantatges que suposa l'ús de la tècnica de grup nominal, que ha permès afavorir la llibertat de pensament i equilibrar la participació entre les persones del grup. Això ha estat molt útil ja que s'ha pogut eliminar la pressió de grup, fet que s'ha observat clarament durant el desenvolupament de la dinàmica.

En segon lloc, una de les limitacions de la tècnica de grup nominal és que les decisions s'adopten per majoria i no per consens, de manera que existeix el perill que algunes bones propostes no es tinguin en compte per no haver estat classificades en els primers llocs (42). No obstant, pel sentit

que pren aquest projecte, la tècnica de grup nominal ha estat la més idònia, ja que no hi ha bones o males propostes sinó que les bones són aquelles a les quals els participants donen importància.

En tercer lloc, destaca el fet que la mostra inclou una àmplia variabilitat de participants, la qual cosa fa que els resultats siguin representatius dels punts de vista dels professionals de diferents disciplines i àmbits assistencials i dels pacients que formen part del PPE-CAT®. Cal destacar que les perspectives dels pacients experts i dels professionals són de gran interès en aquesta àrea ja que la seva condició i les seves experiències en primera persona els fa coneixedors en profunditat dels serveis i, per tant, sobre què cal fer i com s'ha de fer per impulsar una atenció més centrada en les persones. Això ha servit com a mitjà per desenvolupar preguntes d'estudi en més profunditat. A més, la incorporació de les prioritats i les preferències dels ciutadans i dels usuaris dels serveis sanitaris en el procés de presa de decisions per a l'elaboració de polítiques públiques millora la qualitat en els sistemes de salut i es considera també una esfera de la medicina basada en l'evidència (40,48).

Pel que fa a les limitacions de l'estudi, per una banda, tot i l'evidència que els estudis dissenyats amb mostreig teòric tenen una major transferibilitat-aplicabilitat a altres contextos (55) i que la mostra d'aquest estudi inclou una àmplia gamma de participants, la generalització dels resultats és limitada a causa de que la població era una mostra seleccionada a conveniència tant pel que fa als professionals, com als ciutadans, com als representants dels usuaris dels serveis de salut.

Per altra banda, pel que fa a la mostra d'estudi, la manca de dades sociodemogràfiques de nombrosos participants no ha permès relacionar les propostes amb aquestes dades.

5.3 LÍNIES DE RECERCA FUTURA

La línia de recerca futura principal que aquest estudi planteja és la conveniència de dur a terme estudis longitudinals en aquesta àrea per entendre si les prioritats en salut de les persones canvien en el temps i com ho fan.

A banda d'això, per superar les limitacions d'aquest estudi es podria plantejar un nou procés en el qual poguessin intervenir-hi una gamma més àmplia de persones i en el qual es tingués en compte que la mostra fos representativa de la ciutadania susceptible de fer ús del serveis sanitaris del Sistema de Salut de Catalunya. D'aquesta manera es podrien genera resultats extrapolables a tota la població.

Finalment, caldria plantejar més investigacions per determinar quina és la millor manera d'involucrar els pacients i a les seves famílies en el desenvolupament de programes d'investigació del sistema de salut i les conseqüències de fer-ho.

5.4 APLICABILITAT I UTILITAT DE L'ESTUDI

Tenint en consideració que des de diferents nivells hi ha la voluntat de treballar pel desenvolupament d'un model d'ACP, aquest treball recull els elements necessaris per planificar i

iniciar un projecte de canvi. Aquest estudi suposa una font important d'informació sobre les prioritats d'atenció de salut que tenen els usuaris, els ciutadans i els professionals de l'àmbit territorial de Catalunya i que han de constituir l'essència del model d'ACP que permetrà avançar en els nous escenaris de futur.

Com que l'ACP implica un canvi de rol per part dels professionals i dels usuaris dels serveis sanitaris per adaptar-se a les noves exigències del model, és necessari que les organitzacions que decideixin assumir-lo ofereixin formació i acompanyament suficient per oferir recolzament a tots aquests agents al llarg del procés de canvi.

6. CONCLUSIONS

A partir de les dades obtingudes en aquest estudi i donant resposta als objectius plantejats, es pot concloure que:

- És necessària la incorporació d'un model d'atenció que s'ajusti als nous reptes socials i a les necessitats de les persones, tenint en compte que el desafiament consisteix en apoderar la ciutadania perquè es pugui coresponsabilitzar de la seva salut.
- La implementació de l'ACP a Catalunya requereix un canvi del model i de les estratègies assistencials en el que la persona sigui l'eix central de l'atenció.
- Les persones volen contribuir activament en tot allò que fa referència a l'atenció a la seva salut: des de la participació en l'elaboració de polítiques sanitàries i socials fins a la participació en la presa de decisions informada. Això també inclou la participació en la creació del model d'ACP de l'ICS.
- Per a la dimensió "Alfabetització en salut" cal establir relacions entre el professional de salut i l'usuari que es basin en la confiança, el respecte i l'empatia. També és necessari que el pacient rebi la màxima informació possible sobre la seva malaltia per a poder esdevenir subjecte actiu en el seu procés d'atenció. Per aconseguir-ho, s'ha d'incorporar la vessant humanística, l'ètica i les habilitats comunicatives en la formació acadèmica dels professionals sanitaris i hi ha d'haver un procés de desburocratització del sistema.
- Per a la dimensió "Drets i deures", s'ha de fomentar la presa de decisions compartida i que el professional sanitari respecti les decisions preses. Són necessàries noves formes d'atenció que s'ajustin a les preferències de les persones i que permetin que aquestes puguin tenir l'autocontrol de les seves vides. Allò que s'hauria de canviar és el desenvolupament de nous models formatius per a la ciutadania en general que introdueixin continguts de promoció de la salut i d'educació sanitària; però també la incorporació de la vessant humanística en la formació acadèmica dels professionals sanitaris.
- Per a la dimensió "Presa de decisions compartida", els professionals sanitaris han d'acordar i elaborar el pla de vida de l'usuari de forma conjunta d'acord amb la valoració integral de les seves necessitats i capacitats, i han de reconèixer la dignitat de la persona respectant-ne les creences, els valors, les conviccions i l'autonomia. Per a aconseguir-ho, els professionals sanitaris han de rebre formació que els permeti disposar dels coneixements adequats, les habilitats, les actituds i la mentalitat oberta per treballar de manera compartida. També cal formar professionals compromesos amb el model d'ACP per constituir-se en líders del procés de canvi.
- En relació a la "Planificació de decisions anticipades", cal que la persona disposi de tota la informació que té relació amb la seva malaltia i s'ha de desmitificar el concepte de

planificació de decisions anticipades. Per fer-ho, s'han de promoure els grups de treball i d'ajuda mútua amb pacients amb la mateixa situació, inclòs el Programa Pacient Expert Catalunya®.

- Per al "Model d'atenció no presencial" s'ha d'assegurar l'accés universal del ciutadà als registres personals per facilitar el contacte de l'usuari amb el professional, per donar suport a l'autogestió i a les decisions compartides i per augmentar el compromís de les persones en la seva cura. Per això, s'ha d'optimitzar el potencial de les TIC relacionades amb la salut, inclòs l'espai digital "La Meva Salut".
- L'ACP incideix principalment en l'àmbit organitzatiu.
- L'organització s'ha de redissenyar per implementar nous models de gestió que s'adaptin a les realitats i especificitats de cada territori.
- Donat que l'ACP implica un canvi de rol professional per adaptar-se a les noves exigències del model d'atenció, és necessari que les organitzacions que decideixin assumir-lo ofereixin formació, acompanyament i donin recolzament al llarg del procés de canvi.

7. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra; 2008.
2. Rodríguez P. Atención centrada en la persona. Papeles la Fund Pilares para la Auton Pers. 2013;1:122.
3. Rogers C. On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Constable, editor. London; 1961.
4. Health Foundation. What is person-centred care? | Person-Centred Care Resource Centre [Internet]. What is person-centred care? 2016 [cited 2016 Jan 11]. Available from: <http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred-care/what-person-centred-care>
5. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. Health Aff [Internet]. 2010 Aug 2 [cited 2015 Oct 8];29(8):1489–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679652>
6. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. J Adv Nurs. 2013;69(1):4–15.
7. Health Foundation. Person-centred care made simple. London: The Health Foundation; 2014.
8. National Ageing Research Institute. What is person-centred health care? A literature review. 2006;(February):105.
9. Mwangi J, Tritter J. Patient-centred Healthcare Indicators Review [Internet]. London; 2012. Available from: <http://iapo.org.uk/patient-centred-healthcare-resources>
10. Generalitat de Catalunya. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Barcelona; 2016.
11. van Dulmen SA, Lukersmith S, Muxlow J, Santa Mina E, Nijhuis-van der Sanden MWG, van der Wees PJ, et al. Supporting a person-centred approach in clinical guidelines. A position paper of the Allied Health Community - Guidelines International Network (G-I-N). Heal Expect. 2015;18(5):1543–58.
12. Lopez MÁ, Marín AI, de la Parte JM. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Siglo Cero Rev española sobre discapacidad Intelect. 2004;35(2):45–55.
13. Don Redding at Forum ITESSS' Person centred care Conference on Vimeo [Internet]. Person centred care Conference. 2016 [cited 2016 Jan 11]. Available from: <https://vimeo.com/121658667>
14. Alharbi TS, Carlström E, Ekman I, Olsson L-E. Implementation of person-centred care: management perspective. J Hosp Adm. 2014;3(3):107–20.
15. Coulter A. BMJ Blogs: The BMJ » Blog Archive » Angela Coulter: Person centred care—what works? [Internet]. Person centred care—what works? 2014 [cited 2016 Jan 11]. Available from: <http://blogs.bmj.com/bmj/2014/06/16/angela-coulter-person-centred-care-what-works/>
16. National Voices. Improving information and understanding [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 27]. Available from: <http://www.nationalvoices.org.uk/improving-information-and->

understanding

17. National Voices. Supporting shared decision-making [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 27]. Available from: <http://www.nationalvoices.org.uk/supporting-shared-decision-making>
18. National Voices. Supporting self-management. London: National Voices; 2014. p. 27.
19. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* [Internet]. 1989 Mar [cited 2016 Jun 16];27(3 Suppl):S110–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2646486>
20. National Health Service. Patient empowerment : for better quality , more sustainable health services globally [Internet]. London; 2014. Available from: <http://www.appg-globalhealth.org.uk/>
21. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2015 Jun 17];32(2):207–14. Available from: http://content.healthaffairs.org/content/32/2/207?ijkey=cdf94386749b20903bfbdd2df62cd834dd3e2446&keytype2=tf_ipsecsha
22. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* [Internet]. 2000 Sep [cited 2016 Jun 16];49(9):796–804. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11032203>
23. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Jun 13];20(12):600–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120591>
24. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2008 Nov [cited 2016 Jun 16];100(11):1275–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19024223>
25. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva; 2015.
26. Muir R, Quilter-Pinner H. Powerful People: Reinforcing The Power of Citizens and Communities in Health and Care. 2015;(July):1–54.
27. Ruiz-azarola A, Perestelo-pérez L. Participación ciudadana en salud : formación y toma de decisiones compartida . Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* [Internet]. SESPAS; 2012;26:158–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.005>
28. Coulter A. Patient engagement--what works? *J Ambul Care Manage* [Internet]. [cited 2016 Jul 11];35(2):80–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22415281>
29. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centred care: Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients. London; 2014.
30. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* [Internet]. 2005 Aug [cited 2016 Jul 11];15(4):355–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15975955>
31. Coulter A. Patients' views of the good doctor. *BMJ* [Internet]. BMJ Group; 2002 Sep 28 [cited 2016 Jul 11];325(7366):668–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12351342>
32. World Health Organization. World health report 2013: research for universal health

coverage. [Internet]. Geneva; 2013. Available from:

<http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Z69vxfRfFlsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=The+World+Health+Report+World+Health+Organization&ots=cGIRdfJC5w&sig=l1QgvreK6xZ4Uwdk3rCNR-hUP2g>

33. Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Of del Estado [Internet]. 2002;274:40126–32. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
34. Parlament de Catalunya. Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica [Internet]. Barcelona; 2011. p. 1–5. Available from: http://www.parlament.cat/activitat/catalog/TL_12Con.pdf
35. Gobierno de España. Llei Orgànica 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència. BOE núm 299. 2006;pàg. 44142–56.
36. Generalitat de Catalunya. Pla salut de Catalunya 2011- 2015. Barcelona; 2012.
37. González A. Programa Pacient Expert Catalunya: una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015. p. 1–5.
38. Generalitat de Catalunya. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària [Internet]. 1a ed. CatSalut, editor. Barcelona; 2015. Available from: <http://www.gencat.cat/ics/usuarios/drets3.htm>
39. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra; 1978. p. 1–93.
40. Greenhalgh T. Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient. BMJ [Internet]. 2009 [cited 2016 Jul 13];338:b49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19223339>
41. Generalitat de Catalunya. Informació corporativa Institut Català de la Salut [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 6]. Available from: <http://www.gencat.cat/ics/infocorp/>
42. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Quad Salut pública i Adm serveis Salut. 1994;1.
43. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm [Internet]. Springer Netherlands; 2016; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-016-0257-x>
44. Van de Ven A, Delbecq AL. Técnicas grupales para la planeación. 2a ed. Trillas, editor. Mèxic; 1984.
45. Martí J. Eines per a la participació ciutadana. Tècniques participatives per al debat grupal. Distribution. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2006.
46. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? JAMA [Internet]. Jan [cited 2016 Mar 29];283(20):2701–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10819955>
47. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. J Am Coll Dent [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 May 9];81(3):4–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25951677>

48. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 25];6(6):e010903. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27288377>
49. Marshall A, Kitson A, Zeitz K. Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Jul 25];68(12):2664–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416890>
50. Parish E. BMJ roundtable debate: How can we get better at providing patient centred care? *BMJ* [Internet]. 2015 Jan 10 [cited 2016 May 10];350(feb10_14):h412. Available from: http://www.bmj.com/content/350/bmj.h412?ijkey=9617f742cf463b06f48478e1e476ae22ab39c9e3&keytype=tf_ipsecsha
51. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 11];341:c5146. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20947577>
52. Fradgley EA, Paul CL, Bryant J, Oldmeadow C, Berwick D, Nolan T, et al. Getting right to the point: identifying Australian outpatients' priorities and preferences for patient-centred quality improvement in chronic disease care. *Int J Qual Health Care* [Internet]. The Oxford University Press; 2016 Jun 9 [cited 2016 Jul 13];27(3):759–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27283439>
53. Sav A, McMillan SS, Kelly F, King MA, Whitty JA, Kendall E, et al. The ideal healthcare: priorities of people with chronic conditions and their carers. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BioMed Central; 2015 [cited 2016 Jul 13];15:551. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26666351>
54. Royal College of Nursing. Person- centred care. *R Coll Nurs* [Internet]. 2014;(1057711). Available from: http://www.rcn.org.uk/development/practice/cpd_online_learning/dignity_in_health_care/person-centred_care
55. Berenguera Ossó A, Fernandez MJ, Pons Vignes M, Pujol Arjona E, Saura Sanjaume S. Escuchar, Observar y comprender. *IDIAP J Gol*. 2014;

8. ANNEXOS

8.1 MODEL TARGETES QUÈs i COMs

QUÈs Grup Pla de Decisions Anticipades 1 – Quartet 1	
1	
2	
3	
4	
5	

Generalitat de Catalunya
Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

PROGRAMA PACIENT ENFERM CATALUNYA

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Institut Català de la Salut

COMs Grup Pla de Decisions Anticipades 1 – Quartet 1	
1	
2	
3	
4	
5	

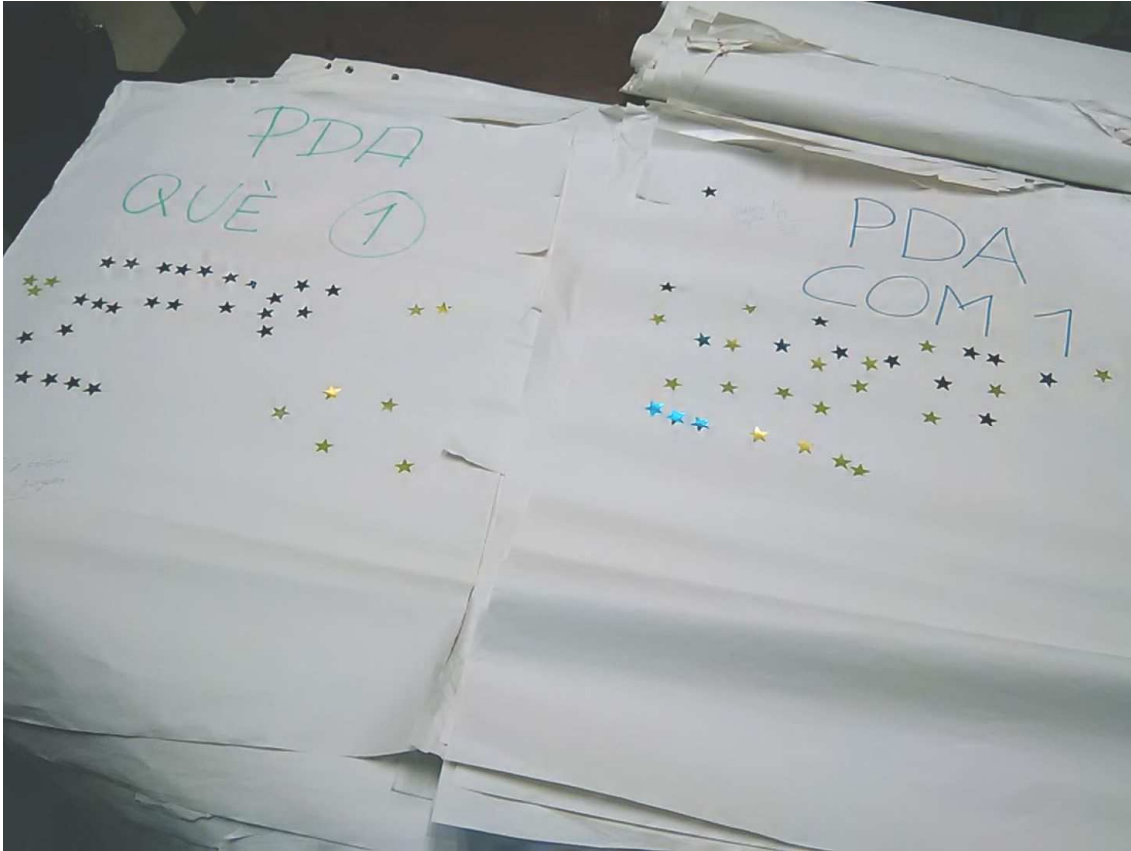
Generalitat de Catalunya
Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

PROGRAMA PACIENT ENFERM CATALUNYA

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Institut Català de la Salut

8.2 PÒSTERS



8.3 RESUM DE L'ETAPA DE DESENVOLUPAMENT DELS GRUPS NOMINALS

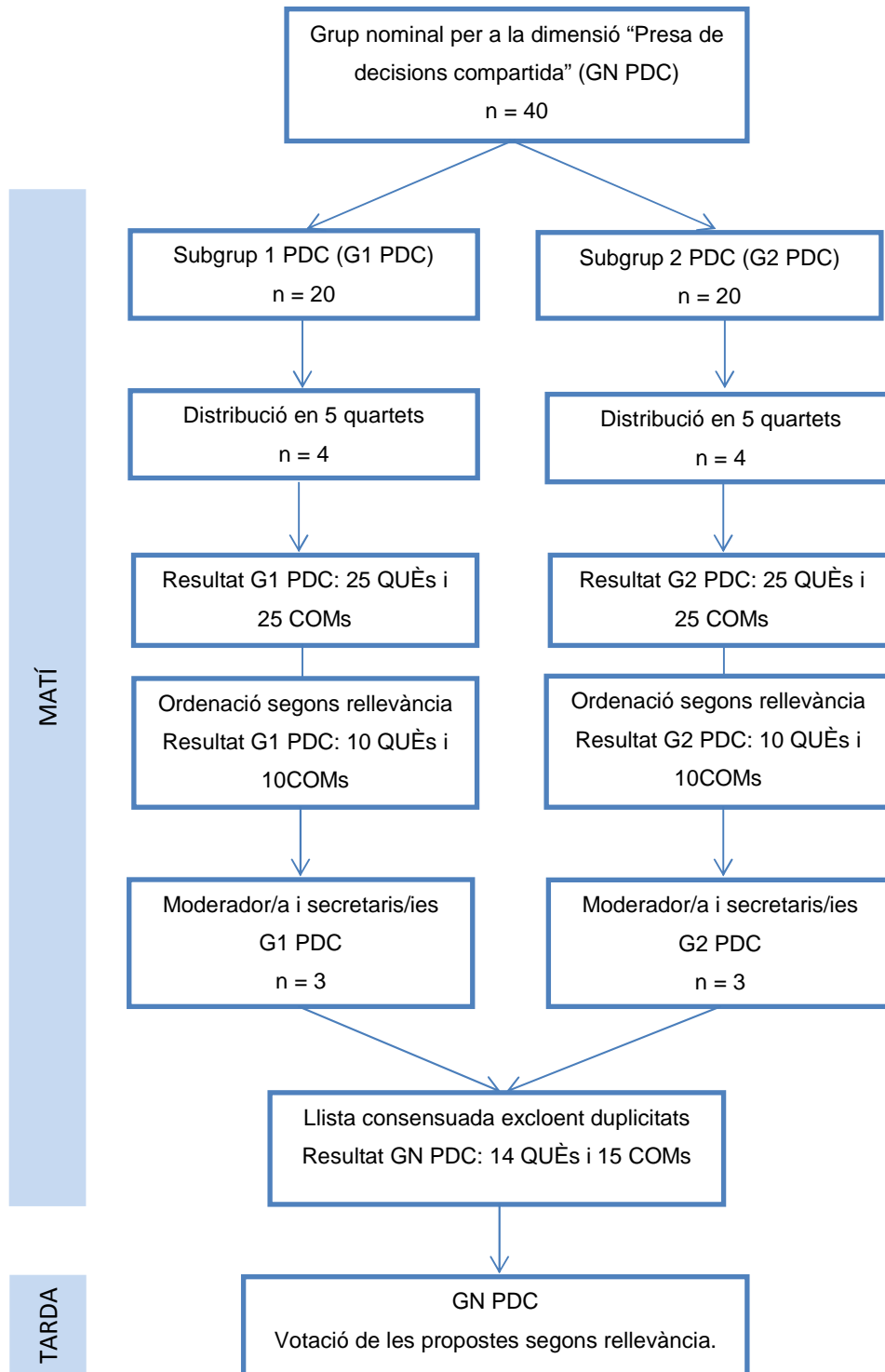


Figura 2: Resum de l'etapa de desenvolupament dels grups nominals per a la dimensió "Presa de decisions compartida".